



HAL
open science

Recours au soin gynécologique et perceptions de l'examen pelvien après des violences conjugales et sexuelles

Elisabeth Iraola

► **To cite this version:**

Elisabeth Iraola. Recours au soin gynécologique et perceptions de l'examen pelvien après des violences conjugales et sexuelles. Santé publique et épidémiologie. Université Sorbonne Paris Nord, 2024. Français. NNT: . tel-04825396

HAL Id: tel-04825396

<https://hal.science/tel-04825396v1>

Submitted on 8 Dec 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ PARIS XIII – SORBONNE PARIS NORD

École doctorale Érasme

Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS)

**Recours au soin gynécologique et perceptions de l'examen pelvien
après des violences conjugales et sexuelles**

Du soin gynécologique en suspens aux parcours de soin après des violences

THÈSE DE DOCTORAT
présentée par

Elisabeth IRAOLA

*pour l'obtention du grade de
Docteur en santé publique*

Soutenue le 03 décembre 2024 devant le jury d'examen constitué de :

- Patrick CHARIOT, PU-PH en médecine légale, Université Sorbonne Paris Nord, Directeur de thèse
- Xavier DEFFIEUX, PU-PH en gynécologie-obstétrique, Université Paris-Sarclay, Examinateur
- Laurent GAUCHER, PU-SFH, Université Lyon 1, Rapporteur
- Christophe PONCELET, PU-PH en gynécologie-obstétrique, Université Sorbonne Paris Nord, Président
- Anne ROUSSEAU, PU-SFH, Université de Versailles-St-Quentin-en-Yvelines, Rapporteuse
- Virginie ROZÉE, directrice de recherche, INED, Examinatrice

Résumé

Les violences conjugales et sexuelles représentent un problème de santé publique en raison de leur fréquence et du risque de morbidité auquel elles exposent, en matière de santé psychique, gynéco-obstétricale et sexuelle. Elles constituent aussi une violation des droits humains. Cette recherche a reposé sur le modèle hypothético-déductif d'une association entre les antécédents de violences conjugales et sexuelles et l'absence de recours au soin gynécologique qui pourrait s'expliquer par une aversion pour l'examen gynécologique, l'un des temps constitutifs de la consultation gynécologique.

Une étude observationnelle cas-témoins impliquant des femmes enceintes consultant pour un suivi de grossesse ou une demande d'interruption volontaire de grossesse, une étude qualitative conduite auprès de femmes victimes de violences conjugales ou sexuelles recrutées par l'intermédiaire d'une association féministe contre les violences sexuelles et d'un centre d'hébergement d'urgence et une revue systématique ont été menées pour caractériser le recours au soin gynécologique et les perceptions de l'examen gynécologique après des violences conjugales ou sexuelles.

L'étude observationnelle a montré une association entre les violences conjugales et sexuelles et l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années chez les femmes poursuivant leur grossesse (respectivement OR 2,13, 95% IC, 1,21–3,73, $p=0,008$ et OR 1,92, 95% IC, 1,05–3,49, $p=0,03$), en particulier chez celles ayant subi des violences sexuelles après l'âge de 18 ans (OR 1,95, 95% IC, 1,06–3,56, $p=0,03$) et celles ayant subi des violences commises par leur ex-partenaire (OR 2,04, 95% IC, 1,15–3,60, $p=0,01$). L'absence de consultation gynécologique était associée aux violences conjugales ou sexuelles et aux dyspareunies (respectivement $p<0,0001$ et $p<0,0001$). En revanche, aucune association entre les violences conjugales ou sexuelles et l'absence de consultation gynécologique n'a été trouvée chez les femmes en demande d'IVG. Les prévalences des violences sexuelles chez les femmes enceintes poursuivant leur grossesse et chez celles en demande d'IVG étaient similaires alors que la prévalence des violences conjugales était supérieure chez les femmes en demande d'IVG ($p=0,04$).

L'étude qualitative a montré que le recours au soin gynécologique après des violences conjugales et sexuelles ne se caractérisait pas exclusivement par une absence ou un moindre recours au soin gynécologique et que l'évitement de l'examen gynécologique ne représentait qu'un des facteurs associés à l'absence de recours au soin. Les parcours de soin après des violences conjugales ou sexuelles se caractérisaient aussi par des consultations gynécologiques annuelles ou régulières et par des consultations gynécologiques fréquentes ou multiples modulées par des facteurs associés aux caractéristiques des violences et à leurs conséquences.

La revue systématique a synthétisé les données de 23 études sur le vécu ou les perceptions de l'examen pelvien et le recours au soin gynécologique des femmes présentant des antécédents de violences conjugales et sexuelles. Onze études portaient sur le vécu de l'examen pelvien, dix études ont examiné le recours au soin gynécologique après des

violences et deux études portaient sur les deux aspects, impliquant respectivement 7 329, 9 248 et 1 304 femmes. Cette revue a mis en évidence une association entre les violences sexuelles et le vécu négatif de l'examen pelvien ainsi que des résultats plus hétérogènes concernant le recours au soin après des violences conjugales ou sexuelles. Quelle que soit la fréquence du suivi gynécologique habituel, le recours au soin pour des symptômes aigus semblait plus accru après des violences sexuelles. Aucune étude ne s'est intéressée à la relation entre le vécu de l'examen pelvien consécutif à des violences sexuelles et le vécu ou les perceptions des examens ultérieurs dans le cadre du suivi gynécologique habituel ou régulier.

Notre recherche souligne l'impact des violences conjugales et sexuelles sur la santé gynécologique, notamment les douleurs et l'état de stress post-traumatique, et leurs implications pour la pratique clinique en gynécologie.

Mots-clés : violences conjugales, violences sexuelles, santé gynécologique, soin gynécologique

Abstract

Intimate partner violence (IPV) and sexual violence are a public health problem due to their high prevalence and the risk of morbidity affecting mental, gynecological and sexual health. Additionally, they constitute a violation of human rights. This research was based on the hypothetico-deductive model of an association between a history of IPV or sexual violence and the absence of gynecological care, which could be explained by an aversion to the pelvic examination, one of the components of gynecological follow-up.

An observational case-control study of women seeking pregnancy follow-up or abortion care, a qualitative study of women survivors of IPV or sexual violence recruited through a feminist association against sexual violence and an emergency shelter and a systematic review were conducted to understand the uptake of gynecological care and the perceptions of the gynecological examination following IPV and sexual violence.

The observational study showed an association between IPV and sexual violence and the absence of a gynecological consultation in the last two years in women continuing their pregnancy (OR 2.13, 95% CI, 1.21-3.73, $p = 0.008$ and OR 1.92, 95% CI, 1.05-3.49, $p = 0.03$, respectively), particularly among those who had been sexually abused after the age of 18 (OR 1.95, 95% CI, 1.06-3.56, $p = 0.03$) and those who had been abused by their ex-partner (OR 2.04, 95% CI, 1.15-3.60, $p = 0.01$). The absence of a gynecological consultation was associated with IPV or sexual violence and dyspareunia ($p < 0.0001$ and $p < 0.0001$, respectively). However, no association between a history of IPV or sexual violence and the absence of gynecological consultation was found among women seeking abortion. The prevalence of sexual violence among pregnant women continuing their pregnancy and those seeking abortion was similar, whereas the prevalence of IPV was higher among women seeking abortion.

The qualitative study showed that the uptake of gynecological care following IPV or sexual violence was not characterized exclusively by an absence or reduced uptake of gynecological care. Avoidance of gynecological examination was only one of the factors associated with reduced uptake of gynecological care. Care pathways following IPV or sexual violence were also characterized by annual or regular gynecological visits and frequent or multiple gynecological visits, with the associated factors modulated by the characteristics of the violence and its consequences.

The systematic review synthesized data from 23 studies on the experience of pelvic examination and the uptake of gynecological care by women with a history of IPV and sexual violence. Eleven studies focused on the experience of pelvic examination, ten studies examined the uptake of gynecological care after violence and two studies covered both aspects, involving 7.329, 9.248 and 1.304 women respectively. This review highlights the association between a history of sexual violence and the negative experience of pelvic examination as well as more mixed results regarding the uptake of care after domestic or sexual violence. Regardless of the frequency of usual gynecological follow-up, the use of care for acute symptoms appeared to be higher after sexual violence. No study has examined a relationship between the experience of pelvic examinations following sexual violence and the experience of subsequent examinations as part of routine gynecological care.

Our research highlights the impact of domestic and sexual violence on gynecological health, including pain and post-traumatic stress disorder, and their implications for clinical practice in gynecology.

Key words: intimate partner violence, domestic violence, sexual violence, gynecological health, gynecological care

Publications et communications scientifiques

Publications scientifiques réalisées dans le cadre de cette thèse

Iraola E, Menard JP, Chariot P. Recours au soin gynécologique chez les femmes rapportant des violences sexuelles : étude qualitative [*Gynecological care among women reporting sexual violence: a qualitative study*]. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2023 Jan;51(1):46-52. French. doi: 10.1016/j.gofs.2022.10.001(1).

Iraola E, Menard JP, Baranne ML, Cudonnet J, Buresi I, Chariot P. Low uptake of gynecological consultation following domestic or sexual violence: A case-control study during pregnancy follow-up. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2024 May;296:215-220. doi: 10.1016/j.ejogrb.2024.02.055 (2).

Iraola E, Menard JP, Buresi I, Chariot P. Gynecological health and uptake of gynecological care after domestic or sexual violence: a qualitative study in an emergency shelter. BMC Womens Health. 2024 Apr 27;24(1):264. doi: 10.1186/s12905-024-03112-0 (3).

Iraola E, Menard JP, Chariot P. Experience of Pelvic Examination and Uptake of Gynecological Care Following Domestic or Sexual Violence: a Systematic Review. Trauma Violence Abuse. 2024 Aug 20:15248380241270038. doi: 10.1177/15248380241270038 (4).

Iraola E, Menard JP, Baranne ML, Cudonnet J, Buresi I, Chariot P. Uptake of gynecological consultation following domestic or sexual violence: A case-control study in the context of induced abortion. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2024 Dec;303:22-27. doi: 10.1016/j.ejogrb.2024.10.016 (5).

Autres publications en lien avec le sujet de cette thèse

Deffieux X, Pizzoferrato AC, Gaucher L, Rousset-Jablonski C, Le Ray C, Brillac T, Maruani J, Maitrot-Mantelet L, Mignot S, Athiel Y, Baffet H, Bailleul A, Bernard V, Bourdon M, Cardaillac C, Carneiro Y, Chariot P, Corroenne R, Dabi Y, Dahlem L, Frank S, Freyens A, Grouthier V, Hernandez I, **Iraola E**, Lambert M, Lauchet N, Legendre G, Le Lous M, Louis-Vahdat C, Martinat Sainte-Beuve A, Masson M, Matteo C, Pinton A, Sabbagh E, Sallee C, Thubert T, Heron I, Artzner F, Tavenet A, Gantois A, Fauconnier A. Pelvic exam in Gynecology and Obstetrics: French Guidelines for Clinical Practice. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2023 Dec;291:131-140. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.10.007. Epub 2023 Oct 10. PMID: 37871350 (6).

Communications scientifiques en lien avec le sujet de cette thèse

Iraola, E. Littérature médicale en gynécologie (1830-1950). Condescendance, bienveillance et violence, Colloque Genre et gynécologie, Maison des Sciences de l'Homme Paris Nord, 19 avril 2023.

Iraola E. L'examen pelvien après des violences conjugales et sexuelles, Congrès National des sages-femmes libérales, Centre de congrès, Troyes, 24 novembre 2024.

Iraola E, Menard JP, Baranne ML, Cudonnec J, Buresi I, Chariot P. Faible recours au soin gynécologique après des violences conjugales et sexuelles, une étude cas-témoins au cours du suivi de grossesse et de l'IVG. Journées francophones de sexologie et de santé sexuelle, Centre des congrès Parc Chanot, Marseille, 23 mars 2024.

Iraola E, Menard JP, Baranne ML, Cudonnec J, Buresi I, Chariot P. Faible recours au soin gynécologique après des violences conjugales et sexuelles, une étude cas-témoins au cours du suivi de grossesse et de l'interruption volontaire de grossesse. Pari(s) Santé femmes, CNIT Paris La Défense, 12 juin 2024.

Remerciements

Mes plus sincères remerciements vont à Patrick Chariot pour son accompagnement précieux durant ces trois dernières années. J'ai eu le privilège d'apprécier la justesse de ses conseils, la finesse de ses observations, la richesse de son analyse et l'évidence de nos échanges. Sa loyauté inconditionnelle envers une médecine engagée et altruiste m'inspire une profonde admiration. Bien que je ressente une certaine nostalgie à l'idée que cette aventure, qui a cultivé mon envie de comprendre, touche à sa fin, je suis convaincue qu'elle se poursuivra autrement.

Je tiens aussi à remercier chaleureusement les membres de mon jury de soutenance pour leur présence, qui s'est aussi imposée comme une évidence. À Anne Rousseau et Laurent Gaucher pour leurs parcours inspirants dans le domaine de l'enseignement et la recherche en maïeutique, à Xavier Deffieux pour sa confiance depuis les années passées à Béclère et sa recherche de consensus sur des sujets épineux, à Virginie Rozée pour ses encouragements réguliers et l'intérêt porté à mon travail, y compris lorsqu'il était à un stade embryonnaire et à Christophe Poncelet pour son regard neuf qui me permettra de bénéficier d'une distance que j'ai le sentiment de ne plus avoir au moment où j'écris les dernières lignes de ce manuscrit. Merci d'avoir accepté de rapporter et d'examiner ce travail.

Je remercie les membres de l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS) et de l'école doctorale Erasme pour leur soutien logistique et financier, notamment lors des journées d'étude "Maïeutique et violences", qui ont contribué à enrichir ma réflexion. Mes remerciements vont aussi à Elise de la Rochebrochard et Hélène Bretin, pour leurs conseils avisés en comité de suivi de thèse qui ont permis de cadrer mes idées et structurer mon raisonnement.

Un grand merci à Isabelle Buresi, Directrice de la PMI du Val-de-Marne. Tu as compris et soutenu mon projet de recherche pour qu'il soit mené en parallèle de mon activité clinique et de coordination. Depuis dix ans, ton dynamisme, encourageant la curiosité et la créativité, et ton approche engagée de la santé suscitent un intérêt continu et soutiennent un investissement croissant, en lien direct avec le sujet de cette recherche. À Jean-Pierre Menard, gynécologue-obstétricien coordonnateur des centres de santé sexuelle du Val de Marne, au-delà d'être mon collègue « *hand in hand* », ton soutien a été précieux et

immuable. Au quotidien, tu as partagé mes avancées, tu as été à l'écoute de mes doutes et permis de m'en délester, ce qui n'a eu de cesse d'accroître ma motivation initiale. Merci à Marie-Laure Baranne, médecin de santé publique, nos échanges de travail autant que nos moments de partage beaucoup plus informels ont participé à nourrir ma réflexion tout au long de ces trois dernières années.

Je remercie chaleureusement les responsables et les équipes de terrain du Collectif Féministe Contre le Viol et du centre d'hébergement d'urgence qui ont permis et facilité la mise en œuvre d'une partie du projet de recherche. Ce travail doit beaucoup à toutes les femmes qui ont accepté d'offrir quelques minutes ou de nombreuses heures pour répondre aux besoins de ces études, pour « *dire* » ce que sont les violences et « *faire savoir* » ce qu'est la santé ou le suivi gynécologique après des violences.

J'adresse un remerciement particulier à Markomille qui, de l'autre côté de l'Atlantique, a le fabuleux talent de transformer l'histoire de cette thèse en surprenantes illustrations.

Du Val-de-Marne à la Seine-Saint-Denis, et à titre plus personnel, de Paris à Miami, en passant par la Côte Basque, un immense merci à tous mes collègues, amies et proches, qui m'ont permis de partager mes impressions, échanger des lectures, confronter des idées et entrevoir de nouvelles perspectives.

Ce travail n'aurait pas pu être mené sans mes piliers,

Vincent, pour ton regard décalé permettant de tout voir autrement. A priori, la réalisation de ce travail était compliquée à intégrer dans un quotidien déjà bien rempli, tu as tout fait pour rendre cela simple.

Et nos amours, grâce à vous, les nécessaires stops-thèse ont été évidents. Vous avez le pouvoir (si singulier) de partager votre joyeuse insouciance qui me permet de vivre le moment présent sans presque aucune autre préoccupation.

Sommaire

Résumé	3
Abstract.....	5
Publications et communications scientifiques	7
Remerciements	9
Sommaire.....	11
Liste des abréviations	13
Introduction	15
1. Les violences conjugales et sexuelles : définitions, cadre juridique et prévalence	18
2. Le soin gynécologique préventif : de l'offre de soin à la place de l'examen pelvien en gynécologie	24
3. L'absence de recours au soin gynécologique : définitions et prévalence.....	28
4. Les relations entre violences et santé : données générales et associations.....	32
5. Le dépistage des violences conjugales et sexuelles : perceptions, recommandations et méthodes	41
Hypothèse de recherche.....	47
Partie 1 - Recours au soin gynécologique après des violences conjugales et sexuelles, étude cas-témoins	49
1. Faible recours au soin gynécologique et violences, une étude cas-témoins menée pendant le suivi de grossesse.....	50
2. Recours au soin gynécologique et violences, une étude cas-témoins chez des femmes consultant pour une IVG	61
Partie 2 - Recours au soin et perceptions de l'examen gynécologique après des violences conjugales et sexuelles, étude qualitative	72
1. Recours au suivi gynécologique chez les femmes rapportant des violences sexuelles, étude qualitative menée par l'intermédiaire d'une association contre les violences sexuelles	73
2. Santé gynécologique et recours au suivi gynécologique après des violences conjugales ou sexuelles, étude qualitative en centre d'hébergement d'urgence	96
Discussion parties 1 et 2	118
1. Synthèse des premiers résultats.....	118
2. Points forts et limites.....	118
Partie 3 - Vécu de l'examen gynécologique et recours au soin après des violences conjugales et sexuelles, revue systématique.....	124
1. Résumé.....	125
2. Introduction.....	125
3. Méthodes	127

4.	Résultats	131
5.	Discussion	136
	Discussion générale	153
1.	Synthèse des principaux résultats.....	153
2.	Points forts et limites.....	155
3.	Implications pour les recherches futures et pour la pratique clinique	156
	Conclusion générale	176
	Liste des tableaux et figures	179
	Références	181
	Annexes	215
	Annexe 1 – Articles publiés ou soumis à publication	216
	Annexe 2 – Synthèse du protocole de l'étude cas-témoins	276
	Annexe 3 – Poster illustrant l'association entre les violences conjugales et sexuelles et l'absence de consultation gynécologique chez les femmes enceintes consultant pour un suivi de grossesse ou une IVG.....	294
	Annexe 4 – Synthèse du protocole de l'étude qualitative	295
	Annexe 5 – Protocole de la revue systématique enregistré, International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO)	300
	Table des matières	305

Liste des abréviations

AAS	Abuse Assessment Screen
ACE Q	Adverse Childhood Experiences Questionnaire
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
ACP	American College of Physicians
AME	Aide médicale d'état
APA	American Psychiatric Association
CAS	Composite Abuse Scale
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CER	Comité d'éthique de la recherche
CIIVISE	Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants
CMU	Couverture maladie universelle
CNGOF	Collège national des gynécologues-obstétriciens français
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CPTSD	Complex Post-traumatic Stress Disorder
CSA	Children Sexual Assault
CSF	Contexte de la sexualité en France
CSS	Complémentaire santé solidaire
CT	Chlamydia Trachomatis
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
CVS	Cadre de vie et sécurité
DES	Dissociation Experiences Scale
DIS-Q	Dissociation Questionnaire
DIU	Dispositif intra-utérin
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
DSF	Dysfonctions sexuelles féminines
ENP	Enquête nationale périnatale
ENVEFF	Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France
EP	Examen pelvien
FCV	Frottis cervico-vaginal
FSFI	Female Sexual Function Index
GPP/PD	Genital Pelvic pain/ Penetration Disorder
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HAS	Haute Autorité de Santé
HCE	Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes
HIRTS	Hurt, Insulted, Threatened with Harm, Screamed
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Human Papillomavirus
HURT	Hurt, Insult, Threaten, and Scream
ICD	International Classification Diseases
IMC	Indice de masse corporelle
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPV	Intimate Partner Violence
ITQ	International Trauma Questionnaire

IVG	Interruption volontaire de grossesse
NG	Neisseria Gonorrhoeae
NOS	Newcastle-Ottawa Scale
NS	Non-significatif
ODENORE	Observatoire des non-recours aux droits et services
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations-Unies
OR	Odds Ratio
PACS	Pacte civil de solidarité
PMI	Protection maternelle et infantile
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PTSD	Post-traumatic Stress Disorders
PUMA	Protection universelle maladie
PVS	Partner Violence Screen
RPC	Recommandations pour la pratique clinique
SDQ	Somatoform Dissociation Questionnaire
SSMSI	Service statistique ministériel de la sécurité intérieure
TSRD	Trauma and Stressor Related Disorder
TV	Toucher vaginal
UK	United Kingdom
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UN	United Nations
US	United States
USPSTF	US Preventive Services Task Force
VAW-Survey	Violence Against Women: an EU-Wide Survey
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPI	Violence Partner Intimate
VRS	Vécu et ressenti en matière de sécurité
WAST	Woman Abuse Screening Tool
WAVE	Women Against Violence Europe
WHO	World Health Organization
WPSI	Women's Preventive Services Initiative

Introduction

Les violences faites aux femmes semblent être aujourd'hui mieux connues, reconnues et considérées. La recherche en santé publique et la recherche en sciences humaines ont participé à atténuer l'invisibilité des violences genrées. En tant que sage-femme, ces situations de violences ont marqué des années d'exercice clinique du fait de leur brutalité, leur fréquence, leur impact sur la santé physique et psychique et la complexité ou l'impossibilité de s'en extraire.

Les lieux de soin devraient représenter des environnements favorables à la prévention et à la prise en considération des conséquences des violences conjugales et sexuelles sur la santé physique et psychique. La consultation annuelle ou régulière en gynécologie semble propice pour proposer un dépistage des violences, identifier les impacts potentiels des violences sur la santé gynécologique et psychique, être à l'écoute et proposer un accompagnement aux personnes exposées à des violences.

Pourtant, selon l'enquête Genèse de 2021 menée par le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) sur la base d'une enquête d'Eurostat, seules 27% des femmes victimes de violences conjugales physiques ou sexuelles âgées de 18 à 75 ans, déclaraient « avoir parlé » des violences à un professionnel de santé. Ces résultats s'accordaient avec ceux de l'enquête Evénements de vie et santé (EVS) menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), quinze ans auparavant (2005-2006), qui estimaient que seules 28% des victimes de violences physiques ou sexuelles âgées de 18 à 75 ans avaient évoqué les violences subies devant un professionnel de santé (7,8).

L'accès et le recours au soin représentent des enjeux majeurs et complexes de santé publique car ils résultent de facteurs géographiques et sociaux-économiques tout en étant les témoins d'inégalités sociales de santé. Pour des raisons géographiques ou territoriales, économiques et sociales, certaines personnes n'ont pas recours au soin pour répondre à leurs besoins de santé, en médecine générale ou en médecine spécialisée. Certaines y renoncent volontairement, y compris en présence de symptômes accrus.

Notre travail s'intéressera à la relation entre les violences conjugales et sexuelles et le soin en gynécologie en considérant particulièrement deux déterminants, le recours au soin gynécologique et le vécu ou les perceptions de l'examen gynécologique après des violences.

Notre recherche initiale centrée sur les violences conjugales et sexuelles s'étendra aux violences gynécologiques car les lieux de soin sont des contextes où naissent de premières violences et où se réactive le souvenir d'anciennes violences. Cette recherche aura pour objectif d'une part, d'étudier l'association entre les violences conjugales et sexuelles et l'absence de recours au soin gynécologique et d'en identifier les facteurs associés, et d'autre part, de caractériser le vécu ou les perceptions du soin gynécologique des femmes ayant subi des violences conjugales ou sexuelles.

Ce travail sera introduit par une synthèse des principales définitions et des enjeux prioritaires se rapportant aux violences conjugales et sexuelles, au suivi gynécologique de prévention et à son absence, aux relations entre les violences et la santé gynécologique ou psychique ainsi qu'à la place du dépistage des violences dans le soin. Notre recherche reposera sur l'hypothèse initiale d'une association entre les antécédents de violences conjugales et sexuelles et l'absence de recours au soin gynécologique. Les violences conjugales et sexuelles pourraient être des facteurs associés à l'absence de recours au soin gynécologique comme le sont des déterminants individuels tels la précarité sociale, l'obésité, le handicap et l'âge, inférieur à 20 ans ou supérieur à 65 ans. L'absence ou le moindre recours au soin gynécologique après des violences conjugales et sexuelles pourrait s'expliquer par une aversion pour l'examen gynécologique, temps essentiel de la consultation en gynécologie pouvant générer de l'inconfort et du stress.

Une recherche basée sur un modèle mixte parallèle permettra d'étudier l'association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et le recours au soin et de caractériser les perceptions du recours au soin et de l'examen pelvien après des violences.

La première partie de cette recherche sera consacrée à l'étude de l'association entre les violences conjugales et sexuelles et l'absence de recours au soin gynécologique. Une étude observationnelle cas-témoins sera menée auprès de femmes enceintes consultant pour un suivi de grossesse ou une demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG). La deuxième partie de ce travail examinera les perceptions du suivi gynécologique après des violences conjugales et sexuelles, en s'intéressant notamment au recours au soin et au vécu de l'examen gynécologique. Une étude qualitative sera conduite dans deux contextes de recherche distincts, une association féministe contre les violences sexuelles et un centre d'hébergement d'urgence pour les femmes victimes de violences. La troisième partie de cette recherche explorera l'association d'une part, entre les antécédents de violences conjugales

ou sexuelles et le vécu ou les perceptions de l'examen pelvien et d'autre part, entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et le recours au soin gynécologique. Une revue systématique mettant en évidence 23 articles publiés permettra de préciser et de caractériser l'association entre les violences et les deux dimensions d'intérêt.

La discussion contribuera à mettre en évidence les points forts et les limites de l'utilisation combinée des trois méthodes de recherche et proposera une analyse des principaux résultats. Elle soulignera les implications de notre recherche pour la pratique clinique, prenant en compte les impacts des violences conjugales et sexuelles sur la santé gynécologique. Les résultats de l'étude cas-témoins, de l'étude qualitative et de la revue systématique, présentés et analysés indépendamment, ont conduit à la rédaction de 5 articles publiés dans des revues à comité de lecture (1–5) (Annexe 1).

1. Les violences conjugales et sexuelles : définitions, cadre juridique et prévalence

1.1. Définitions des violences conjugales et sexuelles

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les violences comme l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, pouvant entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès (9). L'Organisation des Nations-Unies (ONU) caractérise spécifiquement les violences envers les femmes comme tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté (10). L'OMS définit les violences conjugales comme tout comportement d'un partenaire intime causant des dommages physiques, sexuels ou psychologiques, y compris des actes d'agression physique, de coercition sexuelle, de violence psychologique et de contrôle. Cette définition recouvre les violences exercées par les conjoints et les ex-conjoints, ainsi que par les autres partenaires intimes (11). L'OMS définit les violences sexuelles comme tout acte sexuel, tentative d'obtenir un acte sexuel, réflexion ou avance sexuelle non désirés, dirigés contre la sexualité d'une personne, en utilisant la coercition, par toute personne quelle que soit sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, le domicile et le travail (11). En 2013, l'OMS distinguait les violences sexuelles des agressions sexuelles en définissant ces dernières comme une sous-catégorie des violences sexuelles, comprenant généralement l'utilisation de la force physique pour obtenir ou tenter d'obtenir une pénétration sexuelle (11). L'OMS, comme d'autres organisations internationales (ONU, UNICEF, UNESCO) ne font plus cette différence actuellement (12).

A l'échelle européenne, en juillet 2014, la France, comme 33 autres pays européens, a ratifié la convention du Conseil de l'Europe, – dite convention d'Istanbul, qui a renforcé la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et les violences conjugales. Elle définit à la fois les violences à l'égard des femmes comme une violation des droits humains et les violences conjugales qui se produisent entre partenaires intimes incluant les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou économiques entre conjoints actuels ou ex-conjoints et entre partenaires actuels, habituels ou ex-partenaire, comme une forme de

violence qui affecte les femmes de manière disproportionnée et qui se caractérise par une nette distinction des genres (13).

L'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) définit les violences conjugales comme un problème de santé publique important, mais évitable, qui touche des millions de femmes, indépendamment de leur âge, de leur situation économique, de leur race, de leur religion, de leur appartenance ethnique, de leur orientation sexuelle ou de leur niveau d'instruction (14). L'ACOG définit les violences sexuelles comme un crime qui englobe un continuum d'activité sexuelle (l'ACOG utilise le terme « *sexual activity* »), allant de la coercition sexuelle à l'« *abus de contact* » et au viol. L'ACOG précise que les viols et les agressions sexuelles se produisent dans des situations où le consentement n'est pas donné, lorsque les individus sont incapables psychiquement ou physiquement de le manifester (15). L'ACOG spécifie que les violences sexuelles dans l'enfance correspondent à une activité sexuelle (*sexual activity*) avec un enfant pour laquelle le consentement n'est pas ou ne peut pas être donné. Cela inclut les contacts sexuels réalisés par la force ou la menace de la force, quel que soit l'âge des participants, et tous les contacts sexuels entre un adulte et un enfant. Les actes sexuels abusifs peuvent inclure la pénétration sexuelle, les attouchements sexuels ou les actes sexuels sans contact, tels que l'exhibitionnisme ou le voyeurisme (16). L'ACOG caractérise enfin la coercition sexuelle et reproductive comme un comportement visant à maintenir le pouvoir et le contrôle dans une relation liée à la santé reproductive par une personne impliquée dans une relation intime ou amoureuse. Ce comportement comprend des tentatives explicites d'obtenir une grossesse contre le gré de sa partenaire, de contrôler l'issue d'une grossesse, de contraindre une partenaire à avoir des rapports sexuels non protégés et d'entraver l'utilisation de méthodes contraceptives (17).

En France, il n'existe pas de définition médicale des violences conjugales et sexuelles.

1.2. Cadre juridique des violences conjugales et sexuelles

En France, bien qu'actuellement l'interprétation des dispositions juridiques soit parfois incomprise par les personnes victimes, l'arsenal juridique existant a évolué pour renforcer la lutte contre les violences conjugales et sexuelles et mieux protéger les personnes victimes de violences.

Les dispositions des articles 222-22, 222-23 et 222-24 du code pénal établissent les infractions d'agression sexuelle et de viol, définies comme toute atteinte sexuelle ou pénétration sexuelle commises par violence, contrainte, menace ou surprise, y compris celles survenues dans le cadre du mariage, d'un Pacte civil de solidarité (PACS) ou d'un concubinage (18–20). L'article 222-22-1 précise la notion de contrainte, qui peut revêtir une forme physique, morale ou être substituée par la surprise, et par l'abus de la vulnérabilité lorsqu'elle implique une personne mineure de 15 ans (10). L'article 222-31-1 définit juridiquement l'inceste et les violences sexuelles subies au sein de la famille (21).

Les violences, quelle que soit leur nature, perpétrées sur le conjoint, par le conjoint, le concubin ou le partenaire de la victime, sont définies par les articles 222-11 et 222-13, selon qu'elles entraînent une incapacité totale de travail de plus ou moins de 8 jours (22,23). L'article 515-10 prévoit la délivrance d'ordonnances de protection pour les personnes victimes de violences (24) et l'article 41-3-1, l'attribution d'une téléprotection, en cas de danger menaçant les personnes victimes de violences conjugales, dit « téléphone grave danger » (25). Depuis 2020, le harcèlement conjugal ayant conduit au suicide ou la tentative de suicide est sanctionné par l'article 222-33-2-1 du code pénal (26).

L'article 226-14 du code pénal a instauré une dérogation au secret médical pour les professionnels de santé qui porteraient à la connaissance du procureur de la République la situation de personnes majeures en danger immédiat et qui ne sont pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences conjugales (27).

1.3. Prévalence des violences conjugales et sexuelles

Comparer des données épidémiologiques en matière de violences faites aux femmes s'avère être nécessaire mais complexe et délicat. La révélation de violences dans le cadre d'une activité de recherche est sensible à la manière d'interroger les violences qui varie dans les différentes études dites de victimisation (Tableau 1). L'attention portée au choix des mots pour nommer les violences dans les questions posées, en employant des dérivatifs des termes viols et agressions sexuelles, semble être partagée tandis que les moyens utilisés pour recueillir les réponses (échange en face à face, auto-questionnaire ayant des modalités de remplissage différentes, entretien téléphonique) varient sensiblement d'une étude à l'autre. Les enquêtes menées ces dernières années présentent la caractéristique commune de mettre

en évidence une prévalence importante des violences conjugales et sexuelles qui témoigne de leur ampleur.

Tableau 1 : Caractéristiques des principales enquêtes estimant la prévalence des violences conjugales et sexuelles

Promoteur	Enquêtes	Période	Méthode d'enquête	Caractéristiques des femmes interrogées
INED	ENVEFF	Mars-juillet 2000	Enquête téléphonique	6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans
INSERM INED	CSF	1970 1992 2006	Enquête téléphonique	6 824 femmes âgées de 18 à 69 ans
DREES	EVS	2005-2006	Enquête en face à face Auto-questionnaire pour les violences sexuelles	9 953 femmes âgées de 18 à 75 ans
European union agency for fundamental rights	VAW Survey	2014	Enquête en face à face	42 000 femmes âgées de 18 à 74 ans dans 28 pays européens
INED	Virage	Février 2015- novembre 2015	Enquête téléphonique	15 556 femmes âgées de 20 à 69 ans
SSMSI INSEE	CVS	Annuelle 2007-2021	Entretien face à face Auto-questionnaire pour les violences sexuelles et conjugales <i>Hors année 2020</i> , entretiens réalisés quasi-exclusivement par téléphone sans collecter les données sur les violences sexuelles et intrafamiliales	20.000 ménages Femmes âgées de plus de 15 ans Entre 18 et 75 ans pour les violences sexuelles et conjugales
SSMSI Eurostat	Genèse	2021	Internet, auto-questionnaire voie postale, enquête téléphonique, enquête face à face	23 000 femmes âgées de 18 à 75 ans
SSMSI	VRS	Annuelle A partir de 2022	Internet, auto-questionnaire voie postale, enquête téléphonique, enquête face à face	200 000 ménages Femmes âgées de plus de 18 ans
INSERM, Santé publique France	CSF	2023	Internet et questionnaire par téléphone	10 900 femmes âgées de 15 à 89 ans

Une revue systématique menée entre 2008 et 2018 à partir de 366 études regroupant deux millions de femmes dans 161 pays ou territoires, mettaient en évidence que 27 % des femmes âgées de 15-49 ans subissaient des violences physiques ou sexuelles, ou les deux, commises par leur partenaire au cours de leur vie, et que 13 % des violences avaient eu lieu au cours de l'année précédant l'étude. 24 % des femmes âgées de 15 à 19 ans et 26 % des femmes âgées de 19 à 24 ans déclaraient au moins un épisode de violences au depuis l'âge de 15 ans (28).

Selon l'enquête européenne sur les violences à l'égard des femmes (*Violence against women: an EU-wide Survey (VAW-Survey)*) menée auprès de 42 000 femmes dans 28 pays de l'union européenne en 2014, 48,5 %, 20 %, 8,4 % des femmes subissaient ou avaient subi respectivement des violences conjugales psychologiques, physiques et sexuelles (29). A l'échelle européenne, entre 2014 et 2018, les violences sexuelles enregistrées par les services de sécurité ont augmenté de 57 % (30)¹.

En France, en 2000, l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) a introduit des indicateurs épidémiologiques solides se rapportant aux violences faites aux femmes (32). L'ENVEFF, menée auprès de près de 7 000 femmes âgées de 20 à 59 ans montrait que 37% avaient subi des pressions psychologiques, 2,5 % des agressions physiques et 0,9 % des viols et autres pratiques sexuelles imposées, par leur conjoint ou ex-conjoint dans les 12 derniers mois. 1,9 % d'entre elles déclaraient des violences sexuelles (qualifiées d'avances et agressions sexuelles) dans les douze derniers mois (33).

Selon l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) menée en 2006, 13,6 %, 10 % et 7,3 % des femmes âgées entre 18 et 69 ans avaient subi respectivement un attouchement sexuel, une tentative de rapport forcé ou un rapport forcé (34).

Quinze ans après l'ENVEFF mais avant le mouvement international #metoo, l'enquête Virage conduite en 2015, rapportait que 14,47 % des 15 556 femmes âgées de 20 à 69 ans interrogées déclaraient des violences sexuelles (viols, tentatives de viol et agressions sexuelles) au cours de leur vie et 2,90 % des violences sexuelles au cours des 12 derniers mois (35).

L'étude cadre de vie et sécurité (CVS) menée annuellement entre 2007 et 2021 rapportait qu'en moyenne chaque année sur la période 2011-2018, 213 000 femmes déclaraient des violences physiques ou sexuelles commises par un conjoint ou un ex-conjoint et 94 000 femmes déclaraient avoir subi un viol ou d'une tentative de viol² (28). L'enquête Genèse menée en 2021 par le SSMSI dans le cadre d'une enquête européenne sur les violences liées au genre, montrait que 27 % femmes signifiaient avoir subi des violences psychologiques et

¹ Dans cette étude, les données du Royaume-Uni ont été exclues du fait d'une probable surestimation. Le rapport d'inspection du HMICFR (Her Majesty's Inspectorate of Constabulary and Fire & Rescue Services) de 2014 a mis en évidence un défaut d'enregistrement des plaintes, notamment des plaintes relatives aux violences sexuelles, dont le défaut d'enregistrement est estimé à 26 % (31).

² Le champ des violences sexuelles de l'enquête « Cadre de vie et sécurité » entre 2017 et 2019 est défini à partir de la question « *est-il arrivé qu'une personne [...] vous impose des attouchements ou un rapport sexuel non désiré ou qu'elle tente de le faire, en utilisant la violence, les menaces, la contrainte ou la surprise ?* » (36).

15 % des violences physiques ou sexuelles subies dans le cadre conjugal. Dans cette enquête 38 % des femmes interrogées signifiaient avoir subi des violences sexuelles avant l'âge de 15 ans (8). Selon l'enquête Vécu et ressenti en matière de sécurité (VRS) publiée en 2022, menée auprès d'un échantillon de 91 000 personnes par le SSMSI, 321 000 femmes majeures, âgées de 18 à 74 ans, déclaraient des violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques ou verbales par leur partenaire ou ex-partenaire et 217 000 femmes majeures déclaraient avoir subi un viol, une tentative de viol ou une agression sexuelle (37).

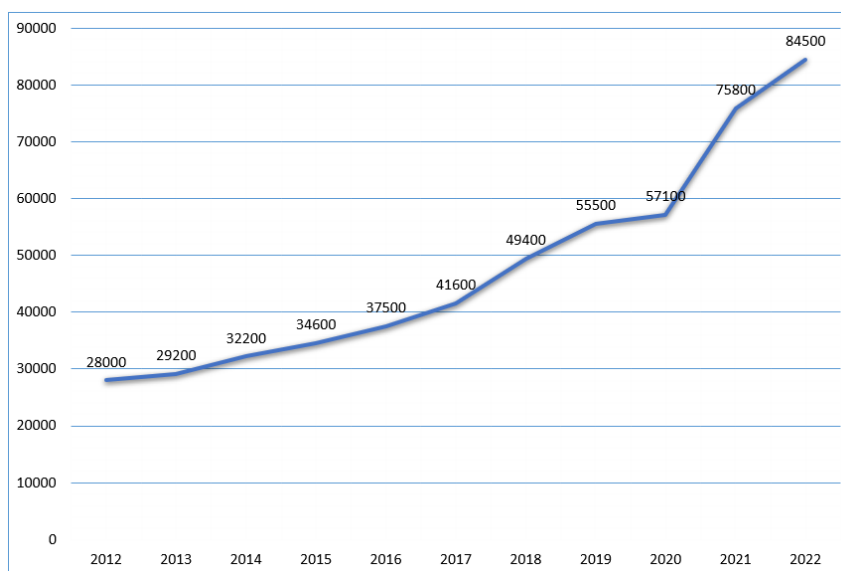
La fréquence de déclaration des violences sexuelles varie selon les caractéristiques sociodémographiques des victimes. Les étudiantes âgées de moins de 25 ans, les habitantes âgées de moins de 25 ans vivant dans une grande agglomération et les personnes bisexuelles ont déclaré davantage de situations de violences que les personnes plus âgées, ayant un emploi, habitant une plus petite ville et hétérosexuelles (8,37). Toutefois, les personnes immigrées pouvaient déclarer moins de situations de violence que les personnes sans lien avec la migration alors que la migration représente un facteur de risque de violences (37).

La sur-représentation ou la sous-représentation de certaines catégories sociales peut refléter l'exposition aux violences comme la capacité ou l'incapacité à pouvoir en parler.

Selon l'enquête Insécurité et délinquance, publiée par le SSMSI en 2023, 73 000 femmes victimes de violences sexuelles majeures et mineures ont déposé plainte. Cette enquête rapporte aussi qu'entre 2012 et 2022, les plaintes enregistrées par les services de police et gendarmerie pour signaler des violences sexuelles ont triplé (Figure 1) (38). L'évolution du nombre de plaintes dans les dix dernières années a été marquée par une stagnation de leur nombre durant la crise pandémique en 2019-2020 ; le confinement aurait pourtant conduit à une augmentation du nombre d'actes de violences conjugales et violences sexuelles (39,40). L'évolution croissance du nombre de plaintes pour violences sexuelles a aussi été marquée par une augmentation nette à partir de 2017-2018, probablement consécutive au mouvement international #metoo ayant amené une libération de la parole des personnes ayant subi des violences sexuelles. A partir de données déclaratives, l'enquête Genèse estimait qu'en 2020, 29 % des victimes de violences physiques ou sexuelles conjugales et 9 % de victimes de violences sexuelles en dehors du cadre familial avaient déposé plainte (8). L'enquête insécurité et délinquance mettait en évidence que 40 % des homicides de femmes étaient des homicides conjugaux (38). En 2022, l'étude nationale sur les morts violentes au sein du

couple a recensé 118 décès de femmes de mort violente et 267 tentatives d'homicides dont l'auteur est le conjoint ou l'ex-conjoint (41).

Figure 1 : Evolution du nombre de violences sexuelles enregistrées par les services de police et de gendarmerie entre 2012 et 2022, données issues de l'enquête insécurité et délinquance (2023)



2. Le soin gynécologique préventif : de l'offre de soin à la place de l'examen pelvien en gynécologie

2.1. Offre de soin en gynécologie-obstétrique

En France, le suivi gynécologique préventif de plus de 14 millions de femmes âgées de 15 à 50 ans (42) est réalisé par 1 936 médecins pratiquant une activité médicale régulière en gynécologie médicale, 5 773 en gynécologie-obstétrique, 24 354 sages-femmes, et 99 457 praticiens en médecine générale (43). En 2020, 49 % des 29 % des 126 233 généralistes déclaraient spécialiser leur activité en gynécologie, pédiatrie ou gériatrie (44). Le délai moyen entre la prise de contact et le rendez-vous chez un gynécologue était de 44 jours en 2016-2017 (45).

Une étude états-unienne, publiée en 2015, a montré que les 1 078 femmes âgées de 18-55 ans interrogées préféraient recourir à des spécialistes en gynécologie-obstétrique plutôt qu'à des praticiens de premiers recours pour réaliser l'examen pelvien, le frottis cervico-vaginal (FCV) ou répondre à leur besoin contraceptif (46). Une étude antérieure menée entre 2007 et 2010 avait estimé que parmi les 27 millions de consultations de prévention en gynécologie, 44 % avaient eu lieu chez un gynécologue-obstétricien et 56 % chez un médecin généraliste

(47). La proportion de recours au médecin généraliste était moins élevée chez les femmes âgées de 18 à 49 ans que chez les femmes plus âgées (47). Dans ces études, le recours aux sages-femmes, dont le cadre d'exercice aux Etats-Unis est peu comparable à celui des sages-femmes françaises, n'était toutefois pas interrogé (46,47). En France, à partir de 2009, les compétences des sages-femmes françaises, historiquement centrées sur le champ obstétrical, se sont développées pour y intégrer la gynécologie de prévention et l'orthogénie (48–50).

2.2. Le suivi gynécologique de prévention

Aux Etats-Unis, la *Women's Preventive Services Initiative* (WPSI), organisation représentant 21 associations de professionnels de santé et de femmes, définit la consultation qui s'apparente à une consultation gynécologique préventive (*Well-Woman Visit*) comme une rencontre clinique permettant d'aborder les questions de bien-être général et fournissant une offre de dépistage, d'évaluation des risques, de conseil et de prévention. Selon la WPSI, ces consultations peuvent faciliter l'accès aux services de santé, identifier les facteurs de risque et réduire la probabilité ou retarder l'apparition d'une maladie. Depuis 2016, la WPSI recommande que les femmes bénéficient d'au moins une visite de soins préventifs en santé sexuelle et reproductive annuelle à partir de l'adolescence et tout au long de la vie (51,52).

La consultation gynécologique de prévention est définie par l'ACOG, comme un moment privilégié pour réaliser une anamnèse, apporter une offre de prévention afin de maintenir une bonne santé, réduire les risques sanitaires et proposer, uniquement en cas de nécessité médicale, un examen gynécologique ou pelvien (53,54). L'ACOG recommandait en octobre 2018 de recourir à des consultations à un rythme qualifié de régulier s'adaptant aux besoins individuels (53) alors qu'elle préconisait d'avoir recours à un examen gynécologique ou pelvien annuellement chez les femmes âgées de plus de 21 ans en 2012 (55). Rejoignant les recommandations de 2012, dans ses recommandations sur l'utilité et les indications de l'examen pelvien publiées en 2018, l'ACOG concluait en promouvant explicitement une consultation gynécologique de prévention annuelle (54).

En France, le suivi gynécologique de prévention ne fait pas l'objet de recommandation spécifique (6). Le caractère annuel de la consultation gynécologique relève davantage d'une habitude partagée du grand public et des professionnels de santé que d'une fréquence recommandée par les sociétés savantes en gynécologie-obstétrique. Cette fréquence rejoint néanmoins les recommandations de bonnes pratiques se rapportant au suivi médical annuel des femmes sous contraception hormonale ou porteuse d'un dispositif intra-utérin au cuivre

(56), les recommandations concernant la prévention annuelle du cancer du sein chez les femmes de plus de 25 ans et celles rappelant le dépistage annuel du *Chlamydia Trachomatis* et du *Neisseria Gonorrhoeae* chez les femmes âgées de moins de 25 ans ou ayant changé de partenaire dans l'année (57). Cette habitude partagée rappelle aussi la norme préventive gynécologique, définie par la sociologue Aurore Koechlin, qui décrit la manière dont les normes médicales en gynécologie se construisent et s'imposent dans le parcours de soin des femmes (58).

2.3. Place de l'examen pelvien dans la consultation gynécologique de prévention

2.3.1. Recommandations professionnelles concernant l'examen pelvien

L'examen pelvien ou gynécologique, l'un des temps de la consultation gynécologique de prévention, est défini comme l'inspection des organes génitaux externes, l'examen au spéculum du vagin et du col de l'utérus, l'examen bimanuel des annexes, de l'utérus, des ovaires et de la vessie, et parfois le toucher rectal ou recto-vaginal (54,59). L'examen pelvien est classé sous le code QA00.9 *gynecological examination* dans la 11^{ème} version du classement international des maladies (ICD-11) en 2024 (60) tandis qu'il était classé sous le code Z041.41 *gynecological examination (routine)* dans la version précédente du classement international des maladies (ICD-10) (61).

Historiquement, certains pays (la Grande-Bretagne en 2002 et l'Australie en 2004) ont établi des recommandations professionnelles qui délimitaient les indications de réalisation de l'examen pelvien et encadraient les différents gestes cliniques (toucher vaginal (TV), pose de spéculum, toucher rectal), selon les motifs de consultation, chez la femme enceinte et en dehors de la grossesse (59,62,63). En 2014, l'*American College of Physicians* (ACP), suivi de la *Canadian Task Force on Preventive Health Care* en 2016, recommandaient de ne pas réaliser d'examen pelvien chez les femmes adultes, non enceintes, à bas risque et asymptomatiques (59,64–66). En 2017-2018, l'ACOG et l'*US Preventive Services Task Force* (UPSTF) modifiaient les recommandations avec une délimitation de la place de l'examen pelvien chez la femme asymptomatique (54,67) alors que jusqu'en 2012, l'ACOG préconisait un examen pelvien annuel (55).

Illustrant l'évolution de ces recommandations, une étude nord-américaine menée auprès de 10 094 femmes montrait une réduction du pourcentage des femmes âgées de 15 à 44 ans

ayant eu un examen pelvien au cours des 12 derniers mois entre les années 1988 à 2017 (42.3 % en 1988 vs 14.9 % en 2017) (68).

En France, en 2022-2023 le Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) a élaboré des recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur l'examen pelvien encadrant les indications et les conditions de réalisation de cet examen chez la femme enceinte et en dehors de la grossesse, selon la méthode GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) (6).

Dès 2022, à la suite de dénonciations de violences liées à la réalisation de l'examen pelvien, les instances professionnelles et éthiques françaises (Comité national consultatif d'éthique (CCNE), Conseil national de l'ordre des médecins et CNGOF) publiaient des recommandations et avis qui rappelaient l'importance de recueillir le consentement préalable et promouvaient des conditions bienveillantes de réalisation de cet examen afin qu'il soit consenti et bien vécu par les patientes (69–71).

2.3.2. Le vécu de l'examen pelvien

L'examen pelvien est susceptible d'être ressenti comme particulièrement inconfortable et intrusif. En 2021, une revue non systématique montrait que l'examen gynécologique pouvait susciter une anxiété, une gêne, une peur, un inconfort et une douleur avant et pendant l'examen chez les femmes en population générale. L'étude a mis en évidence qu'un vécu négatif contribuait à induire un évitement des examens médicaux préventifs entraînant une absence ou un retard de recours au soin gynécologique (72).

Selon une étude transversale publiée en 2022, parmi les 6 508 femmes interrogées, 47 % des femmes considéraient l'examen pelvien comme un événement embarrassant, 35 % douloureux et 19 % traumatisant. Moins de la moitié déclarait informer le médecin de leur gêne physique ou de leur douleur au cours de l'examen. La qualité de la communication entre le médecin et la patiente était considérée comme une variable associée au vécu favorable de l'examen gynécologique (73). Un essai contrôlé mené auprès de 120 femmes a montré que l'utilisation de phrases à connotation désagréables telles « *Vous allez ressentir une forte pression* » était associée à un niveau d'inconfort et de douleur plus élevé que lorsque des phrases neutres avaient été employées (74).

Plusieurs études ont mis en évidence la nécessité de promouvoir des pratiques respectueuses et bienveillantes considérées comme moins inconfortables et douloureuses comme la lubrification du spéculum, les positions alternatives à la position gynécologique avec étrières ou l'auto-insertion du spéculum.

Ainsi, une méta-analyse états-unienne composée de cinq essais contrôlés a mis en évidence une douleur minorée au moment de l'insertion, de l'ouverture et du retrait d'un spéculum lubrifié (75) et deux études dont une méta-analyse regroupant également cinq essais contrôlés ne retrouvait pas d'altération du prélèvement cervico-vaginal réalisé pour une demande de cytologie conventionnelle dans le groupe de patientes ayant eu un examen avec un spéculum lubrifié (76,77). Un essai contrôlé nord-américain mené en 2005 auprès de 197 patientes concluait à une diminution de l'inconfort et du sentiment de vulnérabilité lorsque les femmes étaient examinées sans étrières (78). Deux études, une étude pilote australienne menée en 2003 auprès de 193 patientes et une étude française basée sur des entretiens qualitatifs menés en 2021-2022, montraient que l'auto-insertion du spéculum suscitait la satisfaction de la majorité des femmes examinées et diminuait leur inconfort et leur stress (79,80).

3. L'absence de recours au soin gynécologique : définitions et prévalence

3.1. Définitions de l'absence de recours au soin

L'OMS identifie le recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction (QA20 et QA21) dans l'ICD-11 (60). A l'inverse, historiquement centré sur les prestations sociales, le non-recours (*non-take-up of social benefits*) se rapporte « à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre » (81). Quatre types de non-recours se distinguent, la non-connaissance, lorsque l'offre n'est pas connue, la non-proposition, lorsque l'offre n'est pas activée malgré l'éligibilité du demandeur, que celui-ci connaisse ou pas l'offre, la non-demande, lorsque l'offre est connue mais non demandée, la non-réception lorsqu'elle est connue, demandée mais pas obtenue ou utilisée (82,83). Les études publiées se rapportant au non-recours se sont intéressées à une grande diversité de prestations sociales tant financières que non financières, notamment dans le domaine de la santé et du soin (81,82). Le non-recours ou le recours limité au soin est objectivé par des normes médicales basées sur des recommandations officielles ou des normes statistiques (84). Lorsque la majorité des

besoins de soins ressentis par les personnes demeurent insatisfaits malgré leur justification médicale, il s'agit d'un moindre recours au soin.

Le renoncement au soin se réfère à des besoins de soins insatisfaits que des problèmes de santé auraient justifiés (85). Le renoncement peut être choisi ou subi. Certains distinguent le renoncement subi ou « *renoncement-barrière* », lorsque la personne renonce à des soins parce qu'elle fait face à des « *barrières* », notamment financières et informationnelles, et le renoncement choisi ou « *renoncement-refus* », lorsque la personne refuse des soins ou qu'elle privilégie d'autres formes de soins (86). A la différence du non-recours au soin qui se rapporte à des besoins de santé avérés insatisfaits, le renoncement au soin, s'intéresse aux besoins des patients indépendamment de leur nécessité médicale (87). Toutefois, une forte analogie se retrouve entre le renoncement, le non-recours (88) et le moindre recours.

Selon Hélène Revil, l'absence de prise en considération des besoins des personnes par le système de santé et social, combinée à l'expérience des conséquences de l'absence de soin, les conduisent à se méfier ou à se replier vis-à-vis des services sanitaires et sociaux, tout en cherchant à contrôler leurs propres besoins (89). L'accès au soin gynéco-obstétrical peut être rendu complexe par des carences se rapportant à l'offre de soin gynécologique, majorées par des déterminants individuels d'ordre économique, social et psychologique, entraînant une absence de recours ou un renoncement au soin gynécologique.

Dans une enquête déclarative sur le renoncement au soin publiée en 2016, les femmes déclaraient davantage avoir renoncé au soin dans les 12 derniers mois que les hommes (90). Le renoncement et les difficultés d'accès au soin impactant d'autant plus les femmes en situation de précarité sociale (91).

3.2. Prévalence de l'absence de recours au soin gynécologique

La gynécologie est l'un des contextes de soin où le renoncement serait le plus fréquent (92). Ainsi, en 2022, une étude transversale menée auprès de 164 092 patients en France a montré que les soins gynécologiques étaient les plus évités après les soins ophtalmologiques (93).

En gynéco-obstétrique, le non-recours et le renoncement au soin sont majoritairement examinés sous l'angle du non-recours ou du renoncement au soin obstétrical, notamment chez les femmes qui ne bénéficient pas du financement collectif de leurs soins (94–98). En 2002, l'OMS a recommandé un modèle minimal de soins obstétricaux composé d'au moins

quatre consultations obstétricales (99), mis en cause en 2016 car considéré, par l'OMS comme insuffisant et inadéquat (100).

La précarité socio-économique est un facteur prédominant du non-recours, du renoncement et du moindre recours au soin (91). En France, des dispositifs favorisent l'accès au soin en période périnatale. Ainsi, l'article L160-9 du code de la sécurité sociale prévoit une prise en charge à 100 % des examens médicaux obligatoires du suivi de grossesse et une prise en charge à 100 % des frais, avec ou sans rapport avec le suivi de grossesse, à compter du 6^{ème} mois de grossesse. D'autres dispositifs comme la protection universelle maladie (PUMa), ayant remplacé en 2016 la couverture maladie universelle (CMU), instituée en 1999, ainsi que l'aide médicale d'état (AME) permettent la prise en charge de la part obligatoire des dépenses de santé des personnes ne disposant pas d'une assurance maladie ou en situation irrégulière. La complémentaire santé solidaire (CSS) permet la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé octroyée selon des conditions de ressources déterminées. Le dispositif des soins urgents et vitaux, y compris des examens obligatoires du suivi de grossesse pour les femmes en situation irrégulière non-éligibles à l'AME, est prévu par l'article L254-1 du code de l'action sociale et des familles (101). L'enquête nationale périnatale de 2021 a montré que seules 2,8 % des 12 723 femmes interrogées déclaraient avoir renoncé, pendant la grossesse, à des consultations, examens ou soins dentaires pour des raisons financières. Dans cette enquête, 97,5 % des femmes avaient une couverture sociale en début de grossesse, y compris une PUMa ou une AME et 91,3 % avaient une couverture complémentaire, y compris une CSS.

Certains facteurs socio-économiques sont associés au non-recours ou au renoncement au soin gynécologique, comme l'âge – souvent inférieur à 25 ans et supérieur à 60 ans – (102), le faible niveau de revenus ou de niveau d'études (102–105), l'absence d'activité professionnelle ou la catégorie socio-professionnelle ouvrière (105), la migration (106) et l'absence d'assurance maladie complémentaire (105,107), indépendamment du motif de consultation, qu'il s'agisse du dépistage du cancer du col de l'utérus, du dépistage du cancer du sein ou d'une consultation pour un motif contraceptif.

L'étude Fecond menée par l'INSERM et l'INED en 2009-2010 auprès de 5 000 femmes âgées de 15 à 49 ans a mis en évidence une association entre la précarité sociale et l'absence de recours à une contraception. Ainsi, les femmes qui connaissaient une situation financière plus fragile utilisaient moins souvent un moyen contraceptif, 6,5 % des ouvrières étaient sans

aucune contraception contre 1,6 % des femmes cadres (108). Une étude de l'Observatoire du Samu social de Paris publiée en 2020 et menée auprès de femmes migrantes hébergées en hôtels sociaux soulignait que le recours à l'implant contraceptif était important chez les femmes originaires d'Afrique Subsaharienne et de Roumanie (109). Cette étude estimait aussi que près de la moitié des femmes âgées de 25 à 65 ans avait réalisé un frottis cervical qui datait de moins de trois ans, conformément aux recommandations de la HAS avant 2019 et que la majorité des femmes n'ayant pas eu de frottis cervical dans les trois dernières années avaient consulté au moins une fois un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme dans les 12 mois (109).

Certains déterminants psycho-sociaux sont associés au non-recours ou au renoncement au soin tels que le surpoids ou l'obésité (110,111), les addictions, le handicap (112–115), la prostitution (116), l'emprisonnement (117,118) et l'homosexualité (119). La crise pandémique de 2019-2020 a aussi impacté le recours au soin en matière de santé gynécologique, sexuelle et reproductive entraînant des difficultés d'accès et un moindre recours au soin (120,121).

Certaines femmes n'ont pas recours ou renoncent à des soins gynécologiques, notamment à un suivi gynécologique à une fréquence annuelle. En janvier 2022, les médias ont largement relayé une enquête à destination du grand public, réalisée par l'IFOP à l'initiative d'une société de téléconsultation, affirmant que 60 % des femmes avaient renoncé au moins une fois à des soins gynécologiques en les reportant ou en les annulant (122). Les données épidémiologiques caractérisant le non-recours ou le renoncement au soin gynécologique sont pourtant hétérogènes et peu comparables. Ainsi en 2014, l'Observatoire régional de la santé d'Ile de France montrait que 9,9 % des 582 femmes âgées entre 15 et 54 ans déclaraient ne pas avoir eu de consultation pour des raisons gynécologiques ou contraceptives depuis deux ans. 7,4 % des 582 femmes franciliennes déclaraient n'avoir jamais eu de consultation pour raisons gynécologiques ou contraceptives. Dans cette enquête, sur le territoire national, 13,2 % des 2 727 femmes interrogées avaient déclaré un non-recours au soin gynécologique depuis plus de deux ans et 7,1 % avaient déclaré ne jamais avoir eu recours à des soins gynécologiques. Cette enquête s'est intéressée aux consultations gynécologiques proposées par un médecin – gynécologue, gynécologue-obstétricien ou médecin traitant ; les consultations réalisées par les sages-femmes n'étaient pas recensées (123). En 2014, à partir d'un questionnaire se rapportant au recours et au renoncement au soin, l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) et l'assurance maladie du Gard rapportaient que

8 à 15 % des 167 personnes interrogées avaient déclaré ne pas avoir eu recours ou avoir renoncé à des soins gynécologiques. Les femmes sans activité professionnelle, les femmes âgées de 25 à 39 ans et les femmes seules avec enfants avaient déclaré majoritairement renoncer au soin gynécologique (88). En 2022, à partir de la base de données des remboursements des consultations gynécologiques par l'assurance maladie, l'Observatoire des fragilités a estimé que 50 % des bénéficiaires de l'assurance maladie en Ile de France n'avaient pas eu de consultation gynécologique. Cette étude s'intéressait uniquement aux consultations réalisées par les gynécologues et gynécologues-obstétriciens sans renseigner les consultations gynécologiques réalisées par les médecins généralistes ou par les sages-femmes et excluait les femmes ne disposant pas d'une assurance maladie ou disposant d'une aide médicale d'état (124).

4. Les relations entre violences et santé : données générales et associations

4.1. Données générales sur la perception de l'état de santé après des violences

Sur la base des données collectée en 2000, l'ENVEFF mettait en évidence une prévalence plus importante de perception d'un état de santé mauvais ou très mauvais en cas de violences physiques ou de violences sexuelles subies dans les 12 derniers mois (respectivement $p < 0.001$) qu'en l'absence d'antécédent de violences physiques et sexuelles (125). Les données de l'ENVEFF mettaient aussi en évidence une prévalence plus importante du stress, de la détresse psychologique et des tentatives de suicide en cas de violences physiques ou de violences sexuelles subies dans les 12 derniers mois (respectivement $p < 0.001$) qu'en l'absence d'antécédent de violences physiques et sexuelles (125), ce qui rejoint les résultats de l'étude de Bonomi et al. précédemment mentionnée (126).

L'enquête EVS, menée en 2005-2006, a montré l'altération de l'état de santé physique et psychique des personnes victimes de violences (7). Les sentiments de honte et de culpabilité étaient particulièrement importants chez les femmes victimes de violences, notamment en cas de violences multiples dans l'enfance et à l'âge adulte (127).

Selon une étude menée par l'OMS dans 10 pays réunissant 19 000 personnes et publiée en 2008, les femmes ayant subi des violences conjugales étaient plus susceptibles de se déclarer en mauvaise ou en très mauvaise santé (OR 1,6, 95% IC, 1,5-1,8). Elles étaient également plus à risque de rencontrer des difficultés à réaliser leurs activités quotidiennes et de ressentir

des symptômes psychiques et physiques comme des pertes de mémoire, une détresse psychologiques, des idées ou des tentatives de suicide, ainsi que des douleurs (126).

Une étude états-unienne publiée en 2023, menée auprès de 22 590 femmes en 2010-2012, montrait que les femmes victimes de violences conjugales étaient à risque de présenter un mauvais état de santé physique (OR 1,5, 95% IC, 1,3-1,6) et psychique (OR 2,0, 95% IC, 1,7-2,3) (128). Selon une autre étude nord-américaine, menée entre 2011 et 2017 et publiée en 2019, regroupant 13 000 femmes, les violences sexuelles représentaient des facteurs de risque d'avoir un état de santé catégorisé comme moyen ou mauvais (OR 2,0, 95% IC, 1,5-2,7) et des difficultés à accomplir des tâches en raison d'un état de santé physique ou mental altéré (OR 2,8, 95% IC, 2,0-3,9) (129).

4.2. Association entre les violences et la santé gynécologique

Les antécédents de violences conjugales ou sexuelles présentent une relation significative avec un certain nombre de pathologies et symptômes gynécologiques (Tableau 2).

Plusieurs méta-analyses et revues systématiques ont mis en évidence une association entre les violences subies dans l'enfance et à l'âge adulte et le développement de symptômes et pathologies gynéco-obstétricales, comme les douleurs pelviennes (130–133), les dysménorrhées (130,134), les dyspareunies (130,134,135), les saignements notamment les ménorragies (130), le cancer du col de l'utérus (136), l'endométriose (137), l'ensemble des symptômes liés à la ménopause (138), les infections sexuellement transmissibles (133,139) et les grossesses non désirées (133,140) et la prématurité (141–144).

En revanche, la relation entre les violences sexuelles et le vaginisme ainsi que celle entre les violences sexuelles et les vulvodynies semblaient plus mitigées. Ainsi, la méta-analyse de Tetik et al retrouvait une association entre les violences sexuelles et le vaginisme dans les 12 articles rapportés, publiés jusqu'en août 2020 (135), alors que la revue systématique d'Hassam et al, qui ne mettait en évidence que deux études publiées entre 1998 et 2018, n'en retrouvait pas (130). De même, l'étude cas-témoins d'Harlow (145), publiée en 2005, retrouvait une association entre les violences sexuelles subies dans l'enfance et les vulvodynies tandis que la revue systématique d'Hassam et al. n'en retrouvait pas, sans toutefois avoir retenu l'étude de d'Harlow et al. dans les articles rapportés (130).

Les violences conjugales ou sexuelles sont aussi associées à une morbidité et une mortalité périnatale telles un poids de naissance inférieur (141–144), des pertes fœtales et des morts fœtales in-utéro (142).

L'ACOG souligne l'impact des violences sexuelles subies dans l'enfance chez la femme adulte, comme les douleurs pelviennes chroniques, le vaginisme, les infections sexuellement transmissibles, la dépression, les comportements addictifs et les troubles du comportement alimentaire (16).

A l'intersection de la santé physique et psychique les violences conjugales sexuelles sont associées à des dysfonctions sexuelles, notamment des troubles du désir, du plaisir sexuel et de la satisfaction sexuelle (146–148).

4.3. Association entre les violences et la santé psychique

Les antécédents de violences conjugales ou sexuelles sont liés à certains troubles et symptômes psychiques (Tableau 3) comme la dépression, notamment la dépression périnatale (133,149–159), les troubles du comportement alimentaire (156,159), les addictions (133,160–162) et les conduites suicidaires (133,152,156,161,163,164).

Les violences conjugales et sexuelles sont aussi associées à un risque majoré de présenter un état de stress psycho-traumatique (149,156,159,165). Le *Post-traumatic Stress Disorder* (PTSD) et le *Complex post-traumatic Stress Disorder* (CPTSD) sont classés dans la catégorie des troubles spécifiquement associés au stress par l'OMS et sont distingués l'un de l'autre dans la 11e révision de la classification internationale des maladies selon leur caractère isolé ou répété (ICD-11) (60).

Le PTSD se caractérise par des symptômes tels que les reviviscences du traumatisme, l'évitement de stimuli associés au traumatisme et des perceptions persistantes de menaces. Le CPTSD, qui peut se développer après des événements prolongés ou répétitifs traumatiques, se caractérise par des symptômes plus complexes, notamment des difficultés de régulation de l'affect, un sentiment de diminution de soi et des problèmes relationnels. Les études ayant évalué l'*International Trauma Questionnaire* (ITQ) et la *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS-5) semblaient être en faveur d'une bonne validité, fiabilité et cohérence interne de ces échelles pour évaluer le psycho-traumatisme selon les critères de la 5^{ème} édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-5) et de l'ICD-11 (166–169).

Tableau 2 : Association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et la santé physique

Auteur, année, pays	Type d'étude	Période	Déterminants d'intérêt	Principaux résultats
Bourdon, 2023, France (132)	Étude de cohorte Endométriose (cas) n=168 Absence d'endométriose (témoins) n=103 Questionnaire=52 questions Endométriose histologiquement prouvée < ou =42 ans	2013-2017	Association entre les violences sexuelles dans l'enfance et l'adolescence et les douleurs pelviennes chroniques, indépendamment de la présence d'une endométriose	Association entre les violences sexuelles (OR =3,58, 95% IC 1,23-10,40) et douleur pelvienne sévère indépendamment de la présence d'une endométriose
Coker, 2007, US (140)	Revue systématique 51 études 1966-2006	1966-2006	Association entre les violences physiques conjugales et la santé sexuelle	Association entre les violences conjugales et la prise de risque sexuel, utilisation irrégulière du préservatif (23 études) Violences conjugales et grossesses non programmées et avortement induit (13 études) Violences conjugales et IST (17 études) Violences conjugales et dysfonctions sexuelles (17 études)
Donovan, 2016, US (144)	Méta-Analyse 50 études (études de cohorte, transversales et cas-témoins)	< mai 2015	Association entre les violences conjugales et le risque de prématurité, de petit poids de naissance, et de PAG	Association entre les violences conjugales et prématurité (OR =1,91, 95 % IC, 1,60-2,29) (30 études) Violences conjugales et petit poids de naissance (OR =2,11, 95 % IC, 1,68-2,65) (41 études) Violences conjugales et PAG (OR =1,37, 95 % IC, 1,02-1,84) (7 études)
Harris, 2018, US (137)	Etude de cohorte n= 60 595 femmes Endométriose (cas) n=3 394 Diagnostic d'endométriose confirmé par laparoscopie Childhood trauma questionnaire Conflict Tactics Scale adaptée Sexual Experiences Survey (SES) adaptée	1989-2013	Relation entre les violences physiques et sexuelles dans l'enfance ou dans l'adolescence et l'endométriose	Association entre les violences physiques 'graves' et endométriose (HR = 1,20, 95 % IC, 1,06-1,37) Violences sexuelles dans l'enfance et dans l'adolescence et endométriose (HR = 1,49, 95 % IC, 1,24-1,79) Violences physiques et sexuelles 'graves, chroniques et multiples et endométriose (HR = 1,79, 95 % IC, 1,44-2,22)
Hassam, 2020 Australie, Nouvelle Zélande (130)	Méta-Analyse 38 études (études de cohorte, transversales et cas-témoins)	1993-2018	Relation entre les violences sexuelles et la morbidité gynécologique Douleurs pelviennes chroniques (23 études) Dyspareunies (6 études) Dysménorrhées (2 études) Saignements menstruels anormaux (4 études) Vaginisme (2 études) Douleurs vulvaires/vaginales (4 études) Incontinence urinaire (6 études) Prolapsus pelvien (2 études) Vulvodynies (2 études)	Association entre les violences sexuelles et morbidité gynécologique globale (RR=1,42, 95%IC, 1,27-1,59) Violences sexuelles et douleurs pelviennes (RR=1,60, 95%IC, 1,36-1,89), dyspareunies (RR=1,74, 95 % CI, 1,50-2,02) Violences sexuelles et dysménorrhées (RR= 1,20 ; 95%IC, 1,11-1,29) Violences sexuelles et saignements menstruels anormaux (RR= 1,29, 95%IC, 1,12-1,49) Violences sexuelles et prolapsus pelvien (RR=1,10, 95%IC, 0,53-2,30) (NS) Violences sexuelles et incontinence urinaire (RR=1,31, 95%IC, 1,12-1,53) Violences sexuelles et vaginisme (RR =1,71, 95%IC, 0,87-3,36) (NS) Violences sexuelles et vulvodynies (RR=1,49, 95%IC, 0,76-2,91) (NS),
Hill, 2016, US, Suisse (143)	Méta-Analyse 19 études (études de cohorte, transversales et cas-témoins)	< 30 avril 2015	Association entre les violences conjugales et les issues défavorables autour de la naissance	Association entre les violences conjugales et le faible poids de naissance (OR =1,18, 95 % IC, 1,05-1,31) (15 études) Violences conjugales et prématurité (OR =1,42, 95 % IC, 1,21-1,63) (12 études) Violences conjugales et retard de croissance intra-utérin (NS) (4 études)

Auteur, année, pays	Type d'étude	Période	Déterminants d'intérêt	Principaux résultats
Lathe, 2006, UK (134)	Méta-Analyse 122 études (études de cohorte, transversales et cas-témoins)	Medline 1966-2004 Embase 1980-2004 Psychinfo 1887-2004	Facteurs de risque de douleurs pelviennes chroniques et récurrentes Dysménorrhées (63 études, 64 286 femmes) Dyspareunies (19 études, 18 601 femmes) Douleurs pelviennes non cycliques (40 études, 12 040 femmes)	Association entre les violences sexuelles et dyspareunies (OR=2,67, IC99%, 2,16-3,29) Violences sexuelles dans l'enfance et dysménorrhées (OR=1,63, 99% IC, 1,29-2,00) Violences sexuelles et dysménorrhées (OR=1,60, 99% IC, 1,60-2,00) Violences sexuelles dans l'enfance et douleurs pelviennes non cycliques (OR=1,51, 99% IC, 1,16-1,97) Violences sexuelles et douleurs pelviennes non cycliques (OR=3,49, 99% IC, 2,52- 4,83)
Li, 2014, US (139)	Méta-Analyse 28 études (études de cohorte, transversales et cas-témoins)	<20 mai 2013	Association entre les violences conjugales et l'infection à VIH chez les femmes	Etudes de cohorte, Association entre les violences conjugales physiques et l'infection à VIH (RR=1,22, 95 % IC, 1,02-1,46) Tout type de violence conjugale et infections à VIH (RR=1,28, 95 % IC, 1,00-1,64) (NS) Violences conjugales sexuelles et infections à VIH (RR=1,77, 95%IC, 1,00-3,15) (NS) Etudes transversale, Association entre les violences conjugales physiques et infection à VIH chez les femmes (OR =1,44, 95 % IC, 1,10-1,87) Violences conjugales physiques et sexuelles et infections à VIH chez les femmes (OR =2,00, 95 % IC, 1,24-3,22) et infections à VIH chez les femmes Tout type de violence conjugale et infections à VIH chez les femmes (OR =1,41, 95 % IC, 1,16-1,73) Violences conjugales sexuelles et infections à VIH chez les femmes (OR=2,05, 95%IC, 0,95-4,40) (NS) Etudes cas-témoins, Association entre les violences conjugales sexuelles et infections à VIH chez les femmes (RR=2,86, 95%IC, 0,94-8,70) (NS) Tout type de violence conjugale et infections à VIH chez les femmes (OR =2,76, 95 % IC, 0,81-9,36) (NS)
Moussaoui, 2022, Australie (170)	Revue systématique 19 études (études de cohorte, transversales et cas-témoins)	<août 2021	Association entre les violences dans l'enfance et les dysménorrhées, dyspareunies et douleurs pelviennes chez l'adolescente et la jeune adulte 10 études, violences sexuelles ou mutilations génitales féminines	Association entre les violences sexuelles dans l'enfance et dysménorrhées (3 études) Violences sexuelles dans l'enfance et dyspareunies (3 études) Violences sexuelles dans l'enfance et douleurs pelviennes (1 étude)
Nesari, 2017, Canada (141)	Méta-Analyse 16 études	<avril 2017	Association entre les violences avant la grossesse et le risque d'accouchement prématuré et de faible poids à la naissance	Association entre les violences avant la grossesse et accouchement prématuré (OR=1,28, 95 % IC, 1,12-1,47) Violences et faible poids à la naissance (OR=1,35, 95 % IC, 1,14-1,59)
Paras, 2009 US (131)	Méta-Analyse 23 études (cohorte, cas témoins)	1980-2008	Association entre les violences sexuelles et les troubles somatiques chroniques Douleurs pelviennes chroniques (10 études)	Association entre les violences sexuelles et douleurs pelviennes chroniques (OR=2,73, 95 % IC, 1,73-4,30)
Pastor-Moreno, 2020, Espagne (142)	Revue systématique 50 études	2008-2018	Relation entre les violences conjugales pendant la grossesse et la santé périnatale des mères et des fœtus/nouveau-nés	Association entre les violences conjugales et la santé périnatale des mères et des fœtus/nouveau-nés (12 études) Violences physiques conjugales et la santé périnatale des mères et des fœtus/nouveau-nés (18 études) Violences psychologiques conjugales et la santé périnatale des mères et des fœtus/nouveau-nés (6 études)

Auteur, année, pays	Type d'étude	Période	Déterminants d'intérêt	Principaux résultats
				Violences sexuelles conjugales et la santé périnatale des mères et des fœtus/nouveau-nés (2 études)
Reingle Gonzalez, 2018 US (136)	Méta-Analyse 36 études (cohorte, cas-témoins)	<2017	Relation entre les violences à l'égard des femmes et le cancer Exposition aux violences et faites aux femmes et diagnostic de cancer (16 études) Exposition aux violences et dépistage du cancer (15 études) Exposition aux violences et résultats du FCV (5 études)	Association entre les violences à l'égard des femmes et cancer du col de l'utérus (OR=2,54, 95 % IC 1,71-3,77) (8 études) Violences sexuelles au cours de la vie et diagnostic de cancer (OR=2,38, IC à 95 %, 1,44-3,93) (7 études) Violences à l'égard des femmes et cancer du sein (OR=1,08, 95 % IC 0,65-1,77) (3 études) (NS) Violences à l'égard des femmes et FCV anormal (OR=1,91, 95%IC 1,15-3,17) (5 études) Violences conjugales et FCV anormal (OR=2,74, 95%IC 1,18-6,36) (3 études) Violences physiques à l'égard des femmes et FCV anormal (OR=5,67, 95%IC 1,45-22,21) (1 étude) Violences dans l'enfance, violences sexuelles dans l'enfance, violences sexuelles et FCV anormal (NS)
Tetik, 2020, Turquie (135)	Méta-Analyse 14 études (cas-témoins)	<août 2020	Association entre les antécédents de violences sexuelles et les diagnostics de vaginisme et de dyspareunie Antécédents de Violences sexuelles (12 études) Antécédents de violences physiques Antécédents de violences psychologiques (3 études)	Association entre les violences sexuelles (OR=1,55, 95 % IC, 1,14-2,10) (12 études) et psychologiques (OR=1,89, 95 % IC, 1,24-2,88) (3 études) et vaginisme Violences sexuelles et dyspareunies (OR=1,53, 95 % IC, 1,03-2,27) (6 études) Violences physiques et dyspareunies (NS) p=0,735 (3 études) Violences physiques et vaginisme (NS)=0,630 (5 études)
Vicard-Olagne, 2022, France (133)	Méta-analyse 57 études (revue systématique) 38 études (méta-analyse) Etudes de cohorte, transversales et cas-témoins	1946-2020	Association entre les violences sexuelles dans l'enfance et pathologies physiques et psychiques Violences conjugales et IST/infections génitales (6 études) Violences conjugales et grossesses non désirées, IVG, contraception d'urgence (6 études) Violences conjugales et douleurs pelviennes (3 études)	Association entre les violences conjugales et IST/infections génitales (OR=2,82, 95%IC, 2,11-3,77) Violences conjugales et grossesses non désirées, IVG, contraception d'urgence (OR=1,48, 95%IC, 1,08-2,05) Violences conjugales et dysfonctions sexuelles (OR=2,48, 95%IC, 1,55-3,97) Violences conjugales et douleurs pelviennes (OR=2,13, 95%IC, 1,74-2,60)
Wang, 2023, Chine (146)	Méta-Analyse 15 études quantitatives 12 études qualitatives (transversales)	<février 2022	Association entre les violences sexuelles dans l'enfance et les dysfonctions sexuelles à l'âge adulte	Association entre les violences sexuelles dans l'enfance et dysfonctions sexuelles à l'âge adulte (OR = 1,68, 95 % IC, 1,49, 1,87)

Tableau 3 : Association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et la santé psychique

Auteur, année, pays	Type d'étude	Période	Déterminants d'intérêt	Principaux résultats
Allen, 2023, US (158)	Etude de cohorte rétrospective 1 270 femmes Adverse Childhood Experiences Questionnaire Electronic Patient Health Questionnaire-9 screening (prenatal et postnatal)	mars 2016 et mars 2021	Evaluer l'association entre les violences dans l'enfance et la dépression anténatale Evaluer l'association entre les violences sexuelles dans l'enfance et la dépression postnatale	Association entre les violences sexuelles et la dépression anténatale (OR = 2,39, 95%IC, 1,05–5,46) Pas d'association entre les violences sexuelles dans l'enfance et la dépression postnatale
Ankerstjerne, 2022, Danemark (171)	Revue systématique 33 études (étude de cohorte et transversales)	<mai 2020	Association entre les violences conjugales et la dépression postpartum	Association entre les violences conjugales et la dépression postnatale (OR=1,18-6,87, 95%IC,1,12-11,78)
Bacchus, 2018, UK (151)	Méta-analyse 35 études (études de cohorte)	< novembre 2016	Association entre les violences conjugales et la santé psychique Dépression consécutive (8 études) Antécédents de dépression (5 études) Dépression post-natale consécutive (5 études)	Association entre les violences conjugales et la dépression (OR=1,76, 95%IC,1,26-2,44) Dépression et violences conjugales (OR=1,72, 95%IC,1,28-2,31) Violences conjugales et dépression postnatale (OR=2,19, 95%IC,1,39-3,45)
Beydoun, 2012, US (150)	Méta-analyse 37 études (études de cohorte et transversales)	1980-2010	Association entre les violences conjugales et dépression Trouble dépressif majeur (4 études transversales) Symptômes dépressif élevé (22 études transversales) Dépression postnatale (6 études transversales) Dépression (5 études de cohorte)	Association entre les violences conjugales et le trouble dépressif majeur (RR=2,70, 95%IC,2,22-3,29) Violences conjugales et les symptômes dépressifs élevés (RR=1,81, 95%IC,1,63-2,01) Violences conjugales et la dépression postnatale (RR=1,43, 95%IC,1,42-2,46) Violences conjugales et la dépression (tous les outcomes) (RR=1,87, 95%IC,1,21-1,69)
Chen, 2010, US (156)	Méta-analyse 37 études (cohorte, cas-témoins)	1980-2008	Association entre les antécédents de violences sexuelles et les troubles psychiatriques au cours de la vie	Association entre les violences sexuelles et l'anxiété (OR=3,09, 95%IC, 2,43-3,94) Violences sexuelles et la dépression (OR =2,66, 95%IC, 2,14-3,30) Violences sexuelles et les troubles du comportement alimentaire (OR=2,72, 95%IC, 2,04-3,63) Violences sexuelles et le PTSD (OR=2,34, 95%IC, 1,59-3,43) Violences sexuelles et les troubles du sommeil (OR=16,17, 95%IC, 2,06-126,76) Violences sexuelles et les tentatives de suicide (OR=4,14, 95%IC, 2,98-5,76). Pas d'association entre les violences sexuelles et les troubles bipolaires Pas d'association entre les violences sexuelles et les troubles obsessionnels compulsifs
Devries, 2013, UK (152)	Revue systématique 16 études (cohorte)	<1er février 2013	Association entre les violences conjugales, la dépression et les tentatives de suicide Association entre la dépression et les violences conjugales IPV-Dépression (12 études) Dépression-IPV (6 études) Tentatives de suicide (3 études)	Association entre les violences conjugales et la dépression (OR= 1,97, 95%IC, 1,56–2,48) Dépression et violences conjugales (OR= 1,93, 95%IC, 1,56–2,48) Violences conjugales et tentatives de suicide (OR = 7,97 ; 95%IC,1,75–36,37) ; OR = 3,2, 95%IC, 0,97–103,59 ; bêta=0,12, 95%IC, 0,02–0,22) :

Auteur, année, pays	Type d'étude	Période	Déterminants d'intérêt	Principaux résultats
Devries, 2014, UK (162)	Méta-analyse 55 études (études de cohorte et transversales)	<6 juin 2013	Association entre la consommation d'alcool et les violences conjugales physiques et sexuelles ultérieures Association entre les violences conjugales physiques et sexuelles ultérieures et la consommation d'alcool d'ultérieure	Association entre la consommation d'alcool et les violences conjugales physiques et sexuelles ultérieures (études longitudinales) (OR= 1,27, 95 % CI, 1,07-1,52) Violences conjugales et consommation d'alcool (études longitudinales) (OR= 1,25, 95 % CI, 1,02-1,52) Consommation d'alcool et violences conjugales physiques et sexuelles ultérieures (études transversale) (OR= 1,80, 95 % CI, 1,58-2,06)
Dufort, 2015, Suède (161)	Etude transversale 27 832 participantes dont 205 femmes présentant des antécédents de violences conjugales physiques	2004-2009	Association entre les violences physiques conjugales et la santé mentale	Association entre les violences conjugales physiques et les tentatives de suicide (OR=5,59, 95%IC, 3,70-8,45) Violences conjugales physiques et les idées suicidaires (OR=2,00, 95%IC, 1,28-3,12) Violences conjugales physiques et la consommation dangereuse d'alcool (OR=1,61, 95%IC, 1,09-2,37) Violences conjugales physiques et la détresse psychologique (OR=2,78, 95%IC, 1,93-3,97)
Hailes, 2019, UK (159)	Méta-analyse 19 articles (études de cohorte, transversales et cas-témoins)	<31 decembre 2018	Evaluer l'association entre les violences sexuelles dans l'enfance et les troubles psychiques (troubles de la conversion, troubles de la personnalité borderline, troubles du comportement alimentaire, PTSD, anxiété, dépression)	Association entre les violences sexuelles dans l'enfance et les troubles de la conversion (OR=3,3, 95%IC, 2,2-4,8) Violences sexuelles dans l'enfance et les troubles de la personnalité borderline (OR=2,9, 95%IC, 2,5-3,3) Association entre les violences sexuelles dans l'enfance et l'anxiété (OR=2,7, 95%IC, 2,5-2,8) Violences sexuelles dans l'enfance et la dépression (OR=2,7, 95%IC, 2,4-3,0) Violences sexuelles dans l'enfance et les troubles du comportement alimentaire (OR = 2,2, 95%IC, 1,8-2,8) Violences sexuelles dans l'enfance et le PTSD (OR = 2,3, 95%IC, 1,6-3,4) Pas d'association entre violences sexuelles dans l'enfance et schizophrénie
Howard, 2013, UK (149)	Méta-analyse 73 études (études de cohorte et transversales)	<15 février 2013	Evaluer l'association entre les violences conjugales (pendant la grossesse, vie, dernière année) et la dépression (postnatale et anténatale)	Association entre les violences conjugales pendant la grossesse et la dépression postnatale (OR=3,14, 95%IC, 2,74-3,61) (études de cohorte) Dépression postnatale et violences conjugales pendant la grossesse et (OR=4,36, 95%IC, 2,93-6,48) (études transversales) Dépression postnatale et violences conjugales durant toute la vie (OR=2,94, 95%IC, 1,79-7,82) (études transversales) Violences conjugales durant toute la vie et dépression postnatale (OR=2,97, 95%IC, 2,07-3,98) (études de cohorte) Dépression anténatale et violences conjugales pendant la grossesse et (OR=5,00, 95%IC, 4,04-6,17) (études transversales) Dépression anténatale et violences conjugales durant toute la vie (OR=3,04, 95%IC, 2,31-4,01) (études transversales) Dépression anténatale et violences conjugales durant la dernière année (OR=2,82, 95%IC, 1,51-5,28) (études transversales) Dépression postnatale et violences conjugales durant la dernière année (OR=2,82, 95%IC, 1,72-4,64) (études transversales)
Vicard-Olagne, 2022, France (133)	Méta-analyse 57 études (revue systématique) 38 études (méta-analyse) Etudes de cohorte, transversales et cas-témoins	1946-2020	Identifier l'association entre les violences sexuelles dans l'enfance et pathologies physiques et psychiques Violences conjugales et dépression (19 études) Violences conjugales et anxiété (9 études)	Association entre les violences conjugales et la dépression (OR=3,59, 95%IC, 2,74-4,70) Violences conjugales et l'anxiété (OR=2,19, 95%IC, 1,75-4,73) Violences conjugales et les tentatives de suicide (OR=3,03, 95%IC, 1,62-5,66) Violences conjugales et le PTSD (OR=1,37, 95%IC, 0,83-2,51) NS

Auteur, année, pays	Type d'étude	Période	Déterminants d'intérêt	Principaux résultats
			Violences conjugales et tentatives de suicide (3 études) Violences conjugales et PTSD (4 études) Violences conjugales et consommation de psychotropes (10 études) Violences conjugales et consommation d'alcool (12 études) Violences conjugales et consommation de tabac (7 études) Violences conjugales et abus de drogues (6 études)	Violences conjugales et la consommation de psychotropes (OR=2,41, 95%IC, 1,97–2,94) Violences conjugales et la consommation d'alcool (OR=2,18, 95%IC, 1,38–3,44) Violences conjugales et la consommation d'alcool (OR=1,91, 95%IC, 1,40–2,62) Violences conjugales et l'abus de drogues (OR=2,32, 95%IC, 1,54–3,50)

5. Le dépistage des violences conjugales et sexuelles : perceptions, recommandations et méthodes

5.1. Intérêts et oppositions autour du dépistage des violences

Les personnes ne parlent pas facilement des violences dont elles ont été victimes à un proche ou à un professionnel de santé (8). Le repérage des violences en consultation médicale peut faciliter l'évocation des violences et leurs conséquences physiques et psychiques. La méta-analyse de Doherty et al. publiée en 2015, incluant 8 essais cliniques, a montré que le dépistage des violences favorisait l'identification des femmes victimes de violences conjugales dans les établissements de santé (OR, 2,95, 95 % CI, 1,79-4,87) (172). Il est aussi une condition nécessaire à la proposition de soins appropriés et à une orientation adaptée vers des services spécialisés (173).

A l'inverse, les conclusions de certaines études, y compris celle de O'Doherty et al., dont la majorité des études incluses ont été publiées en 2012-2015, ne soutenaient pas le dépistage des violences dans les lieux de soin. La méta-analyse de Doherty et al ne montrait aucun effet se rapportant aux critères de jugement secondaires, comme l'orientation vers des services spécialisés, la réduction de l'exposition aux violences et l'absence de préjudice découlant du dépistage, et ne recommandait pas le dépistage universel. Au-delà de cette méta-analyse, quatre essais contrôlés mettaient en évidence peu ou pas de bénéfice du dépistage des violences avec une absence de preuve concernant l'amélioration de la qualité de vie chez les femmes dépistées par rapport aux femmes non dépistées, avec un nombre important de perdues de vue (174), une réduction de la dépression à 12 mois dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle mais sans différence concernant la qualité de vie, une absence de diminution de l'anxiété et plus globalement d'amélioration de la santé mentale à 12 mois (175) et une absence d'impact du repérage des violences sur la santé et le suivi médical (176,177). Bien que la revue systématique de Nelson et al. mettait en évidence quelques effets indésirables du dépistage comme la gêne, la perte d'intimité et la détresse émotionnelle (178), ses conclusions sur lesquelles l'USPTF s'est appuyée pour émettre les recommandations présentées dans le paragraphe suivant, confirmaient l'intérêt du dépistage des violences (179).

Certains obstacles au dépistage des violences sont liés aux freins émis par les professionnels de santé ou sont à associer aux conséquences des violences sur les personnes victimes. Ainsi, bien qu'une consultation gynéco-obstétrique représente un temps clinique propice au repérage des violences conjugales et sexuelles, il n'est pas évident que les femmes victimes parlent

spontanément à un professionnel de santé, du fait de la honte et la culpabilité consécutives aux violences qui conduisent au silence (180). Le repérage des violences s'expose aussi à la réticence des professionnels n'identifiant pas la problématique des violences comme une problématique médicale ou craignant la faible acceptabilité d'aborder ce sujet par la patiente. Selon une étude états-unienne, publiée en 2006 et menée auprès de 388 gynécologues-obstétriciens, le dépistage systématique des violences était réalisé par 21% d'entre eux, tandis que pour 24 %, ce dépistage ne relevait pas de leur rôle professionnel (181). A l'échelle européenne, la VAW-Survey mettait pourtant en évidence qu'une majorité des femmes étaient d'accord qu'un professionnel de santé s'intéresse à la problématique des violences en consultation médicale (182).

Basée sur 11 études quantitatives et qualitatives, la revue systématique de Lu et al., publiée en 2023, concluait à trois types d'obstacles au dépistage, des obstacles systémiques : le manque de formation et le manque de temps, rejoignant les résultats de l'étude de Tower et al. et de Sprague et al. (181,183), des obstacles individuels de la part du professionnel de santé (une sous-estimation de la prévalence des violences, des représentations sur le profil de patiente à risque, un sentiment d'impuissance à modifier la situation de la patiente) et des obstacles perçus par le professionnel chez la patiente (la perception d'irrespect de la vie privée et de tabou personnel) (184).

5.2. Recommandations professionnelles concernant le dépistage des violences

En 2013, l'OMS recommandait l'identification des personnes victimes sans recommander un dépistage systématique des violences (11). En 2012, l'USPTF et en 2018 l'ACOG affirmaient la nécessité d'intégrer un dépistage des violences conjugales dit « *de routine* » lors de l'anamnèse gynécologie-obstétricale (179,14). En 2014, l'ACOG recommandait le dépistage des violences sexuelles dans l'enfance et à l'âge adulte pour prévenir les conséquences physiques et psychiques des violences (15,16). Actuellement, hormis l'*UK National Screening Committee* qui ne recommande pas le dépistage des violences conjugales (185), les sociétés savantes se rejoignent sur la nécessité de proposer un dépistage systématique des violences, en particulier des violences conjugales pendant la grossesse.

Bien que la majorité des études concernant le repérage des violences en gynécologie-obstétrique se rapporte au repérage des violences à l'égard des femmes enceintes (186) et en post-partum, l'ACOG et l'USPTF ont affirmé la nécessité de dépister les violences conjugales lors des

consultations en dehors de la grossesse, en cas d'examen gynécologique annuel, pour toute nouvelle patiente (14) ou plus généralement, pour toutes les femmes en âge de procréer (179). En 2023, la HAS a mis à jour des recommandations élaborées en 2019 sur le repérage systématique des femmes victimes de violences conjugales (187). Dans ses conclusions publiées en novembre 2023, la commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (CIIVISE) a préconisé un repérage systématique des violences sexuelles dans l'enfance auprès de tous les adultes par tous les professionnels (188). En France, à la différence des Etats-Unis, il n'existe pas de recommandation de bonnes pratiques sur le repérage des violences sexuelles, en dehors du contexte conjugal.

Selon la HAS et le code de la santé publique (articles R4127-76 et R4127-333), à la suite de révélation de violences ou sur réquisition judiciaire, les médecins et les sages-femmes peuvent être amenés à établir un certificat médical initial descriptif rapportant les propos de la personne victime, la description des signes neurologiques, sensoriels et psycho-comportementaux et la description des signes positifs ou négatifs de lésions. A cette occasion, la durée de l'incapacité totale de travail peut être déterminée (189–191).

5.3. Méthodes et contexte de dépistage des violences conjugales et sexuelles

Le dépistage des violences conjugales et sexuelles est une composante essentielle de la prise en charge médicale, mais sa mise en œuvre peut dépendre des stratégies de prévention adoptées par les professionnels de la santé et de la performance des échelles de mesure utilisées. La HAS, l'ACOG et l'USPTF préconisent des modèles de questions qui mentionnent peu le terme violence (14,179,187).

Une étude menée entre 2005 et 2008 aux Etats-Unis qui a évalué les modalités de dépistage des violences conjugales chez 247 patientes enceintes ayant consulté 47 praticiens, montrait que le dépistage reposait sur des questions directes – mentionnant les termes "violence", "abus", "blesser", "contrôler/diriger", "avoir peur", "menacer", des questions indirectes et un dépistage répété des violences respectivement dans 57%, 25% et 17% des consultations (192).

La méta-analyse d'Hussain et al., composée de 6 essais randomisés, montrait une augmentation des révélations de violence lorsque le questionnaire était auto-administré, notamment en version numérique, par rapport à un entretien en face à face (193). L'un des freins au dépistage des violences est la perception d'une absence d'échelle psychométrique suffisamment performante pour dépister les violences conjugales ou sexuelles. Les principales échelles de

dépistage sont présentées dans le tableau 4 (Tableau 4). En 2009, selon une revue systématique regroupant 33 études, les échelles les plus étudiées pour dépister les violences conjugales étaient la *Hurt, Insult, Threaten, and Scream (HITS)*, sensibilité 30%-100%, spécificité 86%-99%), la *Woman Abuse Screening Tool (WAST)*, sensibilité 47%, spécificité 96%), la *Partner Violence Screen (PVS)*, sensibilité 35%-71%, spécificité 80%-94%) et l'*Abuse Assessment Screen (AAS)*, sensibilité 93%-94%, spécificité 55%-99%) (194). En 2006, dans l'étude de MacMillan et al., incluse dans la revue systématique de Rabin et al., la PVS et la WAST avaient une sensibilité (respectivement 49.2% et 47.0%) et une spécificité (respectivement 93.7% et 95.6%) conformes ou proches aux résultats publiés dans la revue systématique de Rabin et al. (194,195). La WAST présentait une sensibilité et une spécificité identique (sensibilité: 47% ; spécificité: 96%) dans la revue systématique de Nelson et al., publiée en 2012 (178), et dans l'étude d'Iskandar et al en 2015 (196) (sensibilité 42% ; spécificité 97) – avec un cut-off de 8/24 – ou améliorée (sensibilité 97.7% ; spécificité 97.1%), dans l'étude de Guiguet-Auclair et al., se rapportant à la version française de la WAST évaluée en médecine légale, avec un cut-off de 5/24 (197). Dans l'étude de Nelson et al, la sensibilité et la spécificité de la PVS étaient proches mais la spécificité de l'AAS était plus faible (sensibilité 49% ; spécificité 94% pour la PVS ; sensibilité 93% ; spécificité 55% pour l'AAS) par rapport aux résultats de la revue systématique de Rabin et al. (194). Dans une étude publiée en 2016, se rapportant aux dépistage des violences chez les femmes enceintes, la sensibilité de la version espagnole de l'AAS était plus faible et imprécise (sensibilité 6.9% à 33.3% selon les types de violences ; spécificité 97%) (198). La HITS semblait être une échelle performante pour dépister les violences conjugales pendant la grossesse (sensibilité 86–96% ; spécificité 91–99%) (179,199,200). Les études se rapportant à la version originelle et à la version courte de la *Composite Abuse Scale (CAS)* semblaient aussi témoigner d'une validité, d'une fiabilité et d'une cohérence interne correcte pour évaluer les violences conjugales (201,202). Concernant les violences sexuelles dans l'enfance, plusieurs études mettaient en évidence des performances adéquates de deux questionnaires se rapportant aux négligences et violences subies dans l'enfance, sans qu'ils ne soient spécifiques aux violences sexuelles, l'*Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE Q)*, le *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* ou sa version simplifiée (CTQ Short-form), dont les premières versions ont été élaborées et étudiées par Felitti et al., Dube et al. et Bernstein et al. (203–208). Certaines études ont montré que le dépistage pouvait être proposé de manière ciblée selon les caractéristiques des femmes interrogées. Ainsi, une étude transversale rétrospective, menée en Floride sur un échantillon aléatoire de 300 patientes qui avaient consulté en 2007 dans un

service de gynécologie, montrait que les femmes qui rapportaient une douleur lors d'une consultation gynécologique étaient plus susceptibles d'être interrogées sur les violences conjugales (209). Une seconde étude transversale nord-américaine menée en 2015 auprès de 894 patientes ayant consulté 44 gynécologues-obstétriciens indiquait que 43,2% d'entre eux déclaraient réaliser un dépistage des violences chez toutes les patientes, 38,6% uniquement chez les patientes considérées à risque (mariées, enceintes, lesbiennes, en cas de dépression ou de risque suicidaire) et 13,6% ne dépistaient jamais les violences. L'étude montrait aussi une association entre l'absence de dépistage et l'ethnie de la patiente ($p < 0,03$) ou le nombre de visites médicales précédentes ($p < 0,03$). Ainsi, les femmes de « couleur » étaient moins dépistées que femmes « blanches » (OR 0,73, 95% IC, 0,55–0,97) et les primo-patientes étaient plus souvent dépistées que celles ayant déjà consulté (OR 1,35, 95% IC, 1,02-1,77) (210).

Tableau 4 : Caractéristiques des principales échelles de dépistage des violences conjugales et sexuelles

Echelles	Exemples de questions	Nombre d'items	Echelles de réponse
Violences conjugales			
WAST	<i>Ces questions portent sur les 12 derniers mois</i> En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ? Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ? Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ? Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ? Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ? Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ? Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ? Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?	8	0-3
PVS	Avez-vous reçu des coups, des coups de pied, des coups de poing ou d'autres blessures de la part de quelqu'un au cours de l'année écoulée au cours de l'année écoulée ? Si oui, par qui ? partenaire actuel ? ex-partenaire ? Autre ? Vous sentez-vous en sécurité dans votre relation actuelle ? Y a-t-il un partenaire d'une relation antérieure qui vous fait sentir en danger aujourd'hui ?	3	Y/N
AAS	Avez-vous déjà été victime de violence psychologique ou physique de la part de votre partenaire ou d'une personne importante pour vous ? Au cours de l'année écoulée, avez-vous déjà été frappée, giflée, frappée à coups de pied ou blessée physiquement par quelqu'un ? Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous été giflée, frappée ou blessée physiquement par quelqu'un ? Au cours de l'année écoulée, quelqu'un vous a-t-il forcée à avoir des activités sexuelles ? Avez-vous peur de votre partenaire ou de toute autre personne mentionnée ci-dessus ?	5	Y/N
HITS	<i>À quelle fréquence votre partenaire</i> Vous blesse physiquement Vous insulte ou vous rabaisse Menace de vous faire du mal Vous crie ou vous maudit	4	0-5
CAS	Quatre dimensions, abus combinés graves, abus émotionnels, abus physiques et harcèlement.	30	0-5
CAS-SF	<i>Nous aimerions savoir si vous avez subi l'une des actions énumérées ci-dessous de la part d'un ou de plusieurs partenaires actuels ou anciens. Si cela vous est arrivé, veuillez nous dire À quelle fréquence cela s'est produit au cours des 12 derniers mois.</i> M'a secoué, poussé, empoigné ou jeté Tenté de convaincre ma famille, mes enfants ou mes amis que je suis fou ou essayé de les monter contre moi A utilisé ou menacé d'utiliser un couteau, un pistolet ou une autre arme pour me faire du mal M'a fait subir des actes sexuels que je ne voulais pas subir M'a suivi ou a traîné devant mon domicile ou mon lieu de travail A menacé de me faire du mal ou de me tuer ou de tuer un proche M'a étranglé M'a forcé ou a essayé de me forcer à avoir des relations sexuelles M'a harcelé(e) par téléphone, par SMS, par courrier électronique ou en utilisant les médias sociaux M'a dit que j'étais fou(e), stupide ou pas assez bon(ne) M'a frappé(e) avec un poing ou un objet, m'a donné des coups de pied ou m'a mordu(e) M'a empêché de voir ma famille ou mes amis ou de leur parler M'a confiné(e) ou enfermé(e) dans une pièce ou un autre espace M'a empêché d'avoir accès à un emploi, à de l'argent ou à des ressources financières.	15	Y/N 0-5
Violences sexuelles dans l'enfance			
ACE Q	<i>Pendant vos 18 premières années,</i> Quelqu'un vous a-t-il touché ou caressé de manière sexuelle alors que vous ne le souhaitiez pas ? Quelqu'un a-t-il tenté d'avoir un rapport oral, anal ou vaginal avec vous alors que vous ne le vouliez pas ?	10 (dont 1 vs)	0-5
CTQ	Cinq dimensions, négligence physiques, négligences émotionnelles, abus émotionnels, abus physiques et abus sexuels dans l'enfance	70 (dont 6 vs)	0-5
CTQ-SF	<i>Lorsque j'étais enfant,</i> Quelqu'un a essayé de me toucher sexuellement ou a essayé de m'obliger à le toucher. Quelqu'un a essayé de me faire faire des choses sexuelles ou de me faire regarder des choses sexuelles.	28 (dont 4 vs)	0-5

Hypothèse de recherche

Les parcours de soin gynéco-obstétrical reposent sur des consultations régulières que les femmes sont encouragées à réaliser. En France, le suivi de grossesse se compose de sept consultations prénatales et d'un suivi médical régulier en gynécologie est usuellement recommandé. Le suivi gynécologique préventif, qu'il se rapporte au diagnostic d'une pathologie gynécologique ou à la réalisation de gestes cliniques intrusifs, peut générer une anxiété et être évité par certaines femmes.

Les études déjà publiées ont montré que les femmes exposées à des antécédents de violences étaient à risque de présenter des symptômes gynécologiques et psychiques accrus. La honte et la culpabilité pouvaient s'y associer. Notre activité clinique corrobore les données de la littérature. Elle nous permet de rencontrer des femmes en situation d'isolement psychique, parfois physique, qui n'ont pas la capacité de prendre soin d'elle-même et prendre soin de leur santé. Les personnes présentant des antécédents de violences conjugales et sexuelles sont exposées au risque de ressentir une honte et une culpabilité consécutives aux violences qui pourrait entraîner un moindre recours au soin gynécologique, et ce, malgré la présence de pathologies ou des symptômes gynécologiques.

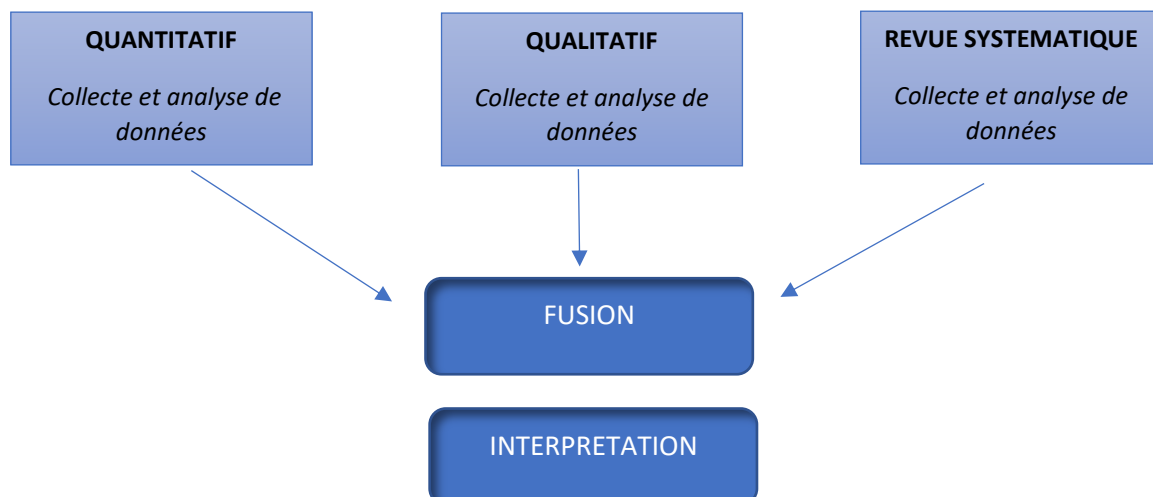
Notre recherche a pour objectif d'une part, d'étudier l'association entre les violences conjugales et sexuelles et l'absence de recours au soin gynécologique et d'en identifier les facteurs associés, et d'autre part, de caractériser le vécu ou les perceptions du soin gynécologique des femmes ayant subi des violences conjugales ou sexuelles. Elle repose sur l'hypothèse initiale, fondée sur l'expérience clinique et l'étude exploratoire des connaissances existantes sur les violences et le recours au soin, d'une association entre les antécédents de violences conjugales et sexuelles et l'absence de recours au soin gynécologique.

Les violences conjugales et sexuelles peuvent représenter des facteurs associés à l'absence de recours au soin gynécologique comme peuvent l'être des déterminants individuels tels la précarité sociale, l'obésité, le handicap et l'âge, inférieur à 20 ans ou supérieur à 65 ans. L'absence ou le moindre recours au soin gynécologique après des violences conjugales et sexuelles pourrait s'expliquer par une aversion pour l'examen gynécologique, un temps constitutif de la consultation gynécologique susceptible de générer de l'inconfort et du stress.

Le fait que les personnes victimes de violences n'abordent pas ce sujet auprès d'un professionnel de santé peut traduire une impossibilité ou une incapacité à évoquer les violences en consultation médicale mais aussi une absence d'opportunité de rencontre avec un professionnel pour aborder le sujet. La faible évocation des violences à un professionnel de santé pourrait être l'un des témoins de l'absence ou du faible recours au soin gynécologique après des violences.

Une recherche s'appuyant sur un modèle mixte parallèle ou convergent (Figure 2) qui, selon les apports de Creswell et al., permettrait d'obtenir des données différentes mais complémentaires afin de mieux comprendre le sujet de recherche (211) et de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse de recherche. Une étude quantitative cas-témoins, une étude qualitative et une revue systématique seront menées afin d'une part, d'étudier l'association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et le recours au soin et d'autre part, de caractériser les perceptions du recours au soin et de l'examen pelvien après des violences conjugales ou sexuelles. Les protocoles de chacune des trois études seront présentés en annexe (Annexes 2-4).

Figure 2 : Modèle mixte parallèle ou convergent adapté du modèle de Creswell et al.



**Partie 1 - Recours au soin gynécologique
après des violences conjugales et
sexuelles, étude cas-témoins**

1. Faible recours au soin gynécologique et violences, une étude cas-témoins menée pendant le suivi de grossesse

1.1. Résumé

L'objectif de cette étude était d'étudier l'association entre l'exposition aux violences conjugales et sexuelles et le faible recours à la consultation gynécologique.

Entre octobre 2021 et octobre 2022, une étude cas-témoins a été menée dans les centres de protection maternelle et infantile et les centres de santé sexuelle du Val-de-Marne.

Au total, 405 femmes enceintes ont été incluses dans le groupe cas (n=129) ou dans le groupe témoin (n=276). Après ajustement sur l'âge, le statut conjugal, le niveau de protection sociale, les dyspareunies, les pertes vaginales anormales, les dysménorrhées, les douleurs pelviennes régulières, les mastodynies, les vulvodynies et les antécédents d'accouchement difficile, les violences conjugales étaient associées à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années (OR 2,13, 95 % IC, 1,21-3,73, p=0,008). Les violences sexuelles étaient associées à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années (OR 1,92, 95 % IC, 1,05-3,49, p=0,03). L'absence de consultation gynécologique était co-associée aux dyspareunies et aux violences conjugales ou sexuelles (respectivement p<0,0001 et p<0,0001).

Cette étude a mis en évidence l'association entre les violences conjugales et sexuelles et l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années. Elle souligne la nécessité de susciter la confiance des femmes présentant des antécédents de violences pour qu'elles aient recours à un suivi gynécologique en cas de besoin.

1.2. Introduction

Les violences faites aux femmes sont un problème de santé publique majeur et une violation des droits humains (212). En 2022, l'OMS estimait que 27 % des femmes âgées de 15 à 49 ans avaient été victimes de violences physiques ou sexuelles au cours de leur vie, dont 13 % au cours de l'année précédente (28). Dans une méta-analyse menée en Chine, composée de 9 études transversales provenant d'Afrique subsaharienne regroupant 8 549 femmes, la prévalence des violences sexuelles au cours de la vie était de 33 %, avec des taux plus élevés chez les femmes enceintes et les femmes des pays en développement (213). Les violences psychologiques, physiques et sexuelles commises par le conjoint ou l'ex-conjoint et les

violences sexuelles, quel que soit l'auteur, entraînent une altération de la santé physique, mentale, sexuelle et génésique à court et à long terme. Les symptômes et pathologies gynécologiques liées aux violences comprennent notamment les douleurs pelviennes, les dysménorrhées, les dyspareunies et les saignements anormaux (130,131,134) et les symptômes et pathologies obstétricales associées aux violences incluent les grossesses non désirées, les accouchements prématurés et un faible poids à la naissance (141,143,144,214).

En obstétrique, les antécédents de violences conjugales ou sexuelles sont aussi associés à un risque de réduction du recours au soin, en particulier chez les femmes qui ne bénéficient pas d'une assurance maladie. Une méta-analyse regroupant cinq articles, provenant d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud, a montré que les femmes enceintes présentant des antécédents de violences conjugales étaient 25 % moins susceptibles d'utiliser des soins prénatals adéquats que les femmes sans antécédent de violences conjugales, sans toutefois pouvoir exclure la présence de facteurs de confusion d'ordre socio-économique (215). Selon une méta-analyse canadienne de 34 études, provenant à la fois de pays à revenu élevé et de pays à revenu faible à intermédiaire, les femmes enceintes exposées à des violences pendant la grossesse étaient plus à risque de ne jamais chercher à se faire soigner ou de retarder les soins (216).

Dans ses recommandations de 2018 concernant la consultation gynécologique préventive, l'ACOG affirmait que l'intervalle entre deux consultations devrait être basé sur les besoins individuels des femmes (53), ce qui est en accord avec celles émises par le CNGOF qui recommandait, en 2023, la réalisation de l'examen pelvien se basant sur les facteurs de risque et les signes cliniques des patientes (6). Pourtant, en 2012, l'ACOG recommandait la réalisation d'un examen pelvien annuel chez toutes les femmes âgées de 21 ans et plus, lors des premières recommandations concernant la *Well Woman Visit* (55). En France, la HAS a recommandé une consultation gynécologique annuelle pour le suivi contraceptif chez les femmes en âge de procréer en 2019 (217), un dépistage individuel annuel du cancer du sein après l'âge de 25 ans en 2014 (218) et deux examens cytologiques à un an d'intervalle après l'âge de 25 ans en 2019 (56). Ces recommandations rejoignent les conclusions d'une étude australienne synthétisant des avis d'experts mettant en évidence que l'absence de recours ou le faible recours au soin gynécologique peut compromettre ou retarder la prévention et le diagnostic des maladies gynécologiques (219).

Deux études, l'une états-unienne menée auprès de 1 480 femmes consultant pour un motif contraceptif, l'autre israélienne menée auprès de 210 parturientes, montraient que les femmes ayant des antécédents de violences conjugales ou de violences sexuelles présentaient un risque accru de suivi gynécologique sous-optimal, un évitement des soins gynécologiques ou un recours tardif au soin associé à l'évitement de l'examen pelvien (220,221). Une étude transversale australienne regroupant 1 685 femmes montrait que les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus étaient plus faibles chez les femmes qui révélaient avoir subi des violences sexuelles pendant leur enfance (222). Cependant, une étude de cohorte rétrospective portant sur 1 049 vétérans américaines ne mettait pas en évidence de diminution du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes ayant des antécédents de violences sexuelles (223). Selon une étude australienne publiée en 2020, les violences sexuelles pendant l'enfance étaient associées à des taux plus faibles de recours au soin gynécologique mais les victimes de violences sexuelles pendant l'enfance n'étaient pas moins susceptibles de recourir à des soins gynécologiques que le groupe témoin qui ne présentait pas d'antécédent de violences (224).

Aucune des études examinées ne visait à explorer l'association entre les violences et le faible recours au soin gynécologique en précisant les caractéristiques des violences telles que le type de violences ou l'auteur des violences conjugales. L'objectif de cette étude était d'examiner l'association entre l'exposition aux violences conjugales et sexuelles et le faible recours à la consultation gynécologique.

1.3. Méthodes

L'étude a reçu l'accord du Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université de Paris (référence N°2021-82, 12 octobre 2021). Les participantes ont été informées de la nature confidentielle des informations recueillies et leur consentement éclairé à participer à cette étude a été recueilli. La synthèse du protocole de recherche de l'étude est présentée en annexe (Annexe 2).

Entre octobre 2021 et octobre 2022, une étude cas-témoins a été menée dans les centres de PMI-santé sexuelle du Val-de-Marne. Les femmes enceintes de plus de 20 ans ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire standardisé administré par un professionnel de la santé soit immédiatement après la consultation médicale, soit à une date ultérieure, et soit sur

place, soit à distance par téléphone ou vidéoconférence, selon le choix des femmes interrogées. Les femmes n'ayant pas vécu en France au cours des 3 dernières années et les femmes âgées de moins de 20 ans ont été exclues.

Les principales données recueillies concernaient les antécédents de violences conjugales ou sexuelles, les consultations gynécologiques avant la grossesse et, le cas échéant, la date de la dernière consultation gynécologique. Des données ont également été recueillies sur les caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques des femmes, sur leur santé gynécologique et reproductive ainsi que le recours au soin d'urgence ou en urgence pour un motif gynécologique et le recours au soin en médecine générale.

Le groupe cas comprenait les femmes qui n'avaient pas eu de consultation gynécologique programmée avec un médecin ou une sage-femme dans les deux dernières années. Le groupe témoin comprenait les femmes qui avaient eu une consultation gynécologique programmée avec un médecin ou une sage-femme depuis moins de deux ans, en dehors d'une grossesse ou d'une urgence gynécologique. L'exposition aux violences a été définie comme la présence d'antécédents de violences conjugales commises par un partenaire actuel et ex-partenaire ou d'antécédents de violences sexuelles, avant et après l'âge de 18 ans. Les questions sur les violences ont été adaptées du questionnaire de l'enquête VAW-Survey, soumis à 42000 femmes dans 28 pays européens en 2014 (225). L'âge, l'âge gestationnel et l'indice de masse corporelle (IMC) ont été extraits des dossiers médicaux. Toutes les autres données ont été collectées par le biais du questionnaire. Les données manquantes (DM) ont été comptées pour chaque variable. Les lignes directrices de la STROBE ont été suivies (226).

Pour estimer la taille de l'échantillon, nous avons supposé une erreur de type 1 de 5 %, une puissance de 80 %, un rapport cas-témoins de 1:2 et une prévalence des violences conjugales ou sexuelles d'environ 30 % (227). Nous avons émis l'hypothèse que les femmes ayant des antécédents de violences conjugales ou sexuelles auraient un risque 1,9 fois plus élevé de retarder les soins que les femmes sans antécédent de violences, conformément à l'étude citée précédemment, qui concernait les femmes enceintes interrogées au cours du suivi de grossesse (216), mettant en évidence un odds ratio (OR) de 1,81. Avec un OR minimum détectable de 1,9, nous aurions besoin d'au moins 132 cas et 264 témoins pour un total de 396 participantes.

Le logiciel R® 3.6.0 a été utilisé pour l'analyse statistique des données.

Pour l'analyse bivariée, nous avons utilisé le test du chi carré de Pearson, le test exact de Fisher et l'ANOVA. Toutes les variables associées à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années dans l'analyse univariée ont été incluses dans le modèle de régression logistique multivarié, en calculant les rapports de côtes et les intervalles de confiance à 95 % (IC95 %). Les résultats ont été considérés comme significatifs pour des valeurs P inférieures à 0,05.

1.4. Résultats

Au total, 1 049 femmes enceintes ont été initialement recrutées. 228 ont refusé de participer et 446 ont été exclues de l'étude parce qu'elles avaient moins de 20 ans ou qu'elles vivaient en France depuis moins de 3 ans. 405 femmes enceintes ont été incluses dans le groupe cas (n=129) ou dans le groupe contrôle (n=276).

Les femmes du groupe cas étaient plus jeunes (moyenne, 29,75 vs. 31,86 ans, $p=0,002$), moins susceptibles de vivre dans le même logement que leur partenaire ($p=0,0002$), bénéficiaient moins de la sécurité sociale ($p=0,003$) et d'une assurance maladie complémentaire ($p<0,0001$) (Tableau 5) et ont rapporté plus de douleurs pelviennes régulières non menstruelles ($p=0,0003$), de dysménorrhées ($p=0,0001$), de dyspareunies ($p<0,0001$), de pertes vaginales anormales ($p<0,0001$), de vulvodynies ($p=0,006$), de mastodynies ($p=0,009$) et d'antécédents d'accouchement difficile ($p=0,01$) (Tableau 6). Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes en termes de niveau d'éducation, d'emploi, d'IMC, d'handicap, d'antécédents obstétricaux, d'âge du premier rapport sexuel consenti, de fréquence de consultation en médecine générale et de fréquence de consultation en urgence pour des problèmes gynécologiques dans les deux dernières années. Les violences conjugales (physiques, psychologiques ou sexuelles) ont été déclarées par 37,5 % des femmes – 32,3 % par un ex-partenaire, 8,6 % par un partenaire actuel – et les violences sexuelles, quel qu'en soit l'auteur, avant ou après 18 ans, ont été déclarées par 24,7 % d'entre elles.

En analyse bivariée, les antécédents de violences conjugales physiques, psychologiques ou sexuelles commises par un partenaire actuel ou un ex-partenaire étaient associés à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années par rapport à l'absence d'antécédent de violences conjugales (respectivement $p<0,0001$ et $p=0,02$). Les antécédents

de violences sexuelles, quel que soit l'auteur et quel que soit l'âge de la victime, étaient associées à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années par rapport à l'absence d'antécédent de violences sexuelles ($p < 0,0001$). Les violences sexuelles étaient associées à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années chez les femmes ayant subi des violences avant et après 18 ans (respectivement $p < 0,0001$ et $p < 0,0001$) (Tableau 7).

Après ajustement sur l'âge, le statut conjugal, le niveau de protection sociale, les dyspareunies, les pertes vaginales anormales, les dysménorrhées, les douleurs pelviennes régulières non-menstruelles, les mastodynies, les vulvodynies, les antécédents d'accouchement difficile, les antécédents de violences conjugales étaient associés à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années (OR 2,13, 95 % IC, 1,21-3,73, $p = 0,008$).

Les antécédents de violences conjugales commises par un ex-partenaire étaient associés à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années (OR 2,04, 95 % IC 1,15-3,60, $p = 0,01$) et les antécédents de violences conjugales commises par un partenaire actuel n'étaient pas associés à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années (OR 1,14, 95 % IC, 0,48-2,66 $p = 0,77$).

Les antécédents de violences sexuelles, quel que soit l'âge, étaient associés à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années (OR 1,92, 95 % IC, 1,05-3,49, $p = 0,03$). Les antécédents de violences sexuelles après 18 ans étaient associés à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années (OR 1,95, 95 % IC, 1,07-3,56, $p = 0,03$) mais pas les antécédents de violences sexuelles avant 18 ans (OR 1,37, 95 % IC, 0,74-2,51, $p = 0,30$) (Tableau 7).

Une analyse de puissance post-hoc, réalisée sur les variables non significatives (violences conjugales actuelles et violences sexuelles avant 18 ans), a montré une faible puissance de 3 % pour les violences conjugales commises par le partenaire actuel et de 56 % pour les violences sexuelles avant 18 ans.

L'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années était co-associée, à la fois, aux dyspareunies et aux violences conjugales ou sexuelles (respectivement $p < 0,0001$ et $p < 0,0001$).

1.5. Discussion

Les antécédents de violences conjugales commises par un ex-partenaire et de violences sexuelles après l'âge de 18 ans étaient associés à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années. Les violences conjugales actuelles et les violences sexuelles dans l'enfance n'étaient pas associées à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années. La prévalence des violences sexuelles dans notre étude était conforme à la prévalence des violences sexuelles issue d'une méta-analyse basée sur une revue systématique de 32 études transversales qui estimait que 29 % des femmes avaient été exposées à des violences sexuelles au cours de leur vie (165) et avec celle issue d'une analyse systématique de 28 études transversales, qui estimait que 24 % des filles avaient subi des violences sexuelles pendant leur enfance (228).

Les violences conjugales commises par ex-partenaire ont été déclarées plus fréquemment que les violences conjugales commises par un partenaire actuel, un résultat cohérent avec les données de enquête européenne VAW-Survey qui montraient que les violences conjugales physiques et sexuelles étaient 3 à 4 fois moins signalées lorsque l'auteur déclaré était le partenaire actuel (29). L'absence d'association entre les violences conjugales actuelles et la consultation gynécologique pourrait être liée à un manque de puissance dû à la faible prévalence du signalement de ce type de violence, associé à une charge psychologique génératrice de honte et de culpabilité, encore plus développée pendant la grossesse (229).

Dans notre étude, l'absence de consultation gynécologique était associée aux dyspareunies, un symptôme souvent lié aux violences sexuelles, comme d'autres dysfonctions sexuelles telles qu'un stress élevé pendant l'activité sexuelle, une diminution ou une absence de désir sexuel et un trouble de l'orgasme, en particulier en cas de stress post-traumatique (130,134,135,230). Les dyspareunies pourraient à la fois expliquer et conduire au non-recours au soin gynécologique après des violences sexuelles, dans un contexte de honte, de culpabilité et de réminiscences traumatiques (231). Nous émettons donc l'hypothèse d'un risque accru d'absence de consultation gynécologique chez les femmes ayant des antécédents de violences sexuelles, en particulier en présence de dyspareunies. Nous pouvons aussi supposer que l'absence de consultation gynécologique est associée à la dépression, à la honte et à la culpabilité résultant des violences conjugales et sexuelles, comme cela a été mentionné précédemment (172) et à l'évitement des examens pelviens en présence d'un stress post-traumatique, conformément à deux études déjà citées (220,221).

Les facteurs associés à l'absence de suivi gynécologique et leurs relations pourraient être mieux compris en approfondissant notamment les études qualitatives déjà publiées sur ce sujet qui montrait une perception négative des soins gynécologiques liée aux antécédents de violences sexuelles ou conjugales (232,233).

Notre étude présente plusieurs points forts. Nous avons étudié l'absence de consultation gynécologique après des violences jusqu'alors peu documentée pendant le suivi de la grossesse. Nous avons décidé d'interroger des femmes pendant le suivi de leur grossesse, plutôt que pendant une consultation gynécologique, afin d'éviter le biais d'un suivi gynécologique préexistant, car l'absence totale de suivi de grossesse est rare, même chez les femmes très éloignées du système de santé (234). Le questionnaire a été soumis aux femmes par un professionnel de santé, préalablement sensibilisé au cadre et à la méthodologie de recherche, qui disposait d'un guide pour standardiser les questions posées.

Notre étude présente certaines limites. La classification entre les deux groupes a été basée sur le souvenir de la date de la dernière consultation, une donnée dont la fiabilité est limitée. Cependant, la limite de deux ans a probablement été plus facile à déterminer en se référant à la période de confinement en période de Covid-19. L'extension de nos résultats à l'ensemble des femmes n'est pas évidente, car les jeunes femmes et les femmes migrantes, exclues de cette étude, semblent moins susceptibles de recevoir des soins gynécologiques et sont particulièrement exposées aux violences (235–237).

Cette étude a mis en évidence l'association entre les violences conjugales et sexuelles et le non-recours au soin gynécologique dans les deux dernières années chez les femmes consultant pour un suivi de grossesse. Cette étude souligne la nécessité de susciter la confiance des femmes présentant des antécédents de violences pour qu'elles aient recours au soin gynécologique en cas de besoin. À l'issue de cette étude, l'étude de l'association entre les violences et l'absence de recours au soin gynécologique et ses facteurs associés pourrait être approfondie en étudiant les résultats d'une étude quantitative complémentaire, menée auprès d'un nouveau public-cible, les femmes consultant pour une demande d'IVG.

Tableau 5 : Données démographiques et socio-économiques des femmes qui ont (témoins) ou n'ont pas (cas) déclaré une consultation gynécologique dans les deux dernières années chez les femmes consultant pour un suivi de grossesse

	Dernière consultation gynécologique		Analyse bivariée >2 ans vs. <2 ans
	Cas (>2 ans) (n=129)	Contrôle (< 2 ans) (n=276)	
	N (%)	N (%)	P
Âge (moyenne)	29,75	31,86	0,002 ^c
Couple			0,0002 ^a
Couple, même logement	85 (65,9)	229 (83,3)	
Couple, logement séparé	14 (10,8)	20 (7,3)	
Pas en couple	30 (23,3)	26 (9,4)	
DM	0	1	
Niveau d'éducation			0,99 ^a
Collège et niveau d'éducation inférieur	25 (19,3)	42 (15,4)	
Enseignement professionnel (CAP, BEP)	17 (13,1)	29 (10,6)	
Lycée	43 (33,3)	76 (27,8)	
Enseignement supérieur	44 (34,1)	126 (46,1)	
DM	0	3	
Activité professionnelle ou étude en cours	61 (47,3)	156 (56,5)	0,08 ^a
Sécurité sociale			0,003 ^b
Régime général/régime spécial	61 (47,7)	181 (65,6)	
CMU/PUMA	42 (32,8)	67 (24,3)	
AME	19 (14,8)	21 (7,6)	
Pas de sécurité sociale	6 (4,7)	7 (2,5)	
DM	1	0	
Assurance maladie complémentaire/Complémentaire santé solidaire (CSS)	82 (67,2)	224 (85,8)	0,0003
DM	7	15	
IMC			0,1 ^b
Normal	41 (52,6)	56 (33,1)	
Maigre	-	4 (2,4)	
Surcharge pondérale	23 (29,5)	66 (39,0)	
Obèse	14 (17,9)	43 (25,4)	
DM	51	107	
Handicap	1 (0,8)	7 (2,5)	0,47 ^b
DM	0	1	

^a La valeur p a été calculée à l'aide du test du chi carré de Pearson.

^b La valeur p a été calculée à l'aide du test exact de Fisher.

^c La valeur p a été calculée en utilisant l'anova.

IMC = Indice de masse corporelle.

DM = données manquantes.

Tableau 6 : Santé gynécologique, reproductive et recours au soin des femmes qui ont (témoins) ou n'ont pas (cas) déclaré une consultation gynécologique au cours dans les deux dernières années chez les femmes consultant pour un suivi de grossesse

	Dernière consultation gynécologique		Analyse bivariable >2 ans vs. <2 ans
	Cas (>2 ans) [n=129] >2 ans N [%]	Contrôle (< 2 ans) [n=276] < 2 ans N [%]	
Données générales (moyenne)			
Gestité	3,93	3,88	0,80 ^c
Parité	2,47	2,50	0,88 ^c
Âge du premier rapport sexuel consenti	19,44	19,60	0,25 ^c
Âge gestationnel	19,00	19,05	0,97 ^c
Symptômes gynécologiques			
Douleurs pelviennes régulières (douleurs pelviennes non menstruelles)	42 (32,6)	46 (16,7)	0,0003 ^a
DM	3	2	
Dysménorrhées >6/10	69 (54,8)	95 (34,7)	0,0001 ^a
DM	3	2	
Dyspareunies	72 (55,8)	55 (19,9)	<0,0001 ^a
Si dyspareunies, type de dyspareunies			0,08 ^a
Dyspareunies superficielles	14 (19,4)	13 (25,5)	
Dyspareunies profondes	8 (11,1)	12 (23,5)	
Dyspareunies superficielles et profondes	50 (69,4)	26 (51,0)	
DM	0	4	
Pertes vaginales anormales	43 (33,6)	39 (14,2)	<0,0001 ^a
DM	1	2	
Vulvodynies	24 (18,9)	25 (9,3)	0,006 ^a
Mastodynies	25 (19,5)	28 (36,8)	0,009 ^a
DM	1	0	
Consultation gynécologique en urgence dans les deux dernières années	22 (17,5)	51 (18,6)	0,78 ^a
Si oui, motif de la consultation gynécologique en urgence			0,18 ^b
Douleurs, douleurs pelviennes, dysménorrhées, dyspareunies, vulvodynies	10 (62,5)	14 (41,2)	
Saignement vaginal	4 (25,0)	15 (44,1)	
Infection vaginale, mycose, vaginose, vaginite, leucorrhée, prurit	1 (6,2)	5 (14,7)	
Contraception d'urgence	1 (6,2)	0 (0,0)	
DM	3	2	
Fréquence des consultations chez le médecin généraliste			0,80 ^a
Plusieurs fois par an	52 (47,2)	117 (47,8)	
Tous les 1 ou 2 ans	27 (24,6)	59 (24,1)	
Tous les 3-4 ans, rarement ou jamais	31 (28,2)	69 (28,2)	
DM	19	31	
Antécédents d'accouchement difficile (déchirure périnéale complet/compliquée, épisiotomie, césarienne d'urgence, interruption médicale de grossesse)	43 (38,4)	57 (25,0)	0,01 ^a
DM	17	48	
Antécédents de dépression périnatale	34 (27,4)	50 (19,0)	0,06 ^a
DM	5	13	

^a La valeur p a été calculée à l'aide du test du chi carré de Pearson.

^b La valeur p a été calculée à l'aide du test exact de Fisher.

^c La valeur p a été calculée en utilisant l'anova.

DM = données manquantes.

Tableau 7 : Association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et l'absence de recours à une consultation gynécologique dans les deux dernières années chez les femmes consultant pour un suivi de grossesse

	Dernière consultation gynécologique				Analyse multivariée ^			
	Cas (>2 ans) (n=129)		Contrôle (< 2 ans) (n=276)		P ^a	OR	IC95%	P
	N	%	N	%				
Violences conjugales, antérieure ou actuelle ^b	75	58,1	77	27,9	<0,0001	2,13	1,21-3,73	0,008
Dont violences conjugales, ex-partenaire ^b	64	49,6	67	24,3	<0,0001	2,04	1,15-3,60	0,01
Dont violences conjugales, partenaire actuel ^b	17	13,2	18	6,5	0,02	1,14	0,48-2,66	0,77
Violences sexuelles ^c	51	39,5	49	17,7	<0,0001	1,92	1,05-3,49	0,03
Dont violences sexuelles >18 ans					<0,0001	1,95	1,06-3,56	0,03
Dont violences sexuelles <18 ans					<0,0001	1,37	0,74-2,51	0,30

^a La valeur p a été calculée à l'aide du test du chi carré de Pearson.

^b Violences conjugales physiques, psychologiques ou sexuelles.

^c Violences sexuelles <18 ans et >18 ans, quel qu'en soit l'auteur.

[^] Ajustement sur l'âge, le statut conjugal, le niveau de protection sociale, les dyspareunies, les pertes vaginales anormales, les dysménorrhées, les douleurs pelviennes régulières, la mastodynie, la vulvodynie, les antécédents d'accouchement difficile.

2. Recours au soin gynécologique et violences, une étude cas-témoins chez des femmes consultant pour une IVG

2.1. Résumé

L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des violences conjugales et sexuelles et de caractériser l'association entre les antécédents de violences conjugales et sexuelles et le faible recours au soin gynécologique dans le contexte d'une demande d'IVG.

Nous avons mené une étude cas-témoins chez des femmes consultant pour dans le cadre d'une demande d'IVG, dans les centres de protection maternelle et infantile-santé sexuelle du Val de Marne (avril 2022-mars 2023).

Au total, 103 femmes ont été incluses. Les violences conjugales physiques, psychologiques ou sexuelles ont été rapportées par 48,5% d'entre elles et les violences sexuelles, quel qu'en soit l'auteur, ont été rapportées par 23,3%. En analyse bivariée, les antécédents de violences conjugales physiques, psychologiques ou sexuelles n'étaient pas associés à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années, par rapport à l'absence d'antécédent de violences conjugales ($p=0,09$). Après ajustement sur les douleurs pelviennes régulières, les dysménorrhées, les vulvodynies et les dyspareunies, il n'y avait pas d'association entre les antécédents de violences sexuelles et l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années (OR 1,05, 95 % IC, 0,27-4,13, $p=0,93$).

Les violences sont un phénomène courant chez les femmes qui recourent à l'IVG. Nous n'avons pas trouvé d'association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années. Nous suggérons d'étudier le recours multiple ou fréquent au soin gynécologique à la suite de violences. La combinaison des contraintes éthiques, morales et psychologiques associées au dépistage des violences et à l'IVG constitue un défi pour le recrutement des patientes dans les futures études.

2.2. Introduction

La déclaration des Nations unies sur l'élimination des violences à l'égard des femmes définit les violences à l'égard des femmes comme tout acte fondé sur le sexe causant un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris les menaces, la coercition ou la privation arbitraire de liberté (10). Les violences conjugales et les violences

sexuelles sont associées à un risque majoré de grossesses non désirées, d'interruptions de grossesse, d'infections sexuellement transmissibles et d'absence de recours à la contraception et à l'utilisation de préservatif (140,238–245). Selon l'OMS et les Nations unies, le droit à la santé est un élément fondamental des droits humains incluant la santé sexuelle et génésique (246,247).

En 2018, l'ACOG a mis à jour ses recommandations sur la consultation gynécologique de prévention, soulignant l'importance d'adapter l'intervalle entre ces consultations en fonction des besoins individuels de chaque patiente (54). Ces recommandations marquent un changement par rapport aux directives antérieures de l'ACOG en 2012, qui préconisaient des examens pelviens annuels pour toutes les femmes de 21 ans et plus. Le caractère annuel de la consultation rejoint certaines recommandations de la HAS en matière de contraception (217), de dépistage individuel du cancer du sein après l'âge de 25 ans (218), de dépistage des infections sexuellement transmissibles avant l'âge de 25 ans (57) et des deux premiers dépistages du cancer du col de l'utérus avant l'âge de 30 ans (56).

Une étude transversale française portant sur 164 092 patientes, publiée en 2022, a montré que le soin gynécologique était la catégorie de soin la plus délaissée après le soin ophtalmologique (93). La précarité sociale, la migration sociale et un faible niveau de littératie sont associés à l'absence de soins obstétricaux, gynécologiques et orthogéniques (96,98,248,249). Certains facteurs psychosociaux tels que le surpoids ou l'obésité (110), le handicap (112,114,115), les troubles liés à la consommation de substances psychoactives (250) et la détention (117,251,252) sont également associés à un moindre recours au dépistage du cancer du col de l'utérus, à la contraception, à un moindre recours à l'IVG ou, plus généralement, à un faible recours au soin gynécologique.

Les études examinant l'association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et l'absence de recours au soin gynécologique en dehors d'une grossesse ont donné des résultats hétérogènes. Certaines études mettaient en évidence une association entre les violences conjugales et des consultations plus fréquentes pour des problèmes de santé reproductive (253) tandis que d'autres études montraient un moindre recours ou une absence de recours au soin gynécologique après des violences conjugales ou sexuelles (220–222). Nous avons préalablement mené une étude montrant une association entre les violences conjugales ou sexuelles et l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années, en incluant uniquement des femmes enceintes lors du suivi de leur grossesse (2).

L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des violences conjugales et sexuelles et de caractériser l'association entre l'exposition aux violences conjugales et sexuelles et le recours au soin gynécologique de femmes consultant pour une demande d'IVG.

2.3. Méthodes

L'étude a reçu l'approbation du CER de l'Université de Paris. Toutes les participantes ont été informées de la confidentialité des informations collectées et ont donné leur consentement éclairé pour participer à l'étude. La synthèse du protocole de recherche est présentée en annexe (Annexe 2).

Une étude cas-témoins a été menée dans les centres de PMI-santé sexuelle du Val de Marne. Les femmes de plus de 20 ans consultant dans le cadre d'une demande d'IVG ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire standardisé soumis par un professionnel de santé. Le questionnaire était soumis selon la méthode choisie par les femmes, c'est-à-dire soit à la suite d'une consultation, soit à une date ultérieure, et soit sur place, soit à distance par téléphone ou vidéoconférence. Les femmes n'ayant pas vécu en France dans les 3 dernières années et les femmes âgées de moins de 20 ans étaient exclues de l'étude.

Les principales données recueillies étaient les antécédents de violences conjugales et sexuelles, les symptômes gynécologiques avant la grossesse – douleurs pelviennes non-menstruelles, dyspareunies, dysménorrhées, vulvodynies et mastodynies, l'existence d'un suivi gynécologique avant la grossesse et, le cas échéant, la date de la dernière consultation programmée. Des données ont également été recueillies sur les caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques des femmes, la santé gynécologique et sexuelle, les antécédents obstétricaux ainsi que le recours au soin d'urgence ou en urgence pour un motif gynécologique et le recours au soin en médecine générale.

Le groupe cas comprenait les femmes qui déclaraient ne pas avoir eu de consultation gynécologique programmée avec un médecin ou une sage-femme dans les deux dernières années. Le groupe témoin comprenait les femmes qui déclaraient avoir eu une consultation gynécologique programmée avec un médecin ou une sage-femme depuis moins de deux ans, en dehors du contexte d'une grossesse ou d'une urgence gynécologique. L'exposition aux violences a été définie comme la présence d'antécédents de violences conjugales commises par un partenaire ou conjoint actuel et un ex-partenaire ou conjoint et la présence

d'antécédents de violences sexuelles, avant et après l'âge de 18 ans. Les questions sur les violences ont été adaptées du questionnaire de européenne VAW-Survey, soumise à 42000 femmes dans 28 pays européens en 2014 (225). L'âge a été la seule donnée extraite du dossier médical. Toutes les autres données ont été recueillies à l'aide du questionnaire. Les données manquantes (DM) ont été comptées pour chaque variable. Les lignes directrices de la STROBE ont été suivies (226).

Pour estimer la taille de l'échantillon, nous avons supposé une erreur de type 1 de 5 %, une puissance de 80 %, un rapport cas-témoins de 1:2 et une prévalence des violences conjugales ou sexuelles d'environ 30 %, conformément à la prévalence mise en évidence par l'OMS (227). Nous avons émis l'hypothèse que les femmes ayant des antécédents de violences conjugales ou sexuelles auraient un risque trois fois plus élevé de retarder les soins que les femmes qui n'avaient pas subi de violences, en référence à une étude précédemment citée qui concernait les soins gynécologiques ou orthogéniques (220) qui trouvait un OR de 3,10. Avec un OR minimum détectable de 3, nous aurions besoin d'au moins 46 cas et 92 témoins pour un total de 138 participantes.

Le logiciel R® 3.6.0 a été utilisé pour le traitement statistique des données.

Pour l'analyse bivariée, nous avons utilisé le test du chi carré de Pearson, le test exact de Fisher et l'ANOVA. Toutes les variables associées à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années dans l'analyse univariée ont été incluses dans le modèle de régression logistique multivarié, en calculant les OR et les intervalles de confiance à 95 % (IC95 %). Les résultats ont été considérés comme significatifs pour des valeurs P inférieures à 0,05.

2.4. Résultats

Au total, 103 femmes ont été incluses suite à une demande d'IVG, réparties dans le groupe cas (n=53) et le groupe témoin (n=50), entre avril 2022 et mars 2023.

L'âge des participantes était similaire dans les deux groupes (moyenne, 25,9 vs 27,02 ans, $p=0,38$) (Tableau 8). Les patientes du groupe cas ont rapporté plus de douleurs pelviennes non-menstruelles ($p=0,0002$), de dyspareunies ($p < 0,0001$), de dysménorrhées ($p=0,007$) et de vulvodynies ($p=0,03$) (Tableau 9). Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes concernant le statut conjugal, le niveau d'éducation, l'emploi, le handicap (Tableau 8), l'âge du premier rapport sexuel consenti, les pertes vaginales anormales, les antécédents

obstétricaux y compris ceux susceptibles d'être vécus comme difficiles ou traumatisants, la fréquence de consultation en médecine générale et la fréquence de consultation aux urgences ou en urgence pour un motif gynécologique dans les deux dernières années (Tableau 9). Des violences conjugales physiques, psychologiques ou sexuelles ont été rapportées par 50 patientes sur 103 (48,5 %) (groupe cas, 30 sur 53, 56,6 % ; groupe témoin, 20 sur 50, 40,0 %) (Tableau 10). Les violences sexuelles ont été rapportées par 24 patients sur 103 (23,3 %) (groupe de cas, 17 sur 53,32 % ; groupe témoin, 7 sur 50, 14 %).

En analyse bivariée, les antécédents de violences conjugales physiques, psychologiques ou sexuelles n'étaient pas associées à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années, par rapport à l'absence d'antécédent de violences conjugales ($p=0,09$).

Les antécédents de violences sexuelles, quel que soit l'auteur des violences et quel que soit l'âge de la victime, étaient associées à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années ($p=0,03$) (Tableau 10).

Après ajustement sur les douleurs pelviennes régulières, les dysménorrhées, les vulvodynies et les dyspareunies, il n'y avait pas d'association entre les antécédents de violences sexuelles et l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années (OR 1,05, 95 % IC 0,27-4,13, $p=0,93$) (Tableau 10).

2.5. Discussion

Dans cette étude, près de la moitié des femmes ont fait état de violences conjugales actuelles ou passées et près d'un quart d'entre elles ont fait état de violences sexuelles. Les violences conjugales et les violences sexuelles n'étaient pas associées à l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années.

La prévalence des violences conjugales était plus élevée que celle mise en évidence dans notre précédente étude menée lors du suivi de grossesse, s'appuyant sur le même questionnaire (50 sur 103, 48,5 % vs 152 sur 405, 37 %, $p=0,04$) (2). La prévalence des violences sexuelles était en revanche similaire³. La prévalence élevée des violences dans notre étude est cohérente avec les résultats de l'enquête transversale néo-zélandaise, qui montrait que 50,8 % des femmes ayant eu recours à l'IVG déclaraient avoir subi des violences sexuelles ou physiques – dont 69 % des violences conjugales – et que 32,2 %

³ La comparaison des résultats de cette étude et de l'étude cas-témoins menée dans le cadre du suivi de grossesse est synthétisée en annexe (annexe 3).

déclaraient avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie (254), ainsi que les résultats de plusieurs études montrant une association entre les antécédents de violences et le recours à l'IVG (238,240,255).

Dans notre précédente étude, la prévalence plus faible des violences conjugales déclarées par rapport aux résultats de la présente pouvait être liée à la coercition reproductive pendant une grossesse en cours – en particulier lorsque le géniteur est l'auteur des violences conjugales. Cette observation rejoint les résultats de l'enquête nationale périnatale (ENP), qui mettait en évidence un faible taux de violences pendant et immédiatement après la grossesse (234). L'ENP, menée en 2021 auprès de 10 913 femmes, a montré que 0,3 % et 1,3 % des femmes interrogées ont respectivement déclaré avoir subi des violences sexuelles et physiques pendant la grossesse ou depuis l'accouchement, dont 34,5 % ont été commises par un partenaire (234). La coercition reproductive inclut toutefois autant la contrainte dans la décision de poursuivre une grossesse et que celle de l'interrompre, dans un contexte où une proportion significative de femmes qui déclaraient avoir subi une coercition reproductive ont fait état de violences conjugales (17,256,257).

Dans notre étude actuelle, la prévalence du non-recours à une consultation gynécologique dans les deux années précédentes était cohérente avec celle de la base de données de l'*Observatoire des fragilités Grand Nord*, qui mettait en évidence, en 2022, que la moitié des femmes de la région parisienne déclaraient une absence de consultation gynécologique dans les 24 mois précédents, mais quantifiait exclusivement les remboursements de l'assurance maladie pour les consultations réalisées par des gynécologues et des gynécologues-obstétriciens (124).

L'absence d'association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et l'absence de recours à une consultation gynécologique peut être liée à la faible taille de l'échantillon qui conduit à une puissance insuffisante (258). Les difficultés de recrutement des patientes, également rapportées dans d'autres études comparables (259), ont contribué à l'insuffisance de puissance de cette étude.

Nous avons observé que la coercition orthogénique associée aux violences conjugales était susceptible d'entraver le consentement des femmes à participer à l'étude. En outre, les professionnels de santé ont pu éviter de proposer de participer à l'étude pour éviter d'accroître l'anxiété des femmes à l'idée de révéler des violences conjugales ou sexuelles, dans un contexte de soins susceptible d'être stressant, notamment pour les patientes ayant des

antécédents de violences (259). La combinaison des contraintes éthiques, morales et psychologiques associées au dépistage des violences et à l'IVG a constitué un challenge pour le recrutement des patientes. La recherche sur les violences faites aux femmes représente un défi éthique considéré comme complexe et soutenu par les recommandations de l'OMS (260,261), en particulier lorsqu'elle est réalisée dans le cadre de l'IVG (262). Les implications sont vastes, le dépistage des violences et le soutien des professionnels de santé lors des soins liés à l'IVG sont associés à des résultats favorables pour la sécurité des patientes victimes de violences et la qualité de la relation entre ces patientes et les professionnels de santé (263). L'exclusion des femmes de moins de 20 ans est un autre facteur qui a conduit à une taille insuffisante de l'échantillon. Nous avons limité le champ d'application du suivi gynécologique à deux ans, en privilégiant l'inclusion de femmes âgées de plus de 20 ans, ce qui nous a conduits à exclure les femmes âgées de moins de 20 ans, impactant de fait la taille de notre échantillon.

L'absence d'association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et l'absence de recours à une consultation gynécologique peut également être liée à une absence d'effet. Ainsi, l'OR ajusté proche de 1, pour les violences sexuelles, peut suggérer une absence d'effet, qui pourrait être liée à une disparité des comportements vis-à-vis du suivi gynécologique, comme le suggèrent les études publiées (220–222,253,264). Dans certaines études, le suivi médical pour des symptômes gynécologiques aigus ou pour des troubles liés à la santé reproductive s'est avéré plus fréquent chez les victimes de violences conjugales ou de violences sexuelles (253,264).

Notre étude présentait plusieurs points forts. Nous avons examiné l'absence de consultation gynécologique après des violences conjugales, qui était peu documentée auparavant dans le cadre d'une IVG. Nous avons décidé d'interroger les femmes dans le cadre d'une demande d'IVG plutôt que pendant une consultation gynécologique, afin d'éviter le biais d'un suivi gynécologique préexistant. Le questionnaire a été soumis aux femmes par un professionnel de santé, préalablement sensibilisé au cadre et à la méthodologie de recherche, qui disposait d'un guide pour standardiser les questions posées.

Notre étude présentait certaines limites. En plus de ne pas atteindre le nombre de sujets initialement souhaité, la classification entre les deux groupes a été basée sur le souvenir de la date de la dernière consultation, une donnée dont la fiabilité est limitée. Cependant, la

limite de deux ans a probablement été plus facile à déterminer en se référant à la période de confinement en période de Covid-19. L'extension de nos résultats à l'ensemble des femmes n'est pas évidente, car les jeunes femmes et les femmes migrantes sont moins susceptibles de recevoir des soins gynécologiques et sont particulièrement exposées à des violences (28,235–237).

Les violences conjugales et sexuelles sont une problématique fréquente chez les femmes qui ont recours à des soins orthogéniques. Nous n'avons pas trouvé d'association entre les antécédents de violences et l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années. L'accès à l'IVG doit être garanti et préservé, car il permet aux femmes exclues du système de santé d'accéder à des soins gynécologiques, y compris les femmes présentant des antécédents de violences conjugales et sexuelles. Il semble maintenant nécessaire que l'étude de l'association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et l'absence de consultation gynécologique soit combinée à une étude qualitative s'intéressant aux perceptions du soin gynécologique des femmes ayant subi des violences conjugales ou sexuelles.

Tableau 8 : Données démographiques et socio-économiques des femmes qui ont (témoins) ou n'ont pas (cas) déclaré une consultation gynécologique dans les deux dernières années chez les femmes en demande d'IVG

	Dernière consultation gynécologique		Analyse bivariée >2 ans vs. <2 ans
	Cas (>2 ans) (n=53)	Contrôle (< 2 ans) (n=50)	
Âge (moyenne)	N (%) 25.9	N (%) 27.02	P 0.38 ^c
Couple			0.21 ^a
Couple, même logement	14 (26.9)	20 (40.0)	
Couple, logement séparé	19 (36.5)	19 (38.0)	
Pas un couple	19 (36.5)	11 (22.0)	
DM	1	0	
Niveau d'éducation			0.55 ^{b/}
Collège et niveau d'éducation inférieur	1 (1.9)	3 (6.0)	
Programme de formation professionnelle	7 (13.2)	8 (16.0)	
Lycée	18 (34.0)	12 (24.0)	
Enseignement supérieur	27 (51.9)	27 (54.0)	
Activité professionnelle ou étude en cours	36 (69.2)	38 (77.5)	0.34 ^a
DM	1	0	
Sécurité sociale			0.1 ^a
Régime général/régime spécial	40 (83.3)	41 (85.4)	
Couverture médicale universelle	7 (14.6)	7 (14.5)	
Assistance médicale gratuite de l'État	0 (0.0)	0 (0.0)	
Pas de sécurité sociale	1 (2.1)	0 (0.0)	
DM	5	2	
Assurance maladie complémentaire	35 (72.9)	38 (52.0)	0.73 ^a
DM	5	0	
Handicap	3 (5.7)	1 (2.0)	0.62 ^b

^a La valeur p a été calculée à l'aide du test du chi carré de Pearson.

^b La valeur p a été calculée à l'aide du test exact de Fisher.

^c La valeur p a été calculée en utilisant l'anova.

DM = données manquantes.

Tableau 9 : Santé gynécologique, reproductive et recours au soin des femmes qui ont (témoins) ou n'ont pas (cas) déclaré une consultation gynécologique dans les deux dernières années chez les femmes en demande d'IVG

	Cas (>2 ans) (N=53) N (%)	Témoins (>2 ans) (n=50) N (%)	>2 ans vs. <2 ans P
Données générales (moyenne)			
Gestité	2,89	2,93	0,88 ^c
Parité	1,59	1,72	0,55 ^c
Âge du premier rapport sexuel consenti	18,1	17,7	0,55 ^c
Symptômes gynécologiques			
Douleurs pelviennes régulières (douleur pelvienne non-menstruelle)			0,0002 ^a
Très fréquemment ou fréquemment	31 (58,5)	11 (22,4)	
Parfois, rarement, jamais	22 (41,5)	38 (77,6)	
DM	0	1	
Dysménorrhées >6/10	31 (62,0)	15 (34,1)	0,007 ^a
DM	3	6	
Dyspareunies	38 (73,1)	12 (24,0)	0,0001
DM	1	0	
Si dyspareunie, type de dyspareunie			0,35 ^a
Dyspareunies superficielles	9 (23,7)	5 (41,7)	
Dyspareunies profondes	8 (21,0)	3 (25,0)	
Dyspareunies superficielles et profondes	21 (55,3)	4 (33,3)	
Pertes vaginales anormales	18 (34,0)	15 (30,0)	0,67 ^a
Vulvodynies	13 (25,0)	4 (8,5)	0,03
DM	1	3	
Mastodynies	17 (32,7)	17 (34,7)	0,83 ^a
DM	1	1	
Consultation gynécologique en urgence dans les 2 dernières années	17 (34,0)	10 (20,0)	0,18 ^a
DM	3	0	
Si oui, motif de la consultation gynécologique en urgence			0,20 ^b
Douleur, douleur pelvienne, dysménorrhée, dyspareunie, vulvodynie	13 (43,3)	6 (40,0)	
Saignement vaginal	13 (43,3)	4 (26,7)	
Infection vaginale, mycose, vaginose, vaginite, Leucorrhées, prurit	3 (13,3)	2 (20,0)	
Dépistage des IST	0 (0,0)	2 (13,3)	
Fréquence de consultation chez le médecin généraliste			0,30 ^a
Plusieurs fois par an	15 (31,2)	21 (42,9)	
Tous les 1 ou 2 ans	23 (47,9)	16 (32,6)	
Tous les 3-4 ans, rarement ou jamais	10 (20,8)	12 (24,5)	
DM	5	1	
Antécédents d'accouchement difficile (déchirure périnéale complet/compliquée, épisiotomie, césarienne en urgence, mortinaissance)	7 (26,9)	8 (25,0)	1 ^a
DM	27	18	
Antécédents de dépression périnatale	11 (30,6)	7 (20,0)	0,45 ^a
DM	17	15	

^a La valeur p a été calculée à l'aide du test du chi carré de Pearson.

^b La valeur p a été calculée à l'aide du test exact de Fisher.

^c La valeur p a été calculée en utilisant l'anova.

DM = données manquantes (N=cas/contrôle).

Tableau 10 : Association entre les antécédents de violences conjugales et sexuelles et l'absence de recours à une consultation gynécologique dans les deux dernières années chez les femmes en demande d'IVG

	Dernière consultation gynécologique		Prévalence des violences	Analyse multivariée [^]			
	Cas (>2 ans) n=53 N (%)	Témoins (>2 ans) n=50 N (%)		(%)	P	OR	IC95%
Violences conjugales ^b	30 (56,6)	20 (40,0)	48,5	0,09	-	-	
Violences sexuelles ^c	17 (32,1)	7 (14,0)	23,3	0.03	1,05	0,27-4,13	0,93

^a La valeur p a été calculée à l'aide du test du chi carré de Pearson.

^b Violences conjugales physiques, psychologiques ou sexuelles, partenaire actuel ou conjoint et ex-partenaire ou ex-conjoint.

^c Violences sexuelles, quel qu'en soit l'auteur.

[^] Ajusté sur les douleurs pelviennes non-menstruelles, dyspareunies, dysménorrhées, vulvodynies.

**Partie 2 - Recours au soin et perceptions
de l'examen gynécologique après des
violences conjugales et sexuelles, étude
qualitative**

*Du recours au soin au vécu du soin gynécologique
après des violences conjugales et sexuelles*

1. Recours au suivi gynécologique chez les femmes rapportant des violences sexuelles, étude qualitative menée par l'intermédiaire d'une association contre les violences sexuelles

1.1. Résumé

Les antécédents de violences sexuelles peuvent être associés à des différences de recours au suivi gynécologique. L'objectif de cette étude était de caractériser le recours au soin gynécologique et d'identifier les facteurs associés chez les femmes ayant rapporté des violences sexuelles.

Nous avons analysé les données en nous appuyant sur une méthode d'analyse thématique inductive, en utilisant NVIVO Version 10 (265,266). Les thématiques abordées étaient la santé gynécologique, le suivi gynécologique et les violences subies.

25 entretiens semi-structurés ont été menés auprès de femmes présentant des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance ou âge adulte. Les femmes interrogées (20-60 ans) présentaient une insertion professionnelle et un niveau d'études élevés. Les violences avaient été principalement commises par un proche ou une connaissance. Pour les femmes interrogées, le moindre recours au soin gynécologique était notamment motivé par une volonté d'éviter l'examen gynécologique. Chez les femmes ayant un suivi régulier, la volonté de correspondre à la norme expliquait leur besoin d'un suivi gynécologique similaire à celui des femmes n'ayant jamais subi de violences. Certains parcours étaient marqués par un recours fréquent ou multiple au soin gynécologique pour des plaintes aux motifs identiques. Les femmes interrogées attendaient que les professionnels identifient spontanément les violences subies et reconnaissent les conséquences gynécologiques attribuées à ces violences.

Les différences de niveaux de recours au soin gynécologique étaient liées aux caractéristiques des violences et à leurs effets perçus sur la santé gynécologique. Il serait intéressant d'élargir cette recherche en examinant les parcours de soin de femmes présentant d'autres caractéristiques socio-économiques.

1.2. Introduction

En France, la HAS recommande une fréquence annuelle de consultation gynécologique en matière de contraception (217), de dépistage individuel du cancer du sein après 25 ans (218),

de dépistage des infections sexuellement transmissibles avant 25 ans (267) et des deux premiers dépistages du cancer du col de l'utérus avant 30 ans (56). Hormis ces indications, la consultation gynécologique annuelle semble davantage relever d'une habitude partagée que d'une recommandation professionnelle. L'examen pelvien, l'une des composantes de la consultation gynécologique n'est, en revanche, plus recommandé systématiquement chaque année (54,268–270).

Les antécédents de violences sexuelles et leurs conséquences physiques et psychologiques peuvent constituer des déterminants du recours ou de non-recours au soin. Certaines études ont souligné des différences de recours au soin gynécologique entre les femmes présentant des antécédents de violences et celles qui n'en présentaient pas. Ces différences étaient toutefois inconstantes. Ainsi, certaines méta-analyses et revues systématiques ont confirmé l'association entre les violences subies dans l'enfance ou à l'âge adulte et le développement de symptômes et pathologies gynécologiques comme les douleurs pelviennes, les dysménorrhées, le vaginisme et les dyspareunies (130,131,134,135). Cette forte pathogénicité pourrait entraîner un recours accru au suivi gynécologique. De fait, une étude cas-témoins menée aux Pays-Bas auprès de 100 femmes consultant en médecine générale rapportait des consultations plus fréquentes pour un motif gynécologique chez les femmes exposées à des violences conjugales physiques, psychologiques ou sexuelles que chez celles qui ne l'étaient pas (OR 3,0, 95% IC, 1,3-6,8) (253). Par ailleurs, les femmes présentant des antécédents de violences ressentait l'examen pelvien réalisé au cours d'une consultation gynécologique de manière plus inconfortable que celles n'en présentant pas (232,264,271–275). Cet inconfort pourrait entraîner un moindre recours au suivi gynécologique. De fait, deux études menées, l'une aux Etats-Unis auprès de 1 480 femmes consultant pour un motif contraceptif, l'autre en Israël auprès de 210 parturientes, mettaient en évidence un recours qualifié de suboptimal (OR 2,2, 95 % IC, 1,2–4,3) (221), des consultations évitées (OR 0.4, 95% IC, 0,2-0,8) (221) ou un recours retardé dans un contexte d'évitement de l'examen pelvien (OR 3.10, 95% IC, 1,4–6,9) (220) chez les femmes présentant des violences conjugales ou sexuelles.

Les hypothèses contraires d'un moindre recours et d'un recours accru n'ont jamais été prises en compte dans la même étude, tant en France que dans d'autres pays. L'objectif de cette étude était de caractériser le recours au suivi gynécologique et d'en chercher les facteurs associés chez des femmes présentant des antécédents de violences sexuelles.

1.3. Méthodes

Les recommandations relatives à la *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) ont été suivies (276).

Les participantes ont été recrutées par l'intermédiaire d'une annonce publiée sur le site internet d'une association féministe contre les violences sexuelles. Cette association, créée en 1985, propose une permanence téléphonique nationale, anonyme et gratuite, dénommée 'Viols Femmes Informations' qui vise à apporter une écoute, une orientation juridique, sociale, psychologique ou médicale aux personnes victimes de violences sexuelles.

L'étude a reçu un avis favorable du CER de l'université de Paris. Les participantes ont été assurées de la nature confidentielle des informations collectées et leur consentement éclairé a été recueilli. La synthèse du protocole de recherche de l'étude qualitative est présentée en annexe (Annexe 4).

Les entretiens individuels d'une durée moyenne de 90 minutes (extrêmes, 45-200), ont été réalisés en présence ou par téléconférence selon le choix de la personne interrogée. Trois thématiques étaient abordées, la santé gynécologique, le suivi gynécologique et les violences subies. Des informations préalables étaient recueillies sur l'âge, la profession ou le niveau d'étude. A partir de leur enregistrement, les entretiens, retranscrits anonymement, ont été analysés de manière individuelle, puis de manière croisée par les trois auteurs afin de limiter la subjectivité relative à l'interprétation des données.

Nous avons analysé les données en nous appuyant sur une méthode d'analyse thématique inductive, en utilisant NVIVO Version 10 (265,266). Les entretiens enregistrés ont d'abord été écoutés attentivement, puis transcrits mot à mot. Au cours de la première phase, les mots, les phrases ou les paragraphes du texte ont été codés et des combinaisons ont été formées en utilisant un processus inductif. Au cours de la deuxième phase, les cinq derniers entretiens ont été utilisés pour confirmer la saturation théorique de l'ensemble des données et pour finaliser le cadre de codage. Au cours de la troisième phase, nous avons regroupé les codes en thèmes potentiels et rassemblé toutes les données pertinentes pour chaque thème, en vérifiant la pertinence des thèmes par rapport à l'extrait codé et à l'ensemble des données. Les participantes ont été impliquées dans le processus de recherche afin de vérifier la

cohérence des données. Des extraits de leurs données ont été montrés afin d'obtenir leur retour, tout en veillant à ne pas les confronter à un verbatim difficile à écouter ou à lire.

1.4. Résultats

1.4.1. Caractéristiques des personnes interrogées et des violences déclarées

Entre le 15 octobre 2021 et le 1^{er} mars 2022, 25 entretiens semi-structurés ont été menés auprès de femmes présentant des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance ou à l'âge adulte. Les femmes interrogées, âgées de 20 à 60 ans, présentaient pour la plupart une bonne insertion professionnelle et un niveau d'études élevé (Tableau 11). Elles avaient le plus souvent connaissance des préconisations et recommandations de bonne pratique en matière de prévention et de dépistage en gynécologie. Les codes, divisés en thèmes et sous-thèmes, sont présentés dans l'arbre thématique (Figures 3-5).

Les violences déclarées pouvaient avoir été isolées ou récurrentes pendant l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte. Les violences avaient parfois une dimension familiale, voire transgénérationnelle. Les violences avaient été commises par un auteur appartenant le plus souvent au cercle familial ou à leurs connaissances.

Dans le cadre d'une relation de couple, la coercition contraceptive ou reproductive était citée comme une forme de violence conjugale. Elle se traduisait par une contrainte entravant la décision des femmes interrogées, quel que soit le mode de contraception adopté et le choix de la poursuite de la grossesse ou du recours à une interruption volontaire de grossesse. Alors que la description des violences dans l'enfance était parfois imprécise, celles subies dans l'adolescence ou à l'âge adulte étaient décrites de manière circonstanciée. Les trajectoires de santé des personnes interrogées comportaient de nombreux symptômes gynécologiques – douleurs pelviennes, dyspareunies, dysménorrhées, vulvodynies, saignements, troubles du cycle, infections – et psychiques – troubles anxieux et dépressifs, troubles du comportement alimentaire, conduites addictives, idéations et comportements suicidaires, survenus à la suite des violences. Les femmes interrogées rapportaient également les conséquences des violences sexuelles, y compris celles subies dans l'enfance, sur leur vie affective ou sexuelle telles qu'une asexualité ou une hypersexualité subie, un trouble du désir et du plaisir, des dyspareunies, une sexualité associée à une image dégradée d'elle-même, anxiogène, ou un changement de pratiques sexuelles pour atténuer le risque ressenti dans une relation hétérosexuelle. Certains verbatims mettent en évidence les conséquences des violences sexuelles subies dans l'enfance ou de l'inceste sur leur vie affective et sexuelle.

Mon corps rejette l'approche physique. Il y a des moments pourtant où ma tête accepte mais mon corps ne veut pas. J'ai l'impression que je suis un peu dissociée à ce niveau-là. Mon corps, du moment où mon conjoint essaie de se rapprocher, il dit non... Je ne peux pas, mon corps ne peut pas. Mais ma tête peut... Pour moi, c'est impossible ou du moins très difficile d'avoir une relation sexuelle avec quelqu'un que j'assimile à ma famille, et même si c'était mon mari.

(Emilie, 41 ans, sans activité)

J'essayais de garder une sexualité pour me prouver qu'il ne m'avait pas atteinte sur ce plan-là. Je n'étais pas comme ces filles qui ne peuvent plus avoir de sexualité... Non, moi j'arrivais quand même à avoir ça. Mais avec le recul, je me rends compte que, non, ça avait un impact. J'avais notamment tendance à coucher très vite avec des garçons, même si je voulais autre chose. Des fois, jusqu'à me forcer. Parce que je pensais que ma valeur ne se trouvait que là.

(Marie, 37 ans, assistante de recherche)

Le terme 'sang', et les adjectifs qui en dérivent, évoqués de manière récurrente dans les différents entretiens, représentait un marqueur commun de la brutalité des violences conjugales et de l'importance de leurs conséquences sur la santé gynécologique.

Quand j'avais mes règles et j'avais des règles hémorragiques très abondantes, surtout avec le fibrome, il rentrait, j'étais pleine de sang, Et il me disait '*On n'a rien à se cacher*'. J'étais sa chose.

(Fanny, 40 ans, ingénieure cadre)

1.4.2. Recours au soin gynécologique

Des références relatives à trois niveaux de recours au soin gynécologique ont été mises en évidence, le non-recours ou les périodes de moindre recours au soin gynécologique, le recours régulier, et le recours accru. Certains facteurs, se rapportant aux caractéristiques des violences et aux perceptions en matière de santé gynécologique, étaient liés par les femmes interrogées au niveau de recours au soin (Tableau 12).

a. *Facteurs associés au moindre recours en gynécologie*

L'évitement de l'examen gynécologique était décrit comme le principal motif d'un moindre recours. L'examen était perçu comme contraignant, subi, intrusif voire violent, dans un corps négligé, considéré comme cassé ou anormal. Il était associé directement aux souvenirs des violences. Les termes utilisés étaient semblables pour décrire l'examen pelvien et pour décrire les violences.

Quand on a violé notre intimité, c'est un combat d'aller en gynéco.

(Inès, 20 ans, étudiante en sociologie)

La dernière fois, c'était en 2009, depuis je n'ai plus reconsulté. Je ne fais plus de dépistage non plus. On se sent tellement de la viande que c'est insupportable.

(Linda, 60 ans, psychiatre)

Moi, j'ai toujours l'impression d'être transformée en morceau de viande qui doit surtout fermer sa bouche, ne rien dire. Et obéir. Mais je ne suis pas là pour ça. J'essaye de prendre sur moi.

(Perrine, 49 ans, docteure en biologie)

Je suis dans le déni complet de mon appareil gynécologique. Je joue l'autruche. Je ne fais pas de frottis. Je n'ai absolument aucun suivi gynécologique. Et je ne supporte pas d'en avoir. Si je devais en avoir un, j'y penserais des semaines avant, il faudrait que fasse un énorme effort pour prendre rendez-vous [...] En fait, à un moment donné, il m'est apparu l'envie de ne plus violenter mon corps de quelque manière que ce soit. Et même si, au final, c'est pour son bien. Mon corps a suffisamment souffert, je dis stop [...] quand je pense consultation gynécologique, je commence à visualiser le moment où je vais avoir les jambes surélevées. Même si ce n'est rien du tout. C'est notamment... le bec de canard... C'est l'introduction de cet objet, l'écartement et tout ça. On est rentré en force pendant des années, donc l'idée que ça puisse se reproduire et même si c'est médical...Ça me stresse ce moment, ce bec de canard.

(Laura, 38 ans, formatrice dans l'insertion sociale)

Le vécu de l'examen pelvien réalisé dans le but de confirmer ou d'infirmer des lésions génitales, à la demande de la police et de la justice, était décrit comme traumatique pouvant impacter le suivi gynécologique ultérieur.

La première fois, à l'unité médico-judiciaire, la deuxième, j'étais hospitalisée en pédiatrie. A ce moment-là, je n'avais d'ailleurs pas trop le choix de le réaliser ou pas d'ailleurs. J'étais en stress, je tremblais, j'avais mal. Je ne veux plus revivre ça.

(Mélissa, 21 ans, étudiante en ergothérapie)

Au-delà de l'examen pelvien, les femmes interrogées percevaient des analogies entre les violences sexuelles, y compris celles subies dans l'enfance et dans le cadre conjugal, et la santé sexuelle, génésique et périnatale.

Je suis partie mettre un stérilet. Le lendemain du viol, j'ai pris rendez-vous pour une pose de stérilet. Moi, je n'en voulais pas de ce stérilet. Mais il fallait que je me protège. Parce que je ne voulais vraiment pas tomber enceinte. Ce qu'il me restait comme dignité, c'était mon utérus.

(Estelle, 31 ans, professeur de danse)

Viols qui ont duré comme ça presque tous les soirs. Pendant environ 3 ans. Entre temps, j'ai eu mon petit garçon mais mon fils n'a pas été conçu dans un viol. Cette fois-là, non.

(Laura, 38 ans, formatrice dans l'insertion sociale)

Je rêvais aussi un peu d'un accouchement magique, ou le couple est soudé. Là, pas du tout. Il était juste de l'autre côté, pour voir le sang, pour voir la déchirure, pour voir la béance du vagin. Je n'ai que ce souvenir-là de sa présence.

(Isabelle, 47 ans, infirmière)

Il y avait un truc qui m'était insupportable, c'était de m'imaginer sur une table d'accouchement avec les pieds dans les étriers. Je vivais ça comme une scène de torture.

(Linda, 60 ans, psychiatre)

J'avais peur, j'étais super angoissée... pour ma fille en fait. Et je me rappelle d'un épisode où j'étais en bas, dans le salon, et son père l'a changée en haut. J'ai entendu pleurer... Et je suis partie en courant... en trombe. Et j'avais peur. Et je sais pourquoi j'avais peur... [Sanglots] J'avais peur qu'il lui fasse du mal. [Sanglots]

(Ericka, 42 ans, gestionnaire ministère)

Dans l'objectif de pallier les conséquences de l'évitement de l'examen pelvien, des stratégies de contournement étaient mises en place. Afin de réduire les symptômes gynécologiques gênants ou de répondre à leur besoin contraceptif, les femmes interrogées privilégiaient parfois le recours à un professionnel n'appartenant pas au champ de la gynécologie (médecine générale, dermatologie, infectiologie), recouraient à une automédication ou à un suivi en dehors d'un cadre médical, sollicitaient la délivrance d'une contraception en utilisant une prescription caduque, formulaient expressément une demande gynécologique à la fin d'une consultation dont le motif principal n'était pas gynécologique ou répondaient de manière erronée ou éludée à l'interrogatoire médical pour ne pas risquer une prescription d'examen complémentaires considérés comme intrusifs.

Et par exemple, pour la prescription de pilule, ça se passait comment ?

Chez le généraliste. J'y allais pour autre chose. Et je lui demandais dans les deux dernières minutes, une prescription de contraception. Peut-être qu'il me prescrivait un bilan sanguin pour voir si tout allait bien... Mais sans examen gynéco, ça c'est sûr...

(Alexia, 39 ans, étudiante infirmière)

Mais la fois d'après, le généraliste a voulu que je refasse une échographie de contrôle. Je n'ai pas été faire l'échographie... Et j'ai juste arrêté de me plaindre...

Avec des douleurs toujours présentes ?

Oui.

(Justine, 36 ans, responsable d'un établissement médico-social)

Quand elle m'a demandé si « *ça se passe bien dans mon couple ?* ». « *Oui, oui* ». Evidemment, que je ne lui ai pas dit « *Non, ça se passe mal* ». Sinon, elle n'aurait jamais posé [*le DIU, dans un contexte de violences sexuelles conjugales*]. Elle m'avait aussi préconisé d'utiliser des capotes en plus du stérilet, ce qui n'était pas du tout pour me rassurer. Je me souviens très bien de la question « *Est-ce que ça se passe bien dans votre couple ?* », je me suis dit « *Eh ben, non, d'ailleurs, c'est pour ça que je suis là* ». Ça, je ne lui ai évidemment pas dit. Je ne pouvais pas lui dire sinon je n'aurais pas été protégée. Et sachant que j'avais la pression de mon ex. Enfin, je n'ai pas du tout eu une relation de confiance avec elle.

(Estelle, 31 ans, professeur de danse)

L'évitement du suivi gynécologique pouvait être également associé au fait de ne pas se sentir prête à révéler les violences et penser devoir le faire, dans ce contexte précis du soin, bien qu'elles soulignent toutefois un bénéfice à aborder les violences en consultation et parfois un regret que ce sujet soit insuffisamment évoqué.

Les personnes interrogées affirmaient le caractère indicible des violences. Dans le contexte de soin gynécologique, lorsqu'elles surmontaient cette indicibilité, elles étaient susceptibles d'être confrontées à l'incrédulité et l'incompréhension des professionnels. Les violences révélées pouvaient ainsi être perçues comme banalisées, éludées ou provoquer de la gêne chez les professionnels, même lorsque les symptômes gynécologiques et psychiques étaient bruyants. Les symptômes gynécologiques et psychiques ne semblaient d'ailleurs pas minorés chez les femmes décrivant un parcours de soin gynécologique marqué par un moindre recours par rapport à celles ayant un fort recours au soin. Pour certaines femmes, les sentiments d'incompréhension, de désintérêt et d'incrédulité prédominaient, confortant le silence et accentuant le moindre recours gynécologique. La banalisation des symptômes gynécologiques par les professionnels semblait raviver le sentiment de ne pas être crue et conforter le fait de taire les violences, d'autant plus si la symptomatologie gynécologique était intense et qu'elle était directement attribuée par la femme aux violences subies.

J'ai parlé des violences sexuelles à mon médecin traitant, il a un peu rigolé en disant [*elle lève les yeux au ciel 'Bon, bon'*]. Avec lui, je n'ai pas employé le mot viol mais je lui disais que mon compagnon me faisait pression pour avoir des relations avec lui.

(Laura, 38 ans, formatrice dans l'insertion sociale)

La honte et la culpabilité liées aux violences, à leurs conséquences gynécologiques et au moindre recours médical s'alimentaient mutuellement. La culpabilité naissait de la honte d'avoir une santé altérée ou de ne pas avoir évoqué les violences. Cette culpabilité était renforcée par la honte et la culpabilité inhérentes aux violences sexuelles, alors même qu'elles estimaient que le fait de parler des violences à un professionnel de santé aurait pu contribuer à diminuer le sentiment de honte.

Dans les faits, je n'ai jamais... [*prononciation accentuée*] JAMAIS consulté en gynécologie, j'ai 39 ans et je n'ai jamais fait d'examen gynéco... Donc, je cumule le fait que je n'ai pas pris soin de ma santé et que ce n'est pas bien... Et la honte de ne pas l'avoir fait... Et de culpabiliser de ne pas avoir fait, de ne pas avoir été... Et

que c'est trop tard... Et voilà... Donc en presque 40 ans, je ne suis jamais allée chez le gynéco...

(Alexia, 39 ans, étudiante infirmière)

Il n'y a que peu de temps que j'en parle, avant j'avais trop honte. Si j'ai développé autant de maladies physiques et psychologiques, c'est que j'avais trop honte. Et trop de culpabilité. [...] Mais si j'avais parlé plus tôt, si j'avais été honnête, sincère ou authentique, certainement, je n'en serais pas là. J'ai honte et je culpabilise de parler aussi tard. Ça aurait été plus courageux si j'avais pu parler avant. J'ai peut-être rencontré des gens qui auraient pu m'aider et je n'ai pas vu.

(Caroline, 49 ans, sans activité)

Les situations médicales perçues comme des situations de violences étaient susceptibles de renforcer le moindre recours au soin. Lors d'une reprise des soins en gynécologie ou dans d'autres spécialités médicales, des gestes vécus comme intrusifs étaient pratiqués. Certaines situations de soin étaient décrites comme profondément déshumanisantes alors qu'elles étaient perçues comme banalisées par les professionnels de santé. Elles évoquaient des paroles déplacées ou absentes, des gestes mécaniques, une intimité bafouée, sans prise en compte des violences déjà subies. Le récit de ces situations de soin était proche de leur propre récit des violences.

Avant de me toucher, il m'a dit '*je regarde*' et a mis son spéculum... Je m'y attendais pas du tout en fait. Et là, je suis sortie de là, je ne savais plus où j'habitais. Ça m'a cramé le cerveau.

(Charlène, 42 ans, éditrice)

Je n'ai pas pris conscience sur le coup. Je me suis sentie abusée, là, c'était clair. J'ai eu plusieurs rendez-vous avec ce gynéco. Il me disait de me déshabiller, de me mettre sur le fauteuil et il n'avait pas ses gants. Et il me caressait les cuisses. Moi, je ne sais pas... Je ne m'en rendais pas compte. Je ne peux pas accepter ça... La fois de trop, c'est qu'il m'a ausculté pour regarder. En fait, il devait juste regarder, il ne devait pas... Il ne m'avait pas prévenue ou quoi que ce soit... Et il a mis ses doigts à l'intérieur de moi. Sans rien me dire, sans me dire pourquoi. Je ne vois pas pourquoi il est parti regarder à l'intérieur sans me prévenir. Il m'avait dit que peut-être dans plusieurs séances, il allait faire quelque chose à l'intérieur... mais pas

cette fois-là. Il ne m'a dit pas ce qu'il allait faire et j'ai senti... c'était humiliant... Quand je me suis rhabillée, j'ai eu un frisson de dégoût [*Pleurs*]. Et c'est là, que le corps, il se rappelle et il nous dit attention.

(*Inès, 20 ans, étudiante en sociologie*)

b. *Facteurs associés au suivi régulier en gynécologie*

La volonté de correspondre à la norme expliquait le besoin de normaliser le recours au suivi gynécologique en minorant des symptômes attribués aux violences, afin que leur santé et leur suivi soient similaires à ceux des femmes n'ayant jamais subi de violences. Parfois, une résignation face aux violences permettait d'expliquer une apparente acceptation de l'examen pelvien.

Je veux être normale. Donc ça doit se faire. C'est naturel. Tout le monde le fait. Et que je dois aussi y passer. Bien que dans le fond, je me dis que je mens à moi-même. Je ne serai jamais comme tout le monde. Mais j'ai envie de réagir, de faire, d'avoir le même traitement que tout le monde.

(*Ericka, 42 ans, gestionnaire ministère*)

En fait, mon vagin était une telle autoroute que bon... une fois de plus... C'était pareil... Ecarter les jambes pour quelque chose de désagréable faisait partie de mon quotidien. Que ce soit pour mon ex ou pour mon frottis, c'était pareil.

(*Sarah, 36 ans, enseignante-chercheuse*)

L'amnésie traumatique et les troubles dissociatifs consécutifs aux violences sexuelles semblaient participer à rendre plus tolérable l'examen gynécologique.

Je subissais les différents examens et me disant '*il faut le faire*'. Comme un dédoublement. Après mes accouchements, lors du suivi gynécologique, il fallait que les professionnels fassent leur travail. Je subissais. J'avais encore la chance de pouvoir me dissocier. Et maintenant, je ne supporte plus ce jeu-là, je n'arrive plus à me dissocier.

(*Linda, 60 ans, psychiatre*)

On peut avoir un examen gynéco en étant complètement dissociée de son corps... sans rien en bas... peu importe ce qu'il s'y passe, ça ira.

(Sarah, 36 ans, enseignante-chercheuse)

Une ou plusieurs expériences de soin gynécologique ou psychique perçues positivement incitaient à adopter un suivi régulier. La capacité à se projeter dans des projets personnels ou familiaux et le vécu d'une santé sexuelle satisfaisante étaient associés à l'effectivité d'un suivi gynécologique. Des stratégies étaient aussi mises en œuvre pour faciliter le recours médical comme une préparation à l'examen pelvien, par exemple.

Après je me suis entraînée, oui, c'est très bizarre [*Rires*]. De manière à ce que ça puisse se passer dans de meilleures circonstances.

Vous vous êtes entraînée, c'est-à-dire ?

Clairement, je me suis mis des doigts [*Rires*]. Et même avec ça, le premier coup, le toucher vaginal et le spéculum ont été très compliqués et très douloureux.

(Céline, 34 ans, médecin généraliste)

L'adhésion au suivi obstétrical faisait parfois exception dans les parcours marqués par le moindre suivi gynécologique. Malgré la présence de peurs et de résurgences relatives à l'accouchement et la maternité, l'adhésion au suivi obstétrical primait sur toutes les raisons qui motivaient l'évitement du suivi gynécologique. Pendant cette période, elles adhéraient volontiers au suivi médical avec une motivation liée davantage à la promotion de la santé de l'enfant à naître qu'à leur propre santé. Ce constat se vérifiait lorsque le désir de grossesse ou de maternité était présent, mais aussi lorsqu'il ne l'était pas.

Je n'avais jamais eu de consultation gynéco avant la grossesse car l'examen gynéco me faisait peur. Pendant la grossesse, je me suis rendue de manière attentive à toutes les consultations, les prises de sang, les examens etc, comme un peu la bonne élève que j'avais été [*Rires*]. Même les examens gynécologiques pendant la grossesse avaient un sens. Comment dire ? C'était une sorte de parenthèse.

(Julie, 32 ans, administratrice civile)

Je pense qu'à ce moment-là, je n'étais plus qu'un ventre avec un bébé que l'on attendait. J'étais tellement centrée sur mon désir de maternité. J'étais à ce moment-là régulièrement suivie, sans que ça soit gênant. Clairement, à ce moment-là, le désir de maternité était plus fort. Aujourd'hui, étant confrontée au fait que je doive y aller pour moi, et pas pour un bébé que nous voudrions avoir, j'ai du mal quand même.

(Line, 49 ans, psychologue)

La présence de symptômes gynécologiques pouvait favoriser l'adhésion à des soins gynécologiques chez une partie des personnes interrogées et, à l'inverse, le recours préventif était perçu comme peu incitatif. La peur d'une maladie gynécologique suffisait, chez certaines, à dépasser la peur de l'examen clinique et à entamer ou à reprendre un suivi gynécologique, mais ce n'était pas une motivation suffisante pour toutes.

Et puis culpabiliser, ça ne marche pas '*Vous avez un cancer, vous allez mourir*'. Ça ne fonctionne pas sur les fumeurs. Je ne vois pas pourquoi ça fonctionnerait sur une femme violentée.

(Céline, 34 ans, médecin généraliste)

c. *Facteurs associés au recours fréquent ou multiple au suivi gynécologique*

Les parcours de soin en gynécologie pouvaient être marqués par le recours à un nombre important de professionnels et de consultations pour des plaintes identiques ou proches. Les femmes interrogées attendaient que les professionnels identifient spontanément les violences subies, sans qu'elles aient elles-mêmes à les nommer, d'autant plus lorsque ces professionnels constataient des symptômes attribués aux violences. Des diagnostics médicaux considérés comme imprécis et incomplets suscitaient l'insatisfaction et le rejet. Le sentiment d'incompréhension et d'incrédulité à l'égard de professionnels indifférents ou évitants pouvait aussi inciter à des soins gynécologiques et psychiques fréquents ou multiples.

[A la suite de violences sexuelles] J'allais parfois aux urgences. Parce que j'avais mal. Parce que je saignais du sang. Je sais que je saignais du sang. Vous apportez aux urgences votre tube de pipi avec du sang et on vous dit '*mais c'est parce que vous avez vos règles*'. Non, je n'avais pas mes règles. Je saigne du sang. Si j'avais mis ce tube à côté d'un tube de sang, on n'aurait pas vu la différence entre l'urine et le sang. Et là, ils l'ont envoyé au laboratoire et encore une fois, un côté très frustrant. Et là, vous vous dites...mais ils n'ont rien compris [Pleurs] [...] mais personne ne m'a posé la question [des violences].

(Isabelle, 47 ans, infirmière)

La gynécologue que j'ai vu en août 2020, elle m'a demandé à quel âge j'avais eu mon premier rapport et quel type de rapport. C'était complètement en décalage par rapport à ce que j'avais vécu. J'en suis venue à lui dire que je n'avais jamais eu de rapport. Jamais eu de rapport. C'était uniquement des viols...[*Pause*].

(Mélissa, 21 ans, étudiante en ergothérapie)

Le sentiment de ne pas être crue et comprise lors de la révélation des violences ou lors de l'expression de symptômes gynécologiques ou psychiques attribués à ces violences renforçait la multiplicité des recours au soin lorsqu'elles décrivaient les trajectoires qui amenaient au diagnostic de l'endométriose et du vaginisme. La difficulté d'établir une relation de confiance avec un professionnel était dans ces situations particulièrement présente.

Je connais très bien mon corps. Je sais quand il y a la moindre anomalie, et il y en a toujours une. A chaque fois [*Rires*]. J'ai besoin de quelqu'un qui connaisse ma pathologie, l'endométriose, et en même temps qui soit très à l'écoute. A l'écoute de moi. C'est important pour moi d'être comprise et d'être crue. D'où le fait d'avoir changé autant de praticiens.

(Charlotte, 26 ans, étudiante en publicité)

Certaines femmes interrogées témoignaient de leur volonté de réussir à être examinée, en faisant référence directement à une possible pénétration, coûte que coûte et sans autre intérêt que d'atteindre cet objectif.

Mais c'est vrai qu'on m'avait dit, que même si je ne voulais pas de sexualité, c'était important d'arriver à la pénétration. Parce que ça pose problème pour les examens gynécologiques, par exemple. Juste dans ce cadre-là, parce que sinon je n'envisage pas de sexualité.

(Mélissa, 21 ans, étudiante en ergothérapie)

Parfois, j'ai l'impression que le spéculum, il cachait là où j'avais mal.

Vous pourriez m'expliquer, quand vous dites « le spéculum cachait là où j'avais mal » ?

J'ai mal sur les parois qui referment le vagin [*elle mime*]. A partir du moment où le spéculum est dedans, il regarde dedans, sauf qu'il ne regarde pas là où j'ai mal [...]

Parce que quand on est examinée 20 fois par an, quand on tout essayé comme crème, ovule, quand on a tout essayé comme contraception, et qu'on a toujours plein de douleurs c'est peut-être qu'il y a un problème.

(Emma, 23 ans, étudiante sciences-po)

d. Moindre recours et recours accru, des parcours inconstants

Les parcours de soin individuel, modulés par des facteurs liés aux violences et à la santé gynécologique, se caractérisaient souvent par une alternance entre des périodes de moindre recours, de recours régulier et de recours accru. Ainsi, lorsque les femmes interrogées vivaient une expérience de soin gynécologique satisfaisante, lorsqu'elles avaient une vie affective et sexuelle satisfaisante, elles pouvaient être incitées à un recours régulier. A l'inverse, le fait d'être exposée à des situations de soin anxiogènes, perçues comme traumatiques, pouvaient les dissuader de poursuivre un suivi gynécologique et initier une période de non-recours.

Il y a eu UN [*prononciation accentuée*] gynéco. Il m'avait fait raconter mon histoire ; il m'avait écouté il était hyper-bienveillant, hyper-attentif, il m'a réconforté. Et il m'a dit '*si vous avez besoin - je peux vous examiner mais je peux aussi juste regarder sans toucher*'. Là, je voulais quand même vérifier que tout allait bien donc je lui ai demandé de regarder très rapidement, tranquillement. Il m'a dit que tout allait bien et j'ai trouvé ça incroyable. Quand il m'a demandé pourquoi j'étais venue, là il m'a demandé de raconter ; je voyais qu'il était vraiment affecté par ce que je racontais. Je lui ai raconté le viol, je lui ai raconté le vaginisme, toutes les recherches que j'avais faites, toute la galère quoi... Il a tout écouté. Il a eu de la peine pour moi et ça m'a fait tellement du bien et après il m'a dit, je me rappelle plus exactement bien, mais [*Rires*] '*Vous êtes tellement courageuse, autant de mauvaises expériences. C'est incroyable que vous ayez eu autant de mauvaises expériences médicales, on va essayer de tout faire pour vous. Bravo d'être venue !*'

(Victoire, 27 ans, artiste-peintre)

Ce premier rendez-vous, je devais avoir... 15 ans. Je voulais avoir des réponses et je ne les ai pas eues. Depuis, c'est vrai que j'ai du mal. Après, j'ai revu une autre gynéco qui m'a fait très mal, donc après je n'y suis jamais retournée. En fait, pendant la consultation, je ne sais pas comment ça s'appelle ? pour ouvrir... le...

[elle mime le spéculum] ...elle m'a mis ce truc, elle ne m'a pas prévenue. Ça me faisait mal. Ça me bloquait au niveau du ventre. Je le lui ai dit. Et elle m'a dit 'C'est normal'. Sans plus de précaution que ça. Vu que je suis quelqu'un de stressée, ça m'a encore plus bloquée. Et, je me suis dit, non je n'ai pas confiance. Et je n'y suis jamais plus retournée.

(Coralie, 38 ans, enseignante)

En plus, elle a souhaité m'examiner moi, j'étais en panique. De base, les seuls examens gynéco que j'avais eus, c'était après les abus sexuels. C'était une source de stress pour moi. J'avais très peur. Je tremblais. Et quand elle a vu ça, elle n'a pas cherché plus loin. Et j'aurai aimé qu'elle le fasse. Vu les douleurs qu'il y avait et qu'il y a encore. Elle m'a aussi dirigée vers une collègue qui était soi-disant thérapeute spécialiste des victimes de violences sexuelles. Alors que pas du tout. Je suis partie la voir en août 2020 et c'était pire que mieux. Après ça, je ne voulais plus du tout consulter de gynécologue. Je ne voulais plus. J'ai attendu.

(Mélissa, 21 ans, étudiante en ergothérapie)

1.5. Discussion

Nous avons identifié des différences individuelles et interpersonnelles concernant le niveau de recours au soin gynécologique et ses facteurs associés chez les femmes rapportant des violences sexuelles. Les participantes rapportaient un recours insuffisant, absent ou au contraire fréquent, voire multiple pour un même motif gynécologique. Les parcours étaient complexes et hétérogènes, associant différents niveaux de recours au soin, sensibles à des facteurs associés liés aux violences et à leurs effets perçus sur la santé gynécologique. Les femmes interrogées connaissaient les recommandations en matière de dépistage en gynécologie, dont la préconisation d'un suivi annuel ou régulier ce qui majorait, en cas de non-recours, la honte et la culpabilité inhérentes aux situations de violences sexuelles.

Cette étude présente certaines limites. Nous n'avons pas interrogé de femmes en situation de précarité sociale, maîtrisant mal le français, avec une santé ou un suivi gynécologique suffisamment honteux pour être tus, ou confrontées au caractère innommable des violences. C'est pourtant pour ces populations que la recherche est la moins développée. Dans cette étude, les personnes interrogées étaient en capacité de répondre à une demande d'enquête

diffusée par l'intermédiaire du site internet d'une association, manifestaient une aisance en matière d'expression orale en langue française et avaient une bonne insertion sociale ou professionnelle. Le recrutement associatif caractérisant cette étude a permis d'interroger des personnes dans un contexte de recherche plus neutre qu'en situation de soin et d'intégrer des femmes éloignées de l'offre de soin gynécologique. Dans tous les cas, il serait illégitime d'étendre la validité des conclusions de notre travail à l'ensemble des femmes adultes vivant en France.

Le moindre recours prédominait en cas de symptômes du registre post-traumatique telles les réminiscences ou les conduites d'évitement, de manière cohérente avec la prédominance de l'inconfort et de l'anxiété lors de l'examen gynécologique rapportés lors en cas de stress post-traumatique (272–275). A l'inverse, les troubles dissociatifs et l'amnésie traumatique semblaient être associés à un recours régulier. L'insatisfaction vis-à-vis du soin gynécologique pouvait être associée au sentiment de ne pas avoir été questionnée ou de ne pas être crue et comprise, tant dans la prise en compte des violences qui relèvent souvent de l'indicible que dans l'expression des symptômes imputés aux violences. Lorsqu'elles étaient révélées, les violences pouvaient être perçues comme incomprises ou suscitant l'incrédulité des professionnels. L'aversion pour le suivi gynécologique semblait renforcée dans les situations de moindre recours au soin ou au contraire, exposait à un recours accru, d'autant plus lorsque les symptômes gynécologiques associés aux violences étaient bruyants. Le besoin de reconnaissance des violences subies et de leurs conséquences paraissait aussi exposer à des parcours de soin erratiques, ponctués de multiples examens pelviens. Ces examens pourraient représenter une violence supplémentaire à l'égard de personnes déjà exposées à des violences sexuelles, comme le suggèrent les travaux menés chez les femmes qui déclaraient plus souvent des violences liées au soin en cas d'antécédents de violences psychologiques ou sexuelles subies dans l'enfance (277).

Au sein d'une population spécifique de femmes ayant une bonne insertion sociale ou professionnelle, notre étude a montré des différences de niveaux de recours au soin gynécologique, liées aux caractéristiques des violences et à leurs effets perçus sur la santé gynécologique. Il serait intéressant d'élargir les perspectives de cette recherche en questionnant les parcours de soin gynécologique de femmes exposées à des violences sexuelles et présentant des caractéristiques socio-économiques ou psycho-sociales différentes. Enfin, il semble nécessaire que les pratiques diagnostiques et de soin en

gynécologie évoluent pour mieux prendre en compte les déterminants individuels des parcours de soin des femmes présentant des antécédents de violences sexuelles.

Tableau 11 : Caractéristiques des femmes interrogées par l'intermédiaire de l'association féministe contre les violences sexuelles

Pseudonymes	Professions/ études ⁴	Age
Alexia	Etudiante infirmière En reconversion	39
Caroline	Sans activité (invalidité) DEA dans l'action sociale	49
Céline	Médecin généraliste	34
Charlène	Editrice en Sciences Humaines En reconversion Doctorat en Sociologie	42
Charlotte	Etudiante Master de Publicité et Communication	26
Chloé	Danseuse	22
Coralie	Educatrice spécialisée/Enseignante dans le secteur social	29
Emilie	Sans activité (chômage)	41
Emma	Etudiante sciences-po	23
Ericka	Gestionnaire dans un ministère	42
Estelle	Professeur de danse Licence anglais	31
Fanny	Ingénieure cadre Licence de psychologie	40
Inès	Etudiante Master de sociologie	20
Isabelle	Infirmière	47
Julie	Administratrice civile	32
Justine	Responsable d'un établissement médico-social	36
Laura	Formatrice dans le domaine de l'insertion sociale	38
Linda	Psychiatre	60
Line	Psychologue	49
Marie	Assistante de recherche Doctorat en sciences de la vie	37
Mélissa	Etudiante en ergothérapie	21
Océane	Equithérapeute Projet de reprise d'études de psychologie	34
Perrine	Formatrice en sciences humaines Doctorat en biologie En reprise d'études en psychologie	49
Sarah	Enseignante-chercheuse Doctorat en sciences-économiques	36
Victoire	Artiste peintre Licence de lettres	27

⁴ Les études en lien direct avec la profession exercée ne sont pas indiquées.

Figure 3 : Codes et thèmes se rapportant aux ressources et freins chez les femmes interrogées par l'intermédiaire de l'association féministe contre les violences sexuelles

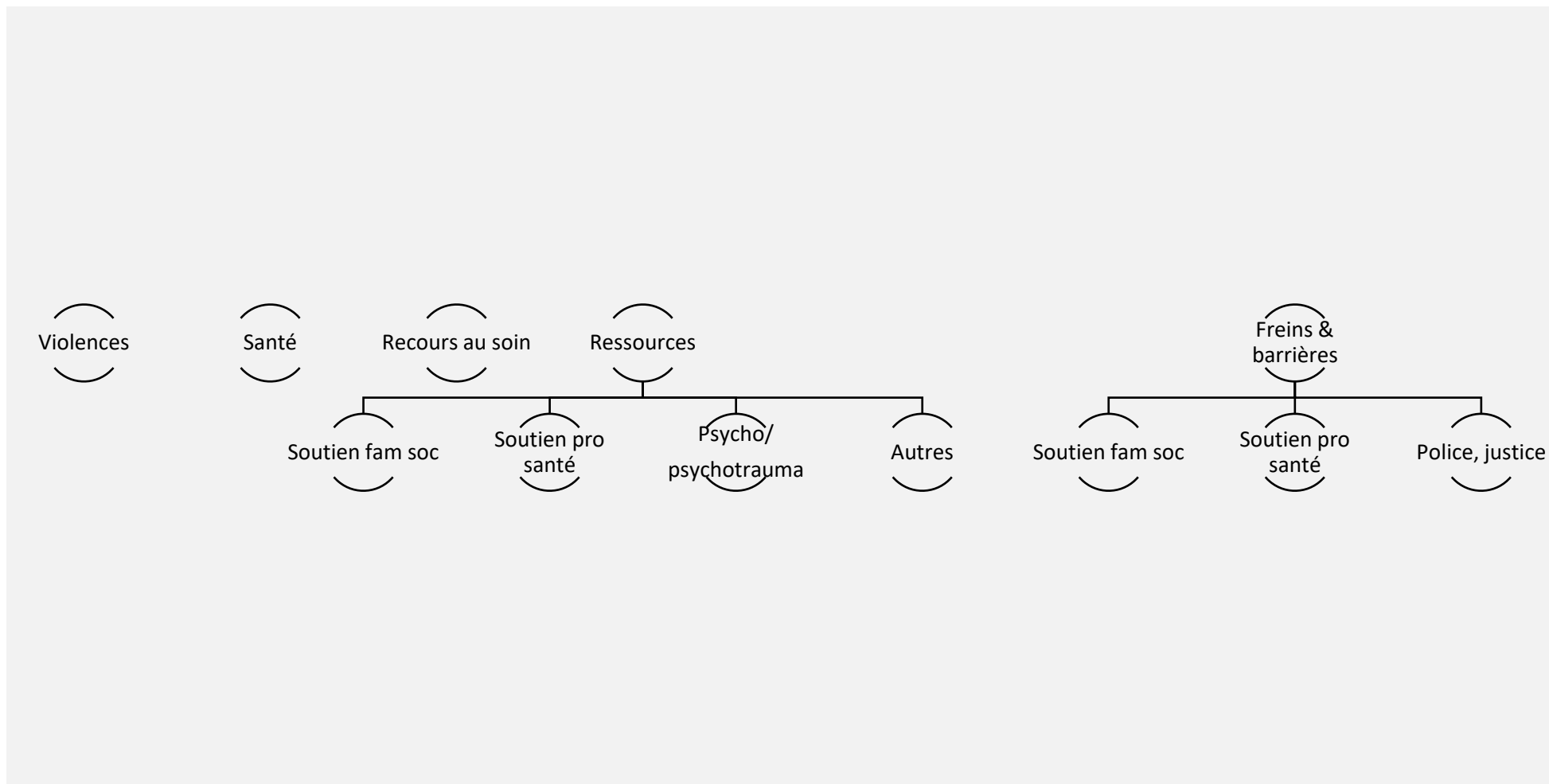


Figure 4 : Codes, thèmes et sous-thèmes se rapportant aux violences et à la santé gynéco-obstétricale, à la santé sexuelle et à la santé psychique chez les femmes interrogées par l'intermédiaire de l'association féministe contre les violences sexuelles

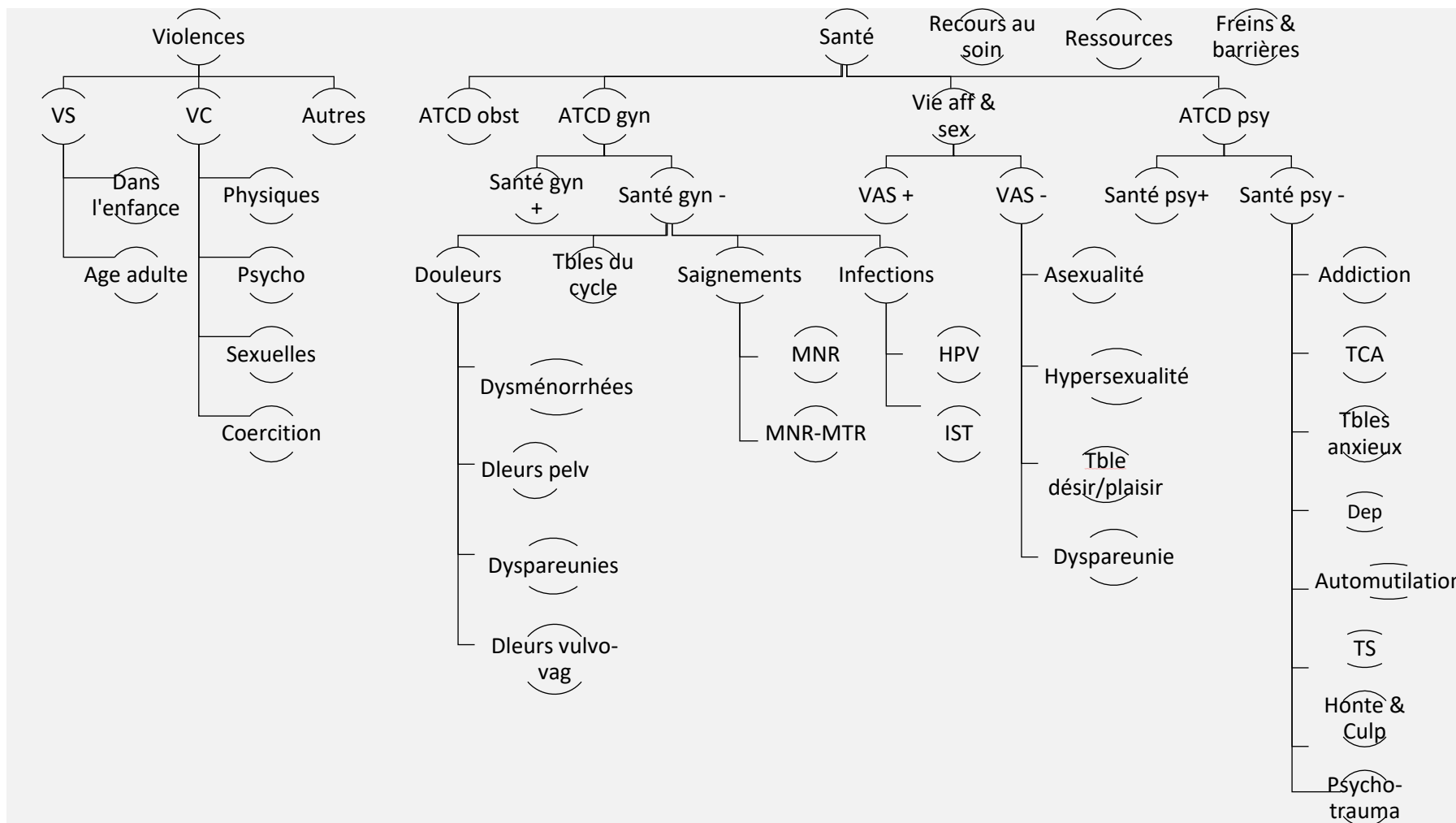


Figure 5 : Codes, thèmes et sous-thèmes se rapportant au recours au soin chez les femmes interrogées par l'intermédiaire de l'association féministe contre les violences sexuelles

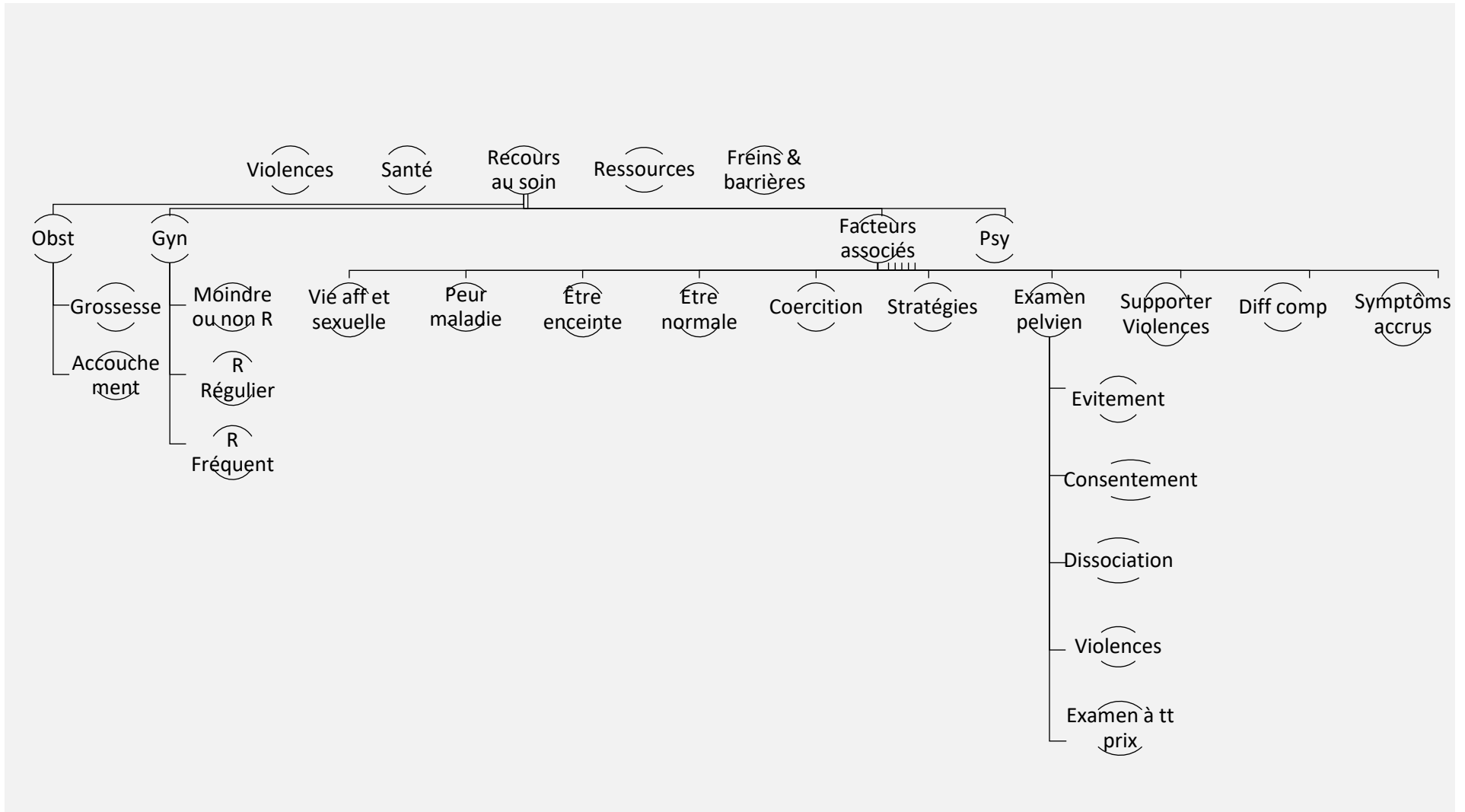


Tableau 12 : Niveaux de recours au soin gynécologique selon les caractéristiques des violences et les perceptions relatives à la santé gynécologique chez les femmes interrogées par l'intermédiaire de l'association féministe contre les violences sexuelles

Caractéristiques associées	Moindre recours	Recours régulier	Recours fréquent ou multiple
Percevoir favorablement un suivi gynécologique ou psychologique		■	
Se projeter dans une vie affective / Décrire une santé sexuelle satisfaisante		■	
Eprouver une peur de la maladie gynécologique		■	
Être enceinte		■	
Revendiquer d'être normale comme les non-victimes		■	
Se détacher de son corps lors de l'examen pelvien		■	
Eviter l'examen pelvien	■		
Adopter des stratégies de contournement de l'examen pelvien	■		
Supporter des violences indicibles	■		
Percevoir les violences dans les actes de soin	■		
Ressentir de la honte et de la culpabilité liées aux violences et à leurs conséquences gynécologiques	■		
Être exposée à l'incompréhension et à l'incrédulité des professionnels au moment d'exprimer les violences et leurs conséquences gynécologiques	■		■
Présenter des symptômes gynécologiques et psychiques accrus	■		■
Rechercher un diagnostic des violences et de leurs conséquences gynécologiques			■
Réussir à pouvoir être examinée... à tout prix			■

2. Santé gynécologique et recours au suivi gynécologique après des violences conjugales ou sexuelles, étude qualitative en centre d'hébergement d'urgence

2.1. Résumé

Les antécédents de violences conjugales et sexuelles sont associés à des indicateurs de santé défavorables en gynécologie-obstétrique. Les personnes victimes de violences ont souvent du mal à parler de ces violences en raison notamment de la honte et de la culpabilité ressenties après des violences. Les femmes vulnérables ou socialement exclues sont souvent aussi exclues des activités de recherche, en particulier lorsqu'il s'agit d'études qualitatives se rapportant aux violences. Cette étude visait à caractériser l'impact perçu des violences conjugales ou sexuelles sur la santé gynécologique et le suivi gynécologique des femmes en situation sociale complexe.

Nous avons mené une étude qualitative suivant une méthode d'analyse thématique inductive.

Entre avril 2022 et janvier 2023, nous avons réalisé 25 entretiens semi-directifs, d'une durée moyenne de 90 min (étendue, 45-180), avec des femmes âgées de 19 à 52 ans, recrutées dans un centre d'hébergement d'urgence de la région parisienne. Les femmes interrogées ont décrit des violences physiques et psychologiques subies principalement dans la sphère conjugale, une altération de leur santé gynécologique et psychique et une perception défavorable du soin gynécologique. La fréquence de recours au soin gynécologique était liée aux caractéristiques des violences et à leurs conséquences. La description de l'examen gynécologique était proche de celle d'une sexualité conjugale forcée, qui n'était pas considérée comme des violences sexuelles. L'examen gynécologique, susceptible de provoquer de la gêne et de l'inconfort, était toujours perçu comme nécessaire et justifié, et son consentement était implicite.

Cette étude permet de s'interroger sur l'adéquation entre les pratiques professionnelles liées à la prévention des violences faites aux femmes et les pratiques de l'examen pelvien. Tout examen gynécologique devrait être réalisé dans le cadre d'une relation égalitaire entre le soignant et la patiente, en population générale, avec une attention particulière chez les femmes ayant des antécédents de violences. Cette pratique participe à prévenir les violences dans le cadre du soin gynécologique, et plus largement à prévenir les violences faites aux femmes.

2.2. Introduction

Depuis 2017, le mouvement international #metoo a contribué à libérer la parole des femmes sur les violences sexuelles (278–280). Cependant, les violences conjugales et sexuelles restent difficiles à verbaliser pour les personnes victimes et sont associées à un manque de soutien social et émotionnel (281–284). Selon un essai contrôlé nord-américain, à la suite de violences sexuelles, les victimes étaient davantage réduites au silence et stigmatisées qu'à la suite de violences physiques (285). Plusieurs études ont montré un lien entre des antécédents de violences conjugales ou sexuelles et la survenue de symptômes ou pathologies gynéco-obstétricales qui pourraient inciter les femmes à consulter un professionnel de santé. En effet, les douleurs – douleurs pelviennes, dysménorrhées et dyspareunies, les saignements utérins, le vaginisme et l'endométriose sont plus fréquents chez les femmes ayant déclaré avoir subi des violences pendant l'enfance ou à l'âge adulte que chez celles n'en rapportant pas (130,131,134,135,137). La majorité des femmes victimes de violences qui se rendent à une consultation médicale ne mentionnent pas les violences au soignant, peut-être en raison de la honte et de la culpabilité ressenties après ces violences (180,286).

Plusieurs études quantitatives et qualitatives ont montré une association entre des antécédents de violences conjugales et sexuelles et un vécu difficile de l'examen pelvien (221,271–275,287,288). Les femmes ayant des antécédents de violences conjugales et sexuelles ont fait état d'une gêne, d'un embarras, d'une honte ou d'une douleur accrue lors de l'examen gynécologique par rapport à celles qui n'avaient pas subi de violence (221,271–275,287,288). Nous avons précédemment réalisé une première étude qualitative qui mettait en évidence des différences concernant la fréquence de recours au suivi gynécologique chez des femmes interrogées par l'intermédiaire d'une association féministe contre les violences sexuelles (1). Dans cette étude, les niveaux ou les fréquences de recours au soin gynécologique étaient associés aux caractéristiques des violences et à leurs effets perçus sur la santé gynécologique.

Les participantes de cette étude étaient toutes socialement et professionnellement intégrées ; l'étude n'avait inclus aucune femme exposées à une précarité sociale (1). Les femmes en situation de vulnérabilité sociale sont souvent exclues de la recherche, en particulier d'études qualitatives sur les violences. L'objectif de cette étude était de caractériser la perception de l'impact des violences conjugales ou sexuelles sur la santé gynécologique et le suivi

gynécologique chez des femmes susceptibles de présenter une situation de vulnérabilité ou une situation d'exclusion sociale.

2.3. Méthodes

Les recommandations relatives à la COREQ ont été suivies (276).

L'étude a reçu l'approbation éthique du CER de l'Université de Paris. Les participantes ont été assurées de la nature confidentielle des informations collectées et leur consentement éclairé a été recueilli. La synthèse du protocole de recherche de l'étude qualitative est présentée en annexe (Annexe 4).

Des entretiens semi-structurés ont été menés auprès de femmes recrutées par l'intermédiaire d'un centre d'hébergement d'urgence qui accueille des femmes ayant subi des violences conjugales ou sexuelles, pour une durée maximale de deux mois. Les participantes ont été approchées à l'aide d'un échantillonnage de commodité non probabiliste et d'un échantillonnage en boule de neige. Les entretiens n'ont pas été menés avec des femmes qui présentaient une anxiété aiguë ou une confusion. Lorsque l'entretien de recherche risquait d'altérer la santé psychique en ravivant visiblement le traumatisme (flashbacks, anxiété aiguë), l'entretien n'a pas été entamé ou poursuivi. Les entretiens n'ont pas été menés avec des femmes qui exprimaient des attentes thérapeutiques vis-à-vis de l'entretien de recherche, notamment un besoin exclusif de soin psychologique ou gynécologique. Avant l'entretien, le consentement des participantes quant à la participation à la recherche et l'enregistrement de l'entretien a été recueilli.

Nous avons mené des entretiens individuels, en face à face, d'une durée moyenne de 90 minutes (extrêmes, 45-180). Jusqu'à trois entretiens préalables ont été nécessaires pour établir une relation de confiance avec les personnes interrogées. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits mot à mot. Au début de l'entretien, quelques questions ont été posées afin de se familiariser avec les participantes, gagner leur confiance et créer une atmosphère sécurisante. Des informations ont été recueillies sur leur âge, leur pays de naissance, leur niveau de protection sociale, leur niveau d'éducation et leur profession. Un guide semi-structuré s'intéressant à la santé gynécologique, au suivi gynécologique et aux violences conjugales et sexuelles a été utilisé pour mener les entretiens. Voici quelques exemples de questions posées lors des entretiens, "Pourriez-vous me parler de votre santé gynécologique ?", "Qu'est-ce qui pourrait vous amener à consulter un médecin ou une sage-

femme ?", "Pourriez-vous me parler de l'examen gynécologique ?" Pouvez-vous m'indiquer ce qui vous a amenée ici ?".

Plusieurs écoutes des enregistrements ont été nécessaires pour vérifier l'exactitude de la transcription des entretiens. Les entretiens enregistrés ont d'abord été écoutés attentivement, puis transcrits mot à mot. Les données transcrites ont été comparées aux notes de terrain – par exemple, le comportement non verbal a été soigneusement transcrit au cours de l'entretien – pour s'assurer de l'exhaustivité des données collectées. Après avoir vérifié l'exactitude de la transcription, les enregistrements ont été détruits. La collecte des données s'est poursuivie jusqu'à saturation des données.

Nous avons analysé les données en nous appuyant sur une méthode d'analyse thématique inductive, en utilisant NVIVO Version 10 (265,266). Au cours de la première phase, les mots, les phrases ou les paragraphes du texte ont été codés et des combinaisons ont été formées en utilisant un processus inductif. Au cours de la deuxième phase, les cinq derniers entretiens ont été utilisés pour confirmer la saturation théorique de l'ensemble des données et pour finaliser le cadre de codage. Au cours de la troisième phase, nous avons regroupé les codes en thèmes potentiels et rassemblé toutes les données pertinentes pour chaque thème, en vérifiant la pertinence des thèmes par rapport à l'extrait codé et à l'ensemble des données. Les participantes ont été impliquées dans le processus de recherche afin de vérifier la cohérence des données. Des extraits des données transcrites ont été montrés aux personnes interrogées afin d'obtenir leur retour, tout en veillant à ne pas les confronter à un verbatim difficile à écouter ou à lire.

2.4. Résultats

Entre avril 2022 et janvier 2023, 25 entretiens semi-structurés ont été menés avec des femmes âgées de 19 à 52 ans. Cinq femmes qui avaient consenti à participer à l'étude ont été perdues de vue. Les participantes étaient dans une situation de précarité sociale ou en situation de migration, avaient peu ou pas réalisé d'études supérieures et universitaires, ou avaient un diplôme étranger qui n'était pas reconnu en France (Tableau 13). Pour certaines, il était difficile de s'exprimer en français ou en anglais lorsque le français n'était pas leur langue maternelle. Cependant, le fait de vivre dans un centre d'hébergement avec d'autres femmes leur permettait d'améliorer leur capacité à comprendre et à s'exprimer en français. Un interprète aurait pu être sollicité en cas de difficultés majeures de communication mais cela

n'a pas été nécessaire. Au moment de l'entretien, la plupart d'entre elles déclaraient disposer d'une assurance maladie permettant la prise en charge de leurs soins gynécologiques et obstétricaux. Les codes, divisés en thèmes et sous-thèmes, sont présentés par l'intermédiaire d'un arbre thématique (Figures 6-8).

2.4.1. Perceptions des violences sexuelles conjugales

Les femmes ont décrit des violences physiques et psychologiques, principalement subies dans le cadre conjugal. Les violences étaient souvent associées à une dépendance économique, ce qui rendait le départ du domicile difficile. Le dernier épisode de violences était récent, il avait eu lieu entre quelques jours et quelques semaines avant l'entretien de recherche. Les femmes le considéraient comme suffisamment grave pour justifier un hébergement d'urgence en dehors du domicile conjugal. Elles décrivaient les violences en évoquant un ressenti en lien avec leur propre mort.

Je ne peux pas oublier ce jour-là. C'est mortel... J'étais dans la rue. Il arrive derrière moi [*son mari*], il m'a frappée. Ils arrivent ensuite... la police et les pompiers. Il m'insultait, il m'a dit '*un jour, je vais te massacrer, il y aura du sang...avec un couteau*'. Il m'a dit cette phrase-là trois jours avant de me frapper. Tous les jours, je réfléchis à ces mots-là. Pourquoi il parle comme ça ? Et tous les jours il me menace, tous les jours, il m'insulte. Et quand il m'a frappée, les voisins ont appelé les pompiers et la police. Moi, je ne pouvais pas me relever. J'étais choquée. Il me frappait avec les mains et avec les pieds. Comme ça [*elle mime*]. Ma tête était toute gonflée, par ici et par là [*elle montre son visage encore marqué*]. Et après, je ne me rappelle plus trop mais je sais qu'il y avait la police et les pompiers. La police m'a dit '*Il habite où ?*'. Même moi, je ne pouvais pas parler. Tu vois ? Même quand il me frappait, je n'avais pas la force pour... pousser... Je ne peux pas... Je ne voulais pas qu'il touche mon visage. Mais c'est mon visage qu'il frappait... J'avais le visage massacré.

(*Lia, 20 ans, sans activité professionnelle*)

Dans l'appartement de ma mère, il y a un petit couloir. Un tout petit couloir. Et il m'a frappée, il m'a frappée [*son ex mari*]... Comme jamais. Dans ce petit couloir, il n'arrêtait pas... Je voyais dans ses yeux... J'ai cru qu'il allait me tuer [*pleurs*]... Dans le couloir, il y avait un... Comment dire ? un porte-

manteau...C'est ça, on dit comme ça ? Avec ça et avec tout le reste, il me frappait. Ma fille était là... Et elle criait '*Papa, papa, arrête...*' [pleurs]... Il me donnait des coups de pieds et des coups de poings, en haut, sur les seins, sur le ventre... Et sur le dos puis sur encore le ventre. J'ai entendu un crac dans moi. C'est comme... Comment dire ? Comme si mon utérus, il craquait, il se déchirait. Et après, du sang, j'ai beaucoup saigné.

(Lydia, 27 ans, sans activité professionnelle)

On s'est disputé, il m'a attrapée par les cheveux... On habitait dans un duplex, il m'a jetée dans les escaliers. Il m'a frappée. Je me dis qu'aujourd'hui, '*Comment je suis encore vivante ? comment je suis encore vivante ?*'. Les voisins ont entendu. Ils entendaient à chaque fois mais ils n'ont rien fait, ils avaient peur de lui. La voisine m'a dit '*J'ai entendu, j'ai hésité à appeler la police*'. Je lui ai dit qu'elle aurait dû. Si j'étais morte ?

(Ana, 33 ans, sans activité professionnelle)

Alors qu'elles décrivaient de manière circonstanciée les violences physiques et psychologiques, interrogées sur les violences sexuelles potentiellement subies dans la sphère conjugale, elles en niaient leur existence. Cependant, lorsqu'elles qualifiaient leur vie intime et sexuelle, elles la décrivaient comme forcée ou contrainte et douloureuse, sans la qualifier de violence sexuelle. Après un épisode de violences conjugales physiques, les rapports sexuels étaient aussi l'occasion d'une "réconciliation" souhaitée par les conjoints auteurs de violences qui étaient considérés par elles, comme plus tolérables que les violences physiques, même s'ils n'étaient pas souhaités.

Lui, il a des besoins. Souvent, il le faisait par la force mais il ne m'a jamais violée.

(Irène, 37 ans, sans activité professionnelle)

Il me forçait à faire des trucs, et c'était pas genre juste une fois. C'était tout le temps [...] Pour moi, ce n'était pas un viol [...] C'était un homme et il avait des envies, c'est tout.

(Alicia, 24 ans, sans activité professionnelle)

Je suis arrivée à un stade où je n'avais plus aucune libido. Je le fais pour ne pas qu'il m'insulte. Mais je n'avais pas envie et je ne ressentais rien... Je pleurais, je n'avais pas envie de le faire... Je ne ressentais rien du tout... Quand il me touche, je ressens du ... [*elle mime le dégoût*]. Au moins, la journée quand il travaillait, j'étais tranquille. Mais la nuit, je ne pouvais pas y échapper. C'est horrible... Je ne veux plus jamais avoir de sexualité... La nuit, je faisais comme si genre je dormais. Il vient dans moi et je dois le laisser faire ce qu'il veut. Il fait ce qu'il a envie mais moi je ne veux pas... Et moi, je pleure... Et ça me dégoute.

(Angéline, 30 ans, sans activité professionnelle)

Après, je ne pouvais pas bloquer. Mais le corps il se blesse. Pour me pénétrer, j'avais mal. Tu sais, je ne pouvais pas l'arrêter, c'était pas possible.... Il y a aussi...il me touchait devant les enfants. Il me touchait les seins et en bas quand les enfants étaient là, parce que la maison, c'était une seule pièce, les enfants, ils entendaient tout et ils voyaient tout [*Sanglots*].

(Lina, 28 ans, sans activité professionnelle)

Moi, je n'aimais pas ça. En fait, lui, il n'arrivait pas à rentrer par là... Alors, il mettait son sexe dans ma bouche. Je lui disais que je n'aimais pas ça mais il continuait. Et des fois, quand il n'arrivait pas à mettre dans ma bouche, il mettait dans mes fesses. Je lui disais d'arrêter mais il n'arrêtait pas. [*Pleurs*]

(Nora, 25 ans, sans activité professionnelle)

Bien qu'elles n'identifiaient pas ou ne nommaient pas les violences sexuelles subies dans le cadre conjugal, les participantes décrivaient une enfance chaotique, marquée par les violences, y compris par les violences sexuelles.

J'ai eu des abus sexuels quand j'étais petite. Je suis incapable de savoir à quel moment ça a commencé mais dans mes premiers souvenirs, j'avais 4-5 ans. C'était le fils de l'ami de ma mère. Ensuite, on a été suivi par l'Aide sociale à l'enfance mais seulement pour les violences physiques.

(Anaïs, 26 ans, sans activité professionnelle)

Il y a eu des viols à répétition de mon beau-père. Je ne sais pas trop quand ça a commencé mais je devais être toute petite. Vu que j'étais petite, je ne savais pas que ce n'était pas normal, les viols... Je pensais que c'était un jeu donc voilà, je ne disais rien. C'est à 10 ans que j'ai commencé à me poser des questions, '*Est-ce que c'est normal ? Est-ce qu'il a droit ?*'... Non, ce n'était pas normal. J'ai commencé à comprendre que ce n'était pas bien. J'ai commencé à devenir agressive, limite insupportable. J'ai commencé la crise d'adolescence plus tôt que prévu. Même mes grands-parents ne me reconnaissaient plus alors qu'avec eux, d'habitude, j'étais douce et gentille... Là, j'étais agressive même avec eux.
(*Louna, 31 ans, sans activité professionnelle*)

2.4.2. Détérioration de la santé mentale et gynécologique

Les participantes présentaient des symptômes gynécologiques – douleurs pelviennes, dyspareunies, dysménorrhées, vulvodynies, saignements, troubles du cycle menstruel, infections – et des symptômes psychologiques – anxiété, dépression, troubles alimentaires, addictions, idées et comportements suicidaires, réminiscences mentales. Les douleurs (douleurs pelviennes, dyspareunies) étaient un symptôme souvent cité, associé à des violences sexuelles reconnues ou à une sexualité décrite comme non désirée, contrainte ou forcée.

Symptômes gynécologiques

Ça m'arrive aussi régulièrement d'avoir mal au vagin. Une douleur très forte, qui je ne sais pas, ça fait comme si ça piquait en bas...et ça peut être vraiment être insupportable.

(*Estelle, 33 ans, sans activité professionnelle*)

Comme M. [*son ex-mari*] avait tapé directement ses pieds là [*elle montre la zone pelvienne*] ... Ça avait saigné avant mes règles... Et j'avais eu des douleurs de règles très très fortes après ça. J'ai eu mes règles la semaine dernière, c'était vraiment insupportable. Trop trop mal. Avant, j'avais des douleurs de règles mais normales. Je pouvais aller marcher, faire tout sans problème. Là, là j'étais comme ça [*elle se prostre*] ... Tu vois ?

(*Iris, 34 ans, sans activité professionnelle*)

Symptômes psychiques

J'ai même perdu... Comment dire [*Pleurs*] ... perdu toute envie de quoi que ce soit. J'ai perdu toute envie de vivre [*Pleurs*]. Il y a des périodes où... Je voyais que j'étais pourrie... Je me disais que de toute façon, je ne pourrai jamais être heureuse, que c'était moi le problème dans ma vie. Ce n'était pas possible de vivre comme ça, je ne valais rien.

(Angéline, 30 ans, sans activité professionnelle)

[*Parlant de sa fille*] Elle vit avec son père en X [*Région*]. Je ne l'ai plus vue depuis 5 ans. Elle avait 3 ans la dernière fois que je l'ai vue. J'ai un parcours de vie très, très chaotique. La vie a fait que j'ai été dans l'abandon d'elle comme de moi-même. J'ai eu ma fille très jeune et je n'ai pas pris le temps de me construire avant de devenir mère. Et puis, quand je l'ai eue, j'étais encore plus détruite qu'aujourd'hui. Aujourd'hui, je ne pense plus à la mort par exemple que j'envisageais avant comme seule solution. C'était disparaître et c'est aussi pour cela que j'ai disparu de la vie de ma fille.

(Anaïs, 26 ans, sans activité professionnelle)

Quand je suis arrivée ici, je n'arrivais pas à marcher à pied, tellement j'étais fatiguée. Et direct, ils ont appelé le SAMU et les urgences. Je n'avais plus de force, je ne mangeais plus rien. Plus rien... Je fumais juste beaucoup... Je ne dormais pas, j'avais des cauchemars. J'ai eu envie de mourir [*Pleurs*]... J'ai écrit une lettre... J'avais envie de mourir pour que quand ils découvrent la lettre, la justice rouvre le dossier pour les violences conjugales [*Sanglots*].

(Jessica, 38 ans, garde d'enfants)

Je me sens très faible en ce moment, j'ai fait un malaise il y a 3-4 jours. Je ne mange plus. Je sens la faim mais je ne sens pas l'envie de manger. Mais je sais que c'est ma santé qui est en jeu et qu'il ne faut pas déconner. Là, je pèse 45 kilos. Je dors 4-5 heures. Je me réveille, genre à 5 heures. Je me sens très angoissée et triste.

(Alicia, 24 ans, sans activité professionnelle)

Psychologiquement, je n'étais pas bien, je ne dormais pas la nuit. A chaque fois, j'entendais des bruits, je sursautais. J'avais aussi des peurs, je sentais qu'il rentrait, qu'il me faisait des menaces, je ressentais toujours comme si j'étais encore avec lui. Je ressentais toujours les effets [*ou les faits*] dans mon corps.

(Stephania, 25 ans, sans activité professionnelle)

Elles ressentaient de la honte et de la culpabilité liées au fait de n'avoir pas identifié les violences subies dans l'enfance, de n'avoir pas pu empêcher les violences qu'elles avaient subies ou de n'avoir pas déposé plainte pour protéger de nouvelles victimes.

[*Parlant de l'inceste subi dans l'enfance*] Au début, je ne voyais pas le mal qu'il me faisait, je ne savais pas que c'était mal. Ensuite, je me disais que c'était de ma faute parce que j'avais dit ça ou fait ça et que personne n'allait me croire, que j'avais peut-être fait quelque chose pour que ça arrive ou que j'en rajoutais.

(Marion, 29 ans, auxiliaire de vie)

Lorsqu'elles évoquaient leurs symptômes gynécologiques, avec de premiers symptômes décrits comme étant consécutifs au début des violences subies, elles se plaignaient du manque de communication ou de la minimisation des symptômes gynécologiques observés chez les professionnels de santé.

Je me dis que c'est bizarre, j'ai un problème, je ne ressens rien et ça me fait mal. Je suis un robot, je ne ressens rien... rien... rien du tout. Je suis même allée voir un gynécologue pour le lui expliquer. Je lui ai expliqué que je ne ressens rien au moment des rapports sauf la douleur. Et il m'a dit « *moi, je ne travaille pas sur la sexualité, il faut aller voir un sexologue* ». Il m'a demandé quand c'était la dernière fois que j'avais fait un frottis. Il m'a dit qu'il fallait le faire. Mais pour la sexualité, lui... il ne pouvait rien faire.

(Angéline, 30 ans, sans activité professionnelle)

Les mutilations génitales féminines se surajoutaient aux autres formes de violences et donnaient lieu à l'expression de questions sur les dysfonctionnements sexuels imputables à l'un ou l'autre type de violences – mutilations génitales ou violences sexuelles – qu'elles n'avaient jamais évoquées avec un professionnel de la santé.

Quand j'étais tout tout bébé, j'ai été excisée. Ils ont enlevé le clitoris et tout a été complètement coupé... fermé. A l'accouchement, ils ont ouvert un peu, mais ils

ne m'ont jamais parlé de ça. Parce qu'au moment des rapports, je ne ressens pas de... jamais même ... j'ai jamais envie. J'ai beaucoup de douleurs. Très souvent des douleurs. Je ne sais pas si c'est dû à ça ou à tout ce qui se passait avec mon mari.

(Justine, 33 ans, sans activité professionnelle)

Vers l'âge de 8 ans. Ils m'ont coupé le.... Comment ça s'appelle déjà? [...] Et après, ils m'ont aussi recousu tout. Je me souviens qu'on me tenait les jambes. Je me souviens de la douleur... Je ne pouvais même plus marcher après. Pour faire pipi, ça brûlait, c'était atroce. Je suis restée à la maison jusqu'à que ça guérisse. Et après mon rapport sexuel, la première fois, je crois que ça a déchiré. J'ai eu des saignements, des douleurs et tout ça. [...]. Mais moi, j'ai une question, même si on nous coupe le vagin, on reste quand même vierge ?

(Sophia, 19 ans, sans activité professionnelle)

L'intégrité de l'hymen, considérée par les femmes comme une preuve de virginité, était évoquée lorsqu'elles rapportaient à la fois l'impact des violences et le motif d'un recours à une consultation médicale, même à distance des violences subies.

Je reviendrai sur une phrase que vous m'avez dite quand on s'est rencontrées la première fois. Vous m'avez dit 'je suis vierge'. J'ai l'impression que c'est important pour vous de l'être. Est-ce que vous pourriez m'expliquer?

Oui, chez nous, c'est comme ça, tu ne peux pas perdre ta virginité avant le mariage. Justement, lui [auteur des violences], il me disait que 50 % des femmes n'ont pas d'hymen. Je pense qu'il m'a dit ça... pour... Parce qu'avec la pénétration et tout ça, j'étais trop mal. Du coup, il arrêta pas de me dire que l'hymen, ça n'existait pas, il me disait que l'hymen... Genre, c'était des conneries... et que je pouvais avoir des rapports mais rester vierge.

(Alicia, 24 ans, sans activité professionnelle)

[*Décrivant l'examen gynécologique*] Quand on a vécu des violences sexuelles, il peut y avoir des lésions ou des soucis. Donc, il faut poser la question pour savoir et pour voir ensuite s'il y a des lésions. Il peut y avoir des déchirures à l'intérieur du vagin. Des dégâts au niveau des parties génitales. Des déchirures

de l'hymen [...] Des petites choses comme ça. Le suivi gynécologique, ça sert à ça. Et des fois, il peut y avoir plein de dégâts aussi.

(Louna, 31 ans, sans activité professionnelle)

2.4.3. Recours au soin gynécologique après des violences

a. Niveaux de recours au soin gynécologique et facteurs associés

Les participantes décrivaient des parcours de soin gynécologique avec une fréquence de recours au soin dépendante de caractéristiques socio-économiques et de caractéristiques liées aux violences et à leur conséquences (Tableau 14).

Elles exprimaient un manque de connaissances et de compréhension de l'organisation des soins en France qui pouvait les conduire à ne pas recourir à une consultation gynécologique. Le moindre recours et l'absence de recours au soin gynécologique étaient aussi consécutifs au contrôle coercitif exercé par l'auteur des violences et liés aux comportements d'évitement qu'elles adoptaient vis-à-vis de l'examen pelvien.

[*Évitement*] Et puis, je n'aime pas qu'il y ait des trucs qui rentrent dans mon vagin, genre...des caméras par exemple.

Des caméras ?

Oui des caméras pour regarder. Ou même des doigts, ou des objets. Je ne veux pas qu'il y ait d'objets, quels qu'ils soient.

(Alicia, 24 ans, sans activité professionnelle)

[*Contrôle*]

Non... Ce n'était pas possible... Lui, il était toujours derrière moi. Même les consultations avec un médecin, lui, il est avec moi quand je parle avec un médecin.

(Clara, 29, sans activité professionnelle)

Mais mon gynéco, c'était un homme et mon mari ne voulait pas que j'aie le voir... Avec lui, c'était forcément une femme et pas un homme. C'était interdit un homme. Alors que pour moi, ça ne me dérange absolument pas parce que c'est un gynéco, et qu'il fait son travail. Homme ou femme, c'est pareil. C'est aussi pour ça que je n'y suis pas repartie. C'était trop compliqué.

(Ana, 33 ans, sans activité professionnelle)

Des ressources financières limitées associées à une vulnérabilité sociale et une faible estime d'elle-même contribuaient à la décision de ne pas recourir à des soins gynécologiques. D'autres facteurs tels une incapacité à faire face aux conséquences d'un diagnostic dissuadaient les femmes de se faire soigner. Elles ne souhaitaient pas ajouter des événements négatifs à une vie déjà chaotique et complexe.

En fait, je n'ai pas... Euh... j'ai laissé... En fait, j'avais pris rendez-vous avec un gynéco, mais je n'ai pas été... J'ai laissé tomber en fait. [Pleurs]... En fait, je m'en foutais de moi, même s'il m'arrivait quelque chose, ce n'était pas grave. Je ne prenais plus du tout soin de moi.

(Ana, 33 ans, sans activité professionnelle)

Je crois que c'est aussi parce que là, j'avais trop de problèmes dans ma tête. Ce n'est pas le moment. S'il y a un résultat et il n'est pas bon, je n'ai pas le force de gérer en ce moment. Je ne peux pas avoir de problèmes en plus. Au moins, je n'ai pas de problème à ce niveau. J'ai trop de choses dans la tête.

(Jessica, 38 ans, garde d'enfants)

Le recours régulier au soin gynécologique était plus évident pendant la grossesse. La dépendance à l'égard de l'auteur des violences en matière de santé sexuelle et reproductive pouvait également conduire les femmes à recourir à des soins gynécologiques alors qu'elles n'en percevaient pas le besoin.

C'était mon mari qui voulait que j'y aille [*en consultation gynéco*] parce que je n'arrivais pas à avoir d'enfants [...] [*Parlant de son mari*] Il me disait qu'à son âge, ce n'était pas normal qu'il n'ait que 3 enfants. Qu'il fallait qu'on en ait plus... Moi, je ne voulais pas d'autres enfants. Je ne le reconnaissais plus. Il a changé complètement. Il disait des mots qui font toujours mal. Des gifles aussi, de plus en plus souvent. Il voulait me montrer que c'était lui l'homme et que c'était lui qui décidait.

(Justine, 33 ans, sans activité professionnelle)

En cas de symptômes gynécologiques accrus, les participantes pouvaient être amenées à consulter de manière fréquente le même praticien ou consulter plusieurs praticiens jusqu'à que leur situation clinique puisse être comprise. Ce recours fréquent ou multiple était

toutefois minoritaire, les facteurs associés aux violences et à leurs conséquences conduisant plutôt vers un moindre recours, y compris en cas de symptômes marqués.

J'ai fait beaucoup d'échographies que le médecin traitant a prescrit. C'est négatif, il n'y a rien. Du coup, il m'a aussi prescrit des échographies au niveau abdominal parce que j'ai toujours mal au ventre mais il n'y a rien. Pour aller voir un médecin, je disais que c'était par rapport à ma grossesse. Si je lui disais que c'était pour moi ou pour mes douleurs à moi... ben, il ne voulait pas que j'y aille.
(*Angéline, 30 ans, sans activité professionnelle*)

b. Perceptions des violences liées au soin gynécologique

Les descriptions de l'examen gynécologique étaient proches de celles d'une sexualité conjugale forcée qui n'était pas considérée comme une violence sexuelle. L'examen gynécologique, susceptible de provoquer un inconfort ou une gêne, était toujours perçu comme nécessaire et justifié, et son consentement était implicite. Selon elles, lorsque les professionnels considéraient l'examen gynécologique nécessaire, leur propre consentement ou leur approbation n'était pas requis.

Il m'a demandé de me déshabiller et toujours, alors que je connais la réponse, je demande '*On enlève que le haut ou tout ? On enlève la culotte aussi ?*' [*Rires*]. Je le fais même si je sais qu'il faut tout enlever... Bon après moi quand le gynéco, il y va... il met le doigt ou autre chose... avec les jambes écartées... on se laisse aller... Et là, je ferme les yeux pour m'évader un peu... Je ferme les yeux et je laisse faire... [*Rires*].

(*Cynthia, 27 ans, sans activité professionnelle*)

Est-ce qu'on me demande mon accord ? ... Alors là... vous me posez une colle [*Rires*] ... Bon en même temps vous allez là-bas pour ça non ? Enfin, vous savez que vous êtes là-bas pour ça ? Mais si vous ne voulez pas, on dit non de toute façon ? En même temps, on ne va pas vous déshabiller de force non plus [...]
Pour moi, un médecin est un médecin, homme ou femme d'ailleurs. Je pense qu'avec l'âge aussi, on change aussi. Je me dis que voilà, ils ont fait une profession, ils ont fait ça dans un but médical... Après voilà, une paire de seins, c'est une paire de seins.

(*Hélène, 50 ans, hôtesse de l'air*)

C'était la première fois que j'avais une examination [*un examen*], il a pris un truc comme un tube pour faire l'échographie, qu'il a mis dans le vagin. C'est un peu comme la pénétration en fait [*Rires*]. Je n'avais jamais vu ça, c'était bizarre. Je pensais que l'échographie, c'était juste sur le ventre mais je ne pensais pas qu'il y avait aussi un truc de l'autre côté [*Rires*].

(Stephania, 25 ans, sans activité professionnelle)

Les examens gynécologiques réalisés à la suite de violences sexuelles ou dans le cadre d'un suivi gynécologique habituel présentaient la caractéristique commune d'offrir un intérêt limité ne répondant que partiellement à leurs besoins consécutifs aux violences subies.

Il y a ce que l'on voit. Mais surtout ce qu'on ne voit pas et qui est à l'intérieur... Il y a des lésions ou des douleurs... ça va peut-être passer mais derrière, il y aura des dégâts encore un peu plus graves.

(Louna, 31 ans, sans activité professionnelle)

2.5. Discussion

Les femmes interrogées ont fait état de violences physiques et psychologiques, principalement subies dans le cadre conjugal. Elles ont également décrit une altération de leur santé gynécologique et psychique comme étant consécutive aux violences subies. Les niveaux de recours au soin gynécologique étaient liés aux caractéristiques des violences et à leurs conséquences. Lorsqu'elles étaient interrogées sur les violences sexuelles conjugales, elles niaient leur existence et lorsqu'elles évoquaient leur vie intime et sexuelle, elles la décrivaient comme forcée ou contrainte, sans la qualifier de violence sexuelle. Leurs perceptions de l'examen gynécologique étaient proches de celles d'une sexualité conjugale contrainte, qui n'était pas considérée comme une violence sexuelle. L'examen gynécologique, susceptible de provoquer de la gêne et de l'inconfort, était toujours perçu comme nécessaire et justifié, et leur consentement était implicite ou n'était pas nécessaire. Les besoins sexuels de leurs conjoints comme les besoins des professionnels de santé de procéder à un examen gynécologique l'emportaient sur leurs propres besoins et ne nécessitaient pas leur approbation ou leur consentement.

Si la perception de l'impact des violences sur la santé gynécologique était comparable chez les femmes interrogées par l'intermédiaire du centre d'hébergement d'urgence et chez celles recrutées par l'intermédiaire d'une association féministe contre les violences sexuelles, il existait des différences de perceptions des violences sexuelles conjugales et de perceptions des violences liées au soin gynécologique. Ainsi, les femmes de l'association féministe rapportaient des violences sexuelles conjugales alors que les femmes hébergées ne considéraient pas la sexualité forcée dans un contexte de violences physiques et psychologiques comme une violence sexuelle. Leur sexualité visait à répondre aux besoins de leur partenaire plutôt qu'à leurs propres besoins affectifs et sexuels qui étaient niés. Les femmes de l'association féministe faisaient état de violences sexuelles lors du suivi gynécologique (1), rejoignant les résultats d'une étude suédoise établissant que les femmes ayant subi des violences pendant leur enfance étaient plus susceptibles de percevoir les soins comme violents (277). A l'inverse, les femmes hébergées décrivaient un inconfort et une gêne à l'examen pelvien, sans évoquer la violence dans les soins gynécologiques, qui étaient décrits comme utiles et justifiés, avec un consentement implicite.

Nous pouvons supposer que les perceptions des violences sexuelles conjugales et des violences liées au soin gynécologique sont susceptibles de varier, selon le délai du dernier épisode de violences, de sa nature répétée et du soutien affectif, social et psychologique. Les perceptions peuvent également varier en fonction de l'éducation, égalitaire ou stéréotypée, et du sentiment d'appartenance à une culture féministe par opposition à des références exclusives à un modèle patriarcal.

Les données concernant la santé mentale rapportées dans cette étude rejoignent les résultats de plusieurs études mettant en évidence le lien entre les violences conjugales ou sexuelles et les pathologies et symptômes psychiques tels que la dépression, en particulier la dépression postnatale (150,156,171,254,289), l'état de stress post-traumatique (156,254,289), les comportements addictifs (290), les troubles du comportement alimentaire (156,291) et la suicidalité (156,163). Concernant les fréquences de recours au soin gynécologique, nos résultats renforcent les conclusions de notre précédente étude qualitative identifiant des différences dans les niveaux de recours au soin gynécologique en lien avec les caractéristiques des violences et leurs effets perçus sur la santé gynécologique.

Cette étude a permis d'interroger des femmes ayant des parcours sociaux complexes, généralement exclues de toute recherche sur les violences. Le recrutement par l'intermédiaire

d'un centre d'hébergement a permis d'interroger des femmes sur le recours au soin dans un cadre de recherche plus neutre que si elles avaient été interrogées dans le contexte du soin et a conduit à l'intégration de femmes qui étaient susceptibles de présenter des difficultés à recourir à des soins gynécologiques. Les participantes ont décrit leur perception de l'impact des violences sur leur santé et sur le soin gynécologique, des sujets qui peuvent être ignorés ou éludés dans une relation de soin, en raison de leur association avec la culpabilité et la honte.

Notre étude peut contribuer à questionner la pertinence des pratiques professionnelles liées à la prévention des violences faites aux femmes. Tout examen gynécologique devrait être effectué dans le cadre d'une relation de soin égalitaire entre le soignant et la patiente, aussi bien chez les femmes ayant des antécédents de violence que chez les femmes en population générale. L'adhésion des patientes à un acte médical, tel un examen pelvien, est un élément essentiel d'une relation de soin, fondé sur une compréhension claire des motifs de réalisation de l'examen et des conditions dans lesquelles cet examen sera effectué. Cela contribue à éviter la récurrence de traumatismes, participe à la prévention des violences dans le cadre du soin et, plus largement, à la prévention des violences à l'égard des femmes.

Tableau 13 : Caractéristiques des femmes interrogées par l'intermédiaire du centre d'hébergement d'urgence

Pseudonymes	Diplômes	Professions	Durée de vie en France si né à l'étranger	Age
Angéline	Licence en économie aux Comores	Sans activité	7 ans	30
Alicia	Diplôme en finance en Algérie	Sans activité	5 ans	24
Ana	CAP vente en France	Sans activité	Née en France	33
Jessica	Pas de diplôme	Gardienn d'enfants	4 ans	38
Anaïs	Pas de diplôme Lycée en France	Sans activité	Née en France	26
Karine	Pas de diplôme	Sans activité	7 mois	30
Louna	CAP gestion hôtelière en France	Sans activité	Née en France	32
Christina	Diplôme d'études secondaires en Algérie	Sans activité	13 ans	53
Clara	Licence en sociologie au Maroc	Sans activité	3 ans	29
Cynthia	BEP comptabilité en France	Sans activité	Née en France	27
Estelle	BTS technicienne de laboratoire en France	Sans activité	Née en France	33
Hélène	Licence de lettres en France	Hôtesse de l'air	Née en France	52
Ingrid	Pas de diplôme Lycée en France	Baby-sitter	Née en France	30
Iris	Licence en économie à Algérie	Sans activité	3 mois	34
Irène	Pas de diplôme	Sans activité	8 ans	37
Justine	Pas de diplôme	Sans activité	8 ans	33
Katia	Pas de diplôme	Sans activité	10 ans	37
Lia	Diplôme d'études secondaires en Tunisie	Sans activité	2 ans	20
Lina	Pas de diplôme	Sans activité	6 mois	28
Lylia	Licence en littérature française en Algérie	Sans activité	2 ans	27
Marion	Formation auxiliaire de vie	Auxiliaire de vie	Née en France	29
Maya	Licence en communication au Congo	Serveuse	3 ans	32
Nora	Licence en gestion au Maroc	Sans activité	2 ans	25
Stephania	Licence en ressources humaines en Côte d'Ivoire	Sans activité	2 ans	25
Sophia	CAP métiers de la restauration en France	CAP	7 ans	19

Figure 6 : Codes et thèmes se rapportant aux ressources et freins chez les femmes interrogées par l'intermédiaire du centre d'hébergement d'urgence

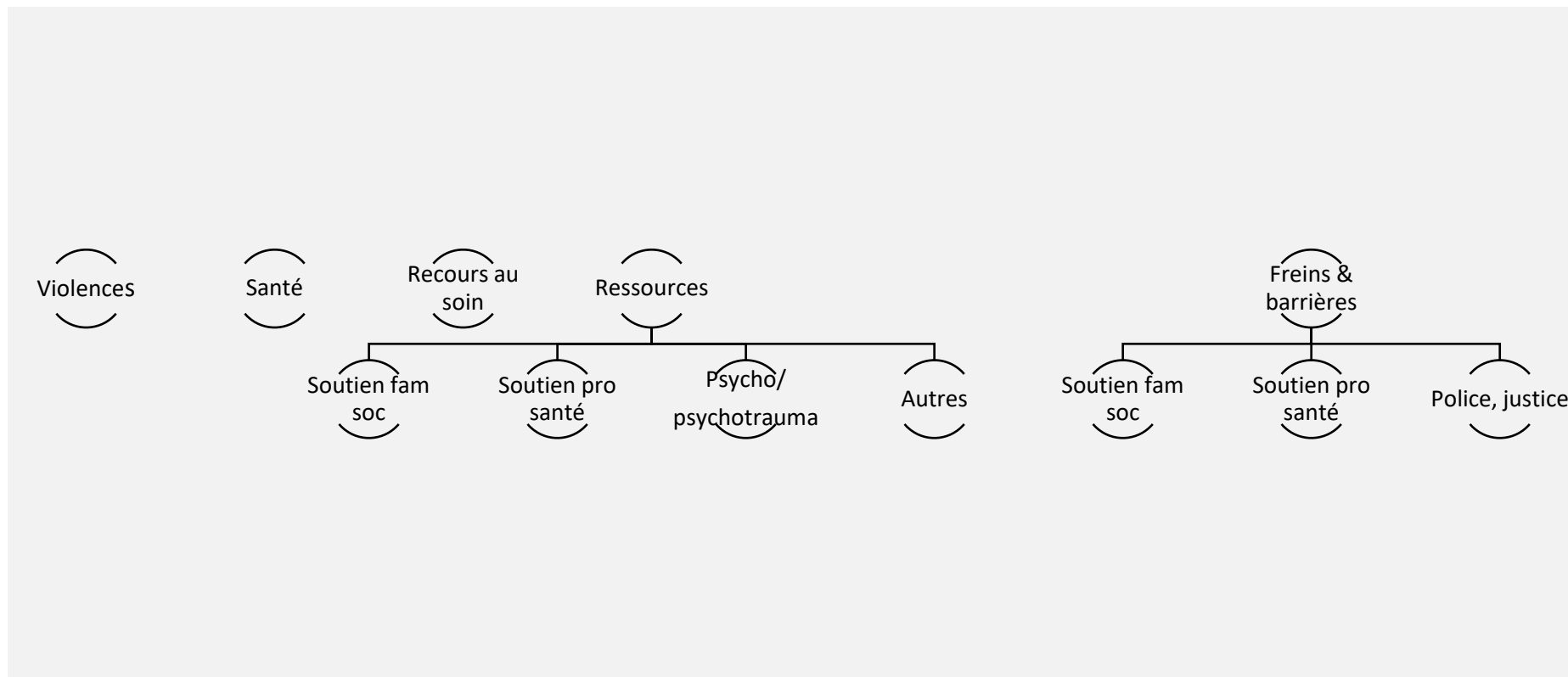


Figure 7 : Codes, thèmes et sous-thèmes se rapportant aux violences et à la santé gynéco-obstétricale, à la santé sexuelle et à la santé psychique chez les femmes interrogées par l'intermédiaire du centre d'hébergement d'urgence

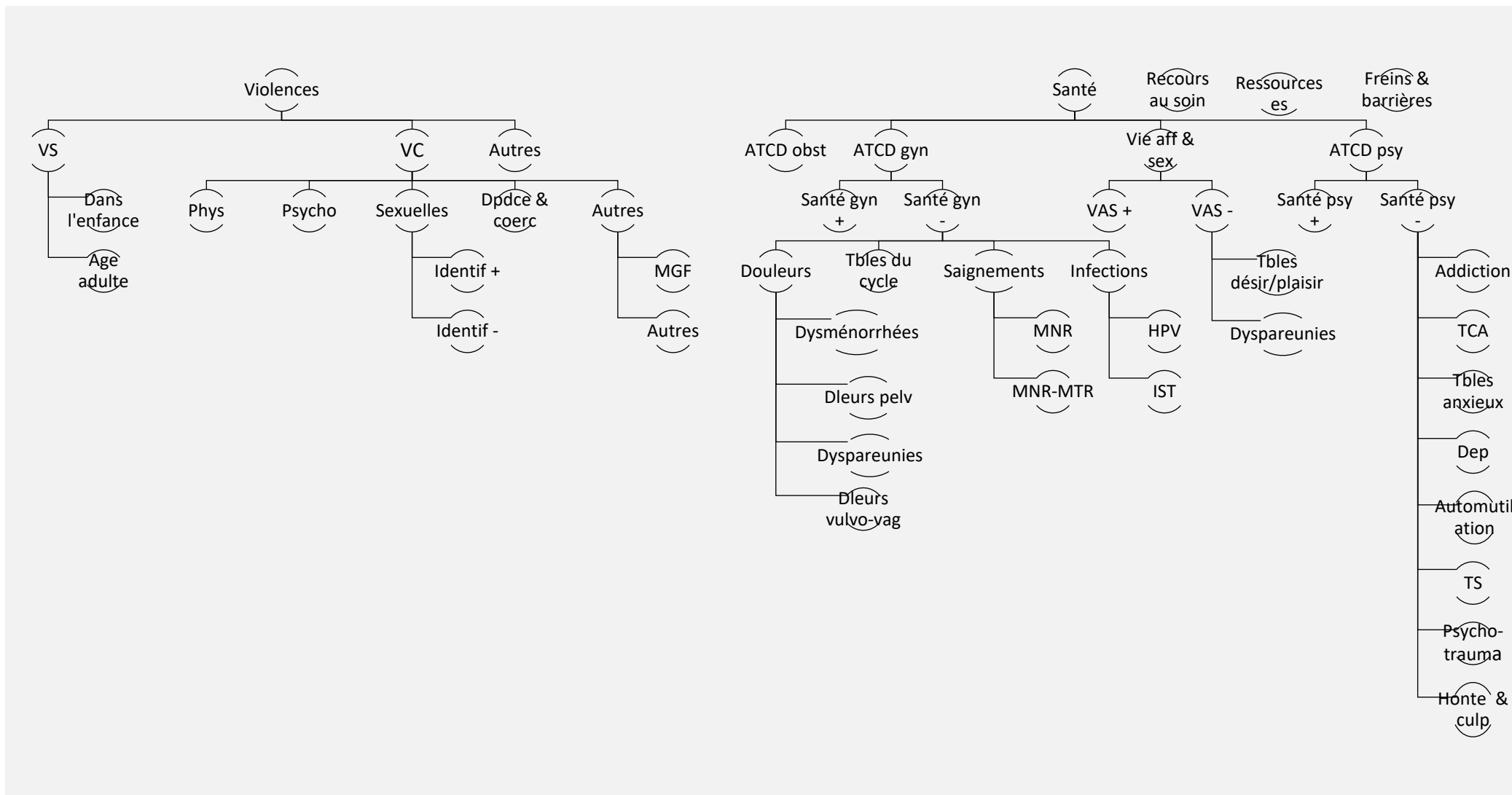


Figure 8 : Codes, thèmes et sous-thèmes se rapportant au recours au soin chez les femmes interrogées par l'intermédiaire du centre d'hébergement d'urgence

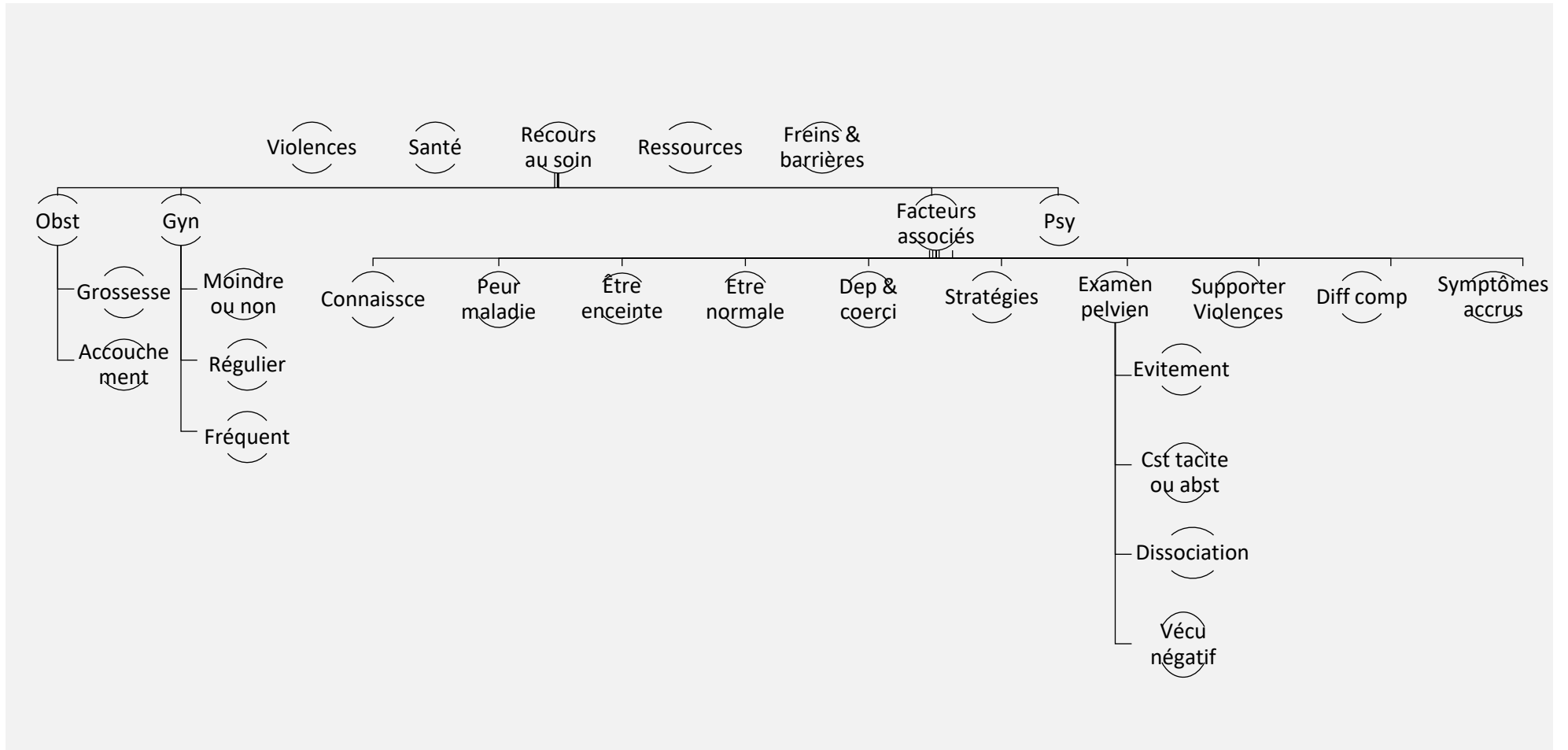


Tableau 14 : Niveaux de recours au soin gynécologique selon les caractéristiques des violences et les perceptions relatives à la santé gynécologique chez les femmes interrogées par l'intermédiaire du centre d'hébergement d'urgence

Caractéristiques associées	Moindre recours	Recours régulier	Recours fréquent ou multiple
Eprouver une peur de la maladie gynécologique		■	
Être enceinte		■	
Revendiquer d'être normale comme les non-victimes		■	
Se détacher de son corps lors de l'examen pelvien		■	
Mettre en place un suivi gynécologique dans un contexte de précarité, de dépendance ou de coercition	■■■	■■■	
Eviter l'examen pelvien	■		
Adopter des stratégies de contournement de l'examen pelvien	■		
Supporter des violences indicibles	■		
Ressentir de la honte et de la culpabilité liées aux violences et à leurs conséquences gynécologiques	■		
Méconnaître la santé gynécologique, l'offre de soins en gynécologie	■		
Être exposée à l'incompréhension et à l'incrédulité des professionnels au moment d'exprimer les violences et leurs conséquences gynécologiques	■		
Présenter des symptômes gynécologiques et psychiques accrus	■		■

Discussion parties 1 et 2

1. Synthèse des premiers résultats

L'étude cas-témoins a mis en évidence une association entre les violences conjugales ou sexuelles et l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années chez les femmes poursuivant leur grossesse, en particulier les femmes ayant subi des violences sexuelles après l'âge de 18 ans et les femmes ayant subi des violences commises par leur ex-partenaire. En revanche, l'étude cas-témoins menée auprès de femmes en demande d'IVG ne montrait pas d'association entre les violences conjugales ou sexuelles et l'absence de consultation gynécologique depuis plus de deux ans. Les prévalences des violences sexuelles chez les femmes enceintes poursuivant leur grossesse et en demande d'IVG étaient similaires alors que la prévalence des violences conjugales était supérieure chez les femmes en demande d'IVG. L'étude qualitative a permis d'identifier d'autres niveaux ou fréquences de recours au soin gynécologique que l'absence ou le moindre recours au soin gynécologique, comme le recours au soin régulier et le recours au soin fréquent ou multiple. Les caractéristiques des violences et leurs conséquences modulaient les niveaux de recours au soin gynécologique. Dans l'étude cas-témoins et l'étude qualitative, les douleurs, en particulier les dyspareunies, étaient associées, à la fois, aux violences conjugales et sexuelles et au niveau de recours au soin – à l'absence de recours lorsque le soin était évité ou au contraire, au recours fréquent et multiple, notamment en cas de symptomatologie accrue.

2. Points forts et limites

Cette recherche présente des points forts et des limites, ceux spécifiques à chaque étude ont été présentés au sein de leur chapitre respectif ; ceux s'intéressant à la combinaison des méthodes et des résultats des deux études seront développés dans cette discussion.

2.1. Points forts

L'utilisation combinée de méthodes quantitatives et qualitatives, d'approches hypothético-déductive et inductive et la synergie des résultats obtenus ont permis d'enrichir l'analyse et

les perspectives d'interprétation des données, alors que l'hypothèse de recherche initiale portait exclusivement sur l'absence de recours au soin.

Creswell et al. ont mis en évidence l'intérêt d'utiliser des méthodes mixtes pour explorer des sujets sensibles et complexes comme le psycho-traumatisme (292). Combiner l'utilisation de méthodes quantitatives et qualitatives, accéder à des contextes d'enquête variés et interroger des femmes présentant des profils socio-économiques hétérogènes a permis de disposer de données particulièrement riches, renforçant la fiabilité des données collectées et permettant une compréhension approfondie des sujets d'intérêt.

De même, l'opportunité d'un recrutement facilité en PMI-santé sexuelle s'est associée à l'intérêt d'interroger des femmes sur leur recours au soin, en dehors d'un contexte de soin dans deux terrains de recherche distincts. Les femmes en situation de migration récente vivant en France depuis moins de 3 ans et les femmes âgées de moins de 20 ans étaient exclues de l'étude quantitative. Les intégrer dans l'étude qualitative a permis de prendre en considération le jeune âge et la migration qui représentent des facteurs associés à la fois, à l'absence de recours au soin et à l'exposition aux violences.

Dans l'ensemble de notre recherche, les femmes interrogées ont pu être mises en confiance par le fait qu'un professionnel de santé administre le questionnaire ou mène l'entretien de recherche. Dans l'étude qualitative, la forte proportion de professionnelles de santé ou exerçant une activité de recherche peut s'expliquer par leur intérêt à répondre aux besoins d'une recherche soumise par une professionnelle de santé centrée sur les violences, ce qui rejoint les résultats d'une méta-analyse qui caractérisait les antécédents de violences chez les professionnels de santé (293). Cette particularité du recrutement a permis une plus grande adhésion à l'étude et a probablement permis l'expression d'un discours plus authentique que si les données avaient été collectées par des chercheurs qui n'étaient pas issus du corps soignant.

La participation à une recherche sur les violences a pu avoir eu un impact favorable sur la capacité des professionnels de santé impliqués dans l'étude – qui ont soumis le questionnaire ou mené l'entretien de recherche – à considérer les violences dans leur pratique clinique habituelle ultérieure. Pour les professionnels de santé participant à l'étude cas-témoins, le fait de soumettre un questionnaire de recherche donnant des exemples concrets de violences conjugales ou sexuelles a pu faciliter l'abord des violences en situation clinique. De même,

dans le volet qualitatif, mener des entretiens de recherche sur des sujets complexes et sensibles où une écoute de qualité était indispensable a mis en lumière qu'elle était paradoxalement moins évidente à instaurer dans un contexte de soin, du fait de fortes contraintes systémiques ou individuelles.

2.2. Limites

Notre recherche présente certaines limites. La qualité du recueil de l'accord des femmes à participer à l'étude a fait l'objet d'une vigilance constante. Recueillir l'adhésion ou le refus à être interrogée était d'autant plus important que la recherche se rapportait aux violences sexuelles et revêtait alors une forme de prévention des violences. Toutefois, au-delà du consentement des femmes interrogées à participer à l'étude, il est possible que leur adhésion ait été influencée par leurs antécédents de violences ou par un moindre recours au soin gynécologique. Ainsi, dans l'étude cas-témoins, les femmes présentant des antécédents de violences ont pu être plus intéressées par le fait de participer à une étude sur les violences que celles n'ayant jamais été confrontées à des violences ; au contraire, le fait de subir des violences au moment où se déroulait l'étude, d'autant plus dans un contexte de violences conjugales, de coercition reproductive ou d'emprise psychologique a pu conduire à l'expression d'un refus de participation à l'étude. De même, dans l'étude cas-témoins et dans l'étude qualitative, un recrutement indépendant du niveau de recours au soin gynécologique a été recherché de manière rigoureuse mais ne peut être systématiquement garanti.

La coercition reproductive peut compromettre le choix de poursuivre une grossesse comme celui de l'arrêter (294,295) ; nous pouvons supposer que cette coercition a pu impacter la participation à l'étude cas-témoins, tant dans son volet suivi de grossesse que dans celui concernant l'IVG. L'absence de perception des violences, notamment des violences conjugales mise en évidence dans l'étude qualitative, a probablement influencé la participation à une recherche sur les violences et la nature des réponses aux questions de l'étude cas-témoins.

Le recrutement de patientes dans le cadre de l'IVG a été plus difficile que dans le cadre du suivi de grossesse du fait de l'addition du défaut d'acceptabilité à proposer une étude dans un contexte d'IVG pour les professionnels de santé et de la difficulté à accepter une étude sur les violences dans le contexte de l'IVG pour les patientes. Les contraintes éthiques, morales, sociales et psychologiques qui pèsent sur l'IVG et le dépistage des violences se sont alors superposées. Ainsi, la difficulté pour un professionnel de santé de proposer de

manière bienveillante une étude sur les violences au moment d'une IVG pouvait se cumuler à la difficulté, pour une patiente, d'accepter de participer à une étude sur les violences, dans le contexte d'une IVG, probablement d'autant plus lorsqu'elle subissait des violences actuelles.

Le délai écoulé depuis les premières violences – sujet à des difficultés de mémorisation – et le contexte de divulgation des violences ou au contraire, leur silence n'ayant pas été questionnés dans l'étude cas-témoins, ces facteurs n'ont pas été pris en compte pour étudier l'association entre les violences et l'absence de recours au soin gynécologique. Toutefois, nous avons observé que les premières révélations de violences chez des femmes n'ayant jamais parlé à personne des violences subies ou n'en ayant jamais parlé à un professionnel de santé, ont été recueillies dans des contextes souvent singuliers, comme à la suite de plusieurs rendez-vous de recherche non honorés ou à des heures de passation du questionnaire inhabituelles (par exemple, le dimanche à 23h).

Nous avons choisi de ne pas distinguer les femmes qui déclaraient une absence totale de consultation gynécologique de celles qui en déclaraient une depuis plus de deux ans. En revanche, nous pouvons émettre l'hypothèse d'une différence de relation entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et chacun des deux sous-groupes (absence totale de recours et recours supérieur à deux ans), sans pouvoir la vérifier du fait d'effectifs trop faibles dans chacun des sous-groupes.

Dans l'étude qualitative, le motif et le contexte du dépôt de plainte, la perception de son traitement par la police ou la justice et le vécu d'un procès ont été spontanément évoqués par les femmes interrogées par l'intermédiaire de l'association féministe et du centre d'hébergement d'urgence, sans que nous ayons initialement envisagé d'aborder ces sujets dans le guide d'entretien. Les données ont été codées et analysées sans que nous identifions de relation directe entre ces dernières et le recours au soin gynécologique ou le vécu de l'examen pelvien, hormis concernant l'examen pelvien réalisé dans le but de confirmer ou d'infirmer des lésions génitales à la demande de la police et de la justice. Toutefois, de manière indirecte, nous relevons des analogies entre les facteurs associés à l'absence de recours au soin et à l'absence de dépôt de plainte. Ainsi, la faible estime de soi, la méconnaissance du système sanitaire ou judiciaire, la honte et la culpabilité, la peur d'initier

des démarches complexes dans une vie déjà chaotique et le vécu de mauvaises expériences relationnelles avec les professionnels de la police et de la santé peuvent dissuader un dépôt de plainte comme un recours au soin.

Le fait d'interroger des femmes éloignées du soin, plus encore éloignées du secteur du soin dans lequel nous exerçons, pouvait amener une liberté de parole, notamment lorsqu'elles décrivaient leur perception du soin gynécologique. A l'inverse, se présenter comme sage-femme a pu nuancer ou censurer l'expression de mauvaises expériences de soin ou de violences gynécologiques et a pu encourager une déclaration d'un délai de dernière consultation gynécologique écourté. Enfin, les femmes qui présentaient des signes psycho-traumatiques ou qui exprimaient une attente thérapeutique vis-à-vis de la recherche n'ont pas été interrogées dans ces deux études. Il est néanmoins envisageable que les impacts sur la santé gynécologique et le suivi gynécologique soient d'autant plus accrus en cas de symptômes psycho-traumatiques.

Enfin, nous pouvons mettre en question le choix de collecter des données déclaratives plutôt qu'issues d'une base de données médico-administrative pour étudier le recours au soin gynécologique. Les données déclaratives étaient plus faciles d'accès et permettaient d'interroger le recours à une consultation gynécologique chez une sage-femme, un gynécologue ou un gynécologue-obstétricien et un médecin généraliste, ce qui aurait pu être plus complexe, voire impossible dans une base de données médico-administrative. Ainsi, il semble que les consultations pour un motif gynécologique réalisées en médecine générale, en l'absence de cotation dédiée et en l'absence de prescription d'examen complémentaire ou de prescription médicamenteuse spécifique à la gynécologie soient peu aisées à mettre en évidence dans une base médico-administrative. A l'inverse, la limite principale à l'utilisation de données déclaratives était le manque de fiabilité lié au biais de mémorisation de la date de la dernière consultation gynécologique, déjà mis en évidence, et l'impossibilité de distinguer le type de professionnel consulté (médecin ou sage-femme) – cette variable n'ayant pas été retenue à l'issue de la phase-test du fait d'un manque de fiabilité, les femmes étant dans l'incapacité de distinguer clairement le type de consultant ayant réalisé la dernière consultation gynécologique.

L'étude cas-témoins et l'étude qualitative ont mis en évidence les relations entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et le recours au soin gynécologique ainsi que les perceptions de l'examen pelvien chez des femmes exposées à des violences conjugales et sexuelles. La recherche des données publiées nous a permis de constater qu'aucune revue systématique ne s'est intéressée à la relation entre les antécédents de violences conjugales et sexuelles et les deux variables d'intérêt, le recours au soin et les perceptions de l'examen pelvien. Nous avons donc mené une revue systématique qui nous a permis de poursuivre l'étude sur le recours au soin gynécologique et la perception de l'examen pelvien après des violences conjugales ou sexuelles en synthétisant les données déjà publiées.

**Partie 3 - Vécu de l'examen
gynécologique et recours au soin après
des violences conjugales et sexuelles,
revue systématique**

1. Résumé

L'examen pelvien, une pratique habituelle dans le cadre d'une consultation gynécologique, peut provoquer de l'anxiété et être considéré comme traumatisant. Cette étude visait à étudier l'association entre les violences conjugales ou sexuelles et le vécu de l'examen pelvien, ainsi que le recours au soin gynécologique après des violences conjugales ou sexuelles.

Des recherches ont été effectuées sur Pubmed, Cochrane Library, ScienceDirect et Google Scholar jusqu'au 30 avril 2023. Des études de cohorte, transversales, cas-témoins et des essais contrôlés évaluant la perception de l'examen pelvien et le recours au soin gynécologique chez les femmes ayant des antécédents de violences ont été sélectionnés et analysés. Chaque étude a fait l'objet d'une analyse descriptive et d'une évaluation des biais à l'aide de l'échelle NOS ou de l'échelle RoB2. Vingt-trois articles répondaient aux critères d'inclusion. Onze études, incluant 7 329 femmes, ont examiné les perceptions de l'examen pelvien après des violences sexuelles subies au cours de la vie ou de l'enfance. La plupart d'entre elles ont fait état d'un lien entre les violences et un vécu négatif de l'examen pelvien, tel que l'inconfort, l'anxiété, la détresse et la douleur. Dix études, portant sur 9 248 femmes, ont examiné le recours au soin gynécologique après des violences conjugales ou sexuelles et ont fait état de résultats hétérogènes, tels qu'une diminution ou une augmentation du recours, en particulier pour des symptômes aigus. Deux études, portant sur 1 304 femmes, ont examiné les deux variables d'intérêt.

Cette étude met en évidence l'association entre les violences et le vécu négatif de l'examen pelvien, ainsi que les résultats hétérogènes concernant la fréquence de recours au soin gynécologique. Elle plaide en faveur de la nécessité de dépister les violences lors des consultations, en particulier lorsqu'un examen pelvien est envisagé, de garantir l'utilité des examens pelviens et de prendre en compte l'impact traumatique des violences sexuelles dans le cadre des soins.

2. Introduction

Les violences conjugales physiques, psychologiques et sexuelles, ainsi que toutes les formes de violences sexuelles, font l'objet d'une préoccupation croissante. En 2022, l'OMS évaluait que 27 % des femmes âgées de 15 à 49 ans avaient subi des violences physiques ou sexuelles au cours de leur vie, dont 13 % au cours de l'année précédente (28). Plusieurs méta-analyses,

revues systématiques et essais randomisés montraient une association entre les violences pendant l'enfance et l'âge adulte et le développement de symptômes et de troubles gynécologiques tels que les douleurs pelviennes (130,131), les dysménorrhées (130,134), le vaginisme (135), les dyspareunies (130,134,135), les ménorragies (130), le cancer du col de l'utérus (136), l'endométriose (137), les symptômes de la ménopause (138), les infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection par le VIH (139) et les grossesses non désirées (140).

Les recommandations sur la consultation gynécologique préventive émises par l'ACOG en 2018 ont évalué que l'intervalle entre deux consultations gynécologiques préventives devait être basé sur les besoins individuels des femmes (53). Cette préconisation n'était toutefois pas reprise dans les recommandations sur l'utilité et les indications de l'examen pelvien, publiées la même année, où l'ACOG faisait référence à une fréquence annuelle de consultation, en lien avec d'anciennes recommandations relatives à la consultation gynécologique préventive publiées en 2012 (54,55). En 2021, l'ACOG, l'*American Society for Colposcopy and Cervical Pathology* et la *Society of Gynecologic Oncology* ont rejoint l'USPTF en recommandant le dépistage du cancer du col de l'utérus à partir de l'âge de 21 ans, par cytologie ou test HPV (*Human Papillomavirus*), tous les 3 à 5 ans (296).

Une méta-analyse, incluant sept essais contrôlés, études transversales et études cas-témoins, a montré un plus faible recours à la contraception dans les situations de violences conjugales, suggérant une forme de coercition reproductive (297). Selon une étude cas-témoins états-unienne, regroupant 736 participantes, les femmes ayant subi des violences sexuelles pendant leur enfance étaient moins susceptibles de procéder à un dépistage du cancer du col de l'utérus (298). Pour les personnes victimes de violences, les soins peuvent être source d'anxiété et de réactivation traumatique, ce qui peut les conduire à éviter les soins (299,300).

L'examen pelvien est une pratique habituelle en gynécologie-obstétrique qui peut causer de l'anxiété, de la peur, de la douleur, et même être considérée comme traumatisante par les femmes en population générale (72,73). Cet examen peut être difficile ou impossible à réaliser pour certaines patientes (301). Le stress pendant l'examen pelvien est notamment plus élevé chez les victimes de violences sexuelles que chez les témoins appariés selon la parité et l'âge (264) et pourraient conduire à éviter tout examen gynécologique, même en présence de symptômes gynécologiques (221). Il est essentiel de comprendre la relation entre les violences conjugales ou sexuelles et le vécu de l'examen pelvien, de même que le recours

au soin gynécologique après des violences conjugales ou sexuelles. En l'absence d'étude systématique sur ce sujet, nous avons cherché à intégrer les connaissances existantes afin d'identifier les lacunes potentielles.

3. Méthodes

3.1. Enregistrement et protocole

La revue systématique a été réalisée conformément aux *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (302) (recommandations PRISMA 2020) (Tableau 15). Le protocole a été enregistré dans le registre international prospectif des revues systématiques (*International Prospective Register of Systematic Reviews*, CRD42023427545, 1er juin 2023) (Annexe 5).

3.2. Critères d'éligibilité

Les articles, publiés en français, en anglais ou en espagnol, ont été inclus s'ils faisaient référence à des études évaluant le vécu ou la perception de l'examen pelvien (gêne, anxiété, détresse, peur, embarras, honte, douleur) ou le recours à une consultation gynécologique quel qu'en soit le motif, programmée ou en urgence, chez des femmes victimes de violences conjugales (physiques, psychologiques, sexuelles) ou sexuelles (quel qu'en soit l'auteur, pendant l'enfance ou à l'âge adulte). Les articles concernant l'examen gynécologique d'enfants ou d'adolescentes ayant subi des violences sexuelles étaient éligibles. Nous avons inclus des essais contrôlés, des études cas-témoins, des études de cohorte, des études transversales et des études secondaires. Nous avons exclu les revues, les recommandations professionnelles, les études qualitatives, les études de cas, les résumés de communication et de conférence, les articles d'opinion et les études concernant le recours à des soins obstétricaux pendant la grossesse et l'accouchement qui ne fournissaient pas de donnée sur le soin gynécologique.

3.3. Sources de données et stratégie de recherche

Une recherche systématique a été menée sur les données publiées en anglais, en français et en espagnol jusqu'au 30 avril 2023, dans Medline/Pubmed, Cochrane Library, ScienceDirect et Google Scholar.

Les trois questions suivantes ont été posées.

- Les antécédents de violences conjugales ou sexuelles affectent-ils le vécu ou les perceptions de l'examen pelvien ?
- Quel est le lien entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et le recours au soin gynécologique ?
- Existe-t-il une relation entre le vécu d'examens pelviens à la suite de violences sexuelles et le vécu d'examens pelviens lors du suivi gynécologique ultérieur ?

Nous avons interrogé les bases de données Medline/PubMed, ScienceDirect, Cochrane Library et Google Scholar en utilisant les stratégies de recherche des articles présentées dans la Figure 9 (Figure 9).

Figure 9 : Stratégies de recherche des articles de la revue systématique

Medline/PubMed

("childhood abuse*" [All Fields] OR "sexual violence" [All Fields] OR "sexual assault" [All Fields] OR "sexual abuse*" [All Fields] OR "intimate partner violence" [All Fields] OR "domestic violence" [All Fields] OR "sex offense*" [All Fields]) AND ("gynecological exam*" [All Fields] OR "gynaecological exam*" [All Fields] OR "gynecologic exam*" [All Fields] OR "gynaecologic exam*" [All Fields] OR "pelvic exam*" [All Fields] OR "vaginal exam*" [All Fields] OR "vaginal smears/psychology" [MeSH Major Topic] OR "healthcare utilization" [All Fields] OR "gynecological follow up*" [All Fields] OR "gynaecological follow up*" [All Fields] OR "gynecological care*" [All Fields] OR "gynecologic care*" [All Fields] OR "gynaecological care*" [All Fields] OR "gynaecologic care*" [All Fields])

ScienceDirect

("sexual violence" OR "sexual assault" OR "intimate partner violence" OR "sex abuse") AND ("gynecological examination" OR "pelvic examination" OR "gynecological care" OR "Long-term healthcare")

Cochrane Library

((("childhood abuse*" OR "sexual violence" OR "sexual assault" OR "sexual abuse*" OR "intimate partner violence" OR "domestic violence" OR "sex offenses") AND ("gynecological exam*" OR "gynaecological exam*" OR "gynecologic exam*" OR "gynaecologic exam*" OR "pelvic exam*" OR "vaginal exam*" OR "healthcare utilization" OR "gynecological follow up*" OR "gynaecological follow up*" OR "gynecological care*" OR "gynecologic care*" OR "gynaecological care*" OR "gynaecologic care*")) in Title Abstract Keyword

Google scholar

allintitle: "pelvic examination" OR "gynecological care" "sexual violence"

allintitle: "pelvic examination" OR "gynecological care" "sexual assault"

allintitle: examinations OR examination discomfort OR embarrassment OR pain OR stress OR distress OR anxiety OR shame OR fear "sexual abuse"

3.4. Processus de sélection et de collecte des données

Toutes les études potentiellement éligibles ont été sélectionnées indépendamment sur la base de leur titre et de leur résumé, puis vérifiées dans le texte intégral pour confirmer leur inclusion.

Les données ont été extraites à l'aide d'un tableau d'extraction des données prédéfini. Les données manquantes ont été collectées en contactant les auteurs correspondants des publications de référence. Les patientes ou les femmes n'ont pas été impliquées dans le processus d'élaboration de cette revue systématique.

3.5. Éléments de données

Le pays, l'année de publication, le type d'étude, la taille de l'échantillon, le contexte de recrutement, les données socio-démographiques, le type de violences, le vécu ou les perceptions de l'examen pelvien, le niveau et les caractéristiques des consultations gynécologiques ont été recueillis.

3.6. Risque de biais et évaluation de la qualité

L'échelle de Newcastle-Ottawa (NOS) a été utilisée pour évaluer le risque de biais dans les études de cohorte et les études cas-témoins (303). Nous avons utilisé une version modifiée de la NOS pour les études transversales (304). L'échelle RoB2, qui évalue la manière dont les essais randomisés sont conçus, menés et analysés, a été utilisé pour évaluer le risque de biais dans un essai randomisé (305).

3.7. Méthodes de synthèse et mesures des effets

Les articles étaient éligibles s'ils se rapportaient au vécu ou aux perceptions de l'examen pelvien des patientes ou au recours à une consultation, pour un motif gynécologique, un besoin contraceptif ou un dépistage du cancer du col de l'utérus. Les études ont été exclues si elles n'examinaient pas les perceptions de l'examen gynécologique des enfants, des adolescentes ou des femmes adultes, si elles examinaient les soins sans donnée spécifique sur le soin gynécologique ou si elles s'intéressaient à d'autres formes de violences que les violences conjugales ou sexuelles. Les données recueillies se rapportaient à la relation entre les violences conjugales ou sexuelles et le vécu de l'examen pelvien (Tableau 16) et à la relation entre les violences conjugales ou sexuelles et le recours au soin gynécologique (Tableau 17). Les résultats ont été présentés sous forme de prévalence, d'odds ratio, de risques relatifs et d'écart types, avec un IC à 95 %.

Compte tenu de l'hétérogénéité méthodologique et clinique des études, chacune d'entre elles a fait l'objet d'une analyse descriptive conformément aux lignes directrices relatives aux rapports de synthèse sans méta-analyse (SWiM) (306).

4. Résultats

4.1. Caractéristiques des études

La recherche de données a permis d'identifier 251 études sur Medline/PubMed (n=220), ScienceDirect (n=24) et Cochrane Library (n=7). Les titres et les résumés ont permis d'identifier 56 articles en anglais et en français – aucun en espagnol – après élimination des doublons (n=18) et après élimination de ceux qui ne portaient pas sur le vécu de l'examen pelvien ni sur le recours au soin après des violences conjugales ou sexuelles (n=116), ceux qui faisaient état d'études qualitatives (n=8), les résumés d'articles (n=1), les recommandations professionnelles (n=10), les éditoriaux, les articles d'opinion et les rapports de cas (n=43) (Figure 10).

Après avoir accédé au texte intégral, nous avons exclu 36 articles parce qu'ils rapportaient des données sur le recours au soin sans référence spécifique au soin gynécologique (n=18), traitaient exclusivement de lésions génitales explorées ou diagnostiquées chez des femmes (n=6) et des enfants (n=11), sans mentionner le vécu de l'examen gynécologique (n=17) et s'intéressaient à d'autres formes de violences que les violences conjugales ou sexuelles (n=1). Une recherche sur Google Scholar a permis d'identifier 23 études supplémentaires parmi lesquelles 3 ont été sélectionnées (Figure 10).

Au total, 23 articles répondaient aux critères d'inclusion, 11 portaient sur le vécu de l'examen pelvien, impliquant 7 329 femmes (271–275,287,307–311) et 10 portaient sur le recours au soin gynécologique après des violences conjugales ou sexuelles, impliquant 9 248 femmes (220–222,224,253,298,312–315). Deux études portaient à la fois sur le vécu de l'examen pelvien et le recours au soin gynécologique regroupant 1 304 femmes (223,264). Aucune étude n'a examiné la relation entre le vécu de l'examen pelvien visant à identifier les lésions dans les suites des violences sexuelles et le vécu des examens pelviens dans le cadre du soin gynécologique ultérieur. Les articles, publiés entre 1996 et 2023, provenaient des Etats-Unis (n=10), des pays scandinaves (n=3), de Turquie (n=1), d'Australie (n=3), d'Israël (n=1), de France (n=1), des Pays-Bas (n=1), du Royaume-Uni (n=1), de Suisse et d'Allemagne (n=2)

et incluait entre 30 et 4 436 participantes. Les articles étaient des études cas-témoins (n=3), des études de cohorte (n=6), des analyses transversales (n=9), des données extraites d'études secondaires d'une étude de cohorte (n=1), des études transversales (n=3) et un essai contrôlé randomisé (n=1).

4.2. Risque de biais

Le risque de biais a été évalué à l'aide de l'échelle NOS ou de l'échelle RoB2. Les études de cohorte, transversales et cas-témoins avaient une qualité moyenne de 4,90 et une médiane de 5,00, ce qui indique une qualité faible à moyenne (303). Le risque de biais de l'étude rapportant des données secondaires de l'essai randomisé a été considéré comme faible (305).

4.3. Synthèse des résultats

4.3.1. Relation entre les violences et le vécu de l'examen pelvien

Les articles comprenaient des études cas-témoins (n=1) (271), des études de cohorte (n=3) (307,310,311), des analyses transversales (n=7) (264,272–275,287,309), des données secondaires d'une étude de cohorte (n=1) (223) et des études transversales (n=1) (308).

a. Violences sexuelles au cours de la vie

Selon une étude transversale menée au Danemark, en Norvège et en Suède auprès de 798 femmes, les antécédents de violences sexuelles étaient associés à une gêne lors de l'examen pelvien (287). Une étude allemande portant sur 49 femmes ayant subi des violences sexuelles et ayant consulté dans un service de médecine légale révélait que la moitié d'entre elles ressentaient l'examen pelvien comme un fardeau psychologique supplémentaire (307). Cinq études portant sur des vétérans américaines ayant subi des violences sexuelles montraient une douleur, une gêne ou une détresse lors de l'examen pelvien (223,273,274,308,309). Une étude présentant des données secondaires issues d'une cohorte de 1 049 vétérans américaines mettait en évidence que les antécédents de violences sexuelles étaient associés à la détresse, à l'inconfort et à l'anxiété lors de l'examen pelvien (223). Une étude transversale incluant 67 vétérans américaines montrait une détresse plus importante lors de l'examen gynécologique chez les personnes victimes de violences sexuelles, en particulier après un stress post-traumatique (273). Cette étude a également rapporté des niveaux de douleur plus

élevés lors de l'insertion du spéculum chez les femmes déclarant avoir subi des violences sexuelles. Les mêmes chercheurs ont mené une étude transversale auprès de 167 participantes qui présentaient des niveaux accrus de peur, de gêne et d'anxiété après des violences sexuelles, en particulier en cas de stress post-traumatique (274). Dans les deux études, les variations du niveau de douleur lors de l'examen pelvien après des violences sexuelles ou en cas de stress post-traumatique n'étaient pas significatives. Une troisième étude transversale incluant 40 vétérans américaines présentant des antécédents de violences sexuelles, l'hyperexcitation et l'hypervigilance étaient associées à la détresse lors de l'examen pelvien (308). À l'inverse, dans une étude transversale menée auprès de 31 vétérans américaines, l'état de stress post-traumatique n'était pas associé à une anxiété plus élevée lors de l'examen pelvien (309).

b. Violences sexuelles dans l'enfance

Trois études ont révélé une association entre les violences sexuelles subies dans l'enfance et un vécu désagréable de l'examen gynécologique. Dans une cohorte australienne de 71 enfants victimes de violences sexuelles, dont 90 % étaient des femmes, le fait d'être âgé de plus de 12 ans était associé à la douleur et à la peur pendant l'examen pelvien (310). Une étude cas-témoins portant sur 255 femmes a montré des niveaux de stress plus élevés – stress lié à la nudité, pendant l'examen pelvien (examen vaginal, insertion du spéculum) et pendant l'échographie endovaginale – chez les femmes présentant des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance (264). Une étude cas-témoins menée auprès de 74 participantes a révélé l'anxiété, la gêne, la honte, la vulnérabilité, l'inconfort et la douleur ressentis lors d'un examen pelvien après des violences sexuelles dans l'enfance. Dans cette étude, la gêne était aggravée lors des examens pelviens, recto-vaginaux et mammaires (271). Une étude nord-américaine menée auprès de 175 enfants ayant subi des violences sexuelles après l'âge de 8 ans, dont 77 % de filles, montrait que l'anxiété était moindre après l'examen génital qu'avant l'examen, en particulier chez les victimes âgés de 12 à 18 ans (311).

c. Autres formes de violence

Dans deux études, les antécédents de violences psychologiques semblaient être un facteur associé à un vécu désagréable de l'examen pelvien. Une étude transversale menée en Suède auprès de 4 453 femmes montraient une association entre l'inconfort lors de l'examen pelvien

et des antécédents de violences psychologiques, associées ou non à des violences physiques ou sexuelles (275). Aucune association n'était trouvée dans les cas de violences physiques ou sexuelles lorsqu'aucune violence psychologique n'était rapportée (275). Selon une étude transversale menée en Turquie auprès de 320 femmes, les antécédents de violences psychologiques et l'état de stress post-traumatique étaient associés à un risque plus élevé d'inconfort pendant l'examen vaginal (272).

4.3.2. Relation entre les violences sexuelles ou conjugales et le recours au soin gynécologique

Les articles comprenaient des études cas-témoins (n=2) (253,298), des études de cohorte (n=2) (224,314), des analyses transversales (n=5) (221,264,312,313,315), des données secondaires extraites d'une étude de cohorte (n=1) (223), une étude transversale (n=1) (222), et un essai randomisé (n=1) (220).

a. Absence de soin ou diminution de soin gynécologique

Quatre études s'intéressant au soin gynécologique de femmes ayant subi des violences conjugales ou sexuelles ont fait état d'une absence de soin gynécologique, de soins sous-optimaux ou de soins retardés (220,221,223,313). Deux études, l'une menée auprès de 1 480 femmes consultant pour une contraception et l'autre auprès de 210 femmes ayant accouché, ont fait état d'un suivi gynécologique habituel ou préventif sous-optimal, d'un évitement ou d'un recours tardif au soin en rapport avec un évitement de l'examen pelvien chez des femmes présentant des antécédents de violences conjugales et sexuelles (220,221). L'étude de Danan et al., précédemment citée, faisait état d'une association entre les antécédents de violences sexuelles et la pratique retardée de l'examen pelvien en raison d'une gêne ou d'une détresse, mais l'association entre les antécédents de violences sexuelles et la fréquence du dépistage du cancer du col de l'utérus n'était pas significative (223). Une étude nord-américaine menée auprès de 30 femmes ayant des antécédents de violences conjugales, recrutées dans des associations d'aide aux victimes, a révélé que 77 % des femmes âgées de 22 à 50 ans (moyenne, 41) n'avaient jamais eu de dépistage du cancer du col de l'utérus ou n'avaient pas eu de dépistage au cours des trois dernières années (313).

Trois études cas-témoins et transversales faisaient état d'une association entre des antécédents de violences sexuelles et l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus

(222,298,312). Une étude cas-témoins nord-américaine portant sur 736 femmes et une analyse des données secondaires issues d'une étude transversale portant sur 1 685 femmes mettaient en évidence un lien entre les antécédents de violences sexuelles dans l'enfance et l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des deux dernières années (222,298). Dans une étude britannique, menée auprès de 124 femmes ayant subi des violences sexuelles pendant leur enfance et recrutées dans des associations d'aide aux victimes, 42 % des femmes de plus de 25 ans n'avaient jamais eu de dépistage du cancer du col de l'utérus ou n'avaient pas eu de dépistage depuis cinq ans ou plus (312).

b. Soins gynécologiques similaires à ceux observés chez les patientes du groupe contrôle

Une étude menée auprès de 133 femmes en Suède ne révélait aucune différence dans l'absence de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus en raison de l'inconfort à la réalisation d'examen gynécologiques chez les femmes présentant des violences sexuelles et celles qui n'en présentaient pas (315). Une étude de cohorte australienne incluant 4 598 femmes ayant subi des violences dans leur enfance, recrutées dans un service de médecine légale, et l'étude transversale de Leeners et al., déjà mentionnée, qui portait sur 85 femmes recrutées dans une organisation proposant des soins aux femmes victimes de violences sexuelles, ne montraient pas de différence significative concernant le recours au soin gynécologique après des violences par rapport à la population générale ou aux femmes n'ayant pas déclaré d'antécédent de violences (224,264). Dans l'étude d'Olesen et al., déjà citée, aucune association n'a été trouvée entre des antécédents de violences sexuelles au cours de la vie et le dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des deux dernières années (222).

c. Augmentation de recours au soin gynécologique

Trois études ont montré un recours accru au soin gynécologique (221,253,264). Une étude cas-témoins menée aux Pays-Bas auprès de 100 femmes consultant un médecin généraliste a fait état de consultations plus fréquentes pour un problème gynécologique chez les femmes ayant des antécédents de violences (253). Dans les études de Leeners et al. et de Razi et al., précédemment citées, les femmes ayant subi des violences sexuelles étaient plus susceptibles de consulter un gynécologue pour des symptômes gynécologiques aigus (221,264).

d. Premiers soins médicaux demandés après des violences sexuelles

Une étude menée dans un service de médecine légale en France, entre 2010 et 2012, a évalué les soins médicaux prodigués avant la consultation médico-légale chez 1 003 femmes ayant subi des violences sexuelles. Au total, 28 % des consultations étaient liées à une demande de soin gynécologique. En s'adressant à un gynécologue, les patientes recherchaient des soins gynécologiques (44 %), des soins de psycho-trauma (14 %), un soutien médical et juridique (15 %) et un soutien psychologique (6 %) (314).

4.3.3. Relation entre les perceptions de l'examen pelvien à la suite de violences sexuelles et le recours au soin gynécologique ultérieur

Aucune étude n'a examiné l'association possible entre le vécu désagréable d'examens pelviens à la suite de violences sexuelles et les examens pelviens dans le cadre du suivi gynécologique ultérieur.

5. Discussion

5.1. Principales conclusions

Cette revue systématique synthétise les données de 23 études sur le vécu ou les perceptions de l'examen pelvien et le recours au soin gynécologique des femmes ayant des antécédents de violences conjugales et sexuelles. Onze études se sont concentrées sur le vécu de l'examen pelvien, impliquant 7 329 femmes, tandis que dix études ont examiné le recours au soin gynécologique après des violences, impliquant 9 248 femmes. Deux études ont couvert les deux aspects, impliquant 1 304 femmes.

Cette revue systématique fait état d'un vécu défavorable de l'examen gynécologique chez les femmes victimes de violences sexuelles subies dans l'enfance et à l'âge adulte. Les études de cohorte, transversales et cas-témoins ont montré une association entre l'exposition aux violences sexuelles et la gêne, l'anxiété, la détresse, la douleur, l'embarras et la honte ressentis lors d'un examen pelvien, en particulier en cas d'état de stress post-traumatique. Une divergence concernant l'augmentation ou la diminution du recours au soin gynécologique à la suite de violences conjugales ou sexuelles a aussi été mise en évidence. La plupart des études de cohorte, des études transversales et des études cas-témoins ont montré une association entre les antécédents des violences conjugales ou sexuelles et le

niveau de recours au soin gynécologique. À la suite de violences conjugales ou sexuelles, les études ont mis en évidence une réduction du recours au soin gynécologique, par exemple concernant le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus, une demande de contraception, ou, à l'inverse, une augmentation du recours au soin gynécologique. Dans les deux cas, les patientes accédaient de manière prédominante au soin pour des symptômes aigus après des violences sexuelles.

Aucune étude n'a spécifiquement abordé la relation entre les perceptions de l'examen pelvien consécutif aux violences sexuelles et le suivi gynécologique habituel ultérieur, ce qui constitue une lacune dans la littérature existante.

5.2. Points forts et limites

Cette revue a décrit les relations entre les violences conjugales ou sexuelles et le vécu ou les perceptions de l'examen pelvien ainsi que le recours au soin gynécologique après des violences conjugales ou sexuelles. Nous avons examiné l'association entre les antécédents de violences conjugales et sexuelles et le recours au soin gynécologique, alors qu'aucune revue systématique ne s'était penchée sur cette question auparavant. Les études très diverses identifiées et incluses ont permis une approche descriptive de différentes formes de violences et de vécus de l'examen pelvien. Dans la plupart des études, les violences conjugales ou sexuelles et le vécu ou les perceptions de l'examen gynécologique ont été évaluées à l'aide d'échelles de dépistage des violences, du stress post-traumatique et de la gêne ou de l'inconfort liés à l'examen.

Certaines limites ont été identifiées. L'évaluation du vécu ou des perceptions de l'examen pelvien à plusieurs moments, le temps écoulé depuis le dernier examen pelvien et la fréquence du recours au soin gynécologique étaient imprécis et donc difficiles à comparer. Contrairement aux variables sur les violences et le vécu de l'examen pelvien, qui disposent d'échelles validées, il n'existe pas d'échelles pour évaluer le recours au soin gynécologique, ce qui rend cette variable difficile à évaluer. Par ailleurs, peu d'études se réfèrent à un délai précis pour déterminer la dernière consultation gynécologique ou à un délai précis de 3 ou 5 ans selon l'âge de la patiente et la technique de dépistage du cancer du col utérin utilisée (HPV ou cytologie). L'imprécision du moment de la dernière consultation ou du moment du dernier frottis cervico-vaginal a pu conduire à des incohérences dans le classement des

groupes cas-témoins et à des difficultés de comparaison des parcours de soin gynécologique. Étant donné la disparité des outils de mesure et des définitions entre les études, nous n'avons pas pu adopter une approche méta-analytique.

Nous n'avons inclus aucune étude portant sur la relation entre les mutilations sexuelles féminines et la santé ou les soins gynécologiques. Toutefois, les antécédents de mutilations génitales féminines ont été associés à un taux plus élevé de violences conjugales (316) et à des obstacles concernant l'accès à la prévention (317). La discussion sur la diversité sociale, géographique, sexuelle et la pluralité de genre a été notablement absente de cette revue. Si l'âge a été pris en compte dans toutes les études incluses, des caractéristiques telles que l'orientation sexuelle, la classe sociale, le handicap et l'identité de genre n'ont pas été mentionnées. Sept des études incluses, dont une menée en Israël (221) et six menées aux États-Unis (220,273,274,298,312) ont recueilli des données liées à l'origine ethnique. Par conséquent, nous ne pouvons pas étendre la validité des conclusions de cette revue à la population générale.

La qualité de la plupart des études, évaluée par des échelles standardisées de qualité méthodologique, était faible ou moyenne, ce qui peut affecter la fiabilité et la validité des résultats rapportés. Certaines limites et certains biais n'ont pas toujours été identifiés par les auteurs des articles. Ainsi, les études cas-témoins présentaient un biais de classification dû à la nature honteuse et indicible des violences conjugales ou sexuelles, sans qu'elle ne soit identifiée comme telle. Les antécédents de violences, en particulier les violences sexuelles subies dans l'enfance, n'ont pas toujours été pris en compte, alors qu'ils sont susceptibles d'influencer la relation entre les violences et le vécu ou les perceptions de l'examen pelvien, ainsi que le recours au soin gynécologique à l'âge adulte. Dans certaines études, les participantes avaient toutes déposé plainte ou s'étaient adressées à une association de soutien aux victimes de violences, ce qui n'est pas le cas de la majorité des personnes ayant subi des violences sexuelles (318). L'utilisation de questionnaires auto-administrés pour décrire les violences ou le soin gynécologique peut être associée à un biais de désirabilité sociale et n'a pas permis d'inclure de femmes allophones ou ayant un faible niveau d'alphabétisation. Lorsque les données étaient auto-déclarées, les informations concernant la dernière consultation gynécologique ou les perceptions du dernier examen pelvien étaient sujettes à un biais de mémorisation. Trois études explorant le vécu ou les perceptions spécifiques de l'examen pelvien chez les vétérans américaines doivent être analysées avec prudence, en

raison de l'absence de prise en compte du psycho-traumatisme dû à d'autres causes que les violences sexuelles qui aurait pu biaiser les résultats.

5.3. Interprétation des résultats

5.3.1. Relation entre les violences et le vécu ou les perceptions de l'examen pelvien

Les résultats de notre étude sur le vécu ou les perceptions de l'examen pelvien sont cohérents avec ceux d'une méta-analyse qui montraient que les victimes de violences ressentent des niveaux de détresse lié à l'examen gynécologique allant de léger à sévère et des niveaux de douleur allant de léger à modéré (319). Ces résultats suggèrent également que les victimes de violences sexuelles ou physiques éprouvent des niveaux de détresse plus élevés que les femmes sans antécédent de violence et que cette différence est encore accentuée chez les femmes souffrant d'un PTSD. Au-delà de la gêne, de l'embarras, de la détresse et de la douleur, les femmes peuvent percevoir une certaine forme de violence lors d'un examen pelvien. Une étude suédoise portant sur 2 203 femmes ayant eu recours à des soins gynécologiques a montré que celles qui déclaraient avoir été soumises à des soins perçus comme violents présentaient plus souvent des antécédents de violences dans l'enfance que celles qui n'en déclaraient pas (277). Cette étude n'a pas été incluse dans cette revue en raison du manque de précision sur la nature des soins perçus comme violents, gynécologiques ou non.

5.3.2. Relation entre les violences conjugales ou sexuelles et le recours au soin gynécologique

Notre analyse a montré une divergence dans les résultats concernant un faible recours ou un recours accru au soin gynécologique en fonction des antécédents de violences. La plupart des études ont montré une association entre les violences conjugales ou sexuelles et l'absence de soin gynécologique, quelle que soit la raison du recours au soin. Certaines études n'ont cependant pas montré de différence se rapportant au dépistage du cancer du col de l'utérus (1,3,232,233), faisant écho à la méta-analyse de Reingle Gonzalez et al. (136), qui incluait les études préalablement mentionnées de Farley et al., Cadman et al., et Olesen et al. (222,298,313). Une étude transversale menée au Danemark sur 3 539 patientes dans 5 services de gynécologie a montré une association entre des antécédents de violences

sexuelles et des consultations médicales plus fréquentes (>7 consultations par an). Toutefois, dans cette étude, la nature des soins – gynécologiques ou autres – n'était pas précisée (320).

Ces conclusions renforcent les résultats d'études qualitatives identifiant des différences de niveaux de recours au soin gynécologique, liées aux caractéristiques des violences et leurs effets perçus sur la santé gynécologique (1,3,232,233). La divergence des résultats concernant l'augmentation ou la diminution du recours au soin gynécologique reflète la disparité des comportements concernant le recours au soin gynécologique après des violences conjugales et sexuelles.

Au-delà de la reconnaissance de leurs besoins somatiques, les patientes qui accèdent à une consultation gynécologique attendent un soutien psychologique ou psycho-traumatique. Les données médicales publiées ont montré la relation entre les antécédents de violences sexuelles et le PTSD (156), qui pourrait expliquer la réactivation de l'histoire traumatique pendant l'examen pelvien (232).

5.3.3. Relation entre le vécu ou les perceptions de l'examen pelvien après des violences sexuelles et le recours au suivi gynécologique habituel

Aucune étude n'a identifié de relation entre le vécu ou les perceptions de l'examen pelvien consécutif à des violences sexuelles et le vécu ou les perceptions des examens ultérieurs dans le cadre du suivi gynécologique habituel ou régulier.

Cependant, nous pouvons supposer qu'il existe une relation entre le fait de subir un examen inconfortable ou traumatisant à la suite de violences sexuelles dans un service de médecine légale ou de gynécologie et le fait d'éviter toute consultation gynécologique et tout examen pelvien ultérieur.

5.4. Implications pour la pratique, la politique et les recherches futures

L'analyse de cette revue systématique fournit des arguments pour remettre en question l'utilité de l'examen pelvien et renforce la nécessité d'appliquer plus précisément les indications et les conditions adéquates de réalisation de cet examen (6,54,62,63). Certaines études ont identifié les conditions permettant de réduire l'inconfort pour les patientes en population générale. Ainsi, l'auto-insertion du spéculum, l'auto-prélèvement génital,

l'utilisation de lubrifiant et le choix d'autres positions que la position gynécologique avec étriers, réduisent l'inconfort pour les femmes (75,76,78,79,321). Peu d'études se sont penchées sur les conditions de l'examen pelvien afin de prévenir ou de réduire le mauvais vécu de l'examen pelvien en médecine légale ou en gynécologie, immédiatement après des violences sexuelles ou conjugales, ou plus tard dans la vie (322,323). Il semble nécessaire d'adapter cet examen pour les victimes de violences, en particulier chez celles qui souffrent d'un PTSD (324,325).

De futures recherches devraient évaluer la relation entre le vécu ou les perceptions de l'examen pelvien après des violences sexuelles et le vécu ou les perceptions des examens ultérieurs dans le cadre du suivi gynécologique habituel. Tous les professionnels de santé, y compris ceux exerçant en soins primaires, doivent être sensibilisés à l'impact des violences sur la santé psychique et gynécologique et sur le recours au soin.

Cette revue systématique met en évidence l'association entre les violences sexuelles et le vécu négatif de l'examen pelvien, ainsi que des résultats hétérogènes concernant le recours au soin après des violences conjugales ou sexuelles. Quelle que soit la fréquence du suivi gynécologique habituel, l'accès au soin pour des symptômes aigus semble être accru après des violences sexuelles. Cette revue plaide en faveur de la nécessité de dépister les violences lors des consultations gynéco-obstétricales, en particulier lorsqu'un examen pelvien est envisagé, de garantir son utilité et de prendre en considération l'impact traumatique des violences sexuelles dans le cadre du suivi gynécologique habituel.

Tableau 15 : PRISMA 2020 checklist ; PRISMA statement

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	124
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	125
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	125-127
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	125-127
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	127
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	127
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	129
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	130
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	130
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	130
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	130
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	130
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	130
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	130
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	130-131 Without meta-analysis
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the	

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
		synthesized results.	
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	130
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	131-132 Figure 10
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	131-132 Figure 10
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	132-136 Tables 16-17
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	E Figures
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	132-136 E Figures
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	Without meta-analysis
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	E Figures
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed-	E Figures
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	139-140
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	137-138
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	137-138
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	140
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	Annexe 5
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	Prospero CRD4202342 7545
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	No CI
Availability of data,	27	Report which of the following are publicly available and where they can be	

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
code and other materials		found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses, analytic code, any other materials used in the review.	

Tableau 16 : Résumé des articles sur l'association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et la perception de l'examen pelvien

Auteurs, année, pays	Type d'étude	Période	Participants/Terrain	Instruments	Déterminants d'intérêt	Principaux résultats
Berger, 2023, Allemagne (307)	Étude de cohorte	2016-2020	n=49 femmes >16 ans Service de médecine légale	Questionnaire patiente/Questionnaire médecin	Perceptions de l'examen pelvien chez les femmes victimes de violences sexuelles	Prévalence de la perception de l'EP après des violences sexuelles = charge psychologique supplémentaire = 52%
Danan, 2023, US (223)	Étude de cohorte/ données secondaires	2015	n=1 049 Violences sexuelles (vie entière) n = 616 Pas de violences sexuelles (vie entière) n = 433 21 à 65 ans Organisation de santé pour les vétéranes US	Questionnaire sur la santé du patient (PHQ)-4 Dossiers médicaux	Dépistage du cancer du col de l'utérus après violences sexuelles	Prévalence plus élevée de détresse, d'inconfort et d'anxiété au cours de l'EP chez les femmes ayant des antécédents de violences sexuelles (P<0,001) Prévalence plus élevée du report d'un EP pour cause d'inconfort, d'anxiété ou de détresse chez les femmes ayant des antécédents de violences sexuelle (P<0,01) Pas d'association entre les antécédents de violences sexuelles et la réalisation du test PAP (OR= 1,35, 95%IC, 0,93-1,97)
Güneş, 2017, Turquie (272)	Étude transversale	2014-2015	n=320 >18 ans Service de gynéco-obstétrique	Post-traumatic Stress Disorder Scale-civilian version Échelle visuelle analogique de l'inconfort	Inconfort à l'EP chez les femmes victimes de violences	Association entre les antécédents de violences psychologiques et l'inconfort lors d'un EP (OR= 4,48, 95%IC, 1,42-14,13) (p=0,01) Association entre l'état de stress post-traumatique et l'inconfort lors d'un EP (OR= 1,04, 95%IC, 1,01-1,07) (p=0,009)
Hilden, 2003 Danemark, Suède, Norvège (287)	Étude transversale	1999-2000	n=798 >18 ans Service de gynécologie	NorVold abuse questionnaire (NorAQ) adapté	Facteurs associés à l'inconfort à l'EP	Association entre les violences sexuelles et l'inconfort lors d'un EP (OR=1,85, 95%IC, 1,19-2,87)
Khan 2014, US (308)	Étude transversale/ données secondaires	2005-2006	n=40 Victimes de violences sexuelles 18-65 ans	Adaptation de la subjective Units of Distress Scale Clinician Administered PTSD Scale	Détresse à l'EP chez les femmes victimes de violences sexuelles et souffrant d'un PTSD	Association entre l'hyperexcitation et la détresse lors d'un EP t = 2,5, R = 0,40, R2 ajusté = 0,14, p = 0,02 Association entre l'hypervigilance et la détresse lors de l'EP Spearman's rho: r = 0,54, p < 0,001
Lee, 2007, US (309)	Étude transversale	nd	n=31 Victimes de violences sexuelles 22-68 ans Organisation de santé pour les vétéranes US	Adaptation de la subjective Units of Distress Scale PTSD Checklist—Civilian Version	Anxiété liée à l'EP chez les femmes victimes de violences sexuelles, selon le genre de l'examineur	Association entre l'anxiété lors d'un EP et le genre de l'examineur EP p < 0,001 Examen rectal p < 0,001 Examen des seins p < 0,001 Pas d'association entre l'anxiété pendant l'EP et le genre de l'examineur Test de rang signé de Wilcoxon, NS Pas d'association entre l'état de stress post-traumatique et l'anxiété liée à l'EP

Leeners, 2007, Suisse, Allemagne (264)	Étude transversale	1999	n=255 Violences sexuelles dans l'enfance n=85 Pas de violences sexuelles dans l'enfance n=170 Association de femmes victimes de violences sexuelles (cas) et mères d'enfants en bas âge (contrôle)	Auto-questionnaire sur les antécédents de violences sexuelles et le vécu du soin gynécologique Entretiens en face à face	Facteurs de stress liés à l'EP chez les femmes ayant subi des violences sexuelles pendant leur enfance	Association entre les violences sexuelles dans l'enfance et les facteurs de stress pendant l'EP Nudité <0,0001 Examen vaginal (spéculum TV) <0,0001 Échographie endovaginale <0,0001 Prévalence des femmes ayant des souvenirs de violences lors de l'EP, 43,5% (allongé sur la table gynécologique, examens pelviens, traitement sans annonce préalable, sentiment d'impuissance et de douleur) Prévalence des suggestions visant à réduire la pression psychologique pendant l'EP, 55,8 % des femmes ont mentionné avoir parlé de violences sexuelles avec le praticien
Marks, 2009, Australie (310)	Étude de cohorte	2002-2004	n=71 (90% de filles) victimes CSA Enfants >3 ans Service de médecine-légale pédiatrique	Children's Anxiety and Pain Face Scales Questionnaires parents Genital examination distress scale	Perception de l'examen médical par les enfants et les parents en relation avec les violences sexuelles subies par les enfants	Association entre l'âge des enfants (> 12 ans) et la détresse lors de l'EP P< 0,01
Robohm, 1996, US (271)	Étude cas-témoins	1993-1994	n=74 Violences sexuelles dans l'enfance n=44 Pas de violences sexuelles dans l'enfance n= 30 >18 ans Bulletins d'information pour les personnes victimes, annonces, journaux et prospectus	Auto-questionnaire sur les violences et la santé et les soins gynécologiques	Perceptions de l'EP (anxiété, gêne, honte, vulnérabilité, inconfort, douleur) chez les femmes ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance	Association entre les violences sexuelles subies pendant l'enfance et les sentiments et émotions ressentis pendant l'examen gynécologique première visite/dernière visite/visite habituelle Valeur T Première visite/dernière visite/visite habituelle Anxiété NS/2,22 (p<0,05)/NS Embarras 2,83 (p<0,01)/3,09 (p<0,01)/1,99 (p<0,05) Honte 2,96 (p<0,01)/3,58 (p<0,001)/3,07(p<0,01) Sentiment de vulnérabilité 3,09 (p<0,01)/2,79 (p<0,01)/2,35(p<0,05) Gêne physique NS/NS/NS Douleur 2,13 (p<0,05)/NS/NS Association entre les violences sexuelles subies dans l'enfance et la gêne ressentie pendant l'examen gynécologique Valeur T Avant l'examen 3,18 (p<0,01) Examen des seins 2,70 (p<0,01) EP 3,62 (p<0,001) Examen recto-vaginal NS Association entre les violences sexuelles dans l'enfance et la gêne ressentie Chi2 Examen des seins et gêne physique $\chi^2 = 6,55$ (p<0,05)

						<p>EP et gêne physique $\chi^2 = 10,15$ ($p < 0,001$), examen des organes sexuels 5,35 ($p < 0,05$), autres raisons $\chi^2 = 3,84$ ($p < 0,05$)</p> <p>Examen recto-vaginal et gêne physique $\chi^2 = 5,13$ ($p < 0,05$)</p> <p>Association entre les violences sexuelles dans l'enfance et les expériences vécues pendant la consultation</p> <p>Chi2</p> <p>Être submergé par les émotions $\chi^2 = 5,71$ ($p < 0,05$)</p> <p>Pensées intrusives $\chi^2 = 5,87$ ($p < 0,05$)</p> <p>Mémoires $\chi^2 = 10,24$ ($p < 0,001$)</p> <p>Mémoires corporelles $\chi^2 = 7,19$ ($p < 0,01$)</p> <p>Détachement du corps $\chi^2 = 10,69$ ($p < 0,001$)</p>
Scribano, 2010, US (311)	Étude de cohorte	2006	n=175 (77% de filles) 8-18 ans Service de médecine-légale pédiatrique	Multidimensional Anxiety Score for Children (MASC-10) Genital Examination Distress Scale (GEDS)	Anxiété lors de l'examen génital chez l'enfant et ses parents	<p>Différence moyenne de l'anxiété avant/après l'examen</p> <p>Tscores</p> <p>score moyen avant T = 55,8/score moyen après T = 53,1 ($p < 0,001$)</p> <p>Différence moyenne de l'anxiété pendant le pré/post examen, par âge</p> <p>Âge 8-11 ans ($p = 0,004$)</p> <p>Âge 12-18 ans ($p < 0,0001$)</p> <p>Corrélation entre les coefficients d'anxiété de l'enfant et du parent pendant le pré-examen</p> <p>Coefficient de corrélation de Pearson, 0,32 ($p < 0,0001$)</p> <p>Corrélation entre les coefficients d'anxiété de l'enfant et des parents lors de l'examen final</p> <p>Coefficient de corrélation de Pearson 0,34 ($p < 0,0001$)</p>
Swahnberg, 2011 Suède (275)	Étude transversale	1999-2004	n=4 384 Forte gêne (cas) n=801 Pas de gêne (témoins) n=3583 >18 ans Service de gynéco-obstétrique (multicentrique)	NorVold abuse questionnaire (NorAQ) Deux questions sur le vécu des flashbacks Échelle d'inconfort (0-10)	Inconfort à l'EP chez les femmes ayant subi des violences (physiques, psychologiques, sexuelles, liées au soin)	<p>Association entre les violences physiques, psychologiques et sexuelles et l'inconfort lors de l'EP</p> <p>Violence psychologique (OR= 1,8, 95%IC, 1,2-2,7)</p> <p>Violences sexuelles (OR =1,1, 95%IC, 0,7-1,7)</p> <p>Violence psychologique et physique (OR=1,7, 95%IC, 1,1-2,6)</p> <p>Violences sexuelles associée à les violences psychologiques et physiques (OR =1,6, 95%IC, 1-2,6) ($p = 0,041$)</p> <p>Association entre les flashbacks survenus au cours de l'année précédente et l'inconfort occasionné par l'EP (OR =1,5, 95 % IC, 1,2-1,9)</p> <p>Association entre le contact émotionnel négatif avec l'examineur et la gêne liée à l'EP</p>

						(OR =10,2, 95%IC, 7,9-13,1) Association entre la combinaison de violences et abus dans les soins et l'inconfort à l'EP (OR =1,8, 95%IC,1,4-2,4)
Weitlauf, 2008, US (273)	Étude transversale	2005-2006	n=67 sous-groupe N=49 (PTSD) 18-65 ans Organisation de santé pour les vétérans US	Auto-questionnaire sur les violences sexuelles et le vécu de l'EP Clinician Administered PTSD scale	Vécu de l'EP chez les femmes victimes de violences sexuelles et souffrant de PTSD	Différence de détresse médiane lors de l'EP entre les femmes ayant subi ou non des violences sexuelles \bar{x} violences sexuelles+=4,27 (p=0,03) Différence de douleur médiane ressentie lors de l'insertion du spéculum entre les femmes ayant subi ou non des violences sexuelles \bar{x} 2,5 (p=0,04) Différence de détresse médiane lors de l'examen gynécologique selon qu'elles ont subi ou non des violences sexuelles et selon que les violences sexuelles sont associées ou non (\bar{x} =5,50) à l'état de stress post-traumatique (\bar{x} 2,44) p=0,02 Pas de différence entre la sensation de douleur lors de l'examen gynécologique selon qu'elles ont subi ou non des violences sexuelles et selon que les violences sexuelles sont associées ou non au PTSD (p=0,35)
Weitlauf, 2010, US (274)	Étude transversale	2006-2007	n=87 18-65 ans Organisation de santé pour les vétérans US	Auto-questionnaire sur le trauma (y compris les violences sexuelles) PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) Questionnaire sur la perception de l'EP	Anxiété, peur, gêne et douleur lors de l'EP chez les femmes victimes de violences sexuelles et souffrant de PTSD	Différence dans la peur médiane lors de l'EP selon qu'elles ont subi ou non (p<0,005) des violences sexuelles associées à un PTSD (p<0,001) Test de Kruskal-Wallis comparant le score médian \bar{x} =18,8 Différence dans la gêne médiane lors de l'EP selon qu'elles ont subi ou non (p<0,005) des violences sexuelles associées à un état de stress post-traumatique (p<0,001) Test de Kruskal-Wallis comparant le score médian \bar{x} =21,2 Différence d'anxiété médiane lors de l'EP selon qu'elles ont ou non (p<0,005) subi des violences sexuelles associées au PTSD Test de Kruskal-Wallis comparant le score médian \bar{x} =18,2 Pas de différence dans la douleur médiane lors de l'EP (p=0,063)

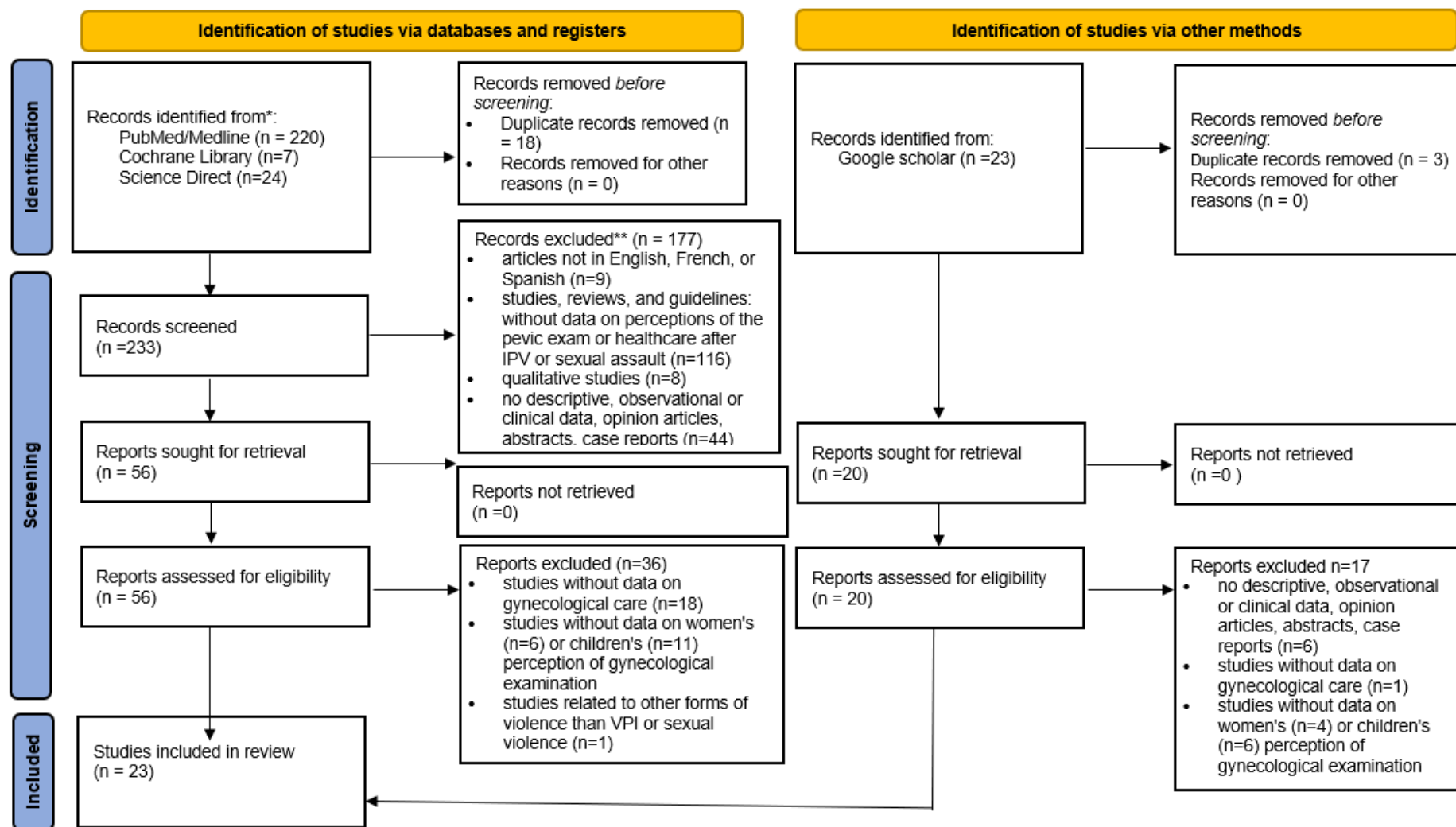
Tableau 17 : Résumé des articles sur l'association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et le recours au soin gynécologique

Auteurs, année, pays	Type d'étude	Période	Participants/ Terrain	Instruments	Déterminants d'intérêt	Principaux résultats
Bagwell, 2022, US (312)	Étude transversale	2019-2020	n=30 >18 ans Centre d'hébergement pour femmes victimes de violences conjugales	Auto-questionnaire pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et la vaccination HPV Adaptation de Severity of Violence Against Women Scales (SVAWS) Adaptation de Danger Assessment (DA)	Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années chez les femmes victimes de violences conjugales	Prévalence du fait de n'avoir jamais eu de test PAP ou d'avoir eu un test PAP >3 ans 77% Association entre les violences sexuelles et le dépistage du cancer du col de l'utérus Effect size d=0,55 Association entre les violences conjugales physiques et le dépistage du cancer du col de l'utérus Effect size d=0,37 Association entre les violences sexuelles conjugales et le dépistage du cancer du col de l'utérus Effect size d=0,44
Cadman, 2012, US (313)	Étude exploratoire (transversale)	2010	n=124 >20 ans Site web d'une association de victimes de violences sexuelles dans l'enfance	Auto-questionnaire sur le dépistage du CCU	Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes victimes de violences sexuelles	Prévalence du fait de n'avoir jamais eu de test PAP ou d'avoir eu un test PAP >5 ans 45% Prévalence de la douleur ou de la tension physique pendant les frottis cervicaux 21% Prévalence des femmes soulignant les parallèles entre les tests de dépistage du cancer du col de l'utérus et leurs expériences antérieures, déclarant que c'était "exactement comme cela se passait lorsque j'étais maltraitée" 15%
Danan, 2022, (223)	Étude de cohorte/ données secondaires	2015	n=1 049 Pas d'antécédents d'agression sexuelle (à vie) N = 433 Antécédents d'agression sexuelle (vie entière) N = 616 21 à 65 ans Organisation de santé pour les vétérans US	Veterans health administration 's (VA) validated screening questions Questionnaire sur la santé du patient (PHQ)-4 screener Données enregistrées sur le dépistage CCU par VA	Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes victimes de violences sexuelles	Pas d'association entre les violences sexuelles et la réalisation du PAP test (cytologie) > 3 ans ou HPV > 5 ans (OR= 1,35, 95%IC, 0,93-1,97) Pas d'association entre l'inconfort, la détresse ou l'anxiété liés à l'examen gynécologique et le dépistage du cancer du col de l'utérus > 3 ans ou du HPV > 5 ans (OR= 0,9, 95%IC, 0,9-1)
Denis, 2016, France (314)	Étude de cohorte	2010-2012	n=232 (221 femmes) >10 ans Service de médecine légale	Questionnaire sur les violences sexuelles et les soins avant la consultation médico-légale	Recours au soin avant une visite médico-légale chez les femmes victimes de violences sexuelles	Prévalence des soins gynécologiques, 28%/232 patientes suivies par 17% par un médecin urgentiste, 44% par un médecin généraliste et 44% par un gynécologue Prévalence des attentes des patientes en consultant un gynécologue, soins gynécologiques (44%), soins psycho-traumatiques (14%),

Auteurs, année, pays	Type d'étude	Période	Participants/ Terrain	Instruments	Déterminants d'intérêt	Principaux résultats
						soutien médico-légal (15%) et soutien psychologique (6%) Prévalence des réponses médicales, soins gynécologiques (38%), soins psychotraumatiques (12%), soutien médico-légal (12%)
Guha, 2020, Australie (224)	Étude de cohorte	1964-1995 (groupe de cas) 2010-2015 (groupe témoin)	n=2 433 Victimes CSA Service de médecine légale >16 ans n=2165 Population générale 16-61 ans	Dossiers médicaux médico-légaux Données médicales du Commonwealth australien	Recours au soin après des violences sexuelles dans l'enfance	Pas d'association entre les violences sexuelles subies par les enfants et le recours au soin gynécologique ultérieur (OR=1,04, 95% IC, 0,90 -1,19) (p = 0,57)
Holt, 2021, US (220)	Essai contrôlé randomisé/ données secondaires	2011-2013	n=1 490 patients Consultation retardée pour éviter un EP n=196 Absence de consultation retardée pour éviter un EP n=1290 18-25 ans 40 centres de planning familial et d'orthogénie	Questionnaire sur les violences conjugales et l'évitement de l'EP	Recours retardé à une consultation de contraception et évitement de l'EP chez les femmes victimes de violences conjugales	Association entre les violences sexuelles conjugales et une visite retardée (OR=3,10, 95% IC, 1,39-6,84) Association entre les violences sexuelles conjugales et l'évitement de l'EP (OR=2,91, 95% IC, 1,57-5,40) Pas d'association entre les violences verbales ou physique conjugales et le retard de la consultation pour éviter l'EP
Farley, 2002, US (298)	Étude cas-témoins	nd	n=736 patients Femmes ayant subi un dépistage du cancer du col de l'utérus n= 364 Femmes n'ayant pas été dépistées n=372 21-64 ans Service de santé (3 sites)	Trauma History Questionnaire Childhood Trauma Questionnaire	Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes ayant subi des violences dans l'enfance	Prévalence du test PAP < 2 ans 36% avec des antécédents de viol dans l'enfance 50 % sans antécédents de viol dans l'enfance (p=0,05) 35% avec des antécédents d'autres violences sexuelles dans l'enfance 51% sans antécédents d'autres violences sexuelles dans l'enfance (p=0,05) Association entre les violences sexuelles dans l'enfance et la réalisation d'un PAP depuis moins de 2 ans (OR =0,56, 95% IC, 0,34-0,91) Pas d'association entre le PTSD et la réalisation d'un test PAP il y a moins de deux ans (OR =1,62, 95% IC, 0,91-2,90)
Leeners, 2007, Suisse, Allemagne (264)	Étude transversale	1999	n=255 Violences sexuelles dans l'enfance n=85 Pas violences sexuelles dans l'enfance n=170 Association de femmes victimes de violences sexuelles (groupe cas) et mères d'enfants	Auto-questionnaire sur les antécédents de violences sexuelles et le vécu des soins gynécologiques Entretiens en face à face	Effets des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance sur le recours au soin gynécologique	Prévalence du recours à une offre de soin gynécologique habituelle 70,6% avec des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance 87,6% sans antécédent d'agression sexuelle dans l'enfance Différence NS Prévalence du traitement des symptômes aigus (p <0,0001)

Auteurs, année, pays	Type d'étude	Période	Participants/ Terrain	Instruments	Déterminants d'intérêt	Principaux résultats
			en bas âge (groupe contrôle)			37,6 % avec des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance 20,5% sans antécédent de violences sexuelles dans l'enfance p<0,0001
Olesen, 2012, Australie (222)	Étude transversale/ données secondaires	2003-2004	n=1 685 44-68 ans 64-68 ans	Auto-questionnaires sur la santé Données médicaux-administratives	Facteurs associés à l'utilisation du dépistage du cancer du col de l'utérus	Association entre les violences sexuelles dans l'enfance et le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus (OR=0,42, 95%IC, 0,20-0,91) Pas d'association entre les antécédents de viol (vie entière) et le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus (OR=0,90, 95%IC, 0,59-1,38)
Oscarsson, 2008, Suède (315)	Étude transversale	1999-2004	n=133 Dépistage du cancer du col de l'utérus depuis plus de 5 ans 28-65 ans	Cervical Screening Questionnaire NorVold abuse questionnaire (NorAQ) adapté Échelle d'auto-évaluation de l'inconfort au dernier EP	Facteurs associés à la non-participation au dépistage du cancer du col de l'utérus	Prévalence des violences sexuelles 16,5% Pas d'association entre l'absence de dépistage en raison de la gêne occasionnée par l'examen gynécologique et les antécédents de violences sexuelles
Prosman, 2012, Pays-Bas (253)	Étude cas-témoins	2009	n=100 Violences conjugales n=50 Pas de violences conjugales n=50 >18 ans Médecine générale	Composite Abuse Scale Données médicales	Recours au soin après des violences conjugales	Association entre les violences conjugales et des consultations pour des problèmes de santé gynécologique (OR= 3,0, 95%IC, 1,3-6,8) (p=0,009)
Razi, 2021, Israël (221)	Étude transversale	2018-2019	n=210 Parturientes deux groupes ethniques, bédouins et juifs Service gynéco-obstétrique	Sexual Experiences Survey Post-Traumatic Diagnostic Scale Edinburgh Postnatal Depression Scale Questionnaire sur la santé gynéco-obstétricales Données médicales	Comportements en matière de santé gynécologique chez les parturientes victimes de violences sexuelles	Association entre les violences sexuelles et le renoncement au soin gynécologique (OR = 0,37, 95% 95%IC, 0,17-0,80) Association entre les violences sexuelles et un suivi gynécologique sous-optimal (OR = 2,25, 95%IC, 1,19-4,28) Association entre les violences sexuelles et les consultations gynécologiques pour des symptômes aigus (OR=2,11, 95%IC, 1,08-4,11) Association entre les violences sexuelles et le contact négatif avec le gynécologue (OR=0,36, 95%IC, 0,17-0,75)

Figure 10 : PRISMA 2020 flowchart



Discussion générale

1. Synthèse des principaux résultats

Notre recherche a reposé sur l'hypothèse initiale d'une relation entre les antécédents de violences conjugales et sexuelles et l'absence ou le moindre recours au soin gynécologique. Nous supposions que l'absence ou le moindre recours au soin gynécologique après des violences conjugales ou sexuelles pouvait être liée à une aversion pour l'examen gynécologique, un temps clinique de la consultation en gynécologie susceptible de générer de l'inconfort et du stress.

1.1. Du recours au soin gynécologique après des violences conjugales et sexuelles

L'étude cas-témoins menée dans le cadre du suivi de grossesse a montré une association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années. Cette étude identifiait deux résultats secondaires, d'une part, une association entre les violences conjugales commises par un ex-partenaire et l'absence de recours à une consultation gynécologique dans les deux dernières années et d'autre part, une association entre les violences sexuelles subies après l'âge de 18 ans et l'absence de recours à une consultation gynécologique dans les deux dernières années. L'étude qualitative a mis en évidence différents niveaux de recours au soin gynécologique. Ainsi, après des violences conjugales et sexuelles, les parcours de soin gynécologique n'étaient pas marqués exclusivement par l'absence ou le moindre recours au soin ; le recours au soin gynécologique régulier et le recours au soin gynécologique fréquent ou multiple les caractérisaient aussi. La revue systématique confortait l'existence de parcours de soin multiformes après des violences conjugales ou sexuelles. Qu'ils concernent le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus ou à une consultation pour un besoin contraceptif, les comportements de recours au soin gynécologique après des violences conjugales ou sexuelles s'avéraient être hétérogènes.

Selon notre étude cas-témoins, l'absence de recours au soin gynécologique depuis plus de deux ans était associée à la fois aux violences conjugales ou sexuelles et aux dyspareunies. De même, l'étude qualitative a mis évidence que les douleurs, notamment les douleurs au

moment des rapports sexuels, se rencontraient dans les parcours de soin caractérisés par un moindre recours ou par des consultations gynécologiques fréquentes ou multiples. Dans ces deux contextes, les dyspareunies étaient décrites comme des douleurs consécutives à une sexualité conjugale contrainte, non désirée qui n'était pas perçue comme des violences sexuelles, en particulier par les femmes hébergées, ou consécutives à des violences sexuelles chez les femmes de l'association féministe.

Au-delà des douleurs, les trois niveaux de recours étaient modulés par des facteurs associés intrinsèquement liés aux violences et à leurs conséquences. Par exemple, toutes les femmes interrogées présentaient des symptômes psychiques et gynécologiques marqués qu'elles déclaraient être apparus à la suite des violences. Les conséquences psychiques des violences, notamment psycho-traumatiques, pouvaient influencer les comportements de recours au soin gynécologique, que ce soit en l'évitant, en le rendant possible ou en le majorant.

1.2. Perceptions de l'examen gynécologique et liens avec le recours au soin, les violences et la sexualité

La revue systématique a confirmé l'association entre les violences sexuelles et la perception défavorable de l'examen pelvien, sans toutefois identifier d'étude quantitative qui s'intéressait à la relation entre les perceptions de l'examen pelvien consécutif à des violences sexuelles et le recours au soin gynécologique ou le vécu des examens pelviens ultérieurs. L'étude qualitative a mis en évidence que l'évitement de l'examen pelvien pouvait être une cause de l'absence de recours au soin gynécologique. A l'inverse, l'acceptation d'un examen pelvien, paradoxalement favorisée par des signes évoquant une dissociation traumatique, permettait un recours régulier au soin ou était susceptible de conduire vers de potentielles nouvelles violences en cas de recours fréquent ou multiple au soin gynécologique, d'autant plus en présence d'examens pelviens systématiquement réalisés.

L'avis 142 du CCNE souligne le paradoxe des violences liées à l'examen gynécologique. « *Comment un geste envers le corps peut-il devenir effraction alors qu'il se veut réparateur, apaisant et guérissant ? Comment la violence peut-elle surgir alors que le geste soignant consiste précisément en une attention au corps de l'autre ?* » (71). Cet avis rappelle le caractère singulier de l'examen gynécologique au regard d'autres examens cliniques qui ne touchent pas directement l'intime ou la sexualité, d'autant plus singulier chez femmes ayant subi des violences sexuelles. La difficulté à subir des examens pour les femmes victimes de

violences sexuelles est ainsi soulignée, « *certaines examens peuvent réactiver des faits marquants et douloureux* ». Il rappelle aussi que les femmes présentant des antécédents de violences ont une « *vulnérabilité exacerbée et vivent souvent difficilement leur suivi gynécologique. Leur inconfort peut relever de la simple gêne au traumatisme profond avec reviviscence des agressions subies antérieurement* ».

L'étude qualitative a mis en évidence des différences de perception de violences qui concernaient à la fois les violences sexuelles conjugales et les violences gynécologiques. Ainsi, une sexualité conjugale contrainte, subie, douloureuse, sans référence à des violences sexuelles, était décrite par les femmes hébergées tandis que les femmes de l'association féministe décrivaient, de manière circonstanciée, des violences sexuelles conjugales. Celles qui identifiaient les violences sexuelles conjugales pouvaient percevoir des violences lors de l'examen gynécologique, et ce d'autant plus lorsqu'il était considéré comme inutile, incompris et non consenti. Au contraire, pour d'autres femmes, l'examen gynécologique était perçu comme gênant ou inconfortable mais non violent, d'autant plus lorsqu'il était considéré nécessaire, légitime et tacitement consenti. Pour ces dernières, les besoins sexuels de leurs conjoints, comme la nécessité de réaliser un examen gynécologique pour les professionnels de santé, primaient sur leurs propres besoins. Au-delà de l'inconfort, de la gêne, de l'anxiété et des douleurs, les femmes pouvaient percevoir des violences dans les soins, ce qui rejoignait les résultats de certaines études mises en évidence dans la revue systématique qui ne mentionnaient toutefois pas qu'elles se rapportaient spécifiquement au soin gynécologique.

2. Points forts et limites

Au-delà des points forts et des limites identifiés dans la discussion des deux premières parties de ce travail, certaines caractéristiques se rapportant à l'utilisation combinée des trois méthodes de recherche et à l'interprétation de l'ensemble des résultats peuvent être mises en évidence.

Deux éléments résultant de l'utilisation d'une méthode mixte de recherche semblent intéressants à souligner : d'une part, la précision de la définition de la variable « *absence de recours à une consultation gynécologique dans les deux dernières années* » qui contraste avec l'imprécision de la définition des variables relatives au recours au soin observée dans

la plupart des études de la revue systématique ; d'autre part, l'émergence dans l'étude qualitative, de données décrivant la relation entre le vécu négatif de l'examen pelvien consécutif à des violences sexuelles et le recours au soin gynécologique ultérieur, qui n'était pas décrite, ni dans les études quantitatives synthétisées dans notre revue systématique, ni même dans d'autres études qualitatives. De manière générale, examiner le recours au soin gynécologique après des violences conjugales et sexuelles par l'intermédiaire d'une revue systématique, d'une étude observationnelle cas-témoins et d'une étude qualitative a permis une triangulation des données améliorant la fiabilité des résultats.

Combiner les méthodes de recherche pour répondre à des objectifs complémentaires auprès de populations peu homogènes a permis de disposer de données variées offrant une analyse riche en amenant toutefois une fragilité d'interprétation liée à une mise en perspective limitée des résultats. Nous avons conduit une recherche en nous basant sur un modèle mixte parallèle ; la collecte, le traitement des données et l'analyse des études cas-témoins, qualitative et de la revue systématique ont été menés simultanément. L'ensemble des résultats n'a été comparé qu'au stade de l'interprétation et a fait l'objet de publications indépendantes. La réalisation simultanée des trois recherches permettait un gain de temps mais empêchait une mise à profit des résultats de l'étude qualitative dans la conduite de l'étude quantitative (modèle séquentiel exploratoire) ou l'inverse (modèle séquentiel explicatif). Les études quantitatives et qualitatives ont été menées à la suite d'une analyse rigoureuse des articles déjà publiés sans toutefois que les résultats de la revue systématique n'aient le temps de guider leur réalisation.

3. Implications pour les recherches futures et pour la pratique clinique

3.1. Implications pour les recherches futures

3.1.1. Recours au soin et facteurs associés

L'absence de consultation depuis plus de deux ans semble se rapprocher de la notion de non-recours ou de moindre recours au suivi gynécologique faisant référence à la norme annuelle de la consultation gynécologique, définie dans la partie liminaire de ce travail. La grossesse et l'IVG sont deux périodes propices au recours au soin gynécologique chez celles qui tendent habituellement à l'éviter, ce qui rejoint l'étude qualitative de Chor et al., qui notait que l'IVG était une opportunité de soin chez les femmes qui en étaient éloignées (326).

Les entretiens de recherche suggèrent que l'absence ou l'évitement du suivi gynécologique était assimilable à une forme de renoncement au soin, majoritairement raisonné, notamment pour les femmes de l'association féministe, et davantage subi que choisi. Nous pouvons toutefois supposer qu'exceptées les situations de coercition contraceptive ou reproductive, le fait de recourir ou ne pas recourir à un suivi gynécologique est un acte volontaire qui permet l'affirmation d'un choix personnel, qui contraste avec l'impossibilité d'affirmer des choix libres dans un contexte de violences conjugales et sexuelles.

L'étude des interactions entre le recours au soin gynécologique, les violences sexuelles et les dyspareunies que nous avons initiée nécessite d'être poursuivie, en utilisant une méthode mixte de recherche qui permettrait de continuer à mesurer et à comprendre les relations entre ces trois variables. Une prochaine étude quantitative pourrait s'appuyer sur des échelles de dépistage validées pour évaluer les violences – précédemment mentionnées – et les dysfonctions sexuelles telle la *Female Sexual Function Index* (FSFI) (327) qui questionne les dyspareunies, contrairement à la *Female Sexual Distress Scale* (FSDS) (328) et sa version révisée (329) qui ne les abordent pas. Cette proposition rejoint la méta-analyse de Wang et al., qui mettait en évidence une relation entre les violences sexuelles dans l'enfance et les dysfonctions sexuelles, tout en soulignant que la majorité des études n'utilisaient pas d'échelles psychométriques valides pour mesurer ces variables (133,146).

A l'inverse de la notion de non-recours, le recours au soin gynécologique fréquent ou multiple a été mis en évidence dans l'étude qualitative, ce qui rejoint une étude hispanique regroupant 10 815 femmes qui montrait une relation entre les violences à l'égard des femmes et le recours accru au soin de premiers recours, aux soins spécialisés, au soin d'urgence et aux admissions hospitalières dans les 6 derniers mois, sans qu'il ne soit spécifique aux soins gynécologiques (330). Cette fréquence ou ce niveau de soin peut se rapprocher de la notion de « *doctor shopping* » qui définit la recherche illimitée de diagnostic ou de soin par les personnes dépendantes de substances psychoactives ou présentant des symptômes insuffisamment considérés par les soignants (331,332).

En gynécologie, le recours fréquent ou multiple au soin se retrouve dans les parcours de soin de femmes présentant des douleurs pelviennes, exposées à des expériences de soin insatisfaisantes ou qui ont recours à de multiples consultations auprès d'un ou de plusieurs praticiens avant d'obtenir un diagnostic de leurs douleurs et un traitement adapté

(325,333,334). Le sur-recours au soin gynécologique peut évoluer vers une errance diagnostique ou thérapeutique. Comme le non-recours, ces formes de recours au soin se sont imposés dans le domaine de la santé à partir du champ social, en référence à la perception de comportements abusifs liés aux prestations sociales et à l'errance sociale (335,336). Certains symptômes et pathologies gynécologiques comme le vaginisme, la névralgie pudendale ou les douleurs vulvaires chroniques et l'endométriose sont associés à des errances diagnostiques et thérapeutiques du fait d'une banalisation de la douleur ou d'une méconnaissance par les praticiens de ces pathologies (337–339). Dans ces parcours de soin gynécologique, l'errance médicale semble d'autant plus grande en cas d'exposition aux violences sexuelles, elles-mêmes liées au vaginisme ou au douleurs vulvaires chroniques (134,135).

3.1.2. Perceptions des violences et facteurs associés

Nous avons émis l'hypothèse que les différences de perception des violences sexuelles conjugales et des violences gynécologiques pouvaient être liées à des facteurs culturels, psychologiques et sociaux. Identifier les violences sexuelles témoigne de la capacité à distinguer les violences sexuelles d'une activité sexuelle ordinaire. Lorsque les violences sexuelles sont indissociées de la sexualité, voire amalgamées à elle, les personnes sont enfermées dans une sexualité contrainte, subie et douloureuse ne laissant aucune place à la possibilité de s'extraire d'une vie affective et sexuelle empreinte de violences. Il paraît nécessaire d'éprouver davantage cette hypothèse et ses déterminants associés.

L'étude qualitative puis la revue systématique ont fait émerger la thématique des violences gynécologiques, soulignant une différence de perception des violences gynécologiques selon les femmes interrogées, fortement liée à celle des violences sexuelles. Les violences sexuelles présentent des analogies avec les violences gynécologiques mais leurs différences soulignent la nécessité de continuer à s'intéresser à leurs enjeux respectifs et communs. Ainsi, selon une étude transversale menée par Swahnberg et al. auprès de 4 729 femmes, les antécédents de violences primaires liés au soin, isolés, sans autre antécédent de violences dans l'enfance et à l'âge adulte, étaient associés à des plaintes physiques, des troubles du sommeil et des signes psycho-traumatiques plus marqués que lorsqu'elles se cumulaient à d'autres formes de violences associées. En revanche, les femmes exposées à des violences dans l'enfance ou à l'âge adulte, avant de l'être à nouveau dans un contexte de soin, présentaient un plus mauvais état de santé global (340). La thématique des violences

gynécologiques nécessite d'être définie plus précisément en prenant en considération notamment ses relations avec les violences sexuelles étudiées dans cette recherche.

3.2. Implications pour la pratique clinique

Bien que notre étude soit uniquement observationnelle, elle suggère des implications pour la pratique clinique concernant le suivi gynécologique préventif des femmes exposées à des violences conjugales ou sexuelles.

3.2.1. Réflexions sur la relation entre les violences conjugales ou sexuelles et les violences gynécologiques

Les lieux de soin constituent à la fois des lieux soutenant pour les personnes victimes et susceptibles d'être à risque pour la personne soignée. La gynécologie-obstétrique illustre ce paradoxe ; il s'agit d'un domaine médical au cœur des recommandations sur le repérage des femmes victimes de violences conjugales et sexuelles tout en étant possiblement associé à des faits de violences dans un contexte de soin gynéco-obstétrical.

a. Historique et définitions des violences gynéco-obstétricales

Ces dernières années, l'OMS et l'ONU ont promu la bientraitance obstétricale (100,341) et ont manifesté leur réprobation des violences obstétricales (342–344). L'OMS préconise des soins maternels respectueux qui préservent la dignité, l'intimité et la confidentialité, garantissent l'absence de préjudice et de mauvais traitements et permettent un choix éclairé et un soutien continu pendant le travail et l'accouchement (100,341). Selon l'OMS, les violences obstétricales regroupent différentes formes de violences et négligences telles les violences verbales, les violences physiques ou le recours à la force, la stigmatisation et la discrimination, l'absence de consentement, le défaut et la négligence dans les soins obstétricaux (342). Il n'existe toutefois pas de consensus international sur la définition et la mesure des violences obstétricales (343,345–347). Dans la littérature médicale, le terme de violence obstétricale [« *obstetric violence* »] est souvent substitué par les termes 'manque de respect' [*disrespect*] et 'inconduite professionnelle' [*professional misconduct*]⁵ dans un contexte de soin obstétrical.

⁵ Pubmed (29.09.2024) "obstetric violence"[Title/Abstract] = 257 résultats, "obstetric violence"[All Fields] AND ("disrespect"[All Fields] OR "disrespected"[All Fields] OR "disrespectful"[All Fields] OR "professional misconduct"[MeSH Terms]) = 58 résultats, ("disrespect"[All

Certaines études intègrent aussi d'autres critères de jugement que ceux définis par l'OMS tels que la détention des femmes dans les établissements de santé, en raison notamment de l'incapacité à financer les soins obstétricaux (348–351) ou les violences sexuelles dans le cadre de soins obstétricaux (352–354).

A partir de 2007, de nombreux pays d'Amérique du Sud comme le Venezuela et l'Argentine, précurseurs dans la lutte contre les violences obstétricales (355), tout en étant majoritairement opposés à l'avortement, ont adopté une législation spécifique à l'encontre des actes de violence obstétricale⁶, considérée comme une violence de genre à part entière. En France, l'intérêt pour les violences gynéco-obstétricales est plus récent et hésitant. Dans les années 1970, l'appropriation des savoirs et des pratiques gynécologiques soutenue par certaines associations féministes états-uniennes (le mouvement « *self help* » gynécologique promu par *The Women's Health Movement*) s'est peu diffusée en France. A l'inverse, depuis 2017, le mouvement international de libération de la parole des femmes victimes de violences (#metoo) a conforté le mouvement féministe français qui s'était engagé à légitimer la problématique des violences gynéco-obstétricales quelques années auparavant (356,357). Pour Camille Froidevaux-Metterie, le féminisme français des années 70 s'est arrêté au seuil de l'intime alors que le féminisme contemporain l'a franchi (358). Les médias sont alors devenus des espaces de confrontation entre les associations féministes et les instances médicales. Ainsi, la dénonciation du « *point du mari* » (359), geste qui consiste à recoudre une épisiotomie par quelques points de suture supplémentaires, supposé accroître le plaisir de l'homme lors des rapports sexuels, et la pratique d'épisiotomies considérées comme abusives (360) ont été l'occasion d'affirmer l'invisibilité et l'impunité des pratiques de soin considérées comme violentes. Le corps médical a exprimé son incompréhension et rejeté l'existence des violences gynécologiques, assimilant leur affirmation à un simple « *gynéco-bashing* » (361), en suspectant l'insincérité des personnes se présentant comme victimes (362). En 2015, la dénonciation de touchers vaginaux et rectaux réalisés à visée d'apprentissage par des étudiants en médecine sur des patientes sous anesthésie générale a contribué à illustrer la réalité des violences gynécologiques (363). Le bénéfice de la pédagogie par la simulation en formation initiale des professionnels de santé a été énoncé (364) et a permis la diffusion médiatique du postulat « *Jamais la première fois sur le*

Fields] OR "disrespected"[All Fields] OR "disrespectful"[All Fields] OR "professional misconduct"[MeSH Terms]) AND ("obstetric*" [Title/Abstract] AND "health care"[Title/Abstract])) NOT "obstetric violence"[All Fields] = 26 résultats

⁶ Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (Gaceta oficial de la republica bolivariana de Venezuela 23/04/2007) ; Ley National n°25 929 Parto respetado (Boletín Oficial, Argentina, 21/09/2004)

patient ». L'appellation de violences gynéco-obstétricales reste contestée par ceux qui trouvent son emploi injuste ou excessif (365,366). En France, les sociétés savantes ont publié des recommandations nationales sur le respect de la physiologie obstétricale sans faire référence à des pratiques de soin considérées comme irrespectueuses ou violentes (367). Ainsi, l'absence de données suffisantes pour recommander la réalisation systématique d'un toucher vaginal (TV) au cours du suivi de grossesse a été affirmée (368), l'expression abdominale pendant la phase expulsive a été réprouvée (369) et la pratique de l'épisiotomie prophylactique a été proscrite chez la primipare et en cas d'antécédent de déchirure périnéale sévère (367,370) sans mentionner le terme violence et sans faire référence à sa prévention.

Les violences gynéco-obstétricales – qui ne sont pas interrogées dans les enquêtes nationales de victimisation – ont une prévalence et des facteurs associés mal connus, imprécis et peu comparables (343,371,372). Le rapport de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé, publié en 2022, rapportait que seuls 1,5 % des signalements de violences avaient lieu dans un service de gynécologie-obstétrique ; dans les situations relevées, l'auteur des violences était à 70,1 % un patient et seulement à 3,6 % un soignant, ce qui pourrait illustrer la difficulté à identifier, à mesurer et à révéler les violences dans des situations de soin gynéco-obstétrical (373).

La définition des violences obstétricales semble être toutefois moins imprécise que celle des violences gynécologiques, car les travaux de recherche se rapportent majoritairement aux violences au moment de l'accouchement (374), dans un contexte où les violences gynécologiques sont moins manifestes et plus difficiles à identifier, mesurer et révéler que les violences obstétricales.

Selon le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE), les violences gynécologiques concernent tout comportement, propos ou geste sexiste émis dans le cadre d'une consultation gynécologique, la non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation, les propos porteurs de jugements qui renvoient à des injonctions sexistes, les injures sexistes, les actes exercés sans recueil du consentement ou sans respect du choix ou de la parole de la patiente, les actes ou refus d'acte non justifiés médicalement, les violences sexuelles (375).

En gynécologie, le genre de la personne soignée est propice à une accentuation de la relation patriarcale du soin (376). Les pratiques de soin irrespectueuses ou violentes sont aussi

associées à des comportements patriarcaux pouvant servir à affirmer une autorité, établir une hiérarchie entre professionnel de santé et patiente, démontrer un pouvoir et s'assurer d'une obéissance (376–378).

b. Des violences gynécologiques aux violences sexuelles, il n'y a qu'un pas ?

Comme l'étude qualitative et la revue systématique l'ont mis en évidence, les femmes présentant des antécédents de violences sont à risque de ressentir un inconfort, un stress soutenu à l'examen pelvien mais aussi de ressentir des violences dans les actes de soin, sans que ce ressenti ne soit nécessairement évoqué comme étant spécifique au soin gynécologique. Les violences gynécologiques peuvent atteindre les femmes présentant des antécédents de violences sexuelles et celles qui n'en présentent pas. Il s'agit là de premières violences ou de violences répétées dont la prévalence et les facteurs associés sont mal connus.

La gynécologie concerne le champ de la santé sexuelle et la sexualité, où de nombreux motifs de consultation – qu'il s'agisse d'un besoin contraceptif, du ressenti de douleurs, de saignements ou d'une suspicion de pertes vaginales anormales – sont susceptibles de se rapporter à la vie intime et sexuelle de la personne soignée et ont de fait une dimension sexuelle. En ce sens, l'exercice en gynécologie et en obstétrique est singulier. La perception d'une violence exercée par le soignant peut prendre alors une connotation de violence sexuelle, quelle que soit l'intention de l'auteur.

Historiquement, pour caractériser l'agression sexuelle commise par un soignant, la jurisprudence a pris en compte de manière prépondérante la présence ou l'absence d'intention sexuelle au moment de réaliser l'interrogatoire médical ou le geste diagnostique (379–381). Une telle perspective ignore la place des personnes victimes en méconnaissant les conséquences des violences qu'elles ont subies.

En 2021, la qualification médiatique du viol gynécologique (382) a marqué l'opposition entre deux interprétations, celle d'une pénétration sexuelle avec violence, contrainte, menace ou surprise, quelle que soit l'intention de l'auteur, ou celle d'une pratique de soin réalisée sans recueil de consentement mais sans intention de nuire. Les violences gynécologiques, révélées anonymement par l'intermédiaire des réseaux sociaux, étaient caractérisées par l'expression de la honte et de la culpabilité, comparable à celle accompagnant d'autres

formes de violences comme les violences conjugales et les violences sexuelles. L'instrumentalisation des réseaux sociaux à des fins de fragilisation de la justice (383) s'opposait à la recherche de reconnaissance des violences révélées, tout comme l'atteinte à la présomption d'innocence se confrontait au besoin de reconnaissance de la véracité des violences dénoncées. La reconnaissance émergente du fait qu'une violence sexuelle puisse être commise dans le cadre supposé protégé et protecteur d'une consultation médicale s'éloigne des représentations sociales traditionnelles de ce type de violence. La vision restrictive du viol comme un acte commis dans l'espace public par un inconnu s'est élargie à celle d'un acte souvent commis dans l'espace intime et privé – le viol conjugal ou intrafamilial (384) – pour permettre désormais sa reconnaissance dans un espace de soin gynécologique.

En France, le consentement, pierre angulaire de la relation de soin et de la relation sexuelle, est défini distinctement dans le cadre juridique se rapportant au soin alors qu'il ne l'est pas dans celui concernant les violences sexuelles. Cependant, le point commun de ces deux types de violences réside dans la nécessaire prise en considération de l'impact physique et psychique des violences, notamment post-traumatique, qui annihile le quotidien d'une personne victime. Face à lui, il est inapproprié que le principe ou la nature des violences – quelle qu'en soit sa forme – soit remis en cause par des professionnels de santé, y compris en l'absence d'une apparente intention de nuire et en présence d'une apparente obtention de consentement. Nier l'existence d'une violence empêche la reconnaissance de ses conséquences par des professionnels de santé qui sont alors dans l'incapacité d'accompagner la personne victime de violences qui requiert un suivi gynécologique.

L'approche dichotomique qui consiste à assimiler les violences gynécologiques aux violences sexuelles ou, à l'inverse, à les distinguer est réductrice et participe à invisibiliser ce type de violences tandis que les facteurs associés aux violences gynécologiques, systémiques ou individuels, sont sensibles, complexes et multiples. Il existe des domaines de la gynécologie où les comportements de soin négligents ou violents restent particulièrement indicibles et occultés. Cette indicibilité est liée aux caractéristiques intrinsèques des violences sexuelles, majorées par un contexte de soin perçu comme honteux et marqué par une forte connotation morale. L'interruption volontaire de grossesse semble être une illustration de ce phénomène.

3.2.2. Conditions du dépistage des violences sexuelles dans le contexte de l'examen pelvien

Les résultats de notre étude qualitative confortent ceux d'études quantitatives et qualitatives rapportant que les femmes présentant des antécédents de violences souhaitent que le professionnel qui réalise l'examen pelvien initie un échange concernant les antécédents de violences afin de réduire la tension psychologique liée à la consultation gynécologique et ressentir du soutien (233,264,385). Les entretiens de recherche ont mis en évidence que le recours au soin gynécologique était favorisé par la volonté de rencontrer des professionnels qui prennent en compte les symptômes gynécologiques attribués aux violences, même lorsque les personnes ne souhaitent ou ne pouvaient pas les révéler. Notre étude cas-témoins suggère que les violences conjugales sont plus difficiles à révéler lorsqu'elles sont commises par le partenaire actuel chez les femmes enceintes poursuivant leur grossesse.

L'ACOG recommande un dépistage des violences en amont de l'examen pelvien (14). A l'inverse, en France, il n'existe aucune recommandation médicale sur le repérage ou le dépistage des violences – qu'elles soient conjugales, sexuelles ou liées au soin– au moment de l'examen pelvien. Les RPC sur l'examen pelvien du CNGOF font référence aux recommandations de la HAS sur le repérage des femmes victimes de violences conjugales sans émettre de recommandation propre sur le dépistage des violences en amont de la réalisation de l'examen pelvien (6).

L'avis 142 du CCNE note pourtant la complexité du dépistage des violences dans le contexte spécifique de l'examen pelvien, « *un certain nombre de patient(e)s souhaiteraient un questionnement plus systématique de la part des professionnels sur les violences antérieures (sexuelles ou autres) dont elles auraient pu être victimes [...] même si certaines femmes victimes n'osent pas toujours l'exprimer et que le sujet demeure difficile à appréhender tant il est sensible dans le contexte temporel restreint de l'examen* » (71).

Bien que la HAS, comme plusieurs sociétés savantes, propose des questions pré-formulées qui peuvent aider certains professionnels à initier un échange sur les violences en consultation gynécologique, personnaliser les questions à chaque patiente favorise leur accessibilité et réduit le risque de poser une question qui pourrait être perçue comme étant trop directe et altérer la relation de soin. Adapter la façon de nommer des violences – ou à l'inverse de ne pas les nommer – au niveau de compréhension et à la capacité d'en parler de la personne soignée semble être une manière d'évoquer de façon personnalisée les violences.

Comme l'a souligné notre étude qualitative, s'intéresser aux symptômes psychiques et gynécologiques, comme les dyspareunies ou les dysfonctions sexuelles, peut aussi permettre d'initier un échange sur les violences subies, sans poser une question abrupte qui pourrait être inaccessible, incomprise ou générer une défiance chez certaines patientes.

Certaines femmes n'identifient pas ou ne peuvent évoquer la réalité des violences subies. Le cas échéant, faut-il à tout prix lever le voile sur ce qu'elles subissent même lorsque cela risque de déséquilibrer un apparent équilibre psychique ou social ou à l'inverse faut-il éviter d'en parler pour préserver cet apparent équilibre alors que les violences peuvent avoir des impacts majeurs sur leur santé somatique et psychique ? En France, la loi du 30 juillet 2020 a modifié l'article 226-14 du code pénal en instaurant une dérogation au secret médical pour les professionnels de santé qui porteraient à la connaissance du procureur de la République la situation de personnes majeures en danger immédiat et qui ne sont pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences conjugales (27). Il n'y a pas d'étude qui a évalué l'impact de ce dispositif juridique sur les actions de prévention des soignants, ni sur les révélations des patientes. Il paraît envisageable que ce dispositif juridique ait pour conséquence de compléter les actions de prévention de professionnels de santé déjà convaincus par la nécessité de repérer les violences alors qu'il freinera les plus réticents à initier un repérage des violences, tout comme il encourage les femmes qui se sentent prêtes à parler à un professionnel de santé et à porter plainte alors qu'il pourrait dissuader les femmes qui ne veulent ou ne peuvent pas parler.

3.2.3. Accompagner les personnes plutôt que traquer des lésions

La revue systématique a montré qu'aucune étude ne s'intéressait à la relation entre le vécu de l'examen pelvien dans l'objectif de rechercher des lésions consécutives à des violences sexuelles et le vécu des examens ultérieurs réalisés dans le cadre d'un suivi gynécologique habituel. Dans l'étude qualitative, les récits de Mélissa, Caroline et Coralie illustrent le vécu traumatique d'un examen pelvien consécutif à un viol. Ils suggèrent qu'un examen pelvien réalisé de manière systématique à la recherche exclusive de preuves reposant sur la présence ou l'absence de lésions génitales par un soignant ayant une posture de soignant-enquêteur est plus à risque de conduire à une perception ultérieure négative de cet examen et à son évitement que lorsqu'il est réalisé de manière non systématique par un soignant privilégiant l'écoute et l'accompagnement des personnes victimes de violences (386).

Qu'elles soient rencontrées en médecine légale ou en gynéco-obstétrique, les pratiques systématiques et sans discernement centrées sur la recherche ou l'exclusion de lésions peuvent exposer les victimes de violences conjugales et sexuelles à de nouvelles formes de violences. La faible contribution de l'examen au spéculum au repérage des lésions génitales (387) et la faible spécificité de lésions génitales liées aux violences sexuelles (388) chez la femme adulte à l'aune de l'inconfort induit par cet examen plaide pour une pratique raisonnée de cet examen. Repérer ou dépister des violences, pratiquer un examen pelvien consécutif à des violences sexuelles et rédiger un certificat médical initial ne doit pas se substituer ou laisser une place insuffisante à l'écoute et à l'accompagnement de la personne ayant subi des violences.

3.2.4. Promotion d'indications et de conditions de réalisation de l'examen pelvien raisonnées en gynécologie-obstétrique

Bien que les recommandations nationales et internationales sur la pratique de l'examen pelvien ne concernent pas spécifiquement les femmes présentant des antécédents de violences ou les femmes victimes de violences, elles s'appliquent d'autant plus dans ce contexte, compte tenu du risque de mauvais vécu de cet examen et du risque de réactivation traumatique. La description des expériences de soin des personnes victimes de violences conjugales ou sexuelles dans les entretiens de recherche soutient la nécessité que l'examen pelvien soit guidé par des indications médicales et des conditions de réalisation raisonnées.

a. Un examen pelvien qui n'est pas systématique

L'établissement d'un diagnostic médical repose conventionnellement sur la prise en considération d'antécédents médicaux, de symptômes et de signes cliniques. Depuis les années 1960, le développement de la médecine préventive a permis un dépistage précoce des affections ; un effet délétère est la réalisation de gestes systématiques sans bénéfice pour la personne soignée qui se rapproche du phénomène "*too much medicine*" (389) critiquant une médicalisation excessive et une adoption sans discernement de pratiques de dépistage.

Quand l'examen gynécologique est réalisé sans indication médicale, notamment en l'absence de symptôme gynécologique, il est davantage réalisé par habitude ou pour répondre à un besoin de réassurance du soignant ou de la personne soignée. La pratique d'un

examen gynécologique peut aussi être influencée par des déterminants socio-économiques, sans qu'il ait nécessairement de justification médicale liée à ces différences de pratiques. Ainsi, certains examens gynécologiques sont susceptibles d'être moins souvent réalisés chez les femmes qui présentent un faible niveau d'éducation ou qui ne disposent pas d'assurance maladie (68), des déterminants associés indépendamment aux violences conjugales ou sexuelles. A l'inverse, nous pouvons émettre l'hypothèse que ces examens sont susceptibles d'être plus souvent réalisés chez un public en situation de vulnérabilité, une hypothèse encore peu étudiée. Lorsque sans raison médicale, des gestes cliniques diffèrent selon des critères socio-économiques, eux-mêmes facteurs associés aux violences conjugales ou sexuelles, ils prennent alors la forme de soins inappropriés qui peuvent être considérés comme de nouvelles violences.

Certains examens gynécologiques sont et resteront utiles, d'autant plus chez les femmes symptomatiques (390). Lorsque l'examen est nécessaire, il paraît indispensable d'expliquer sa nécessité diagnostique mais aussi de favoriser une relation caractérisée par des soins compris, consentis et attentifs.

b. Un examen pelvien compris et consenti

Actuellement, en France, comme aux Etats-Unis dans la majorité des états, aucune législation n'encadre spécifiquement le consentement à l'examen pelvien. En novembre 2022, 37 états sur 50 ne disposaient d'aucune loi concernant les examens pelviens ou disposaient de lois sur les examens pelviens ne s'appliquant qu'aux patients anesthésiés ou inconscients (391). En France, l'information éclairée et le consentement à l'examen pelvien sont encadrés par le code de la santé publique, comme tout autre examen diagnostique. La définition juridique du consentement libre et éclairé est précise, selon l'article L1111-4 du code de la santé publique, « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* » (392) mais les conditions de son application en gynécologie sont floues.

Ainsi, délivrer une information de qualité sur les conditions de réalisation de l'examen gynécologique de manière personnalisée – à une jeune fille dont c'est le premier examen, à une femme ayant une mauvaise expérience de soin ou rapportant des violences gynécologique ou sexuelles – nécessite de s'adapter à son niveau de connaissances, à son histoire gynécologique, à sa santé physique et psychique, à ses représentations et à ses peurs.

Cette prise en compte plurifactorielle paraît indispensable mais difficile dans une durée contrainte de consultation. Pourtant, la qualité de l'information qui conditionne la qualité du consentement (393) doit être prise en compte, particulièrement chez une femme exposée à des violences conjugales ou sexuelles.

L'Académie Française définit le verbe consentir en englobant plusieurs aspects tels qu'admettre quelque chose comme certain, donner son accord ou son adhésion, concéder, et ne pas s'opposer (394). Dans le cadre du soin, consentir semble souvent s'apparenter au fait de ne pas s'opposer ou de céder plutôt qu'à accepter ou adhérer. Dans un contexte où la consultation gynécologique a souvent été planifiée plusieurs mois auparavant, notamment du fait de la rareté de l'offre de soin et où la personne soignée a choisi de consulter en gynécologie, refuser de consentir à l'examen pelvien peut relever d'une épreuve qui frôle l'impossible. Il s'agit davantage d'un consentement par défaut [*ne pas pouvoir dire non*] qu'un consentement libre de toute contrainte morale. Il en est de même pour le principe du retrait du consentement à tout moment, défini par l'article L1111-4 du code de santé publique (392).

Dans un contexte de soin marqué par une relation inégalitaire basée sur l'autorité pour le soignant et la dépendance ou la vulnérabilité pour la personne soignée (376–378), il paraît illusoire pour une femme de revenir sur un consentement, d'exprimer clairement un refus soudain, dans un contexte où l'examen gynécologique a débuté et où de fait, elle n'est plus habillée, assise sur une chaise et protégée derrière un bureau. Dans notre étude qualitative, le récit d'Hélène illustre son incapacité à consentir ou à exprimer un refus préalable à un examen pelvien et mammaire indiqué par un professionnel de santé. Parfois ce refus ne peut s'exprimer par des mots mais davantage par une réaction non verbale tel un mouvement de retrait ou d'opposition du corps, ce qui implique qu'une telle réaction soit repérée et prise en compte par le soignant, avec attention et subtilité.

Dans ces conditions, pour Jean-Louis Gillet, le consentement perd toute légitimité jusqu'à devenir l'attestation d'un abus (395). Bien que certains pays la préconisent, la signature d'un consentement écrit par la personne soignée (396) ne protège alors ni la patiente, ni le soignant.

Le consentement étant toutefois le principe commun de toute relation de soin comme de toute relation affective et sexuelle, le recueil du consentement dans le cadre d'une activité

de soin doit être inconditionnel. En son absence, les violences liées au soin émergent et s'enchevêtrent avec les violences sexuelles.

c. Un environnement propice à un examen pelvien bien vécu

Des conditions inadéquates de réalisation d'un examen gynécologique peuvent s'associer à la pratique de gestes systématiques sans bénéfice pour la patiente, assimilée au phénomène "*too much medicine*" (389), précédemment décrit. Ainsi, le déploiement et la généralisation du dépistage individuel et organisé du cancer du col de l'utérus ont été accompagnés de préconisations se rapportant à l'abstention d'utilisation de lubrifiant qui risquait d'altérer la qualité d'un prélèvement cytologique. Il semble intéressant de comparer ces préconisations avec celles affichées dans les ouvrages de gynécologie-obstétrique publiés à la fin du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle qui recommandaient l'utilisation d'un produit gras pour faciliter la réalisation de l'examen gynécologique (397–401).

Plusieurs études contemporaines, citées dans notre propos liminaire, ont mis en évidence la nécessité de promouvoir des pratiques respectueuses et bienveillantes considérées comme moins inconfortables ou douloureuses comme la lubrification du spéculum, le choix de positions alternatives à la position gynécologique avec étriers ou l'auto-insertion du spéculum, en population générale. Proposer des positions alternatives à la position gynécologique implique que ces positions d'examen préservent l'intimité en évitant les effets délétères inverses à ceux recherchés, dont le risque est d'autant plus fréquent chez des professionnels mal à l'aise ou peu formés à réaliser un examen pelvien moins conventionnel ou chez des patientes présentant des antécédents de violences sexuelles. La présence d'un tiers professionnel lors d'une consultation gynécologique est une mesure recommandée par certaines organisations professionnelles (402) pour limiter l'anxiété et la peur à l'examen (72). Toutefois, cette recommandation est contestable, elle peut rassurer certaines personnes soignées et certains professionnels ou à l'inverse, d'autres femmes, ne supporteront pas d'être observées par deux personnes au moment d'un examen de la sphère intime. Il semble aussi illusoire de considérer le tiers professionnel comme garant de la protection de la personne soignée et garant de l'absence de toute intention sexuelle de la part du professionnel de santé. En cas d'antécédents de violences sexuelles, la présence d'un second professionnel peut renforcer une résurgence du caractère traumatique, particulièrement lorsque que la

personne soignée révèle avoir subi un viol commis par plusieurs co-auteurs⁷ (36), un type de violences sexuelles dont les représentations sociales s'éloignent des représentations sociales habituelles où seules deux personnes sont concernées, la victime et l'auteur.

3.2.5. Considération des douleurs, facteur associé aux violences, au recours au soin gynécologique et au mauvais vécu de l'examen pelvien

Notre recherche a mis en évidence que les douleurs, notamment les dyspareunies, étaient associées aux antécédents de violences conjugales ou sexuelles – ce qui rejoint les résultats de certaines études publiées (130,135) –, à l'absence de consultation gynécologique depuis plus de deux ans et au mauvais vécu de l'examen pelvien. Ainsi, dans l'étude qualitative, les dyspareunies se retrouvaient dans les parcours de soin marqués par un moindre recours ou à l'inverse, un recours plus fréquent au soin gynécologique. Dans ces deux cas, les dyspareunies pouvaient être décrites comme consécutives à une sexualité conjugale contrainte, non désirée qui n'était pas perçue comme violence sexuelle, en particulier chez les femmes hébergées ou au contraire, consécutives à des violences sexuelles chez les femmes de l'association féministe.

Dans l'ICD-11, l'OMS classe les dyspareunies dans les affections non-inflammatoires de l'appareil génital féminin (GA12) en les excluant des troubles sexuels de la pénétration douloureuse (HA20) au même titre que les vulvodynies (60) tandis qu'elles sont classées dans les *Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorders (GPP/PD)* dans le DSM-5 par l'*American Psychiatric Association (APA)*. Au-delà de ces différences de classification, les définitions de l'OMS et de l'APA diffèrent sensiblement selon qu'elles prennent en considération de manière prépondérante les aspects somatiques ou psychiques. Pour l'OMS, les dyspareunies se caractérisent par une douleur ou une gêne génitale récurrente qui survient avant, pendant ou après une pénétration vaginale superficielle ou profonde, et qui est liée à une cause physique identifiable, à l'exclusion d'une absence de lubrification. La confirmation se fait par une évaluation médicale des causes physiques (60). Dans le DSM-5, au même titre que le vaginisme, les vulvodynies et les vestibulodynies provoquées, les dyspareunies se caractérisent par des difficultés persistantes ou répétées, telles que la pénétration vaginale pendant les rapports sexuels, les douleurs vulvo-vaginales ou pelviennes, la peur anticipée de la douleur, et une tension musculaire pelvienne notable

⁷ Selon le rapport d'enquête « *Cadre de vie et sécurité 2019* » publié par l'INSEE, l'ONDRP et le SSMSI, 7% des viols et tentatives de viol seraient commis par plusieurs auteurs.

(403). Les symptômes doivent causer une détresse cliniquement significative et ne pas être expliqués par un trouble mental non sexuel, une détresse relationnelle ou un autre facteur de stress important (403). Une méta-analyse composée de 54 études transversales a évalué que la prévalence des dyspareunies se situait entre 8 et 22% (404).

En préambule des recommandations sur les dysfonctions sexuelles féminines (DSF) qui intègrent les dyspareunies, l'ACOG souligne que les DSF sont rarement évoquées par les patientes lors de consultations médicales tandis que de nombreux professionnels de santé hésitent à en parler en raison d'un manque de formation et d'un temps clinique insuffisant (405). Ces trois caractéristiques se superposent aux raisons qui peuvent expliquer l'absence de considération des violences en consultation médicale.

Nos résultats rejoignent les conclusions d'une étude transversale canadienne qui mettait en évidence que les femmes rapportant des dyspareunies présentaient davantage de douleurs et d'anxiété au moment de l'examen gynécologique qu'en l'absence de *GPP/PD*, sans toutefois que les violences conjugales ou sexuelles n'aient été interrogées (406).

Une étude menée en Turquie auprès de 116 femmes montrait une absence d'association entre les violences dans l'enfance et la dissociation traumatique chez les femmes ayant des *GPP/PD* lorsqu'elle était évaluée par *Dissociation Experiences Scale (DES)* ($p=0.3$) ; en revanche, l'association était significative lorsque la dissociation était mesurée par la *Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ)* (407).

L'examen pelvien réalisé dans l'objectif de rechercher une cause somatique des douleurs superficielles ou profondes provoquées, détaillé dans la revue de Steege et al. (408), est à risque de résurgence traumatique chez les femmes ayant subi des violences sexuelles en raison de l'analogie entre le geste diagnostique et celui d'un acte sexuel pénétratif, soulignant l'importance de considérer l'impact et la prise en compte psycho-traumatique des violences dans le soin gynécologique.

3.2.6. Considération de l'impact psycho-traumatique des violences sur le vécu et la pratique de l'examen pelvien

Notre étude qualitative a mis en évidence que le recours au soin gynécologique et le vécu de l'examen pelvien étaient associés à des signes pouvant s'apparenter à des signes psycho-traumatiques chez les femmes victimes de violences conjugales ou sexuelles. Les récits de violences vécues dans les situations de soin étaient analogues aux récits de violences

conjugales ou sexuelles et le recours au soin gynécologique, quelle qu'en soit sa fréquence était lié aux signes psycho-traumatiques après des violences.

La revue systématique a mis en évidence des études montrant une détresse plus importante lors de l'examen gynécologique chez les personnes victimes de violences sexuelles, en particulier en présence d'un état de stress post-traumatique (273) et une association entre l'hyperexcitation, l'hypervigilance traumatique et à la détresse lors de l'examen pelvien chez des femmes ayant des antécédents de violences sexuelles (308).

Selon notre étude qualitative, l'évitement de l'examen pelvien était l'un des facteurs qui caractérisait les parcours de renoncement au soin gynécologique après des violences conjugales ou sexuelles. L'évitement psychique, l'un des critères diagnostiques du PTSD, défini dans le DSM-5, peut se manifester par l'évitement des pensées, des sentiments, des conversations, des activités, des endroits ou des personnes qui rappellent le trauma (403). La dissociation traumatique pouvait aussi caractériser le vécu de l'examen pelvien en cas de recours régulier ou en cas de recours fréquent au soin gynécologique chez les femmes interrogées dans notre étude. La dissociation traumatique permettait de tolérer un examen pelvien, peu supportable par ailleurs, comme l'ont montré les entretiens de Linda et Sarah dans l'étude qualitative. La dissociation, comme l'hypervigilance ou l'amnésie traumatique, est un critère diagnostique qui complète le tableau clinique du PTSD (Critères B et D) et plus globalement du *Trauma-and-Stressor-Related Disorders* (TSRD). La dissociation traumatique qui se manifeste par des symptômes persistants ou récurrents de dépersonnalisation ou de déréalisation (403) peut être mesurée par la *Dissociative Experiences Scale* (DES) (409) ou le *Dissociation Questionnaire* (DIS-Q) (410). La dissociation somatoforme, autre forme de dissociation, peut être mesurée par le SDQ-20 (411) ou sa version courte, le SDQ-5 (412) (Tableau 18). La résurgence traumatique, définie par Zgoda et al. – dont la définition a été reprise par l'ACOG (324) – est un rappel conscient ou inconscient d'un traumatisme passé qui entraîne une reviviscence de l'événement traumatique initial (413). Elle est déclenchée par une situation, une attitude ou une expression, ou par certains environnements qui reproduisent la dynamique (perte de pouvoir/de contrôle/de sécurité) du traumatisme initial.

L'étude de Nijenhuis et al., déjà citée, a mis en évidence que les troubles dissociatifs dont la dissociation somatoforme et le psycho-traumatisme étaient des phénomènes fortement corrélés chez les femmes présentant des douleurs, notamment des douleurs pelviennes chroniques (411), ce qui rejoint l'étude d'Özen et al. (407) préalablement citée, centrée sur

les dyspareunies. Une étude transversale menée chez 440 femmes a montré que les femmes qui présentaient des dyspareunies étaient plus à risque de développer une dissociation traumatique au moment de l'accouchement sans que les antécédents de violences ne soient interrogés (414). Le PTSD peut se manifester par une dissociation en péri-partum (415) sans toutefois que les études publiées ne s'intéressent à sa manifestation au moment de l'examen pelvien pendant la grossesse ou en dehors.

La dissociation traumatique peut aussi se manifester cliniquement par une absence de réaction de la patiente et une inertie du corps pendant l'examen gynécologique (199), qui peuvent passer inaperçues ou paraître paradoxalement rassurantes aux praticiens. Lorsque ces manifestations apparaissent, Gerber et al. préconisent de ne pas poursuivre l'examen afin d'aider la patiente à revenir à la réalité (199,416). En 2021, l'ACOG a élaboré des recommandations sur les soins prenant en compte les psycho-traumatismes, notamment au moment de l'accouchement et de l'examen pelvien (324). Ces recommandations proposent d'intégrer le modèle de soins « 4R » (Figure 11).

Figure 11 : Modèle de soins « 4R »

<u>R</u>éaliser l'impact des traumatismes et comprendre les possibilités de rétablissement,
<u>R</u>econnaître les signes et les symptômes des traumatismes (agitation, irritabilité, labilité émotionnelle, anxiété, dépression, peur, accès de colère, facilité à se laisser surprendre par le bruit ou le toucher, flashbacks, difficultés de concentration, difficulté à faire confiance, honte, culpabilité ou honte, sentiment de déconnexion ou d'engourdissement),
<u>R</u>éagir en intégrant pleinement les connaissances concernant le psycho-traumatisme dans les pratiques
<u>E</u>viter le processus de <u>R</u>etraumatisation

Face à des besoins massifs dans la prise en charge du psycho-traumatisme, le HCE a estimé dans un rapport publié en 2023 que les moyens en soins psycho-traumatiques étaient dérisoires et les prises en charge insuffisantes (417). En novembre 2023, un rapport commun de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale de la justice a recensé 15 centres régionaux du psycho-traumatisme sans pouvoir quantifier l'ensemble des consultations spécialisées en psycho-traumatisme (418). Pourtant, les personnes ayant subi

des violences sexuelles peuvent connaître une forte réduction des symptômes de stress post-traitements et des symptômes dépressifs après avoir bénéficié d'une intervention psychosociale (419).

Parallèlement à la mise en place de structures de soins psycho-traumatiques, les structures d'accompagnement des femmes victimes de violences se sont développées – 60 structures ont été recensées en novembre 2023 (418) – qui offrent des soins somatiques, psychologiques et socio-thérapeutiques aux personnes victimes de violences. Ces dispositifs qui proposent une adaptation des soins gynécologiques prenant en compte le PTSD favorisent l'accès à des soins gynécologiques personnalisés chez les femmes victimes de violences (420). La mise en place croissante de telles structures spécialisées nécessite des financements publics pérennes. L'enjeu n'en demeure pas moins que les professionnels de santé de premier recours en gynécologie-obstétrique soient sensibilisés à la prise en compte du psycho-traumatisme dans le soin gynécologique car nous pouvons supposer que la majorité des femmes exposées à des violences recourront à des structures de soin non spécialisées dans le domaine des violences pour répondre à leurs besoins gynécologiques.

Compte tenu de la forte prévalence des violences faites aux femmes et de leurs impacts, il semble nécessaire de mieux considérer les caractéristiques des violences et leurs impacts sur le suivi gynécologique. Délimiter les indications de l'examen pelvien, éviter les examens inutiles réalisés par habitude, promouvoir, de manière inconditionnelle, un accord révocable à tout moment, considérer les antécédents de violences sexuelles et d'expériences de soin perçues comme intrusives ou violentes puis adapter les paroles et les gestes en conséquence est une forme de prévention des violences gynécologiques. Cette prévention des violences gynécologiques doit s'allier à la prise en considération de l'impact des violences, notamment des douleurs et du psycho-traumatisme.

Ces implications concernent l'ensemble des femmes, avec une attention particulière chez celles qui rapportent des antécédents de violences ou celles qui ne souhaitent ou ne peuvent pas en parler. Ces implications sont importantes pour encourager le recours au soin gynécologique de celles qui ont renoncé ou qui consultent de manière nomadique ou erratique.

Tableau 18 : Caractéristiques des principales échelles psychométriques de dépistage du psycho-traumatisme

Echelles	Exemples de questions	Nombre de questions	Nombre d'items
QIT	<p><i>À quel point vous avez été dérangé par ce problème au cours du dernier mois ?</i></p> <p>Avoir des rêves bouleversants qui vous font revivre une partie de l'évènement ou sont clairement liés à l'évènement ?</p> <p>Avoir des images fortes ou des souvenirs qui vous viennent parfois à l'esprit et qui vous donnent la sensation de revivre l'évènement dans l'ici et maintenant</p> <p>Eviter des rappels internes de l'expérience (par exemples des pensées, des sentiments ou des sensations physiques) ?</p> <p>Eviter des rappels externes de l'expérience (par exemple des personnes, des lieux, des conversations, des objets, des activités ou des situations) ?</p> <p>Être hyper-vigilant(e), ou sur vos gardes ?</p> <p>Se sentir nerveux(-se) ou sursauter facilement ?</p> <p><i>Au cours du mois dernier, les symptômes précédents ont-ils ?</i></p> <p>Affecté votre vie sentimentale ou vos relations sociales ?</p> <p>Affecté votre travail ou vos capacités à travailler ?</p> <p>Affecté d'autres domaines importants de votre vie tels que votre rôle de parent, votre travail scolaire ou universitaire ou d'autres activités importantes ?</p> <p><i>À quel point ces items vous correspondent-ils ?</i></p> <p>Quand je suis contrarié(e), il me faut beaucoup de temps pour me calmer</p> <p>Je me sens engourdi(e) ou émotionnellement renfermé(e)</p> <p>Je me sens en échec</p> <p>Je me sens sans valeur</p> <p>Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres</p> <p>J'ai du mal à rester affectivement proche des gens</p> <p><i>Au cours du mois dernier, avoir les problèmes susmentionnés dans les émotions, les croyances sur soi et dans les relations ont-ils,</i></p> <p>Créés de l'inquiétude ou de la détresse concernant vos relations ou votre vie sociale ?</p> <p>Affectés votre travail ou vos capacités à travailler ?</p> <p>Affectés d'autres domaines importants de votre vie tels que votre rôle de parent, votre travail scolaire ou universitaire ou d'autres activités importantes ?</p>	18	5
DES	<p>Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne.</p> <p>Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas.</p> <p>Certaines personnes font l'expérience de se souvenir parfois d'un évènement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de revivre cet évènement.</p> <p>Certaines personnes font l'expérience d'être dans un lieu familier mais de le trouver étrange et inhabituel.</p> <p>Certaines personnes constatent qu'elles sont parfois capables de ne pas prêter attention à la douleur.</p>	28	0%-100%
DIS-Q	<p>Il m'arrive de temps en temps de perdre contact avec mon corps.</p> <p>Il arrive d'avoir décidé de faire quelque chose et que mon corps fasse quelque chose d'autre contre mon gré.</p> <p>J'ai le sentiment que mon corps ne m'appartient pas.</p> <p>Je peux me rappeler d'un évènement passé de manière si vivante que j'ai l'impression de le revivre.</p>	63	1-5
SDQ-20		20	0-5
SDQ-5	<p>Vous arrive-t-il parfois d'avoir mal quand vous urinez ?</p> <p>Vous arrive-t-il parfois de ressentir que votre corps ou une partie de votre corps est insensible à la douleur ?</p> <p>Vous arrive-t-il parfois de voir des choses (des objets) autour de vous différemment que d'habitude ?</p> <p>Vous arrive-t-il parfois d'avoir l'impression que votre corps ou une partie de votre corps avait disparu ?</p> <p>Vous arrive-t-il parfois de ne pas pouvoir parler (ou seulement avec beaucoup d'efforts) ou ne pouvoir que chuchoter</p>	5	0-5

Conclusion générale

Notre recherche a reposé sur l'hypothèse initiale d'une relation entre les antécédents de violences conjugales et sexuelles et l'absence ou le moindre recours au soin gynécologique. Nous supposions que l'absence ou le moindre recours au soin gynécologique après des violences conjugales ou sexuelles pouvait être liée à une aversion pour l'examen gynécologique, temps clinique de la consultation en gynécologie susceptible de générer de l'inconfort et du stress. Mener une étude cas-témoins, une étude qualitative et une revue systématique a permis de répondre à l'hypothèse initiale en renforçant la fiabilité des résultats et en élargissant les perspectives d'analyse.

Une association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et l'absence de consultation gynécologique a été mise en évidence chez les femmes enceintes consultant dans le cadre d'un suivi de grossesse. Le recours au soin gynécologique après des violences conjugales et sexuelles ne se caractérisait pas exclusivement par un moindre recours et l'évitement de l'examen ne représentait qu'un des facteurs associés à l'absence de recours au soin. Les parcours de soin gynécologique après des violences étaient aussi marqués par un recours au soin gynécologique annuel ou régulier et à des consultations fréquentes ou multiples dont les facteurs associés étaient liés aux caractéristiques des violences et à leurs conséquences. Des symptômes physiques et psychiques accrus associés à une honte et à une culpabilité rémanentes, des parcours de soin chaotiques ou erratiques, des soins évités ou au contraire surconsommés, des violences inconsidérées par les soignants, voire réactivées ou majorées, notamment au moment de l'examen gynécologique ont été décrits. L'examen gynécologique était perçu par certaines femmes comme un acte violent sans que les soignants s'intéressent à ce vécu ni aux antécédents de violences, et considèrent leurs implications réciproques. Des analogies entre les violences sexuelles et les violences gynécologiques et des différences de perceptions des violences dépendantes de facteurs psychologiques et sociaux ont ponctué cette recherche.

Un lien étroit existe entre les violences et la gynécologie. Il se caractérise par une forte prévalence des violences subies par les femmes, un impact majeur des violences sur la santé gynécologique et psychique, un recours au soin gynécologique fortement associé aux

violences conjugales et sexuelles et des pratiques de soin en gynécologie susceptibles d'être vécues comme violentes, notamment en cas d'antécédents de violences sexuelles.

La discussion de ce travail a conduit à souligner que recourir ou à l'inverse, ne pas recourir à des soins gynécologiques paraissait être un libre choix, assumé par des femmes dont les décisions n'ont pas pu être exprimées, entendues ou respectées dans un contexte de violences. Instaurer et entretenir un climat de confiance est une condition préalable dont les professionnels de santé ne peuvent se dispenser pour répondre de manière adéquate au choix de recourir à une consultation gynécologique. Quelle que soit la fréquence de la consultation gynécologique de prévention, cela implique de considérer les violences et leurs impacts sur la santé physique et psychique mais aussi de prendre en compte les conséquences psycho-traumatiques dans les paroles et les gestes en gynécologie.

Cette étude a conduit à nous intéresser aux pratiques professionnelles actuelles en gynécologie. Afin de mieux comprendre la perception médicale des violences, notre recherche nous a amené à étudier l'histoire contemporaine des pratiques médicales en gynécologie. Comment la perception médicale des violences conjugales et sexuelles a-t-elle évolué avec le temps ? Qu'en est-il de l'évolution des pratiques de l'examen pelvien ? L'analyse préliminaire issue de la consultation de 70 ouvrages médicaux publiés entre 1830 et 1950 met en évidence une perception médicale des pratiques sexuelles féminines ayant une forte connotation morale, une reconnaissance inconstante et incertaine des violences conjugales et sexuelles et des pratiques médicales en gynécologie alternant bienveillance, négligence et violences. Au milieu du XIX^e siècle, les conséquences des violences sur la santé psychique et physique étaient identifiées par certains auteurs et la répugnance vis-à-vis de l'examen gynécologique était prise en considération avec des descriptions circonstanciées des méthodes utilisées pour limiter l'inconfort de la femme examinée.

La motivation principale des femmes à participer à notre étude était de « *faire savoir* » ce qu'étaient les violences conjugales et sexuelles, la santé gynécologique et le suivi gynécologique après des violences conjugales et sexuelles. Pour répondre à leurs attentes, il semble nécessaire de diffuser les résultats de cette recherche au-delà d'un cadre académique en les adaptant pour qu'ils soient accessibles à un public plus varié que les lecteurs avertis d'une thèse universitaire. L'objectif sera de faire connaître les enjeux relatifs à la prévention

des violences conjugales et sexuelles et à la prise en considération de leurs conséquences, d'autant plus marquées lorsqu'elles s'associent à la santé et au soin gynécologique.

Liste des tableaux et figures

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des principales enquêtes estimant la prévalence des violences conjugales et sexuelles.....	21
Tableau 2 : Association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et la santé physique.....	35
Tableau 3 : Association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et la santé psychique.....	38
Tableau 4 : Caractéristiques des principales échelles de dépistage des violences conjugales et sexuelles.....	46
Tableau 5 : Données démographiques et socio-économiques des femmes qui ont (témoins) ou n'ont pas (cas) déclaré une consultation gynécologique dans les deux dernières années chez les femmes consultant pour un suivi de grossesse	58
Tableau 6 : Santé gynécologique, reproductive et recours au soin des femmes qui ont (témoins) ou n'ont pas (cas) déclaré une consultation gynécologique au cours dans les deux dernières années chez les femmes consultant pour un suivi de grossesse.....	59
Tableau 7 : Association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et l'absence de recours à une consultation gynécologique dans les deux dernières années chez les femmes consultant pour un suivi de grossesse.....	60
Tableau 8 : Données démographiques et socio-économiques des femmes qui ont (témoins) ou n'ont pas (cas) déclaré une consultation gynécologique dans les deux dernières années chez les femmes en demande d'IVG	69
Tableau 9 : Santé gynécologique, reproductive et recours au soin des femmes qui ont (témoins) ou n'ont pas (cas) déclaré une consultation gynécologique dans les deux dernières années chez les femmes en demande d'IVG	70
Tableau 10 : Association entre les antécédents de violences conjugales et sexuelles et l'absence de recours à une consultation gynécologique dans les deux dernières années chez les femmes en demande d'IVG	71
Tableau 11 : Caractéristiques des femmes interrogées par l'intermédiaire de l'association féministe contre les violences sexuelles	91
Tableau 12 : Niveaux de recours au soin gynécologique selon les caractéristiques des violences et les perceptions relatives à la santé gynécologique chez les femmes interrogées par l'intermédiaire de l'association féministe contre les violences sexuelles	95
Tableau 13 : Caractéristiques des femmes interrogées par l'intermédiaire du centre d'hébergement d'urgence	113
Tableau 14 : Niveaux de recours au soin gynécologique selon les caractéristiques des violences et les perceptions relatives à la santé gynécologique chez les femmes interrogées par l'intermédiaire du centre d'hébergement d'urgence.....	117
Tableau 15 : PRISMA 2020 checklist ; PRISMA statement.....	142
Tableau 16 : Résumé des articles sur l'association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et la perception de l'examen pelvien.....	145

Tableau 17 : Résumé des articles sur l'association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et le recours au soin gynécologique.....	149
Tableau 18 : Caractéristiques des principales échelles psychométriques de dépistage du psycho-traumatisme.....	175
Tableau 19 : Indications de remplissage du questionnaire de l'étude cas-témoins.....	286

Liste des figures

Figure 1 : Evolution du nombre de violences sexuelles enregistrées par les services de police et de gendarmerie entre 2012 et 2022, données issues de l'enquête insécurité et délinquance (2023)	24
Figure 2 : Modèle mixte parallèle ou convergent adapté du modèle de Creswell et al.....	48
Figure 3 : Codes et thèmes se rapportant aux ressources et freins chez les femmes interrogées par l'intermédiaire de l'association féministe contre les violences sexuelles	92
Figure 4 : Codes, thèmes et sous-thèmes se rapportant aux violences et à la santé gynéco-obstétricale, sexuelle et psychique chez les femmes interrogées par l'intermédiaire de l'association féministe contre les violences sexuelles.....	93
Figure 5 : Codes, thèmes et sous-thèmes se rapportant au recours au soin chez les femmes interrogées par l'intermédiaire de l'association féministe contre les violences sexuelles ..	94
Figure 6 : Codes et thèmes se rapportant aux ressources et freins chez les femmes interrogées par l'intermédiaire du centre d'hébergement d'urgence.....	114
Figure 7 : Codes, thèmes et sous-thèmes se rapportant aux violences et à la santé gynéco-obstétricale, sexuelle et psychique chez les femmes interrogées par l'intermédiaire du centre d'hébergement d'urgence	115
Figure 8 : Codes, thèmes et sous-thèmes se rapportant au recours au soin chez les femmes interrogées par l'intermédiaire du centre d'hébergement d'urgence.....	116
Figure 9 : Stratégies de recherche des articles de la revue systématique	129
Figure 10 : PRISMA 2020 flowchart	152
Figure 11 : Modèle de soins « 4R ».....	173
Figure 12 : Exemples de violences conjugales, adaptés du questionnaire « Survey on women's well-being and safety in Europe », European Union Agency for Fundamental Rights, 2014.....	292
Figure 13 : Exemples de violences sexuelles, adaptés du questionnaire « Survey on women's well-being and safety in Europe », European Union Agency for Fundamental Rights, 2014	293

Références

1. Iraola E, Menard JP, Chariot P. Recours au soin gynécologique chez les femmes rapportant des violences sexuelles : étude qualitative. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2023 Jan 1;51(1):46–52.
2. Iraola E, Menard JP, Baranne ML, Cudonnet J, Buresi I, Chariot P. Low uptake of gynecological consultation following domestic or sexual violence: A case-control study during pregnancy follow-up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2024 Mar 1;296:215–20.
3. Iraola E, Menard JP, Buresi I, Chariot P. Gynecological health and uptake of gynecological care after domestic or sexual violence: a qualitative study in an emergency shelter. *BMC Womens Health.* 2024 Apr 27;24(1):264.
4. Iraola E, Menard JP, Chariot P. Experience of Pelvic Examination and Uptake of Gynecological Care Following Domestic or Sexual Violence: a Systematic Review. *Trauma Violence Abuse.* 2024 Aug 20;15248380241270038.
5. Iraola E, Menard JP, Baranne ML, Cudonnet J, Buresi I, Chariot P. Uptake of gynecological consultation following domestic or sexual violence: A case-control study in the context of induced abortion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2024 Oct 9;303:22–7.
6. Deffieux X, Pizzoferrato AC, Gaucher L, Rousset-Jablonski C, Le Ray C, Brillac T, et al. Pelvic exam in Gynecology and Obstetrics: French Guidelines for Clinical Practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2023 Oct 10;291:131–40.
7. Beck F, Cavalin C, Maillolchon F. *Violences et santé en France : état des lieux.* Paris: la Documentation française; 2010. 274 p. (Collection Études et statistiques).
8. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, eurostat. Enquête genèse 2021 [Internet]. Paris; 2022 [cited 2024 Jun 21] p. 59. Available from: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-GENESE>
9. World Health Organization. World report on violence and health [Internet]. Genève; 2002 [cited 2024 Jun 21] p. 360. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>
10. United Nations. Declaration on the Elimination of Violence against Women. [Internet]. 1993 [cited 2024 Jun 21] p. 4. Report No.: 48/104. Available from: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
11. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Clinical and policy recommendations. [Internet]. WHO; 2013 [cited 2024 Jun 21] p. 25. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-RHR-13.10>

12. Miele C, Maquigneau A, Joyal CC, Bertsch I, Gangi O, Gonthier H, et al. International guidelines for the prevention of sexual violence: A systematic review and perspective of WHO, UN Women, UNESCO, and UNICEF's publications. *Child Abuse & Neglect*. 2023 Dec 1;146:106497.
13. Council of Europe. Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence [Internet]. Istanbul: Council of Europe; 2011 [cited 2024 Jun 21] p. 39. Report No.: Série des Traités du Conseil de l'Europe-n° 210. Available from: <https://www.coe.int/fr/web/istanbul-convention>
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 518: Intimate partner violence. *Obstet Gynecol*. 2012 Feb;119(2 Pt 1):412–7.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 777: Sexual Assault. *Obstet Gynecol*. 2019 Apr;133(4):e296–302.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion 498: Adult Manifestations of Childhood Sexual Abuse. 2011 [cited 2024 Jun 21]; Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2011/08/adult-manifestations-of-childhood-sexual-abuse>
17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion No. 554: Reproductive and Sexual Coercion. 2013;411–5.
18. Article 222-22 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409030
19. Article 222-23 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409305
20. Article 222-24 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409300
21. Article 222-31-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289525/
22. Article 222-11 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417626
23. Article 222-13 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045071404
24. Article 515-10 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cited 2024 Jun 21]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022469690/2010-10-01/
25. Article 41-3-1 - Code de procédure pénale - Légifrance [Internet]. [cited 2024 Jun 21]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000039778436/2019-12-30/

26. Article 222-33-2-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193490
27. Article 226-14 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044394223
28. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet*. 2022 Feb 26;399(10327):803–13.
29. Barbier A, Chariot P, Lefèvre T. Intimate partner violence against ever-partnered women in Europe: Prevalence and associated factors-Results from the violence against women EU-wide survey. *Front Public Health*. 2022;10:1033465.
30. Viols et agressions sexuelles en Europe – Sécurité et société | Insee [Internet]. [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763615?sommaire=5763633>
31. His Majesty’s Inspectorate of Constabulary and Fire & Rescue Services [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 21]. His Majesty’s Inspectorate of Constabulary and Fire & Rescue Services. Available from: <https://www.justiceinspectors.gov.uk/hmicfrs/>
32. Jaspard M, Brown E, Condon S. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (2000) [Internet]. INED; 2008 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://data.ined.fr/index.php/catalog/57>
33. Jaspard M, L’Équipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France: *Population & Sociétés*. 2001 Jan 1;N° 364(1):1–4.
34. Bajos N, Bozon M. Les agressions sexuelles en France : résignation, réprobation, révolte. In: *Enquête sur la sexualité en France* [Internet]. Paris: La Découverte; 2008 [cited 2024 Jun 21]. p. 381–407. (Hors Collection Social). Available from: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293-p-381.htm>
35. Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l’enquête Virage. *Population & Sociétés*. 2016;538(10):1.
36. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, Institut national de la statistique et des études économiques. Rapport d’enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 21] p. 241. Available from: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
37. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Enquête Vécu et ressenti en matière de sécurité - 2022 [Internet]. Paris: SSMSI; 2022 [cited 2024 Jun 21] p. 292. Available from: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-VRS>

38. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Insécurité et délinquance en 2022 : bilan statistique [Internet]. Paris: SSMSI; 2023 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2022-bilan-statistique-complet>
39. Thiel F, Büechl VCS, Rehberg F, Mojahed A, Daniels JK, Schellong J, et al. Changes in Prevalence and Severity of Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2022;13:874183.
40. Huldani H, Kamal Abdelbasset W, Abdalkareem Jasim S, Suksatan W, Turki Jalil A, Thangavelu L, et al. Intimate partner violence against pregnant women during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Women Health*. 2022 Jul;62(6):556–64.
41. Ministère de l'intérieur et des outre-mer, Délégation aux victimes. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple pour l'année 2022 [Internet]. Paris; 2023 [cited 2024 Apr 12] p. 38. Available from: <http://www.interieur.gouv.fr/Publications/Securite-interieure/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-pour-l-annee-2022>
42. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2022 [Internet]. Paris: INSEE; 2023 [cited 2024 Jun 21]. Report No.: 1935. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000>
43. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
44. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale [Internet]. DREES; 2020 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-loffre-de>
45. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste [Internet]. DRESS; 2018 [cited 2024 Jun 21]. Report No.: 1085. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-moitie-des-rendez-vous-sont-obtenus-en-2-jours-chez-le>
46. Hall KS, Patton EW, Crissman HP, Zochowski MK, Dalton VK. A population-based study of US women's preferred versus usual sources of reproductive health care. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Sep;213(3):352.e1-14.
47. Stormo AR, Saraiya M, Hing E, Henderson JT, Sawaya GF. Women's Clinical Preventive Services in the United States: Who Is Doing What? *JAMA Intern Med*. 2014 Sep;174(9):1512–4.
48. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 Jul 21, 2009.

49. Article R2212-10 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cited 2024 Jun 21]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045195512
50. Article D2212-8 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cited 2024 Jun 21]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000048576995
51. Batur P, Phipps M, Qaseem A. The Women's Preventive Services Initiative Well-Woman Chart: A Helpful Tool for the Practice of Internal Medicine. *Am J Med.* 2020 Oct;133(10):1122–5.
52. Women's Preventive Services Initiative. Well-Woman Preventive Visits Recommendations [Internet]. [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://www.womenspreventivehealth.org/recommendations/well-woman-preventive-visits/>
53. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 755: Well-Woman Visit. *Obstetrics & Gynecology.* 2018;132(4):174.
54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 754: The Utility of and Indications for Routine Pelvic Examination. *Obstet Gynecol.* 2018;132(4):e174–80.
55. American College of obstetricians and gynecologists. Committee opinion No. 534: Well-woman visit. *Obstet Gynecol.* 2012;420–4.
56. Haute Autorité de santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno marquage p16/Ki67 : Synthèse et recommandations [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 2019 [cited 2024 Jun 21] p. 36. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67
57. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prise en charge de l'infection Neisseria Gonorrhoeae [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 2010 [cited 2024 Jun 21] p. 26. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-desinfections-a-chlamydia-trachomatis
58. Debergh M. Aurore Koechlin : La norme gynécologique : ce que la médecine fait au corps des femmes. *Nouvelles Questions Féministes.* 2023;42(2):136–9.
59. Bloomfield HE, Olson A, Greer N, Cantor A, MacDonald R, Rutks I, et al. Screening pelvic examinations in asymptomatic, average-risk adult women: an evidence report for a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2014 Jul 1;161(1):46–53.
60. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2024 [cited 2024 May 7]. Available from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>

61. World Health Organization. ICD-10 Version : 2019 [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/Z01.4>
62. Royal Australian and New Zealand College of obstetricians and gynaecologists. Gynaecological examinations and procedures [Internet]. 2004 [cited 2024 Aug 24]. Available from: <https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Gynaecological-examinations-and-procedures.pdf>
63. Royal College of obstetricians and gynaecologists. Gynaecological Examinations: Guidelines for Specialist Practice. 2002;31.
64. American College of Physicians. American College of Physicians recommends against screening pelvic examination in adult, asymptomatic, average risk, non-pregnant women | ACP Online [Internet]. 2016 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://www.acponline.org/acp-newsroom/american-college-of-physicians-recommends-against-screening-pelvic-examination-in-adult-asymptomatic>
65. Qaseem A, Humphrey LL, Harris R, Starkey M, Denberg TD. Screening Pelvic Examination in Adult Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2014 Jul 1;161(1):67–72.
66. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Pelvic Exam [Internet]. 2016 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/pelvic-exam/>
67. Guirguis-Blake JM, Henderson JT, Perdue LA. Periodic Screening Pelvic Examination: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2017 Mar 7;317(9):954–66.
68. Martinez GM, Qin J, Saraiya M, Sawaya GF. Receipt of Pelvic Examinations Among Women Aged 15-44 in the United States, 1988-2017. *NCHS Data Brief.* 2019 Jun;(339):1–8.
69. Belaisch Allart J. [Gynecologic and obstetric consultation convention]. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2022 Apr;50(4):289–90.
70. Conseil National de l'ordre des médecins. Fiche pratique : l'examen pelvien [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/fiche-pratique-lexamen-pelvien>
71. Conseil Consultatif National d'Ethique. Avis 142 : Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques et touchant à l'intimité [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 9] p. 38. Available from: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-142-du-ccne-consentement-et-respect-de-la-personne-dans-la-pratique-des-examens>
72. O'Laughlin DJ, Strelow B, Fellows N, Kelsey E, Peters S, Stevens J, et al. Addressing Anxiety and Fear during the Female Pelvic Examination. *J Prim Care Community Health.* 2021;12:2150132721992195.

73. Tancman S, HaCohen N, Lazarus G, Solt I, Sagi-Dain L. Silent voices that must be heard - women's perceptions of gynecologic examinations. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2022 Jun;43(2):190–7.
74. Carugno J, Timmons D, Lederer M, Grady MM. Impact of using words with unpleasant emotional connotations on perceived patient discomfort during vaginal speculum examinations: A randomized controlled trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020 Apr 1;247:203–6.
75. Bakker R, Peng K, Chelmow D. Speculum Lubrication and Patient Comfort: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Low Genit Tract Dis*. 2017 Jan;21(1):67–72.
76. Pergialiotis V, Vlachos DG, Rodolakis A, Thomakos N, Christakis D, Vlachos GD. The Effect of Vaginal Lubrication on Unsatisfactory Results of Cervical Smears. *J Low Genit Tract Dis*. 2015 Jan;19(1):55–61.
77. Nunes RD, Cascaes M, Schneider IJC, Traebert J. Effects of using lubricant during the speculum examination for Pap smear collection. *Diagn Cytopathol*. 2018 Dec;46(12):1040–4.
78. Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS, Sethuraman SN, Cornali J, Gillespie K, et al. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. *BMJ*. 2006 Jul 22;333(7560):171.
79. Wright D, Fenwick J, Stephenson P, Monterosso L. Speculum “self-insertion”: a pilot study. *J Clin Nurs*. 2005 Oct;14(9):1098–111.
80. Veto MM, Chazalon J, Atallah-Seive C, Charles R, Savall A. Speculum self-insertion: an alternative method for gynaecological examination? *Fam Pract*. 2024 Apr 15;41(2):147–54.
81. Warin P. Le non-recours : éléments de définition et de présentation des enjeux. *Les Politiques Sociales*. 2014;3–4(2):108–21.
82. Mazet P, Revil H. Vivre en situation de non-recours, Etude menée dans le cadre du programme de recherche « Accès aux droits et non-recours » de la CNAF. Odenore; 2017 p. 110.
83. Hamel MP, Warin P. Non-recours (non-take up). In: *Dictionnaire des politiques publiques* [Internet]. Paris: Presses de Sciences Po; 2014 [cited 2024 Jun 11]. p. 383–90. (Références; vol. 4e éd.). Available from: <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-paris13.fr/dictionnaire-des-politiques-publiques--9782724615500-page-383.htm?contenu=resume>
84. Ancelot L, Bonnal L, Depret MH. Déterminants du renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse. *Revue française d'économie*. 2016;Vol. XXXI(4):63–107.
85. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Dépense de santé et accès financier aux services de santé: une étude du renoncement aux soins. 2010 p. *Comptes nationaux de la santé 2010*.

86. Desprès et al. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. 2011 Oct;(169).
87. Chauveaud C, Mazet P, Warin P, Ferrand A, Chauvin P, Parizot I. Ce que renoncer aux soins veut dire [Internet]. CERESO; 2013 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://hal.science/hal-00983426>
88. Warin P, Chauveaud C. Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard [Internet]. 2014 [cited 2024 Jun 21]. p. 104 p. Available from: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01099989>
89. Revil H. When Multiple Implications of Non-Take-Up to Healthcare Catalyze a Critique of the Health and Social System. *Swiss Journal of Sociology*. 2021 Jul 1;47(2):221–39.
90. Revil H, Casagrande A, Chauveaud C. Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses Primaires d'Assurance maladie [Internet]. Odenore, Pacte, CNRS; 2016 [cited 2024 May 13] p. 78. (Étude n° 62). Available from: <https://odenore.msh-alpes.fr/ressources/diagnostic-quantitatif-renoncement-aux-soins-assures-18-caisses-primaires-dassurance-maladie>
91. Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes. La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité. Paris: HCE; 2017 p. 120.
92. Revil H, Olm C. Le baromètre du non-recours à Lyon. Odenore; 2023 p. 60.
93. Daabek N, Bailly S, Foote A, Warin P, Tamisier R, Revil H, et al. Why People Forgo Healthcare in France: A National Survey of 164092 Individuals to Inform Healthcare Policy-Makers. *Int J Health Policy Manag*. 2022 Jun 11;11(12):2972–81.
94. Niang M, Dupéré S, Bédard E. [The non-uptake of prenatal care in Burkina Faso]. *Sante Publique*. 2015 May;27(3):405–14.
95. Envuladu EA, Issaka AI, Dhami MV, Sahiledengle B, Agho KE. Differential Associated Factors for Inadequate Receipt of Components and Non-Use of Antenatal Care Services among Adolescent, Young, and Older Women in Nigeria. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 24;20(5).
96. Mugo NS, Dibley MJ, Agho KE. Prevalence and risk factors for non-use of antenatal care visits: analysis of the 2010 South Sudan household survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Mar 26;15:68.
97. Letamo G, Rakgoasi SD. Factors associated with non-use of maternal health services in Botswana. *J Health Popul Nutr*. 2003 Mar;21(1):40–7.
98. Escañuela Sánchez T, Linehan L, O'Donoghue K, Byrne M, Meaney S. Facilitators and barriers to seeking and engaging with antenatal care in high-income countries: A meta-synthesis of qualitative research. *Health Soc Care Community*. 2022 Nov;30(6):e3810–28.

99. World Health Organization. WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model [Internet]. World Health Organization; 2002 [cited 2024 Jun 9]. 37 p. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/42513>
100. World Health Organization. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2024 Jun 21]. 152 p. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/250796>
101. Article L254-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cited 2024 May 3]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041474149
102. Srivastava S, Mohanty P, Muhammad T, Kumar M. Socio-economic inequalities in non-use of modern contraceptives among young and non-young married women in India. *BMC Public Health*. 2023 May 1;23(1):797.
103. Guthmann JP, et al. Socioeconomic inequalities to accessing vaccination against Human Papillomavirus in France: results of the Health, Health Care and Insurance Survey, 2012. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2016 Jun;(16–17):53.
104. Dunn S, Xiong AQ, Nuernberger K, Norman WV. Non-use of Contraception by Canadian Youth Aged 15 to 24: Findings From the 2009-2010 Canadian Community Health Survey. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019 Jan;41(1):29–37.
105. Menvielle G, Dugas J, Richard JB, Luce D. Socioeconomic and healthcare use-related determinants of cervical, breast and colorectal cancer screening practice in the French West Indies. *Eur J Cancer Prev*. 2018 May;27(3):269–73.
106. Benyamini Y, Blumstein T, Boyko V, Lerner-Geva L. Cultural and educational disparities in the use of primary and preventive health care services among midlife women in Israel. *Womens Health Issues*. 2008;18(4):257–66.
107. Insogna IG, Lanes A, Hariton E, Blake-Lamb T, Schilling S, Hornstein MD. Self-reported barriers to accessing infertility care: patient perspectives from urban gynecology clinics. *J Assist Reprod Genet*. 2020 Dec;37(12):3007–14.
108. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? 2012;4.
109. Observatoire du samu social de Paris, université Paris 1 Panthéon-Sorbonne. DSAFHIR - Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées [Internet]. Paris; 2020 [cited 2024 May 13] p. 134. Available from: <https://www.samusocial.paris/dsafir-droits-sante-et-acces-aux-soins-des-femmes-hebergees-isolees-refugiees>
110. Sand FL, Urbute A, Ring LL, Kjaer AK, Belmonte F, Kjaer SK. The influence of overweight and obesity on participation in cervical cancer screening: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2023 Jul;172:107519.
111. Chu SY, Bachman DJ, Callaghan WM, Whitlock EP, Dietz PM, Berg CJ, et al. Association between obesity during pregnancy and increased use of health care. *N Engl J Med*. 2008 Apr 3;358(14):1444–53.

112. Schopp LH, Sanford TC, Hagglund KJ, Gay JW, Coatney MA. Removing service barriers for women with physical disabilities: promoting accessibility in the gynecologic care setting. *J Midwifery & Womens Health*. 2002 Mar 4;47(2):74–9.
113. Lengagne P, Penneau A, Pichetti S, Sermet C. L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages. 2014;8.
114. Marquis S, Lunsky Y, McGrail KM, Baumbusch J. Population-level use of gynecological health services by female youth with intellectual/developmental disabilities in British Columbia Canada. *Disabil Health J*. 2023 Jul;16(3):101478.
115. Pichetti S, Penneau A, Lengagne P, Sermet C. [Access to care and prevention for people with disabilities in France: Analysis based on data from the 2008 French health and disabilities households surveys (Handicap-Santé-Ménages)]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2016 Apr;64(2):79–94.
116. Darling KEA, Gloor E, Ansermet-Pagot A, Vaucher P, Durieux-Paillard S, Bodenmann P, et al. Suboptimal access to primary healthcare among street-based sex workers in southwest Switzerland. *Postgrad Med J*. 2013 Jul;89(1053):371–5.
117. Peart MS, Knittel AK. Contraception need and available services among incarcerated women in the United States: a systematic review. *Contracept Reprod Med*. 2020 Mar 17;5:2.
118. Bosquet S. Mediapart. 2020 [cited 2024 Jun 16]. Les soins gynéco en souffrance en prison. Available from: <https://blogs.mediapart.fr/observatoire-international-des-prisons-section-francaise/blog/020320/les-soins-gyneco-en-souffrance-en-prison>
119. Poupon C, Poirier M, Blum Y, Lagarrigue S, Parléani C, Vibet MA, et al. Difference in Pap test uptake between women who have sex with women and other women in France: A comparative survey of 2032 women. *Prev Med Rep*. 2022 Dec;30:101990.
120. VanBenschoten H, Kuganatham H, Larsson EC, Endler M, Thorson A, Gemzell-Danielsson K, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on access to and utilisation of services for sexual and reproductive health: a scoping review. *BMJ Glob Health*. 2022 Oct;7(10):e009594.
121. Tuppin P, Lesuffleur T, Constantinou P, Atramont A, Coatsaliou C, Ferrat E, et al. Underuse of primary healthcare in France during the COVID-19 epidemic in 2020 according to individual characteristics: a national observational study. *BMC Prim Care*. 2022 Aug 9;23:200.
122. Mercier C. 60% des femmes ont déjà renoncé à des soins gynécologiques [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 16]. Available from: https://www.huffingtonpost.fr/life/article/60-des-femmes-ont-deja-renonce-a-des-soins-gynecologiques_191139.html
123. Observatoire régional de santé Ile de France. Le recours aux soins des femmes en Île-de-France. Exploitation régionale de l'enquête ESPS 2008-2010. 2014 Apr p. 121.

124. Observatoire des fragilités. Part des bénéficiaires sans consultation gynécologique 24m (RG), SIG Grand Nord de l'observatoire des fragilités [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 30]. Available from: <https://www.observatoiredesfragilites.fr/portail/>
125. Saurel-Cubizolles MJ. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000. *BEH*. 2005;(9–10):36–7.
126. Bonomi AE, Glass N. Global WHO survey: poor physical and mental health more prevalent among women who have experienced intimate partner violence. *Evid Based Ment Health*. 2008 Nov;11(4):128.
127. Aakvaag HF, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Dyb G, Røysamb E, Olf M. Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *J Affect Disord*. 2016 Nov 1;204:16–23.
128. Gilbert LK, Zhang X, Basile KC, Breiding M, Kresnow MJ. Intimate Partner Violence and Health Conditions Among U.S. Adults-National Intimate Partner Violence Survey, 2010-2012. *J Interpers Violence*. 2023 Jan;38(1–2):NP237–61.
129. Hawks L, Woolhandler S, Himmelstein DU, Bor DH, Gaffney A, McCormick D. Association Between Forced Sexual Initiation and Health Outcomes Among US Women. *JAMA Intern Med*. 2019 Nov 1;179(11):1551–8.
130. 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*. 2020 Dec;255:222–30.
131. 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*. 2009 Aug 5;302(5):550–61.
132. Bourdon M, Antoine V, Combes U, Maitrot-Mantelet L, Marcellin L, Maignien C, et al. Severe pelvic pain is associated with sexual abuse experienced during childhood and/or adolescence irrespective of the presence of endometriosis. *Hum Reprod*. 2023 Aug 1;38(8):1499–508.
133. Vicard-Olagne M, Pereira B, Rougé L, Cabailot A, Vorilhon P, Lazimi G, et al. Signs and symptoms of intimate partner violence in women attending primary care in Europe, North America and Australia: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2022 Jan 19;39(1):190–9.
134. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*. 2006 Apr 1;332(7544):749–55.
135. Tetik S, Yalçinkaya Alkar Ö. Vaginismus, Dyspareunia and Abuse History: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Sex Med*. 2021 Sep;18(9):1555–70.
136. Reingle Gonzalez JM, Jetelina KK, Olague S, Wondrack JG. Violence against women increases cancer diagnoses: Results from a meta-analytic review. *Prev Med*. 2018 Sep;114:168–79.

137. 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.* 2018 Sep 1;33(9):1657–68.
138. Gibson CJ, Huang AJ, McCaw B, Subak LL, Thom DH, Van Den Eeden SK. Associations of Intimate Partner Violence, Sexual Assault, and Posttraumatic Stress Disorder With Menopause Symptoms Among Midlife and Older Women. *JAMA Intern Med.* 2019;179(1):80.
139. Li Y, Marshall CM, Rees HC, Nunez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* 2014 Jan;17(1):18845.
140. Coker AL. Does Physical Intimate Partner Violence Affect Sexual Health?: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse.* 2007 Apr 1;8(2):149–77.
141. Nesari M, Olson JK, Vandermeer B, Slater L, Olson DM. Does a maternal history of abuse before pregnancy affect pregnancy outcomes? A systematic review with meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018 Dec;18(1):404.
142. Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J, Escribà-Aguir V, Higuera-Callejón C, Ricci-Cabello I. Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review. *BJOG.* 2020 Apr;127(5):537–47.
143. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016 Jun;133(3):269–76.
144. Donovan BM, Spracklen CN, Schweizer ML, Ryckman KK, Saftlas AF. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2016 Jul;123(8):1289–99.
145. Harlow BL, Stewart EG. Adult-onset vulvodynia in relation to childhood violence victimization. *Am J Epidemiol.* 2005 May 1;161(9):871–80.
146. Wang SJ, Chang JJ, Cao LL, Li YH, Yuan MY, Wang GF, et al. The Relationship Between Child Sexual Abuse and Sexual Dysfunction in Adults: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2023 Oct;24(4):2772–88.
147. Saadedine M, Faubion S, Kingsberg S, Enders F, Kuhle C, Kling JM, et al. Adverse childhood experiences and sexual dysfunction in midlife women: Is there a link? *J Sex Med.* 2023 May 26;20(6):792–9.
148. Martínez-Madrid MM, Arnau-Sánchez J, González-Cuello AM. Assessing sexual function in middle-aged sexually active Spanish women: a community-based study focusing on the intimate partner. *Menopause.* 2021 Mar 1;28(6):686–92.
149. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Tsai AC, editor. *PLoS Med.* 2013 May 28;10(5):e1001452.

150. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. 2012 Sep;75(6):959–75.
151. 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*. 2018 Jul;8(7):e019995.
152. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001439.
153. Racine N, Devereaux C, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Adverse childhood experiences and maternal anxiety and depression: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2021 Jan 11;21(1):28.
154. Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Qiu X, Wang T, et al. Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. *Eur Psychiatry*. 2019 Jan;55:90–101.
155. Yang K, Wu J, Chen X. Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2022 Jan 27;22(1):63.
156. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2010 Jul;85(7):618–29.
157. Roddy Mitchell A, Gordon H, Lindquist A, Walker SP, Homer CSE, Middleton A, et al. Middle country? Prevalence of Perinatal Depression in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2023 May 1;80(5):425–31.
158. Allen EC, Goslawski MM, Taple BJ, Sakowicz A, Alvarado-Goldberg M, Miller ES. The association between adverse childhood experiences and perinatal depression symptom trajectories. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2023 Aug;5(8):101039.
159. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. 2019 Oct;6(10):830–9.
160. Caleyachetty R, Echouffo-Tcheugui JB, Stephenson R, Muennig P. Intimate partner violence and current tobacco smoking in low- to middle-income countries: Individual participant meta-analysis of 231,892 women of reproductive age. *Glob Public Health*. 2014;9(5):570–8.
161. Dufort M, Stenbacka M, Gumpert CH. Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden. *Eur J Public Health*. 2015 Jun;25(3):413–8.
162. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K, et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2014 Mar;109(3):379–91.

163. Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R, Tomasetti C, Iasevoli F, Fornaro M, et al. Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates. *Front Psychiatry*. 2016;7.
164. Liu J, Fang Y, Gong J, Cui X, Meng T, Xiao B, et al. Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017 Oct 1;220:147–55.
165. Li L, Shen X, Zeng G, Huang H, Chen Z, Yang J, et al. Sexual violence against women remains problematic and highly prevalent around the world. *BMC Womens Health*. 2023 Apr 26;23:196.
166. Gerrmann J, Boeschoten M, Nijdam MJ, van der Aa N, Eidhof MB, Hoeboer CM, et al. Psychometric evaluation of the Dutch International Trauma Questionnaire for the 11th revision of the International Classification of Diseases posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Psychol Trauma*. 2023 Nov 2;
167. Fresno A, Ramos Alvarado N, Núñez D, Ulloa JL, Arriagada J, Cloitre M, et al. Initial validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a sample of Chilean adults. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;14(2):2263313.
168. McGinty G, Fox R, Hyland P. Assessing prevalence, validity, and correlates of ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in Ireland. *Psychol Trauma*. 2023 Apr 24;
169. Rivest-Beauregard M, Brunet A, Gaston L, Al Joboory S, Trousselard M, Simson JP, et al. The clinician-administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) structured interview for PTSD: A French language validation study. *Psychol Assess*. 2022 Mar;34(3):e26–31.
170. Moussaoui D, Grover SR. The Association between Childhood Adversity and Risk of Dysmenorrhea, Pelvic Pain, and Dyspareunia in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2022 Oct;35(5):567–74.
171. Ankerstjerne LBS, Laizer SN, Andreasen K, Normann AK, Wu C, Linde DS, et al. Landscaping the evidence of intimate partner violence and postpartum depression: a systematic review. *BMJ Open*. 2022 May;12(5):e051426.
172. O’Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 2015 Jul 22 [cited 2024 Apr 30];2015(8). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007007.pub3>
173. García-Moreno C, Hegarty K, d’Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015 Apr 18;385(9977):1567–79.
174. MacMillan HL. Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings: A Randomized Trial. *JAMA*. 2009 Aug 5;302(5):493.

175. Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Brown S, Valpied J, et al. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*. 2013 Jul;382(9888):249–58.
176. Klevens J, Kee R, Trick W, Garcia D, Angulo FR, Jones R, et al. Effect of screening for partner violence on women's quality of life: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2012 Aug 15;308(7):681–9.
177. Klevens J, Sadowski LS, Kee R, Garcia D, Lokey C. Effect of Screening for Partner Violence on Use of Health Services at 3-Year Follow-up of a Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2015 Aug 4;314(5):515–6.
178. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med*. 2012 Jun 5;156(11):796–808, W-279, W-280, W-281, W-282.
179. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. *JAMA*. 2018 Oct 23;320(16):1678–87.
180. Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, et al. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet*. 2003 Jun 21;361(9375):2107–13.
181. Tower LE. Barriers in Screening Women for Domestic Violence: A Survey of Social Workers, Family Practitioners, and Obstetrician–Gynecologists. *J Fam Viol*. 2006 May 1;21(4):245–57.
182. Violence against women: an EU-wide survey main results. Vienna, Austria: FRA, European Union Agency for Fundamental Rights; 2014.
183. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, et al. Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. *Women & Health*. 2012 Aug;52(6):587–605.
184. Lu C, Georgousopoulou E, Baloch S, Walton-Sonda D, Hegarty K, Sethna F, et al. A supp Identifying the barriers faced by obstetricians and registrars in screening or enquiry of intimate partner violence in pregnancy: A systematic review of the primary evidence. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2023 Oct 2;
185. UK National Screening Committee. Partner violence [Internet]. 2019 [cited 2024 May 12]. Available from: <https://view-health-screening-recommendations.service.gov.uk/partner-violence/>
186. Stanhope KK, Goebel A, Simmonds M, Timi P, Das S, Immanuelle A, et al. The impact of screening for social risks on OBGYN patients and providers: A systematic review of current evidence and key gaps. *J Natl Med Assoc*. 2023 Aug;115(4):405–20.
187. Haute Autorité de santé. Recommandation de bonnes pratiques. Repérage des violences au sein du couple. Saint Denis La Plaine: HAS; 2019 p. 164.

188. Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants. Les conclusions intermédiaires - CIIVISE Commission Inceste [Internet]. CIIVISE; 2022 [cited 2024 Jun 9] p. 81. Available from: <https://www.ciivise.fr/les-conclusions-intermediaires/>
189. Article R4127-76 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cited 2024 May 8]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912948/2023-06-27/
190. Article R4127-333 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cited 2024 May 8]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913134/2010-06-28
191. Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 2011 [cited 2024 May 8] p. 32. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences
192. Huang C, Hill A, Miller E, Soudi A, Flick D, Buranosky R, et al. “Are You Safe at Home?”: Clinician’s Assessments for Intimate Partner Violence at the Initial Obstetric Visit. *Violence Against Women*. 2023 Feb;29(2):185–201.
193. Hussain N, Sprague S, Madden K, Hussain FN, Pindiprolu B, Bhandari M. A comparison of the types of screening tool administration methods used for the detection of intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2015 Jan;16(1):60–9.
194. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2009 May;36(5):439-445.e4.
195. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt LA, Worster A, et al. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 2006 Aug 2;296(5):530–6.
196. Iskandar L, Braun KL, Katz AR. Testing the Woman Abuse Screening Tool to Identify Intimate Partner Violence in Indonesia. *J Interpers Violence*. 2015 Apr;30(7):1208–25.
197. Guiguet-Auclair C, Boyer B, Djabour K, Ninert M, Verneret-Bord E, Vendittelli F, et al. Validation of the French Women Abuse Screening Tool to routinely identify intimate partner violence. *Eur J Public Health*. 2021 Oct 26;31(5):1064–9.
198. Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Artazcoz L, Martín-Baena D, Royo-Marqués M, Vanaclocha-Espí M. Validity and Reliability of the Spanish Version of the “Abuse Assessment Screen” among Pregnant Women. *Public Health Nurs*. 2016 May;33(3):264–72.
199. Drexler KA, Quist-Nelson J, Weil AB. Intimate partner violence and trauma-informed care in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2021 Dec 3;4(2):100542.

200. Lutgendorf MA. Intimate Partner Violence and Women's Health. *Obstet Gynecol.* 2019 Sep;134(3):470–80.
201. Hegarty K, Fracgp null, Bush R, Sheehan M. The composite abuse scale: further development and assessment of reliability and validity of a multidimensional partner abuse measure in clinical settings. *Violence Vict.* 2005 Oct;20(5):529–47.
202. Ford-Gilboe M, Wathen CN, Varcoe C, MacMillan HL, Scott-Storey K, Mantler T, et al. Development of a brief measure of intimate partner violence experiences: the Composite Abuse Scale (Revised)-Short Form (CASR-SF). *BMJ Open.* 2016 Dec 7;6(12):e012824.
203. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998 May;14(4):245–58.
204. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics.* 2003 Mar;111(3):564–72.
205. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2003 Feb;27(2):169–90.
206. Wingenfeld K, Schäfer I, Terfehr K, Grabski H, Driessen M, Grabe H, et al. [The reliable, valid and economic assessment of early traumatization: first psychometric characteristics of the German version of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE)]. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2011 Jan;61(1):e10-14.
207. Oláh B, Fekete Z, Kuritárné Szabó I, Kovács-Tóth B. Validity and reliability of the 10-Item Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-10) among adolescents in the child welfare system. *Front Public Health.* 2023;11:1258798.
208. Stefani A, Mavridou A, Chatziioannidis S, Bozikas VP, Agorastos A. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Greek translation and psychometric validation in general and clinical population. *Psychiatriki.* 2024 Feb 27;
209. Kang JA, Gottlieb AS, Raker CA, Aneja SS, Boardman LA. Interpersonal violence screening for ambulatory gynecology patients. *Obstet Gynecol.* 2010 Jun;115(6):1159–65.
210. Jones KM, Carter MM, Bianchi AL, Zeglin RJ, Schulkin J. Obstetrician-gynecologist and patient factors associated with intimate partner violence screening in a clinical setting. *Women Health.* 2020 Oct;60(9):1000–13.
211. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and Conducting Mixed Methods Research.* SAGE; 2011. 489 p.
212. World health organization. Violence against women [Internet]. [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

213. Shen X, Dong H, Jiang H, Cao H, Dowling R, Feng J, et al. The global prevalence of sexual violence against pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *Women Health*. 2022 Jan;62(1):37–45.
214. Mead JS, Pollack CC, Paris AE, Emeny RT, Puleo RA, St Ivany AR. Obstetric Outcomes Among Women With a History of Intimate Partner Violence in the United States. *Obstet Gynecol*. 2023 Jul 1;142(1):80–9.
215. Musa A, Chojenta C, Geleto A, Loxton D. The associations between intimate partner violence and maternal health care service utilization: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*. 2019 Feb 26;19(1):36.
216. Jamieson B. Exposure to Interpersonal Violence During Pregnancy and Its Association with Women’s Prenatal Care Utilization: A Meta-Analytic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2020 Dec;21(5):904–21.
217. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et de l’adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 2019 [cited 2024 Apr 30] p. 8. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
218. Haute Autorité de santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Synthèse [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 2014 [cited 2024 Apr 30] p. 34. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage
219. Williams JH, Carter SM. An empirical study of the “underscreened” in organised cervical screening: experts focus on increasing opportunity as a way of reducing differences in screening rates. *BMC Med Ethics*. 2016 Oct 6;17(1):56.
220. Holt HK, Sawaya GF, El Ayadi AM, Henderson JT, Rocca CH, Westhoff CL, et al. Delayed Visits for Contraception Due to Concerns Regarding Pelvic Examination Among Women with History of Intimate Partner Violence. *J Gen Intern Med*. 2021;36(7):1883.
221. Razi T, Walfisch A, Sheiner E, Abd Elrahim L, Zahalka S, Abdallah A, et al. #metoo? The association between sexual violence history and parturients’ gynecological health and mental well-being. *Arch Gynecol Obstet*. 2021 Aug;304(2):385–93.
222. Olesen SC, Butterworth P, Jacomb P, Tait RJ. Personal factors influence use of cervical cancer screening services: epidemiological survey and linked administrative data address the limitations of previous research. *BMC Health Serv Res*. 2012 Feb 14;12:34.
223. Danan ER, Brunner J, Bergman A, Spoont M, Chanfreau C, Canelo I, et al. The Relationship Between Sexual Assault History and Cervical Cancer Screening Completion Among Women Veterans in the Veterans Health Administration. *J Womens Health (Larchmt)*. 2022 Jul;31(7):1040–7.

224. Guha A, Luebbers S, Papalia N, Ogloff JRP. Long-term healthcare utilisation following child sex abuse: A follow-up study utilising five years of medical data. *Child Abuse Negl.* 2020 Aug;106:104538.
225. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU wide survey: survey methodology, sample and fieldwork: technical report. [Internet]. Publications Office; 2014 [cited 2024 Apr 30] p. 193. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2811/67959>
226. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet.* 2007 Oct 20;370(9596):1453–7.
227. World health organization. Devastatingly pervasive: 1 in 3 women globally experience violence [Internet]. [cited 2024 Apr 30]. Available from: <https://www.who.int/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>
228. Qu X, Shen X, Xia R, Wu J, Lao Y, Chen M, et al. The prevalence of sexual violence against female children: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2022 Sep;131:105764.
229. Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet.* 2014 May 10;383(9929):1648–54.
230. Weiss J, Steil R, Priebe K, Lindauer P, Kleindienst N, Fydrich T, et al. Sexual Dysfunctions in Women with Posttraumatic Stress Disorder Following Childhood Sexual Abuse: Prevalence Rates According to DSM-5 and Clinical Correlates. *Arch Sex Behav.* 2023 Nov;52(8):3365–78.
231. Millon EM, Chang HYM, Shors TJ. Stressful Life Memories Relate to Ruminative Thoughts in Women With Sexual Violence History, Irrespective of PTSD. *Front Psychiatry.* 2018;9:311.
232. Ackerson K. A History of Interpersonal Trauma and the Gynecological Exam. *Qual Health Res.* 2012 May;22(5):679–88.
233. Meier S, Brig K, Delay C, Sundstrom B, Schwab-Reese L, DeMaria AL. “I’m More Open to Talking About It”: Women’s Experiences with Sexual Abuse and Reproductive Health. *J Interpers Violence.* 2021 Dec 1;36(23–24):NP13136–61.
234. Cinelli H, Lelong N, Le Ray C, ENP2021 Study group. Rapport de l’Enquête Nationale Périnatale 2021 en France métropolitaine : Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016. Inserm; 2022 p. 293.
235. Stamatakis CE, Sumner SA, Massetti G, Kress H, Basile KC, Marcelin LH, et al. Sexual Violence Prevalence and Related Pregnancy Among Girls and Young Women: A Multicountry Analysis. *J Interpers Violence.* 2022 Feb;37(3–4):NP2428–41.

236. De Schrijver L, Vander Beken T, Krahe B, Keynaert I. Prevalence of Sexual Violence in Migrants, Applicants for International Protection, and Refugees in Europe: A Critical Interpretive Synthesis of the Evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Sep 11;15(9):1979.
237. Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, et al. The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Curr*. 2014 Mar 18;6:ecurrents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.
238. Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Mills EJ, editor. *PLoS Med*. 2014 Jan 7;11(1):e1001581.
239. Hawcroft C, Hughes R, Shaheen A, Usta J, Elkadi H, Dalton T, et al. Prevalence and health outcomes of domestic violence amongst clinical populations in Arab countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2019 Dec;19(1):315.
240. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HAFM, Heise L, Ellsberg M, Watts C, et al. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 Jan;120(1):3–9.
241. Flaathen EME, Lukasse M, Cvancarova Småstuen M, Garnweidner-Holme L, Henriksen L. Intimate partner violence and the association of pregnancy intendedness - A cross-sectional study in southeastern Norway. *Sex Reprod Healthc*. 2021 Sep;29:100651.
242. Öberg M, Stenson K, Skalkidou A, Heimer G. Prevalence of intimate partner violence among women seeking termination of pregnancy compared to women seeking contraceptive counseling. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014 Jan;93(1):45–51.
243. Davis KC, Stappenbeck CA, Masters NT, George WH. Young Women's Experiences with Coercive and Noncoercive Condom Use Resistance: Examination of an Understudied Sexual Risk Behavior. *Womens Health Issues*. 2019;29(3):231–7.
244. Aztlan-James EA, McLemore M, Taylor D. Multiple Unintended Pregnancies in U.S. Women: A Systematic Review. *Womens Health Issues*. 2017;27(4):407–13.
245. Haddad S, Arnaud A, Maurice S, Pueyo S. Healthcare itinerary of women undergoing an abortion according to their vulnerability. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2018 Oct 1;47(8):371–7.
246. World Health Organization. Human rights [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 30]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/human-rights>
247. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization. The Right to Health [Internet]. Genève; 2008 [cited 2024 Apr 30] p. 45. Report No.: 31. Available from: <https://www.ohchr.org/en/publications/factsheets/fact-sheet-no-31-right-health>

248. Kuroki LM, Massad LS, Woolfolk C, Thompson T, McQueen A, Kreuter MW. Cervical cancer risk and screening among women seeking assistance with basic needs. *Am J Obstet Gynecol*. 2021 Apr;224(4):368.e1-368.e8.
249. McKenney KM, Martinez NG, Yee LM. Patient Navigation Across the Spectrum of Women's Health Care in the U.S. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Mar;218(3):280–6.
250. Charron E, Tahsin F, Balto R, Eichelberger KY, Dickes L, Simonsen SE, et al. Provider Perspectives of Barriers to Contraceptive Access and Use among Women with Substance Use Disorders. *Womens Health Issues*. 2022;32(2):165–72.
251. Paynter M, Pinzón Hernández P, Heggie C, McKibbin S, Munro S. Abortion and contraception for incarcerated people: A scoping review. *PLoS One*. 2023;18(3):e0281481.
252. Routh D, Simmons R, Sanders J, Gero A, Tanner HA, Turok DK. Building an implementation framework to address unmet contraceptive care needs in a carceral setting: a systematic review. *Health Justice*. 2023 Oct 20;11(1):43.
253. Prosman GJ, Lo Fo Wong SH, Bulte E, Lagro-Janssen ALM. Healthcare utilization by abused women: A case control study. *Eur J Gen Pract*. 2012 Jun;18(2):107–13.
254. White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wahlich C, Montesinos Guevara CM, et al. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2023 Feb 24;15248380231155529.
255. Goemans SL, Singh A, Yadav AK, McDougal L, Raj A, Averbach SH. The association between intimate partner violence and recent self-managed abortion in India. *AJOG Glob Rep*. 2021 Nov;1(4):100029.
256. Clark LE, Allen RH, Goyal V, Raker C, Gottlieb AS. Reproductive coercion and co-occurring intimate partner violence in obstetrics and gynecology patients. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Jan;210(1):42.e1-8.
257. Chibber KS, Biggs MA, Roberts SCM, Foster DG. The role of intimate partners in women's reasons for seeking abortion. *Womens Health Issues*. 2014;24(1):e131-138.
258. Saftlas AF, Wallis AB, Shochet T, Harland KK, Dickey P, Peek-Asa C. Prevalence of intimate partner violence among an abortion clinic population. *Am J Public Health*. 2010 Aug;100(8):1412–5.
259. Ely GE, Otis MD. An examination of intimate partner violence and psychological stressors in adult abortion patients. *J Interpers Violence*. 2011 Nov;26(16):3248–66.
260. Ellsberg M, Heise L. Bearing witness: ethics in domestic violence research. *The Lancet*. 2002 May 4;359(9317):1599–604.
261. Ellsberg M, Heise L. Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists [Internet]. WHO; 2005 [cited 2024 Apr 30] p. 94. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9241546476>

262. Weitz TA, O'Donnell J. The Challenges in Measurement for Abortion Access and Use in Research Post-Dobbs. *Womens Health Issues*. 2023;33(4):323–7.
263. Sabloak T, Ryan I, Nahi S, Eucalitto P, Simon MA, Premkumar A. Intimate Partner Violence Detected during Abortion-Related Visits: A Systematic Review of Screenings and Interventions. *Am J Perinatol*. 2024 Feb 16;
264. Leeners B, Stiller R, Block E, Görres G, Imthurn B, Rath W. Effect of Childhood Sexual Abuse on Gynecologic Care as an Adult. *J Psychosom Res*. 2007 Sep;48(5):385–93.
265. Thomas DR. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*. 2006 Jun 1;27(2):237–46.
266. Braun V, Clarke V. Is thematic analysis used well in health psychology? A critical review of published research, with recommendations for quality practice and reporting. *Health Psychol Rev*. 2023 Jan 19;1–24.
267. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia Trachomatis [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 2018 [cited 2024 Apr 30] p. 188. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-desinfections-a-chlamydia-trachomatis
268. Nguyen GT, Cronholm PF. The Annual Pelvic Examination: Preventive Time Not Well Spent. *AFP*. 2013 Jan 1;87(1):8–9.
269. Sawaya GF. Re-envisioning the Annual Well-Woman Visit: The Task Forward. *Obstetrics & Gynecology*. 2015 Oct;126(4):695–6.
270. Cappiello J, Levi A. The Annual Gynecologic Examination Updated for the 21st Century. *Nurs Womens Health*. 2016;20(3):315–9.
271. Robohm JS, Bутtenheim M. The gynecological care experience of adult survivors of childhood sexual abuse: a preliminary investigation. *Women Health*. 1996;24(3):59–75.
272. Güneş G, Karaçam Z. The feeling of discomfort during vaginal examination, history of abuse and sexual abuse and post-traumatic stress disorder in women. *J Clin Nurs*. 2017 Aug;26(15–16):2362–71.
273. Weitlauf JC, Finney JW, Ruzek JI, Lee TT, Thrailkill A, Jones S, et al. Distress and Pain During Pelvic Examinations: Effect of Sexual Violence. *Obstet Gynecol*. 2008 Dec;112(6):1343–50.
274. Weitlauf JC, Frayne SM, Finney JW, Moos RH, Jones S, Hu K, et al. Sexual Violence, Posttraumatic Stress Disorder, and the Pelvic Examination: How Do Beliefs About the Safety, Necessity, and Utility of the Examination Influence Patient Experiences? *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 Jul 1;19(7):1271–80.
275. Swahnberg K, Wijma B, Siwe K. Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011 Aug;157(2):200–5.

276. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec;19(6):349–57.
277. Swahnberg K, Wijma B, Wingren G, Hilden M, Schei B. Women’s perceived experiences of abuse in the health care system: their relationship to childhood abuse. *BJOG*. 2004 Dec;111(12):1429–36.
278. O’Neil A, Sojo V, Fileborn B, Scovelle AJ, Milner A. The #MeToo movement: an opportunity in public health? *Lancet*. 2018 Jun 30;391(10140):2587–9.
279. Mendes K, Ringrose J, Keller J. #MeToo and the promise and pitfalls of challenging rape culture through digital feminist activism. *European Journal of Women’s Studies*. 2018 May 1;25:236–46.
280. O’Halloran O, Cook N. Breaking the silence: exploring women’s experiences of participating in the #MeToo movement. *Feminist Media Studies*. 2023 Jul 3;0(0):1–15.
281. Barnes M, Szilassy E, Herbert A, Heron J, Feder G, Fraser A, et al. Being silenced, loneliness and being heard: understanding pathways to intimate partner violence & abuse in young adults. a mixed-methods study. *BMC Public Health*. 2022 Aug 17;22(1):1562.
282. Brits B, Walker-Williams H, Fouché A. Experiences of Women Survivors of Childhood Sexual Abuse in Relation to Nonsupportive Significant Adults: A Scoping Review. *Trauma Violence Abuse*. 2022 Oct;23(4):1027–47.
283. Côté PB, Flynn C, Dubé K, Fernet M, Maheu J, Gosselin-Pelerin A, et al. “It Made Me so Vulnerable”: Victim-blaming and Disbelief of Child Sexual Abuse as Triggers of Social Exclusion Leading Women to Homelessness. *J Child Sex Abus*. 2022;31(2):177–95.
284. Dardis CM, Davin KR, Lietzau SB, Gidycz CA. Disclosing Unwanted Pursuit Victimization: Indirect Effects of Negative Reactions on PTSD Symptomatology Among Undergraduate Women. *J Interpers Violence*. 2021 Nov;36(21–22):10431–53.
285. Reich CM, Pegel GA, Johnson AB. Are Survivors of Sexual Assault Blamed More Than Victims of Other Crimes? *J Interpers Violence*. 2022 Oct;37(19–20):NP18394–416.
286. Silva T, Agampodi T, Evans M, Knipe D, Rathnayake A, Rajapakse T. Barriers to help-seeking from healthcare professionals amongst women who experience domestic violence - a qualitative study in Sri Lanka. *BMC Public Health*. 2022 Apr 11;22(1):721.
287. Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women’s experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort: Discomfort during gynecologic examination. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003 Nov;82(11):1030–6.
288. Leeners B, Richter-Appelt H, Imthurn B, Rath W. Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *J Psychosom Res*. 2006 Aug 1;61(2):139–51.

289. Lemieux S, Tourigny M, Joly J, Baril K, Séguin M. [Characteristics associated with depression and post-traumatic stress disorder among childhood sexual abuse women]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2019 Sep;67(5):285–94.
290. Embersin-Kyprianou C, Yermachenko A, Massari V, El-Khoury-Lesueur F, Melchior M. Aenlever pas violences [Unexpected pregnancy, experience of sexual violence and contraception among women who use cannabis or other illegal substance in the Great Paris Region: Data from the 2016 Health Barometer]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2020 Feb;68(1):9–15.
291. Moulding N. “It Wasn’t About Being Slim”: Understanding Eating Disorders in the Context of Abuse. *Violence Against Women*. 2015 Dec;21(12):1456–80.
292. Creswell JW, Zhang W. The application of mixed methods designs to trauma research. *J Trauma Stress*. 2009 Dec;22(6):612–21.
293. Dheensa S, McLindon E, Spencer C, Pereira S, Shrestha S, Emsley E, et al. Healthcare Professionals’ Own Experiences of Domestic Violence and Abuse: A Meta-Analysis of Prevalence and Systematic Review of Risk Markers and Consequences. *Trauma Violence Abuse*. 2023 Jul;24(3):1282–99.
294. Rowlands S, Walker S. Reproductive control by others: means, perpetrators and effects. *BMJ Sex Reprod Health*. 2019 Jan;45(1):61–7.
295. Pike GK. Coerced Abortion - The Neglected Face of Reproductive Coercion. *New Bioeth*. 2023 Jun;29(2):85–107.
296. American College of Obstetricians and Gynecologists. Updated Cervical Cancer Screening Guidelines. 2021 [cited 2024 May 31]; Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/04/updated-cervical-cancer-screening-guidelines>
297. Maxwell L, Devries K, Zions D, Alhusen JL, Campbell J. Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women’s Use of Contraception: A Systematic Review and Meta-Analysis. Xia Y, editor. *PLoS ONE*. 2015 Feb 18;10(2):e0118234.
298. Farley M, Golding JM, Minkoff JR. Is a history of trauma associated with a reduced likelihood of cervical cancer screening? *J Fam Pract*. 2002 Oct;51(10):827–31.
299. Reeves E. A synthesis of the literature on trauma-informed care. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36(9):698–709.
300. Schnur JB, Chaplin WF, Khurshid K, Mogavero JN, Goldsmith RE, Lee YS, et al. Development of the Healthcare Triggering Questionnaire in adult sexual abuse survivors. *Psychol Trauma*. 2017 Nov;9(6):714–22.
301. Huber JD, Pukall CF, Boyer SC, Reissing ED, Chamberlain SM. “Just relax”: physicians’ experiences with women who are difficult or impossible to examine gynecologically. *J Sex Med*. 2009 Mar;6(3):791–9.

302. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;372:n71.
303. Wells G, Shea B, O'Connell J. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for Assessing The Quality of Nonrandomised Studies in Meta-analyses. Ottawa Health Research Institute Web site. 2014 Jan 1;7.
304. Herzog R, Álvarez-Pasquin MJ, Díaz C, Del Barrio JL, Estrada JM, Gil Á. Are healthcare workers' intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? a systematic review. *BMC Public Health*. 2013 Feb 19;13:154.
305. Cochrane Methods. Risk of bias tools - RoB 2 for cluster-randomized trials [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 23]. Available from: <https://sites.google.com/site/riskofbiastool/welcome/rob-2-0-tool/rob-2-for-cluster-randomized-trials>
306. Campbell M, McKenzie JE, Sowden A, Katikireddi SV, Brennan SE, Ellis S, et al. Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: reporting guideline. *BMJ*. 2020 Jan 16;368:l6890.
307. Berger L, Tuschy B, Stefanovic S, Yen K, Weiss C, Sütterlin M, et al. Forensic Medical Examination After Sexual Violence: Implications Based on Victims' Perceptions. *In Vivo*. 2023;37(2):848–57.
308. Khan CT, Greene CJ, Strauss JL, Spiegel D, Weitlauf JC. A New Perspective on Distress During the Pelvic Examination: The Role of Traumatic Hyperarousal in Women with Histories of Sexual Violence. *Violence Gend*. 2014 Sep;1(3):117–23.
309. Lee TT, Westrup DA, Ruzek JI, Keller J, Weitlauf JC. Impact of clinician gender on examination anxiety among female veterans with sexual trauma: a pilot study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2007 Nov;16(9):1291–9.
310. Marks S, Lamb R, Tzioumi D. Do no more harm: the psychological stress of the medical examination for alleged child sexual abuse. *J Paediatr Child Health*. 2008;45(3):125–32.
311. Scribano PV, Hornor G, Rhoda D, Curran S, Stevens J. Multi-informant assessment of anxiety regarding ano-genital examinations for suspected child sexual abuse (CSA). *Child Abuse Negl*. 2010 Aug;34(8):602–9.
312. Bagwell-Gray ME, Ramaswamy M. Cervical Cancer Screening and Prevention among Survivors of Intimate Partner Violence. *Health Soc Work*. 2022 Apr 13;47(2):102–12.
313. Cadman L, Waller J, Ashdown-Barr L, Szarewski A. Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2012 Oct;38(4):214–20.
314. Denis C, Seyller M, Chariot P. Expectations and perceptions of care among victims of sexual assault who first seek care from emergency, primary care and gynaecological doctors. *Emerg Med J*. 2016 Feb;33(2):134–8.

315. Oscarsson MG, Benzein EG, Wijma BE. Reasons for non-attendance at cervical screening as reported by non-attendees in Sweden. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008 Mar;29(1):23–31.
316. Salihu HM, August EM, Salemi JL, Weldeselasse H, Sarro YS, Alio AP. The association between female genital mutilation and intimate partner violence. *BJOG*. 2012 Dec;119(13):1597–605.
317. Younas F, Gutman LM. “All you Gain is Pain and Sorrow”: Facilitators and Barriers to the Prevention of Female Genital Mutilation in High-income Countries. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2024 Feb 16;15248380241229744.
318. Davidsson J, Benjaminsson G, Wijma B, Swahnberg K. Association between experiencing rape, police reporting, and self-reported health among women visiting three gynecology clinics in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(9):1000–5.
319. Coleman JN, Arthur SS, Shelby RA. Psychological distress and pain related to gynecologic exams among female survivors of sexual and physical violence: A systematic review. *J Trauma Stress*. 2024 Apr;37(2):217–30.
320. Hilden M, Schei B, Swahnberg K, Halmesmäki E, Langhoff-Roos J, Offerdal K, et al. A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *BJOG*. 2004 Oct;111(10):1121–7.
321. Nelson EJ, Maynard BR, Loux T, Fatla J, Gordon R, Arnold LD. The acceptability of self-sampled screening for HPV DNA: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2017 Feb;93(1):56–61.
322. Smith MS, Smith MT. A Stimulus Control Intervention in the Gynecological Exam with Sexual Abuse Survivors. *Women Health*. 2000 May 22;30(2):39–51.
323. Mears CJ, Heflin AH, Finkel MA, Deblinger E, Steer RA. Adolescents’ responses to sexual abuse evaluation including the use of video colposcopy. *J Adolesc Health*. 2003 Jul;33(1):18–24.
324. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 825: Caring for Patients Who Have Experienced Trauma-. 2021 [cited 2024 Jun 23]; Available from: <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2021/04/caring-for-patients-who-have-experienced-trauma>
325. Ross WT, Snyder B, Stuckey H, Ross IR, McCall-Hosenfeld J, Harkins GJ, et al. Gynaecological care of women with chronic pelvic pain: Patient perspectives and care preferences. *BJOG*. 2023 Apr;130(5):476–84.
326. Chor J, Garcia-Ricketts S, Young D, Hebert LE, Hasselbacher LA, Gilliam ML. Well-woman Care Barriers and Facilitators of Low-income Women Obtaining Induced Abortion after the Affordable Care Act. *Womens Health Issues*. 2018;28(5):387–92.
327. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191–208.

328. Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *J Sex Marital Ther.* 2002;28(4):317–30.
329. Derogatis L, Clayton A, Lewis-D'Agostino D, Wunderlich G, Fu Y. Validation of the female sexual distress scale-revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med.* 2008 Feb;5(2):357–64.
330. Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence Against Women from Different Relationship Contexts and Health Care Utilization in Spain. *Women's Health Issues.* 2011 Sep 1;21(5):400–6.
331. Delcher C, Bae J, Wang Y, Doung M, Fink DS, Young HW. Defining “Doctor Shopping” with Dispensing Data: A Scoping Review. *Pain Med.* 2022 Jul 1;23(7):1323–32.
332. Lapane KL, Khan S, Shridharmurthy D, Beccia A, Dubé C, Yi E, et al. Primary care physician perspectives on barriers to diagnosing axial Spondyloarthritis: a qualitative study. *BMC Family Practice.* 2020;21.
333. Dubin A. Elucidating the Cause of Pelvic Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2018 Nov;29(4):777–82.
334. Gallagher TC, Geling O, Comite F. Use of multiple providers for regular care and women's receipt of hormone replacement therapy counseling. *Med Care.* 2001 Oct;39(10):1086–96.
335. Buchet D. Du contrôle des pauvres à la maîtrise des risques. Les CAF et leurs usagers. *Informations sociales.* 2005;126(6):40–7.
336. Planche M. L'errance des mères : du tri entre les situations aux registres de justification des orientations dans un contexte de maternité. *Pensée plurielle.* 2014;35(1):101–12.
337. Lausberg S. Violences obstétricales, un enjeu de la lutte contre les violences envers les femmes. *Périnatalité.* 2020;12(4):157–64.
338. Bond JC, Harlow BL, White KO. Care Seeking for Chronic Vulvar Pain Among a Large, Population-Based Sample of Reproductive-Aged Women. *J Womens Health (Larchmt).* 2022 Apr;31(4):513–20.
339. Harlow BL, Kunitz CG, Nguyen RHN, Rydell SA, Turner RM, MacLehose RF. Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia: population-based estimates from 2 geographic regions. *Am J Obstet Gynecol.* 2014 Jan;210(1):40.e1-8.
340. Swahnberg K, Schei B, Hilden M, Halmesmäki E, Sidenius K, Steingrimsdottir T, et al. Patients' experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(3):349–56.
341. World health organization. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018 [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550215>

342. World health organization. New evidence shows significant mistreatment of women during childbirth [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://medicalxpress.com/news/2019-10-evidence-mistreatment-women-childbirth.html#:~:text=New%20evidence%20from%20a%20World%20Health%20Organization%20%28WHO%29-led,women%20experience%20mistreatment%20during%20childbirth%20in%20health%20facilities.>
343. World health organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth [Internet]. 2014 [cited 2024 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-RHR-14.23>
344. Zampas C, Amin A, O'Hanlon L, Bjerregaard A, Mehrtash H, Khosla R, et al. Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth. *Health Hum Rights*. 2020 Jun;22(1):251–64.
345. Lappeman M, Swartz L. How Gentle Must Violence Against Women Be in Order to Not Be Violent? Rethinking the Word “Violence” in Obstetric Settings. *Violence Against Women*. 2021 Jun;27(8):987–1000.
346. Chadwick R. The Dangers of Minimizing Obstetric Violence. *Violence Against Women*. 2023 Jul;29(9):1899–908.
347. Salter CL, Olaniyan A, Mendez DD, Chang JC. Naming Silence and Inadequate Obstetric Care as Obstetric Violence is a Necessary Step for Change. *Violence Against Women*. 2021 Jun;27(8):1019–27.
348. Kassa ZY, Tsegaye B, Abeje A. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth at health facilities in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Int Health Hum Rights*. 2020 Sep 7;20(1):23.
349. Ishola F, Owolabi O, Filippi V. Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. *PLoS One*. 2017;12(3):e0174084.
350. Mengesha MB, Desta AG, Maeruf H, Hidru HD. Disrespect and Abuse during Childbirth in Ethiopia: A Systematic Review. *Biomed Res Int*. 2020;2020:8186070.
351. Jungari S, Sharma B, Wagh D. Beyond Maternal Mortality: A Systematic Review of Evidences on Mistreatment and Disrespect During Childbirth in Health Facilities in India. *Trauma Violence Abuse*. 2021 Oct;22(4):739–51.
352. Shrivastava S, Sivakami M. Evidence of “obstetric violence” in India: an integrative review. *J Biosoc Sci*. 2020 Jul;52(4):610–28.
353. Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman LP. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy Plan*. 2018 Jan 1;33(1):e26–33.
354. Okafor II, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015 Feb;128(2):110–3.

355. O'Brien E, Rich M. Obstetric violence in historical perspective. *Lancet*. 2022 Jun 11;399(10342):2183–5.
356. Azcué M, Tain L. L'émergence du concept de « violence obstétricale » : l'impact du mouvement féministe: *Santé Publique*. 2022 Mar 11;Vol. 33(5):635–43.
357. Vuille Marilène. Le respect dans les soins gynécologiques : un enjeu de mobilisation féministe. *Chronique féministe*. 2016;5–7.
358. Froidevaux-Metterie C. Le féminisme et le corps des femmes. *Pouvoirs*. 2020;N° 173(2):63.
359. Zaparty J. Faut-il en découdre avec le « point du mari » ? *Libération* [Internet]. 2014 [cited 2024 Jun 10]; Available from: https://www.liberation.fr/sexe/2014/05/06/faut-il-en-decoudre-avec-le-point-du-mari_1011897/
360. Jeantet D. Derrière le « point du mari », le traumatisme de l'épisiotomie. *Le Monde.fr* [Internet]. 2014 Apr 18 [cited 2024 Jun 10]; Available from: https://www.lemonde.fr/sante/article/2014/04/18/derriere-le-point-du-mari-le-traumatisme-de-l-episiotomie_4403470_1651302.html
361. D'Ercole C, Debillon T, Deneux-Tharoux C, Dupont C. Communiqué de presse : violences obstétricales, écoute et évolution des pratiques, une dynamique permanente. Lyon, le 19 octobre 2017. *Revue de Médecine Périnatale*. 2017;9(4):197–8.
362. Hemmerlé L. Violences gynécologiques : pour la secrétaire générale du syndicat des gynécos, “le problème, c'est l'attirance” entre médecins et patientes. *France info* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jun 10]; Available from: https://www.francetvinfo.fr/societe/droits-des-femmes/violences-gynecologiques-pour-la-secretaire-generale-du-syndicat-des-gynecos-le-probleme-c-est-l-attirance-entre-medecins-et-patientes_2826249.html
363. Hache C. Des touchers vaginaux sur des patientes endormies: “C'était pour apprendre” - *L'Express*. *L'Express*. 2015 [cited 2024 Jun 10]; Available from: https://www.lexpress.fr/sciences-sante/sante/des-touchers-vaginaux-sur-des-patients-endormis-c-etait-pour-apprendre_1730426.html
364. Bouet PE, Jeanneteau P, Legendre G, El Hachem H, Richard I, Granry JC, et al. [Training of medical students for pelvic examination: Benefits of teaching on anatomic models]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016 Sep;45(7):679–84.
365. Chervenak FA, McLeod-Sordjan R, Pollet SL, DE Four Jones M, Gordon MR, Combs A, et al. Obstetric Violence is a Misnomer. *Am J Obstet Gynecol*. 2023 Oct 6;S0002-9378(23)00732-9.
366. Ayres-de-Campos D, Louwen F, Vivilaki V, Benedetto C, Modi N, Wielgos M, et al. European Association of Perinatal Medicine (EAPM), European Board and College of Obstetricians and Gynaecologists (EBCOG), European Midwives Association (EMA). Joint position statement: Substandard and disrespectful care in labour - because words matter. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2024 Feb 29;296:205–7.

367. Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 2017 [cited 2024 Jun 10] p. 47. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
368. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique Prévention de la prématurité spontanée et de ses conséquences. Paris; 2016 p. 608.
369. Haute Autorité de Santé. L'expression abdominale durant la 2ème phase de l'accouchement [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 2007 [cited 2024 Jun 10] p. 10. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_517853/fr/l-expression-abdominale-durant-la-2eme-phase-de-l-accouchement
370. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Prévention et protection périnéale en obstétrique [Internet]. Paris; 2005 [cited 2024 Jun 10] p. 16. Available from: https://cngof.fr/app/pdf/RPC/RPC%20DU%20CNGOF/2018/CNGOF_RPC_2018-PPPO.pdf?x77258
371. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med.* 2015 Jun;12(6):e1001847; discussion e1001847.
372. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal M do C. Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil. *Cien Saude Colet.* 2022 Feb;27(2):483–91.
373. Direction Générale de l'offre de soin. Rapport annuel de l'Observatoire national des violences en milieu de santé [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 10] p. 191. Available from: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2022_donnees_2020-2021_.pdf
374. Rozée V, Schantz C. Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique. *Santé Publique.* 2021;33(5):629–34.
375. Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Paris; 2018 p. 164.
376. Quéré L. Les formes ordinaires du consentement. *Consciences du droit dans la consultation gynécologique. Droit et société.* 2019;N° 102(2):413.
377. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet.* 2002 May;359(9318):1681–5.
378. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques.* 2003;11(3):59.
379. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 19 janvier 2005, 04-84.140, Inédit [Internet]. [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007612409>

380. Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 9 avril 2014, 14-80.867, Inédit [Internet]. Inédit. 2014 [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000029015051>
381. Cour d'appel de Douai, 22 octobre 2008, 08/01605 [Internet]. 2008 [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000020073655>
382. Simon A, Supiot E. Viol gynécologique : « Une perspective d'évolution de la loi pénale mérite d'être réfléchie ». *Le Monde*. 2022 [cited 2024 Jun 10]; Available from: https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/08/06/viol-gynecologique-une-perspective-d-evolution-de-la-loi-penale-merite-d-etre-reflechie_6137333_3232.html
383. Maduraud AL. La Justice mise à l'épreuve par les réseaux sociaux. *Délibérée*. 2020;9(1):41–8.
384. Vanneau V. “La justice au bord du lit conjugal !”. Approche historique et juridique du viol conjugal, XIXe-XXe siècles. In: *Le viol conjugal*. CNRS éditions. Paris; 2019. p. 77–91.
385. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med*. 2006 Jan 9;166(1):22–37.
386. Chariot P. De la preuve à l'écoute. *Libres propos sur l'office des médecins légistes*. *Délibérée*. 2024;21(1):53–8.
387. Chariot P, Duchesne S, Denis C. Speculum use during pelvic examination of women who report sexual assault. *Am J Obstet Gynecol*. 2024 Jun 22;S0002-9378(24)00692-6.
388. Kane D, Kennedy KM, Eogan M. The prevalence of genital injuries in post-pubertal females presenting for forensic examination after reported sexual violence: a systematic review. *Int J Legal Med*. 2024 May;138(3):997–1010.
389. Johansson M, Bero L, Bonfill X, Bruschetti M, Garner S, Glenton C, et al. Cochrane Sustainable Healthcare: evidence for action on too much medicine. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Dec 6;12(12):ED000143.
390. Norby N, Sabu P, Locklear T, Shvygin A, Lara-Torre E, Johnson IM. Incidence of Abnormal Findings During Pelvic Examinations in Women Aged 21-35 Years. *Obstet Gynecol*. 2023 Nov 9;
391. Plantak M, Alter SM, Clayton LM, Hughes PG, Shih RD, Mendiola M, et al. Pelvic Exam Laws in the United States: A Systematic Review. *Am J Law Med*. 2022 Dec;48(4):412–9.
392. Code de la santé publique - Article L1111-4 [Internet]. [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/article-l1111-4>
393. Bonin B. 43. Le consentement et la prise de décision. In: *L'Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin* [Internet]. Paris: Dunod; 2012 [cited

- 2024 Jul 14]. p. 271–5. (Aide-Mémoire). Available from: <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychologie-medicale--9782100570157-p-271.htm>
394. française A. consentir | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition [Internet]. [cited 2024 Jul 27]. Available from: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C3682>
395. Gillet JL. À la recherche du consentement perdu | Cairn.info. Les cahiers de la justice. 2021;659–64.
396. American College of Obstetricians and Gynecologists. Statement on New Florida Law Requiring Written Consent for Pelvic Examinations | [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://www.acog.org/news/news-releases/2020/06/acog-statement-on-new-florida-law-requiring-written-consent-for-pelvic-examinations>
397. Aran FA, Gauchet AL. Méthode et moyens d'exploration de l'utérus et de ses annexes. In: Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes [Internet]. Paris: Labé; 1860 [cited 2024 Apr 5]. p. 36–74. Available from: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5596637n>
398. Courty A. Diagnostic des maladies utérines. In: Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes contenant un appendice sur les maladies du vagin et de la vulve [Internet]. Paris: Asselin, successeur de Béchet jeune et Labé; 1866 [cited 2024 Apr 14]. p. 5–7. Available from: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5674814d>
399. Troussel JFA. Du toucher, De la manière de la pratiquer; de ce qu'il peut faire reconnaître. In: Des Écoulements particuliers aux femmes et plus spécialement de ceux qui sont causés par une maladie du col de la matrice [Internet]. Paris: Béchet et Labé; 1842 [cited 2024 Apr 9]. p. 25–32. Available from: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k56793696>
400. Sinéty L. Moyens d'exploration. In: Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes [Internet]. Paris: Octave Doin; 1879 [cited 2024 Mar 2]. p. 1–24. Available from: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5811391c>
401. Moussaud AA. Exploration directe. In: Précis pratique des maladies des femmes Impuissance et stérilité (causes et traitement) [Internet]. Paris: Dentu; 1887 [cited 2024 Apr 4]. p. 39–61. Available from: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5789698g>
402. Grant LJ, Beaudoin F, Cherniak D, Pellizzari R, Pépin L, Sadownik LA, et al. The presence of a third party during breast and pelvic examinations. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003 Mar;25(3):237, 238.
403. American Psychiatric Association. DSM Library. 2022 [cited 2024 Jan 2]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-5-TR. Available from: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
404. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health.* 2006 Jul 6;6:177.

405. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 213. *Obstet Gynecol.* 2019 Jul;134(1):e1–18.
406. Boyer SC, Pukall CF. Pelvic examination experiences in women with and without chronic pain during intercourse. *J Sex Med.* 2014 Dec;11(12):3035–50.
407. Özen B, Özdemir YÖ, Beştepe EE. Childhood trauma and dissociation among women with genito-pelvic pain/penetration disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018;14:641–6.
408. Steege JF, Zolnoun DA. Evaluation and treatment of dyspareunia. *Obstet Gynecol.* 2009 May;113(5):1124–36.
409. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis.* 1986 Dec;174(12):727–35.
410. Matsui Y, Naito K, Matsuishi K, Kato H, Maeda K, Tanaka K. Assessment of dissociation symptoms in patients with mental disorders by the Dissociation Questionnaire (DIS-Q). *Kobe J Med Sci.* 2011 May 11;56(6):E263-269.
411. Nijenhuis ER, van Dyck R, ter Kuile MM, Mourits MJ, Spinhoven P, van der Hart O. Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2003 Jun;24(2):87–98.
412. Nijenhuis ER, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J. The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 1997 Nov;96(5):311–8.
413. Hitzel KZ Pat Shelly, Shelley. SocialWorker.com. 2016 [cited 2024 Apr 21]. Preventing Retraumatization: A Macro Social Work Approach to Trauma-Informed Practices & Policies. Available from: <http://www.socialworker.com/api/content/9853b66a-9250-11e6-8a0b-0a161eac8f79/>
414. Padoa A, Tomashev R, Brenner I, Golan A, Igawa MS, Lurie I, et al. Obstetric outcome and emotional reactions to childbirth in women with dyspareunia: A cross-sectional study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2023 Sep;288:7–11.
415. Brenner I, Ginzburg K, Golan A, Igawa MS, Lurie I, Reicher Y, et al. Peripartum dissociation, sense of control, postpartum posttraumatic stress disorder and emotional adjustment to motherhood in adult survivors of childhood maltreatment. *Arch Womens Ment Health.* 2023 Oct 18;
416. Gerber MR. Trauma-Informed Maternity Care. In: Gerber MR, editor. *Trauma-Informed Healthcare Approaches: A Guide for Primary Care* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [cited 2024 Sep 3]. p. 145–55. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-04342-1_8
417. Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes. Evaluation des Centres Régionaux du Psychotraumatisme : des besoins considérables, des prises en charge

insuffisantes, des moyens dérisoires. - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. 2023 p. 73.

418. Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de la justice. Mission aux fins d'amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des victimes de faits d'inceste et de violences sexuelles pendant leur minorité [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 1]. Available from: <https://www.igas.gouv.fr/Mission-aux-fins-d-amelioration-de-la-prise-en-charge-et-de-l-accompagnement.html>
419. O'Doherty L, Whelan M, Carter GJ, Brown K, Tarzia L, Hegarty K, et al. Psychosocial interventions for survivors of rape and sexual assault experienced during adulthood. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Oct 5;2023(10):CD013456.
420. Roland N, Ahogbehossou Y, Hatem G, Yacini L, Feldmann L, Saurel-Cubizolles MJ, et al. Violence against women and perceived health: An observational survey of patients treated in the multidisciplinary structure "The Women's House" and two Family Planning Centres in the metropolitan Paris area. *Health Soc Care Community*. 2022 Nov;30(6):e4041–50.

Annexes

Annexe 1 – Articles publiés dans le cadre de la thèse

Annexe 2 – Synthèse du protocole de l'étude cas-témoins

Annexe 3 – Poster illustrant l'association entre les violences conjugales et sexuelles et l'absence de consultation gynécologique chez les femmes enceintes consultant pour un suivi de grossesse ou une IVG

Annexe 4 – Synthèse du protocole de l'étude qualitative

Annexe 5 – Protocole de revue systématique enregistré, *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO)



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Recours au soin gynécologique chez les femmes rapportant des violences sexuelles : étude qualitative



Gynecological care among women reporting sexual violence: a qualitative study

Elisabeth Iraola^{a,*,b}, Jean-Pierre Menard^b, Patrick Chariot^a

^aInstitut de Recherche interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (IRIS), UMR 8156-997, CNRS U997 Inserm EHESUP13 UFR SMBH, Université Sorbonne Paris Nord, Paris, France

^bDirection de la protection maternelle et infantile et promotion de la santé, Conseil départemental du Val-de-Mame, 94000 Créteil, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 13 juillet 2022
Accepté le 3 octobre 2022
Disponible sur Internet le 6 octobre 2022

Mots clés :
Violences sexuelles
Santé gynécologique
Facteurs associés
Recours au soin
Examen pelvien

Keywords:
Sexual violence
Gynecological health
Related factors
Healthcare
Pelvic examination

RÉSUMÉ

Introduction. – Les antécédents de violences sexuelles peuvent être associés à des différences de recours au suivi gynécologique. L'objectif de cette étude était de caractériser le recours au soin gynécologique et d'identifier les facteurs associés chez les femmes ayant rapporté des violences sexuelles.

Méthodes. – Vingt-cinq entretiens semi-structurés ont été menés auprès de femmes présentant des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance ou à l'âge adulte. Les thématiques abordées étaient la santé gynécologique, le suivi gynécologique et les violences subies.

Résultats. – Les femmes interrogées (20–60 ans) présentaient une insertion professionnelle et un niveau d'études élevés. Les violences avaient été souvent commises par un proche ou une connaissance. Pour les femmes interrogées, le moindre recours au soin était motivé par une volonté d'éviter l'examen gynécologique. Chez les femmes ayant un suivi régulier, la volonté de correspondre à la norme expliquait leur besoin d'un suivi gynécologique similaire à celui des femmes n'ayant jamais subi de violences. Enfin, certains parcours étaient marqués par des recours multiples au soin gynécologique pour des plaintes aux motifs identiques. Les femmes interrogées attendaient que les professionnels identifient spontanément les violences subies et reconnaissent les conséquences gynécologiques attribuées à ces violences.

Conclusion. – Les différences de niveaux de recours au soin gynécologique étaient liées aux caractéristiques des violences et à leurs effets perçus sur la santé gynécologique. Il serait intéressant d'élargir cette recherche en examinant les parcours de soin de femmes présentant d'autres caractéristiques socio-économiques. Une étude quantitative permettrait de mesurer l'association entre les violences et le recours au soin gynécologique.

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Introduction. – Sexual violence can be followed by different levels of gynecological care. Our objective was to characterize gynecological care and to identify the related factors among women who had reported sexual violence.

Methods. – Twenty-five semi-structured interviews were conducted among adult women who reported sexual violence during childhood or as adults. Topics addressed included gynecological health, gynecological care and experienced violence.

Results. – Interviewed women, aged 20–60, had a good professional integration and a high level of education. The violence had often been committed by a relative or acquaintance. For the women interviewed, the least use of gynecological care was motivated by a desire to avoid the gynecological examination. Among women who had regular check-ups, the desire to conform to the norm explained their need for gynecological check-ups, which was similar to that of women who had never been subjected to violence. Lastly, some care pathways were characterised by multiple recourse of gynecological care for complaints with identical motives. The women interviewed expected

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : elisabeth.iraola@valdemarne.fr (E. Iraola).

professionals to spontaneously identify the violence they had suffered and the gynecological consequences attributed to such violence.

Conclusion. – Individual and interpersonal differences in levels of gynecological care use were related to the characteristics of the violence and its perceived effects on gynecological health. It would be interesting to extend this research by examining the care pathways of women with other socioeconomic characteristics. A quantitative study would measure the association between violence and the use of gynecological care.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

En France, la Haute Autorité de Santé recommande une fréquence annuelle de consultation gynécologique en matière de contraception [1], de dépistage individuel du cancer du sein après 25 ans [2], de dépistage des infections sexuellement transmissibles avant 25 ans [3] et des deux premiers dépistages du cancer du col de l'utérus avant 30 ans [4]. Hormis ces indications, la consultation gynécologique annuelle semble davantage relever d'une habitude partagée que d'une recommandation professionnelle validée. Les recommandations sont plus précises aux États-Unis et ont évolué ces dernières années : en 2012, une visite gynécologique annuelle était recommandée [5] ; depuis 2018, un suivi qualifié de régulier est préconisé avec un intervalle entre deux consultations pouvant différer en fonction des besoins des femmes [6] ; l'examen pelvien n'est en revanche plus recommandé systématiquement chaque année [7–10].

Les antécédents de violences sexuelles et leurs conséquences physiques et psychologiques peuvent constituer des déterminants du recours ou de non-recours au soin. Certaines études ont montré des différences de recours au soin gynécologique entre les femmes présentant des antécédents de violences et celles qui n'en avaient pas. Ces différences étaient inconstantes. Ainsi, certaines méta-analyses et revues systématiques ont confirmé l'association entre les violences subies dans l'enfance ou à l'âge adulte et le développement de symptômes et pathologies gynécologiques comme les douleurs pelviennes, les dysménorhées, le vaginisme et la dyspareunie [11–14]. Cette forte pathogénicité pourrait entraîner un recours accru au suivi gynécologique. De fait, une étude cas-témoins menée aux Pays-Bas auprès de 100 femmes consultant en médecine générale rapportait des consultations plus fréquentes pour un motif gynécologique chez les femmes exposées à des violences conjugales physiques, psychologiques ou sexuelles que chez celles qui ne l'étaient pas [OR = 3,0 IC95 % = 1,3–6,8] [15]. Par ailleurs, les femmes présentant des antécédents de violences ressentait l'examen pelvien réalisé au cours d'une consultation gynécologique de manière plus inconfortable que celles n'en présentant pas [16–22]. Cet inconfort pourrait entraîner un moindre recours au suivi gynécologique. De fait, deux études menées, l'une aux États-Unis auprès de 1480 femmes consultant pour un motif contraceptif, l'autre en Turquie auprès de 210 parturientes, mettaient en évidence un recours qualifié de suboptimal [OR = 2,2 IC95 % = 1,2–4,3] [23], des consultations évitées [OR = 0,4 IC95 % = 0,2–0,8] [23] ou un recours retardé dans un contexte d'évitement de l'examen pelvien [OR = 3,10 IC95 % = 1,4–6,9] [24] chez les femmes présentant des violences conjugales ou sexuelles.

Les hypothèses contraires d'un moindre recours et d'un recours accru n'ont jamais été prises en compte dans la même étude, tant en France que dans d'autres pays. L'objectif de cette étude était de caractériser le recours au suivi gynécologique et d'en chercher les facteurs associés chez des femmes présentant des antécédents de violences sexuelles.

Méthodes

Entre le 15 octobre 2021 et le 1^{er} mars 2022, 25 entretiens semi-structurés ont été menés auprès de femmes présentant des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance ou à l'âge adulte. Les participantes ont été recrutées par l'intermédiaire d'une annonce publiée sur le site internet du Collectif Féministe Contre le Viol. Cette association créée en 1985 propose une permanence téléphonique nationale, anonyme et gratuite, dénommée 'Viols Femmes Informations' qui vise à apporter une écoute, une orientation juridique, sociale, psychologique ou médicale aux personnes victimes de violences sexuelles.

L'étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique de l'université de Paris [avis N°2021-82, 12 octobre 2021]. Les entretiens individuels menés par l'une d'entre nous (E), d'une durée moyenne de 90 minutes, ont été réalisés en présence ou par téléconférence selon le choix de la personne interrogée. Trois thématiques étaient abordées : la santé gynécologique, le suivi gynécologique et les violences subies.

À partir de leur enregistrement (logiciel TEAMS), les entretiens, retranscrits de manière anonyme, ont été analysés (logiciel NVIVO) de manière individuelle, puis de manière croisée par les trois auteurs afin de limiter la subjectivité relative à l'interprétation des données.

Résultats

Caractéristiques des personnes interrogées et des violences déclarées

Les femmes interrogées, âgées de 20 à 60 ans, présentaient pour la plupart une bonne insertion professionnelle et un niveau d'études élevé. Elles avaient le plus souvent connaissance des préconisations et recommandations de bonne pratique en matière de prévention et de dépistage en gynécologie.

Les violences déclarées pouvaient avoir été isolées ou récurrentes pendant l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte. Les violences avaient parfois une dimension familiale, voire trans-générationnelle. Les violences avaient été commises par un auteur appartenant le plus souvent au cercle familial ou de leurs connaissances.

Dans le cadre d'une relation de couple, la coercition contraceptive ou procréative était citée comme une forme de violence conjugale. Elle se traduisait par une contrainte entravant la décision des femmes interrogées, quel que soit le mode de contraception adopté et le choix de la poursuite de la grossesse ou du recours à une interruption volontaire de grossesse. Alors que la description des violences dans l'enfance était parfois imprécise, celles subies dans l'adolescence ou à l'âge adulte étaient décrites de manière circonstanciée. Les trajectoires de santé des personnes interrogées comportaient de nombreux symptômes gynécologiques – douleurs pelviennes, dyspareunie, dysménorhées, vulvodynie, métrorragies ou méno-métrorragies, troubles du cycle, infections – et psychiques : troubles anxieux et dépressifs, troubles du comportement alimentaire, conduites addictives,

idéations et comportements suicidaires, survenus à la suite des violences.

Les femmes interrogées rapportaient également des conséquences des violences sur leur vie affective ou sexuelle telles qu'une asexualité ou une hypersexualité subie, un trouble du désir et du plaisir, des dyspareunies, une sexualité associée à une image dégradée d'elle-même, anxiogène, ou un changement de pratiques sexuelles pour atténuer le risque ressenti dans une relation hétérosexuelle. Le terme 'sang', et les adjectifs qui en dérivent, évoqués de manière récurrente dans les différents entretiens, représentaient un marqueur commun de la brutalité des violences dans le couple et de l'importance de leurs conséquences sur la santé gynécologique.

« Quand j'avais mes règles et j'avais des règles hémorragiques très abondantes, surtout avec le fibrome, il rentrait, j'étais pleine de sang. Et il me disait 'On n'a rien à se cacher', j'étais sa chose ».

(Fanny, 40 ans, ingénieure cadre).

Recours au soin gynécologique

Des références relatives à trois niveaux de recours au soin gynécologique ont été mises en évidence : le non-recours ou les périodes de moindre recours au soin gynécologique, le recours régulier, et le recours accru. Certains facteurs, se rapportant aux caractéristiques des violences et aux perceptions en matière de santé gynécologique, étaient liés par les femmes interrogées au niveau de recours au soin (Tableau 1).

Facteurs associés au moindre recours en gynécologie

L'évitement de l'examen gynécologique était décrit comme le principal motif d'un moindre recours. L'examen était perçu comme contraignant, subi, intrusif voire violent, dans un corps négligé, considéré comme cassé ou anormal. Il était associé directement aux souvenirs des violences. Les termes utilisés étaient semblables pour décrire l'examen pelvien et pour décrire les violences.

« Quand on a violé notre intimité, c'est un combat d'aller en gynéco ».

(Inès, 20 ans, étudiante en sociologie).

« La dernière fois, c'était en 2009, depuis je n'ai plus consulté. Je ne fais plus de dépistage non plus. On se sent tellement de la viande que c'est insupportable ».

(Linda, 60 ans, psychiatre).

« Moi, j'ai toujours l'impression d'être transformée en morceau de viande qui doit surtout fermer sa bouche, ne rien dire. Et obéir. Mais je ne suis pas là pour ça, j'essaye de prendre sur moi. Mais... ».

(Perrine, 49 ans, docteure en microbiologie).

« Je suis dans le déni complet de mon appareil gynécologique. Je joue l'australie. Je ne fais pas de frottis. Je n'ai absolument aucun suivi gynécologique. Et je ne supporte pas d'en avoir. Si je devais en avoir un, j'y penserais des semaines avant, il faudrait que fasse un énorme effort pour prendre rendez-vous [...] En fait, à un moment donné, il m'est apparu l'envie de ne plus violenter mon corps de quelque manière que ce soit. Et même si, au final, c'est pour son bien. Mon corps a suffisamment souffert, je dis stop [...] quand je pense consultation gynécologique, je commence à visualiser le moment où je vais avoir les jambes surélevées. Même si ce n'est rien du tout. C'est notamment... le bec de canard... C'est l'introduction de cet objet, l'écartement et tout ça. On est rentré en force pendant des années, donc l'idée que ça puisse se reproduire et même si c'est médical... Ça me stresse ce moment, ce bec de canard ».

(Laura, 38 ans, formatrice dans l'insertion sociale).

Au-delà de l'examen pelvien, les femmes interrogées percevaient des analogies entre les violences et la santé sexuelle, génésique et périnatale.

« Je suis partie mettre un stérilet. Le lendemain du viol, j'ai pris rendez-vous pour une pose de stérilet. Moi, je n'en voulais pas de ce stérilet. Mais il fallait que je me protège. Parce que je ne voulais vraiment pas retomber enceinte. Ce qu'il me restait comme dignité, c'était mon utérus ».

(Estelle, 31 ans, professeur de danse).

« Viols qui ont duré comme ça presque tous les soirs. Pendant environ 3 ans. Entre-temps, j'ai eu mon petit garçon mais mon fils n'a pas été conçu dans un viol. Cette fois-là, non ».

(Laura, 38 ans, formatrice dans l'insertion sociale).

« Je rêvais aussi un peu d'un accouchement magique, où le couple est soudé. Là, pas du tout. Il était juste de l'autre côté, pour voir le sang, pour voir la déchirure, pour voir la béance du vagin. Je n'ai que ce souvenir-là de sa présence ».

(Isabelle, 47 ans, infirmière).

« Il y avait un truc qui m'était insupportable, c'était de m'imaginer sur une table d'accouchement avec les pieds dans les étriers. Je vivais ça comme une scène de torture ».

(Linda, 60 ans, psychiatre).

« J'avais peur, j'étais super angoissée... pour ma fille en fait. Et je me rappelle d'un épisode où j'étais en bas, dans le salon, et son père l'a changée en haut. J'ai entendu pleurer... Et je suis partie en courant... en trombe. Et j'avais peur. Et je sais pourquoi j'avais peur... [Sanglots] J'avais peur qu'il lui fasse du mal. [Sanglots] ».

(Ericka, 42 ans, gestionnaire ministère).

Dans l'objectif de pallier les conséquences de l'évitement de l'examen pelvien, des stratégies de contournement étaient mises en place. Afin de réduire les symptômes gynécologiques gênants ou

Tableau 1

Niveau de recours au suivi gynécologique selon les caractéristiques des violences et les perceptions relatives à la santé gynécologique.

	Moindre recours	Recours régulier	Recours multiple
Percevoir favorablement un suivi gynécologique ou psychologique		x	
Se projeter dans une vie affective/Décrire une santé sexuelle satisfaisante		x	
Eprouver une peur de la maladie gynécologique		x	
Etre enceinte		x	
Revendiquer d'être normale comme les non-victimes		x	
Se détacher de son corps lors de l'examen pelvien		x	
Éviter l'examen pelvien	x		
Adopter des stratégies de contournement de l'examen pelvien	x		
Supporter des violences indicibles	x		
Percevoir la violence dans les actes de sexe	x		
Ressentir de la honte et de la culpabilité liées aux violences et à leurs conséquences gynécologiques	x		
Etre exposé à l'incompréhension et à l'incrédulité des professionnels au moment d'exprimer les violences et leurs conséquences gynécologiques	x		x
Présenter des symptômes gynécologiques et psychiques accrus	x		x
Rechercher un diagnostic des violences et de leurs conséquences gynécologiques			x
Résister à pouvoir être pénétré... à tout prix			x

de répondre à leur besoin contraceptif, les femmes interrogées privilégiaient parfois le recours à un professionnel n'appartenant pas au champ de la gynécologie (médecine générale, dermatologie, infectiologie), recouraient à une automédication ou à un suivi en dehors d'un cadre médical, sollicitaient la délivrance d'une contraception en utilisant une prescription caduque, ou formulaient expressément une demande gynécologique à la fin d'une consultation dont le motif principal n'était pas gynécologique, répondre de manière erronée ou érudite à l'interrogatoire médical pour ne pas risquer une prescription d'examen complémentaires considérés comme intrusifs.

« Et par exemple, pour la prescription de pilule, ça se passait comment ?

Chez le généraliste. J'y allais pour autre chose. Et je lui demandais dans les deux dernières minutes, une prescription de contraception. Peut-être qu'il me prescrivait un bilan sanguin pour voir si tout allait bien... Mais sans examen gynéco, ça c'est sûr... ».

(Alexia, 39 ans, étudiante infirmière).

« Mais la fois d'après le généraliste a voulu que je refuse une échographie de contrôle. Je n'ai pas été faire l'échographie... Et j'ai juste arrêté de me plaindre... ».

Avec des douleurs toujours présentes ?

Oui ».

(Justine, 36 ans, responsable d'un établissement médico-social).

« Quand elle m'a demandé si « ça se passe bien dans mon couple ? ».

« Oui, oui ». Évidemment, que je ne lui ai pas dit « Non, ça se passe mal ». Sinon, elle n'aurait jamais posé [le DIU]. Elle m'avait aussi préconisé d'utiliser des capotes en plus du stérilet, ce qui n'était pas du tout pour me rassurer. Je me souviens très bien de la question « Est-ce que ça se passe bien dans votre couple ? » : je me suis dit « Eh ben, non, d'ailleurs, c'est pour ça que je suis là ». Ça, je ne lui ai évidemment pas dit. Je ne pouvais pas lui dire sinon je n'aurais pas été protégée. Et sachant que j'avais la pression de mon ex. Enfin, je n'ai pas du tout eu une relation de confiance avec elle ».

(Estelle, 31 ans, professeur de danse).

L'évitement du suivi gynécologique pouvait être également associé au fait de ne pas se sentir prête à révéler les violences et penser devoir le faire, dans ce contexte précis du soin, bien qu'elles soulignent toutefois un bénéfice à aborder les violences en consultation et parfois un regret que ce sujet soit insuffisamment évoqué.

Les personnes interrogées affirmaient le caractère indicible des violences. Dans le contexte de soin gynécologique, lorsqu'elles surmontaient cette indicibilité, elles étaient susceptibles d'être confrontées à l'incrédulité et l'incompréhension des professionnels. Les violences révélées pouvaient ainsi être perçues comme banalisées, étudiées ou provoquer de la gêne chez les professionnels, même lorsque les symptômes gynécologiques et psychiques étaient bruyants. Les symptômes gynécologiques et psychiques ne semblaient d'ailleurs pas minorés chez les femmes décrivant un parcours de soin gynécologique marqué par un moindre recours par rapport à celles ayant un fort recours au soin. Pour certaines femmes, les sentiments d'incompréhension, de désintérêt et d'incrédulité prédominaient, confortant le silence et accentuant le moindre recours gynécologique. La banalisation des symptômes gynécologiques par les professionnels semblait raviver le sentiment de ne pas être crû et conforter le fait de taire les violences, d'autant plus si la symptomatologie gynécologique était intense et qu'elle était directement attribuée par la femme aux violences subies.

« J'ai parlé des violences sexuelles à mon médecin traitant, il a un peu rigolé en disant [elle lève les yeux au ciel 'Bon, bon']. Avec lui, je n'ai pas employé le mot viol mais je lui disais que mon compagnon me faisait pression pour avoir des relations avec lui ».

(Laura, 38 ans, formatrice dans l'insertion sociale).

La honte et la culpabilité liées aux violences, à leurs conséquences gynécologiques et au moindre recours médical

s'alimentaient mutuellement. La culpabilité naissait de la honte d'avoir une santé altérée ou de ne pas avoir évoqué les violences. Cette culpabilité était renforcée par la honte et la culpabilité inhérentes aux violences sexuelles, alors même qu'elles estimaient que le fait de parler des violences à un professionnel de santé aurait pu contribuer à diminuer le sentiment de honte.

« Dans les faits, je n'ai jamais... [prononciation accentuée] JAMAIS consulté en gynécologie, j'ai 39 ans et je n'ai jamais fait d'examen gynéco... Donc, je cumule le fait que je n'ai pas pris soin de ma santé et que ce n'est pas bien... Et la honte de ne pas l'avoir fait... Et de culpabiliser de ne pas avoir fait, de ne pas avoir été... Et que c'est trop tard... Et voilà... Donc en presque 40 ans, je ne suis jamais allée chez le gynéco... ».

(Alexia, 39 ans, étudiante infirmière).

« Il n'y a que peu de temps que j'en parle, avant j'avais trop honte. Si j'ai développé autant de maladies physiques et psychologiques, c'est que j'avais trop honte. Et trop de culpabilité. [...] Mais si j'avais parlé plus tôt, si j'avais été honnête, sincère ou authentique, certainement, je n'en serais pas là. J'ai honte et je culpabilise de parler aussi tard. Ça aurait été plus courageux si j'avais pu parler avant. J'ai peut-être rencontré des gens qui auraient pu m'aider et je n'ai pas vu ».

(Caroline, 49 ans, sans activité).

Les situations médicales perçues comme des situations de violence étaient susceptibles de renforcer le moindre recours aux soins. Lors d'une reprise des soins en gynécologie ou dans d'autres spécialités médicales, des gestes vécus comme intrusifs étaient pratiqués. Certaines situations de soin étaient décrites comme profondément déshumanisantes alors qu'elles étaient perçues comme banalisées par les professionnels de santé. Elles évoquaient des paroles déplacées ou absentes, des gestes mécaniques, une intimité bafoûée, sans prise en compte des violences déjà subies. Le récit de ces situations de soin était proche de leur propre récit des violences.

« Avant de me toucher, il m'a dit 'je regarde' et a mis son spéculum... Je m'y attendais pas du tout en fait. Et là, je suis sortie de là, je ne savais plus où j'habitais. Ça m'a cramé le cerveau ».

(Charlène, 42 ans, éditrice).

« Je n'ai pas pris conscience sur le coup. Je me suis sentie abusée, là, c'était clair. J'ai eu plusieurs rendez-vous avec ce gynéco. Il me disait de me déshabiller, de me mettre sur le fauteuil et il n'avait pas ses gants. Et il me caressait les cuisses. Moi, je ne sais pas... Je ne m'en rendais pas compte. Je ne peux pas accepter ça... La fois de trop, c'est qu'il m'a ausculté pour regarder. En fait, il devait juste regarder, il ne devait pas... Il ne m'avait pas prévenue ou quoi que ce soit... Et il a mis ses doigts à l'intérieur de moi. Sans rien me dire, sans me dire pourquoi. Je ne vois pas pourquoi il est parti regarder à l'intérieur sans me prévenir. Il m'avait dit que peut-être dans plusieurs séances, il allait faire quelque chose à l'intérieur... mais pas cette fois-là. Il ne m'a dit pas dit ce qu'il allait faire et j'ai ressenti... c'était humiliant... Quand je me suis rhabillée, j'ai eu un frisson de dégoût [Pleurs]. Et c'est là, que le corps, il se rappelle et il nous dit attention ».

(Inès, 20 ans, étudiante en sociologie).

Facteurs associés au suivi régulier en gynécologie

La volonté de correspondre à la norme expliquait le besoin de normaliser le recours au suivi gynécologique en minorant des symptômes attribués aux violences, afin que leur santé et leur suivi soient similaires à ceux des femmes n'ayant jamais subi de violences. Parfois, une résignation face aux violences permettait d'expliquer une apparente acceptation de l'examen pévien.

« Je veux être normale. Donc ça doit se faire. C'est naturel. Tout le monde le fait. Et que je dois aussi y passer. Bien que dans le fond, je me dis que je mens à moi-même. Je ne serai jamais comme tout le monde. Mais j'ai envie de réagir, de faire, d'avoir le même traitement que tout le monde ».

(Ericka, 42 ans, gestionnaire ministère).

« En fait, mon vagin était une telle autoroute que bon... une fois de plus... C'était pareil... Ecarter les jambes pour quelque chose de désagréable faisait partie de mon quotidien. Que ce soit pour mon examen conjoint ou pour mon froissé, c'était pareil ».

(Sarah, 36 ans, enseignante-chercheuse).

L'amnésie traumatique et les troubles dissociatifs consécutifs aux violences sexuelles semblaient participer à rendre plus tolérable l'examen gynécologique.

« Je subissais les différents examens et me disant 'il faut le faire'. Comme un dédoublement. Après mes accouchements, lors du suivi gynécologique, il fallait que les professionnels fassent leur travail. Je subissais. J'avais encore la chance de pouvoir me dissocier. Et maintenant, je ne supporte plus ce jeu-là, je n'arrive plus à me dissocier ».

(Linda, 60 ans, psychiatre).

« On peut avoir un examen gynéco en étant complètement dissociée de son corps... sans rien en bas... peu importe ce qu'il s'y passe, ça ira ».

(Sarah, 36 ans, enseignante-chercheuse).

Une ou plusieurs expériences de soin gynécologique ou psychique perçues positivement incitaient à adopter un suivi régulier. La capacité à se projeter dans des projets personnels ou familiaux et le vécu d'une santé sexuelle satisfaisante étaient associés à l'effectivité d'un suivi gynécologique. Des stratégies étaient aussi déployées pour faciliter le recours médical comme une préparation à l'examen pelvien, par exemple.

« Après je me suis entraînée, oui, c'est très bizarre [Rires]. De manière à ce que ça puisse se passer dans de meilleures circonstances ». Vous vous êtes entraînée, c'est-à-dire ?

« Clairement, je me suis mis des doigts [Rires]. Et même avec ça, le premier coup, le toucher vaginal et le spéculum ont été très compliqués et très douloureux ».

(Céline, 34 ans, médecin-pompier).

L'adhésion au suivi obstétrical faisait parfois exception dans les parcours marqués par le moindre suivi gynécologique. Malgré la présence de peurs et de résurgences relatives à l'accouchement et la maternité, l'adhésion au suivi obstétrical primait sur toutes les raisons qui motivaient l'évitement du suivi gynécologique. Pendant cette période, elles adhéraient volontiers au suivi médical avec une motivation liée davantage à la promotion de la santé de l'enfant à naître qu'à leur propre santé. Ce constat se vérifiait lorsque le désir de grossesse ou de maternité était présent, mais aussi lorsqu'il ne l'était pas.

« Je n'avais jamais eu de consultation gynéco avant la grossesse car l'examen gynéco me faisait peur. Pendant la grossesse, je me suis rendue de manière attentive à toutes les consultations, les prises de sang, les examens etc, comme un peu la bonne élève que j'avais été [Rires]. Même les examens gynécologiques pendant la grossesse avaient un sens. Comment vous dire ? C'était une sorte de parenthèse ».

(Julie, 32 ans, administratrice civile).

« Je pense qu'à ce moment-là, je n'étais plus qu'un ventre avec un bébé que l'on attendait. J'étais tellement centrée sur mon désir de maternité, j'étais à ce moment-là régulièrement suivie, sans que ça soit gênant. Clairement, à ce moment-là, le désir de maternité était plus fort. Aujourd'hui, étant confrontée au fait que je dois y aller pour moi, et pas pour un bébé que nous voudrions avoir, j'ai du mal quand même ».

(Line, 49 ans, psychologue).

La présence de symptômes gynécologiques pouvait favoriser l'adhésion à des soins gynécologiques chez une partie des personnes interrogées et, à l'inverse, le recours préventif était perçu comme peu incitatif. La peur d'une maladie gynécologique suffisait, chez certaines, à dépasser la peur de l'examen clinique et à entamer ou à reprendre un suivi gynécologique, mais ce n'était pas une motivation suffisante pour toutes.

« Et puis culpabiliser, ça ne marche pas 'Vous avez un cancer, vous allez mourir'. Ça ne fonctionne pas sur les fumeurs. Je ne vois pas pourquoi ça fonctionnerait sur une femme violentée ».

(Céline, 34 ans, médecin-pompier).

Facteurs associés au recours multiple au suivi gynécologique

Les parcours de soin en gynécologie pouvaient être marqués par le recours à un nombre important de professionnels et de consultations pour des plaintes identiques ou proches. Les femmes interrogées attendaient que les professionnels identifient spontanément les violences subies, sans qu'elles aient elles-mêmes à les nommer, d'autant plus lorsque ces professionnels constataient des symptômes attribués aux violences. Des diagnostics médicaux considérés comme imprécis et incomplets suscitaient l'insatisfaction et le rejet. Le sentiment d'incompréhension et d'incrédulité à l'égard de professionnels indifférents ou évitants pouvait aussi inciter à des soins gynécologiques et psychiques multiples.

« J'allais parfois aux urgences. Parce que j'avais mal. Parce que je saignais du sang. Je sais que je saignais du sang. Vous apportez aux urgences votre tube de pipi avec du sang et on vous dit 'mais c'est parce que vous avez vos règles'. Non, je n'avais pas mes règles. Je saigne du sang. Si j'avais mis ce tube à côté d'un tube de sang, on n'aurait pas vu la différence entre l'urine et le sang. Et là, ils l'ont envoyé au laboratoire et encore une fois, un côté très frustrant. Et là, vous vous dites... mais ils n'ont rien compris [Pleurs]. ... j'avais des infections urinaires et des infections urinaires mais personne ne m'a posé la question (des violences) ».

(Isabelle, 47 ans, infirmière).

« La gynécologue que j'ai vu en août 2020, elle m'a demandé à quel âge j'avais eu mon premier rapport et quel type de rapport. C'était complètement en décalage par rapport à ce que j'avais vécu. J'en suis venue à lui dire que je n'avais jamais eu de rapport. Jamais eu de rapport. C'était uniquement des viols. [Pause] ».

(Mélicha, 21 ans, étudiante en ergothérapie).

Le sentiment de ne pas être crue et comprise lors de la révélation des violences ou lors de l'expression de symptômes gynécologiques ou psychiques attribués à ces violences renforçait la multiplicité des recours au soin lorsqu'elles décrivaient les trajectoires qui amenaient au diagnostic de l'endométriose et du vaginisme. La difficulté d'établir une relation de confiance avec un professionnel était dans ces situations particulièrement présente.

« Je connais très bien mon corps. Je sais quand il y a la moindre anomalie, et il y en a toujours une. À chaque fois [Rires], j'ai besoin de quelqu'un qui connaisse ma pathologie, l'endométriose, et en même temps qui soit très à l'écoute. À l'écoute de moi. C'est important pour moi d'être comprise et d'être crue. D'où le fait d'avoir changé autant de praticiens ».

(Charlotte, 26 ans, étudiante en publicité).

Certaines femmes interrogées témoignaient de leur volonté de réussir à être examinée, en faisant référence directement à une possible pénétration, coûte que coûte et sans autre intérêt que d'atteindre cet objectif.

« Mais c'est vrai qu'on m'avait dit, que même si je ne voulais pas de sexualité, c'était important d'arriver à la pénétration. Parce que ça pose problème pour les examens gynécologiques, par exemple. Juste dans ce cadre-là, parce que sinon je n'envisage pas de sexualité ».

(Mélicha, 21 ans, étudiante en ergothérapie).

« Parfois, j'ai l'impression que le spéculum, il cachait là où j'avais mal. Vous pourriez m'expliquer, quand vous dites le spéculum cachait là où j'avais mal ?

J'ai mal sur les parois qui referment le vagin [elle mime]. À partir du moment où le spéculum est dedans, il regarde dedans, sauf qu'il ne regarde pas là où j'ai mal [..]. Parce que quand on est examinée 20 fois par an, quand on tout essayé comme crème, ovule, quand on a tout essayé comme contraception, et qu'on a toujours plein de douleurs c'est peut-être qu'il y a un problème ».

(Emma, 23 ans, étudiante sciences-po).

Moindre recours et recours accru, des parcours inconstants

Les parcours de soin individuel, modulés par des facteurs liés aux violences et à la santé gynécologique, se caractérisaient souvent par

une alternance entre des périodes de moindre recours, de recours régulier et de recours accru. Ainsi, lorsque les femmes interrogées vivaient une expérience de soin gynécologique satisfaisante, lorsqu'elles avaient une vie affective et sexuelle satisfaisante, elles pouvaient être incitées à un recours régulier. À l'inverse, le fait d'être exposée à des situations de soins anxiogènes, perçues comme traumatiques, pouvaient les dissuader de poursuivre un suivi gynécologique et initier une période de non-recours.

« Il y a eu UN [diction accentuée] gynéco. Il m'avait fait raconter mon histoire ; il m'avait écouté il était hyper-bienveillant, hyper-attentif, il m'a réconforté. Et il m'a dit 'si vous avez besoin - je peux vous examiner mais je peux aussi juste regarder sans toucher'. Là, je voulais quand même vérifier que tout allait bien donc je lui ai demandé de regarder très rapidement, tranquillement. Il m'a dit que tout allait bien et j'ai trouvé ça incroyable. Quand il m'a demandé pourquoi j'étais venue, là il m'a demandé de raconter ; je voyais qu'il était vraiment affecté par ce que je racontais. Je lui ai raconté le viol, je lui ai raconté le vaginisme, toutes les recherches que j'avais faites, toute la galère quot. . . Il a tout écouté. Il a eu de la peine pour moi et ça m'a fait tellement du bien et après il m'a dit, je me rappelle plus exactement bien, mais [Rires] Vous êtes tellement courageuse, autant de mauvaises expériences. C'est incroyable que vous ayez eu autant de mauvaises expériences médicales, on va essayer de tout faire pour vous. Bravo d'être venue ! ».

(Victoire, 27 ans, artiste-peintre).

« Ce premier rendez-vous, je devais avoir. . . 15 ans. Je voulais avoir des réponses et je ne les ai pas eues. Depuis, c'est vrai que j'ai du mal. Après, j'ai revu une autre gynéco qui m'a fait très mal, donc après j'y suis jamais retournée. En fait, pendant la consultation, je ne sais pas comment ça s'appelle ? pour ouvrir. . . le. . . [elle mime le spéculum]. . . elle m'a mis ce truc, elle ne m'a pas prévenue. Ça me faisait mal. Ça me bloquait au niveau du ventre. Je le lui ai dit. Et elle m'a dit 'C'est normal'. Sans plus de précaution que ça. Vu que je suis quelqu'un de stressée, ça m'a encore plus bloquée. Et, je me suis dit, non je n'ai pas confiance. Et je n'y suis jamais plus retournée ».

(Coralie, 38 ans, enseignante).

« En plus, elle a souhaité m'examiner moi, j'étais en panique. De base, les seuls examens gynéco que j'avais eus, c'était après les abus sexuels. C'était une source de stress pour moi, j'avais très peur. Je tremblais. Et quand elle a vu ça, elle n'a pas cherché plus loin. Et j'aurais aimé qu'elle le fasse. Vu les douleurs qu'il y avait et qu'il y a encore. Elle m'a aussi dirigé vers une collègue qui était soit disant thérapeute spécialiste des victimes de violences sexuelles. Alors que pas du tout. Je suis partie la voir en août 2020 et c'était pire que mieux. Après ça, je ne voulais plus du tout consulter de gynécologue. Je ne voulais plus. J'ai attendu ».

(Mélissa, 21 ans, étudiante en ergothérapie).

Discussion

Nous avons identifié des différences individuelles et interpersonnelles concernant le niveau de recours au soin gynécologique et ses facteurs associés chez les femmes rapportant des violences sexuelles. Les participantes rapportaient un recours insuffisant, absent ou au contraire fréquent, voire multiple pour un même motif gynécologique. Les parcours étaient complexes et hétérogènes, associant différents niveaux de recours au soin, sensibles à des facteurs associés liés aux violences et à leurs effets perçus sur la santé gynécologique. Les femmes interrogées connaissaient les recommandations en matière de dépistage en gynécologie, dont la préconisation d'un suivi annuel ou régulier ce qui majorait, en cas de non-recours, la honte et la culpabilité inhérentes aux situations de violences sexuelles.

Cette étude présente certaines limites. Nous n'avons pas interrogé de femmes en situation de précarité sociale, maîtrisant mal le français, avec une santé ou un suivi gynécologique suffisamment honteux pour être tus, ou confrontées au caractère

innommable des violences. C'est pourtant pour ces populations que la recherche est la moins développée. Dans cette étude, les personnes interrogées étaient en capacité de répondre à une demande d'enquête diffusée par l'intermédiaire du site internet d'une association, manifestaient une aisance en matière d'expression orale en langue française et avaient une bonne insertion sociale ou professionnelle. Le recrutement associatif caractérisant cette étude a permis d'interroger des personnes dans un contexte de recherche plus neutre qu'en situation de soin et d'intégrer des femmes éloignées de l'offre de soin gynécologique. Dans tous les cas, il serait illégitime d'étendre la validité des conclusions de notre travail à l'ensemble des femmes adultes vivant en France.

Le moindre recours prédominait en cas de symptômes du registre post-traumatique telles les réminiscences ou les conduites d'évitement, de manière cohérente avec la prédominance de l'inconfort et de l'anxiété lors de l'examen gynécologique rapportés lors d'état de stress post-traumatique [19–22]. À l'inverse, les troubles dissociatifs et l'amnésie traumatique semblaient être associés à un recours régulier.

L'insatisfaction vis-à-vis du soin gynécologique pouvait être associée au sentiment de ne pas avoir été questionnée ou de ne pas être crue et comprise, tant dans la prise en compte des violences qui relèvent souvent de l'indicible que dans l'expression des symptômes attribués aux violences. L'inconfort lors de l'examen pelvien augmente en cas de contact insatisfaisant avec le professionnel, selon plusieurs études menées en population générale [25,26] ou chez les femmes victimes de violence [20,23]. Plusieurs sociétés savantes françaises et internationales ont publié des recommandations sur le dépistage des violences conjugales et sexuelles dans un contexte de soin [27–29]. Lorsqu'elles sont révélées, les violences peuvent être perçues comme incompréhensibles ou suscitant l'incrédulité des professionnels. L'aversion pour le suivi gynécologique semblait renforcée dans les situations de moindre recours au soin ou au contraire, exposer à un recours accru, d'autant plus lorsque les symptômes gynécologiques associés aux violences étaient bruyants. Le besoin de reconnaissance des violences subies et de leurs conséquences paraissait aussi exposer à des parcours de soin erratiques, ponctués de multiples examens pelviens. Ces examens pourraient aussi représenter une violence supplémentaire à l'égard de personnes déjà exposées aux violences, comme le suggèrent les travaux menés chez les femmes qui déclaraient plus souvent des violences liées au soin en gynécologie en cas d'antécédents de violences psychologiques ou sexuelles [30].

Conclusion

Notre étude a montré, au sein d'une population particulière de femmes ayant une bonne insertion sociale ou professionnelle, des différences de niveaux de recours au soin gynécologique, liées aux caractéristiques des violences et à leurs effets perçus sur la santé gynécologique. Il serait intéressant d'élargir les perspectives de cette recherche en questionnant les parcours de soin gynécologique de femmes exposées à des violences sexuelles et présentant des caractéristiques socio-économiques ou psycho-sociales différentes. Une étude quantitative pourrait compléter l'approche qualitative et permettre de mesurer l'association entre les violences et le non-recours ou le recours accru au soin gynécologique. Enfin, il semble nécessaire que les pratiques diagnostiques et de soin en gynécologie évoluent pour mieux prendre en compte les déterminants individuels des parcours de soin des femmes présentant des antécédents de violences sexuelles.

Ces dernières années, dans le cadre général du suivi préventif en gynécologie, plusieurs sociétés savantes internationales ont établi des recommandations qui délimitent les indications de réalisation de l'examen pelvien dit de routine [10,31–34]. En France, en

complément des recommandations établies en 2018 par le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes [35] et de la charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique établie en 2021 [36], des recommandations nationales pour la pratique clinique sur l'examen pelvien en gynécologie-obstétrique sont en cours d'élaboration. Elles permettront d'encadrer la nécessité diagnostique d'un geste médical pouvant être perçu comme intrusif, contraignant ou violent par les femmes et parfois banalisé par les professionnels de santé.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Saint Denis La Plaine : HAS; 2019. https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/le_maj_contraceptionadulte-procreer-090215.pdf; consulté le 8 juillet 2022.

[2] Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein en France: identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage; Synthèse. Saint Denis La Plaine : HAS; 2014. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/dpistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_-_synthese_vf.pdf; consulté le 8 juillet 2022.

[3] Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia Trachomatis. Saint Denis La Plaine : HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/synthese_reevaluation_de_la_strategie_de_dpistage_des_infections_a_chlamydia_trachomatis.pdf; consulté le 8 juillet 2022.

[4] Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunoscopage p16/K67; Synthèse. Saint Denis La Plaine : HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese_hpe.pdf; consulté le 8 juillet 2022.

[5] The American College of Obstetricians, Committee on Gynecologic Practice. Committee opinion No. 534: well-woman visit. *Obstet Gynecol* 2012; 120:421-4.

[6] The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 755: Well-Woman Visit; 2018;132:174. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/10/well-woman-visit>; consulté le 8 juillet 2022.

[7] Nguyen CT, Crossheim JF. The annual pelvic examination: preventive time not well spent. *Am Fam Physician* 2013;87:8-9.

[8] Sawaya GF. Re-examining the annual well-woman visit: the task forward. *Obstet Gynecol* 2015; 120:695-6. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000001075>.

[9] Cappiello J, Levi A. The annual gynecologic examination updated for the 21st Century. *Nurs Womens Health* 2016;20:315-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nwh.2016.03.006>.

[10] The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Gynecologic Practice No 754. The utility of and indications for routine pelvic examination. *Obstet Gynecol* 2015; 132:e174-80.

[11] Hassan T, Kriho E, Chowdhary P, Yimra E, Mol BW, Han A. Sexual assault as a risk factor for gynecological morbidity: An exploratory systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020;255:222-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.10.038>.

[12] Paras ML, Mizral MB, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenon KM, et al. Seime RJ, Prokop LJ, Ziraloadah A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009;302:550-61. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.1001>.

[13] Lethé P, Mignirel L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* 2006;332:749-55. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.38748.687465.55>.

[14] Fetik S, Valpukaya Altar O. Vaginismus dyspareunia and abuse history: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med* 2021;18:1555-70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.07.004>.

[15] Prossman G-J, Lo Fo Wong SH, Ballo E, Lago-Janssen ALM. Healthcare utilization by abused women: A case control study. *Eur J Gen Pract* 2012;18: 107-13. <http://dx.doi.org/10.1080/13614788.2012.675501>.

[16] Lammers B, Stiller R, Block E, Görres G, Imthurn B, Kath W. Effect of childhood sexual abuse on gynecologic care as an adult. *Psychosomatics* 2007;48:385-93. <http://dx.doi.org/10.1176/jps.48.5.385>.

[17] Belschen J, Bitterstein M. The gynecological care experience of adult survivors of childhood sexual abuse: a preliminary investigation. *Women Health* 1996;24:59-75.

[18] Ackerson K. A history of interpersonal trauma and the gynecological exam. *Qual Health Res* 2012;22:879-88. <http://dx.doi.org/10.1177/1049731511424730>.

[19] Swahnberg K, Wijma B, Stew K. Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;157:200-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.02.025>.

[20] Gurey G, Karacan Z. The feeling of discomfort during vaginal examination, history of abuse and sexual abuse and post-traumatic stress disorder in women. *J Clin Nurs* 2017;26:2362-71. <https://doi.org/10.1111/jocn.13874>.

[21] Westlaaf JC, Finney JW, Ruzek J, Lee TT, Thraill A, Jones S, et al. Distress and pain during pelvic examinations: effect of sexual violence. *Obstet Gynecol* 2008;112:1343-50. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31816e4c78>.

[22] Westlaaf JC, Frayze SM, Finney JW, Meos RH, Jones S, Hu K, et al. Sexual violence, posttraumatic stress disorder, and the pelvic examination: how do beliefs about the safety, necessity, and utility of the examination influence patient experiences? *J Women's Health* 2010;19:1271-80. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2009.1673>.

[23] Kari T, Wallisch A, Steiner E, Abd Elrahim I, Zahalka S, Abdallah A, et al. Abuse? The association between sexual violence history and patients' gynecological health and mental well-being. *Arch Gynecol Obstet* 2021;304:385-93. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-05077-0>.

[24] Holt BK, Sawaya GF, El Ayadi AM, Henderson JT, Rocca CK, Wenthoff CL, et al. Delayed visits for contraception due to concerns regarding pelvic examination among women with history of intimate partner violence. *J Gen Intern Med* 2021;36:1883. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-020-06334-8>.

[25] Tarzman S, MacCorm N, Lazarus G, Solt I, Sagg-Dam L. Silent voices that must be heard - women's perceptions of gynecologic examinations. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2021;31:1-8. <https://dx.doi.org/10.1080/0165482X.2020.1864727>.

[26] Hildén M, Sjösten K, Larngroff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:1030-6. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.02553.x>.

[27] Haute Autorité de santé. Recommandations de bonne pratique Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Saint Denis La Plaine : HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_repérage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_-_texte_recommandations.pdf; consulté le 8 juillet 2022.

[28] The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 518: Intimate partner violence. *Obstet Gynecol* 2012;119:412-7. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2012/02/intimate-partner-violence>; consulté le 8 juillet 2022.

[29] The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 777: Sexual Assault. *Sexual Assault*. *Obstet Gynecol* 2019;133:e296-302. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/04/sexual-assault>; consulté le 8 juillet 2022.

[30] Swahnberg K, Wijma B, Wingren G, Hildén M, Schei B. Women's perceived experiences of abuse in the health care system: their relationship to childhood abuse. *BJOG* 2004;111:1429-36. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00292.x>.

[31] Royal College of obstetricians and gynaecologists. Gynaecological examinations: Guidelines for specialist practice. London: Martin Press; 2002. p. 31.

[32] The Royal Australian and New Zealand College of obstetricians and gynaecologists. Gynaecological examinations and procedures. 2020. <https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Gynaecological-examinations-and-procedures.pdf>; consulté le 8 juillet 2022.

[33] Quaveria A, Humphrey LL, Harris R, Starkey M, Demberg TD. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians Screening pelvic examination in adult women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2014;161:67-72. <http://dx.doi.org/10.1126/aim.4.0701>.

[34] Bloomfield HE, Olson A, Greer N, Cantor A, MacDonald E, Rutks L, et al. Screening pelvic examinations in asymptomatic, average-risk adult women: an evidence report for a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2014;161:46-53. <http://dx.doi.org/10.7326/M13-2861>.

[35] Haut Conseil à l'égalité. Les actes médicaux durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et combattre le sexisme. Paris: Haut Conseil à l'égalité; 2018.

[36] Belschen-J. Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique. *Gynecol Obstet Fertil Sexual* 2022;50:289-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2022.05.004>.

RESEARCH

Open Access



Gynecological health and uptake of gynecological care after domestic or sexual violence: a qualitative study in an emergency shelter

Elisabeth Iraola^{1,2*} , Jean-Pierre Menard², Isabelle Buresi² and Patrick Chariot¹

Abstract

Background Domestic and sexual violence have been linked to adverse gynecological and obstetric outcomes. Survivors often find it difficult to verbalize such violence due to feelings of shame and guilt. Vulnerable or socially excluded women are frequently excluded from research, particularly qualitative studies on violence. This study aimed to characterize the perceived impact of domestic or sexual violence on the gynecological health and follow-up among women with complex social situations.

Methods We analyzed the data following inductive thematic analysis methods.

Results Between April 2022 and January 2023, we conducted 25 semi-structured interviews, lasting on average 90 min (range: 45-180), with women aged between 19 and 52, recruited in an emergency shelter in the Paris area. The women described physical and psychological violence mainly in the domestic sphere, their altered gynecological and mental health and their perception of gynecological care. The levels of uptake of gynecological care were related to the characteristics of the violence and their consequences. The description of gynecological examination was close to the description of coerced marital sexuality which was not considered to be sexual violence. Gynecological examination, likely to trigger embarrassment and discomfort, was always perceived to be necessary and justified, and consent was implied.

Conclusion This study can help question the appropriateness of professional practices related to the prevention of violence against women and gynecological examination practices. Any gynecological examination should be carried out within the framework of an equal relationship between caregiver and patient, for the general population and for women with a history of violence. It participates in preventing violence in the context of care, and more widely, in preventing violence against women.

Keywords Domestic violence, Intimate partner violence, Sexual violence, Pelvic examination, Gynecological care, Qualitative study

*Correspondence:
Elisabeth Iraola
elisabeth.iraola@valdemarne.fr

¹Institut de Recherche interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (IRIS), UMR, CNRS U997 Inserm EHESS UFR SMBH, Université Sorbonne Paris Nord, 8156-997, 93300 Aubervilliers, France

²Direction de la protection maternelle et infantile et promotion de la santé, Conseil départemental du Val-de-Marne, 94000 Créteil, France



© The Author(s) 2024. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Introduction

Since 2017, the international MeToo movement has contributed to freeing women's voices about sexual violence [1–3]. However, domestic or sexual violence is still difficult to verbalize for survivors and associated with a lack of social and emotional support [4–7]. A controlled trial in the US showed that following sexual assault, survivors were more reduced to silence and stigmatized than after physical violence [8]. Several studies showed a link between a history of domestic or sexual violence and the occurrence of obstetric and gynecological symptoms or diseases that could encourage women to consult a health professional. Indeed, pain – pelvic pain, dysmenorrhea and dyspareunia – uterine bleeding, vaginismus, and endometriosis were increased among women reporting violence during childhood or adulthood compared to those who did not report such violence [9–13]. A majority of women survivors of violence who attend a consultation do not mention the violence to the caregiver, possibly because of the shame and guilt experienced after this violence [1, 14].

Several quantitative and qualitative studies showed the association between a history of domestic or sexual violence and a negative experience of pelvic examination [15–22]. Women with a history of domestic or sexual violence reported discomfort, embarrassment, shame, or an increased pain experienced during the gynecological examination compared to those who had not been subject to violence [15–22]. In 2022, we conducted a qualitative study that identified differences regarding the frequency of uptake of gynecological care for women surveyed by a feminist organization tackling sexual violence [23]. In that study, the differences in the uptake of gynecological care were associated to the characteristics of violence and its perceived effect on gynecological health. The participants in this study were all socially and professionally integrated. The study did not include any woman subject to complex social pathways [23]. Such women are often excluded from research, specifically qualitative studies about violence. The aim of this study was to characterize the perception of the impact of domestic or sexual violence on gynecological health and gynecological care among women likely to present with a vulnerable situation or facing social exclusion.

Methods

The Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) guidelines were followed [24].

Ethical considerations

The study was granted ethical approval from the ethical and research committee of Paris University (reference N°2021-82, October 12th, 2021). Informed consent was obtained from all individual participants included in the

study and participants were assured of the confidential nature of the information collected.

Study population

Semi-structured interviews were conducted with women recruited in an emergency shelter in the greater Paris area that welcomes women who have escaped violence, for a maximum of two months. Participants were approached using non-probability convenience and snowball sampling. Interviews were not conducted with women who presented acute anxiety, agitation, restlessness or confusion. When the research interview would alter psychic health by visibly reviving the trauma (flashbacks, acute anxiety), the interview was not initiated or continued. Interviews were not conducted with woman who had therapeutic expectations from the research interview, such as an exclusive need for psychological or gynecological care.

Data collection

The individual face-to-face interviews lasted on average 90 minutes (range: 45–180) and were conducted by one of us (EI, midwife and PhD student), in French. Up to three pre-interviews were needed to establish a trusting relationship between the researcher and the participant. Interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. At the beginning of the interview, some questions were asked so that the researcher could become familiar with the participants, gain their trust and create a safe atmosphere. Before the interview, the participants' consent was obtained for participation and recording of the interview. Information was collected on their age, country of birth, level of education, and occupation. A semi-structured guide covering gynecological health, gynecological follow-up and domestic and sexual violence was used to shape interviews. Some examples of interview questions were as follows: "Could you tell me about your gynecological health?", "What might lead you to consult a gynecologist or a midwife?", "What is your perception of gynecological examination?" Could you tell me what brought you here?" (The interview guide is presented in Supplementary file 1).

Several listenings were needed to check the accuracy of the transcription. The transcribed data were compared with the field notes – e.g., non-verbal behavior was carefully transcribed during the interview – to ensure the completeness of the data collected. After verifying the accuracy of the transcription, recordings were destroyed. The data collection was ongoing until data saturation. The women interviewed were asked to identify themselves with a pseudonym.

Data analysis

We analyzed the data following inductive thematic analysis methods, using NVIVO Version 10 [25, 26]. The recorded interviews were first carefully listened to and then transcribed verbatim. During the first stage, words, sentences or paragraphs of text were coded and combinations were formed using an inductive process. During the second phase, the final 5 interviews were used to confirm theoretical saturation across the data set, and to finalize the coding framework. During the third phase, we assembled the codes into potential themes and gathered all relevant data for each theme, checking the relevance of the themes in relation to the coded extract and the dataset as a whole. An example of a coded verbatim divided into themes and sub-themes is provided in Supplementary file 2. The reliability of the research was enhanced by the similarity of the results obtained individually, then cross-referenced by three authors (EI, JPM, PC), over the three stages, to limit subjectivity in data interpretation. The participants were involved in the research process to verify data consistency. Extracts of their data were shown in order to obtain their feedback, while taking care not to confront them with a verbatim report that was difficult to listen to or to read.

The professional backgrounds of the four authors, combining experience in sexual and reproductive health (EI, JPM, IB) and forensic medicine (PC), enriched data analysis, while ensuring that the sense of the participants' words was not lost.

Results

Between April 2022 and January 2023, 25 semi-structured interviews were conducted with women aged 19 to 52. Five women who had consented to participate in the study were lost to follow-up. The participants were in a vulnerable social situation or in a situation of social migration, had little or no academic qualification, or had a degree that was not acknowledged in France (Table 1). For some, speaking in French or English was difficult when it was not their mother-tongue. However, living in a shelter with other women helped them improve their French. Although an interpreter could have been called on if communication proved impossible, it was actually not needed. At the time of the interview, most of them declared having access to health insurance that ensured that their gynecological and obstetric care be state-funded.

Table 1 Degree, profession and length of residence in France

Nick Name	Degree	Occupation	Length of residence in France if born abroad	Age
Angelina	Bachelor's in economy in the Comoros	Unemployed	7 years	30
Alicia	Associate degree in finance in Algeria	Unemployed	5 years	24
Ana	High school diploma in sales in France	Unemployed	Born in France	33
Jessica	No degree	Babysitter	4 years	38
Anaïs	No degree High school in France	Unemployed	Born in France	26
Karine	No degree	Unemployed	7 months	30
Louna	Professional training program in hotel management in France	Unemployed	Born in France	32
Christina	High school diploma in Algeria	Unemployed	13 years	53
Clara	Bachelor's in sociology in Morocco	Unemployed	3 years	29
Cynthia	Accounting training in France	Unemployed	Born in France	27
Estelle	Laboratory employee training program in France	Unemployed	Born in France	33
Hélène	Bachelor's in France	Air hostess	Born in France	52
Ingrid	No degree High school in France	Baby-sitter	Born in France	30
Iris	Bachelor's in economy in Algeria	Unemployed	3 months	34
Irène	No degree	Unemployed	8 years	37
Justine	No degree	Unemployed	8 years	33
Katia	No degree	Unemployed	10 years	37
Lia	High school diploma in Tunisia	Unemployed	2 years	20
Lina	No degree	Unemployed	6 months	28
Lylia	Bachelor's in French literature in Algeria	Unemployed	2 years	27
Marion	Personal assistant training program in France	Personal assistant	Born in France	29
Maya	Bachelor's in communication in Congo	Waitress	3 years	32
Nora	Bachelor's in management in Morocco	Unemployed	2 years	25
Stephania	Bachelor's in human resources in Côte d'Ivoire	Unemployed	2 years	25
Sophia	Cooking class program in France	Unemployed	7 years	19

The codes, divided into themes and sub-themes are presented in the thematic tree (Fig. 1).

Theme 1: perception of domestic sexual violence

Women described a history of physical and psychological violence mainly in the domestic sphere. Violence was often associated to economic dependency, making leaving the home difficult. The last episode of violence was recent, and had taken place from a few days to a few weeks before the research interview. It was considered by the women to have been sufficiently serious to justify being housed urgently outside the marital home. They described the violence by closely referring to death.

I cannot forget that day. It was deadly (...) I was on the street. He was following me (her husband), he hit me. They came next (...) the police and the fire brigade. He insulted me and said 'one day, I will slaughter you, there will be blood (...) with a knife' He said that sentence three days before hitting me. Every day I think of these words. Why does he talk that way? Every day he threatens me, every day, he insults me. And when he hit me, the neighbours called the fire brigade and the police. Me, I could not get up. I was shocked. He hit me with his hands and feet. Like that (she mimes). My face was swollen here and there (she shows her face that still shows marks). And then I can't remember very well but I know the police and the fire brigade were there. The police said 'Where does he live?'. Even I was unable to speak. You see? Even while he hit me, I did not have the strength to push (...) I did not want him to touch

my face. But it was in the face he was hitting me. My face was wrecked.
(Lia, 20 years old, unemployed)

In my mother's flat, there is a small corridor. A very small corridor. And he hit me, he hit me (her ex-husband) (...) Like never before. In this tiny corridor, he did not stop (...) I could see in his eyes... I thought he was going to kill me (Tears) (...). In this corridor, there was a (...) how do you call it? A coat-rack (...) is that what you say? And with this and with everything else he would hit me. My daughter was there (...) She would yell 'Daddy, daddy, stop' (Tears) (...). He would kick me and punch me, in the face, breast and in the belly and on the back and then again on the belly. I heard a crack inside me. It was like (...) How do you say? As if my uterus cracked and tore. And then, bleeding, I bled a lot.
(Lydia, 27 years old, unemployed)

We argued and he grabbed my hair (...). We lived in a duplex, he threw me down the stairs. He hit me. To this day I still wonder 'How am I still alive? How am I still alive?'. The neighbours heard. They heard every time but they did nothing, they were afraid of him. My neighbour told me 'I heard, I thought of calling the police.' I told her she should have. What if I had died?
(Ana, 33 years old, unemployed)

When questioned about sexual violence in the domestic sphere, they denied its existence. However, as they

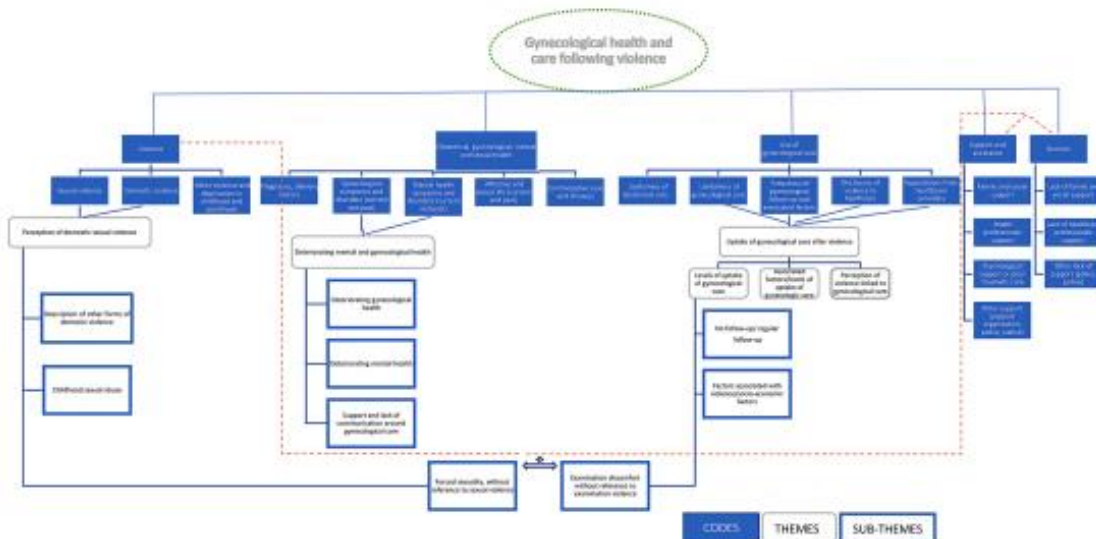


Fig. 1 Thematic tree

were asked to qualify their intimate and sexual life, they described it as forced or coerced, without referring to it as sexual violence. Following an event of physical domestic violence, sexual intercourse was perceived as what they referred to as 'reconciliation' and was considered more tolerable than physical violence, even when it was not desired.

He has needs. Sometimes he forced me but he never raped me.

(Irene, 37 years old, unemployed)

He forced me to do stuff, and it wasn't just once. It was all the time (...). For me it was not rape. He was single, he was attracted to me and that's it. He was a man, he had desires, and that's it.

(Alicia, 24 years old, unemployed)

It's the fact that he was rough, he hurt me. And in fact, he was bothered by my IUD, he said he could feel it. I felt like during penetration, he pushed it up or moved it. I said it was painful, I said I did not want to but my opinion did not count.

(Anaïs, 26 years old, unemployed)

I have come to a point where I have no sexual drive at all. I do it to avoid him insulting me. But I did not want to and I felt nothing (...) I cried, I did not want to do it (...) I felt nothing (...) When he touches me, I feel some (...) (mimes disgust). At least during the day, when he worked, I was relaxed. But at night, I could not escape it. It's horrible (...) I do not want to have a sexual life anymore. At night I pretended to sleep. He comes inside me and I have to let him do what he wants. He does what he likes but I don't want to (...). And I cry (...) And it disgusts me.

(Angelina, 30 years old, unemployed)

Afterwards, I could not block. But the body is hurt. During penetration, it was painful. You know, I could not stop him, it was not possible (...) And also (...) he touched me in front of the children. He touched my breasts and down there when the children were there, because at home, it was the only room, the children heard everything and saw everything (Sobs).

(Lina, 28 years old, unemployed)

I did not enjoy it. You see he could not penetrate there (...) So, he put his sex in my mouth. I said I did not like it but he kept going. And sometimes when he couldn't put it in my mouth, he put in my bottom. I told him to stop but he did not stop. (Tears)

(Nora, 25 years old, unemployed)

While they did not name sexual violence in the domestic sphere, the participants described a chaotic and deprived childhood with violence, including sexual violence.

I was abused sexually when I was little. I am incapable of knowing when it started but in my first memories, I was 4 or 5. It was the son of my mother's partner. Then, we were reported to child protection services but only for physical violence.

(Anaïs, 26 years old, unemployed)

There were repeated rapes by my step-father. I don't know when it started but I must have been very little. Since I was little, I did not know that it was not normal, the rapes (...) I thought it was a game, so I said nothing. When I turned 10, I began asking myself questions 'Is it normal? Is he allowed?' (...) No, it was not normal. I began to understand that it was bad. I started being aggressive, almost unbearable. I began my teenage crisis earlier than planned. Even my grandparents did not recognise me, as with them I was usually kind and peaceful (...). Then, I became aggressive even with them.

(Louna, 31 years old, unemployed)

Theme 2: deteriorating mental and gynecological health

The participants presented gynecological symptoms—pelvic pain, dyspareunia, dysmenorrhea, vulvodinia, bleeding, menstrual cycle disorders, infections— and psychological symptoms— anxiety, depression, eating disorders, addictions, ideation and suicidal behaviors, mental reminiscence. Pain (menstrual pain or dyspareunia) was a symptom that was often cited, associated to acknowledged sexual violence or to a sexuality described as unwanted, coerced or forced.

Gynecological symptoms

I regularly feel pain in my vagina. Intense pain, I don't know, like it stings down there (...) and it can be really unbearable.

(Estelle, 33 years old, unemployed)

As M. (her ex-husband) had kicked me directly there (she points to her pelvic area) (...) I had bleeding before my period...and I had very very intense menstrual pain after that. I had my period last week, it was really unbearable. So so painful. Before, I had menstrual cramps, but normal. I could walk and do everything, not problem. There, I was like this (she prostrates) (...). You see?

(Iris, 34 years old, unemployed)

Psychological symptoms

I even lost (...) How to put it (...) lost all desire for anything. I lost the will to live (Tears). There are times where (...) I could see that I was rotten (...) I told myself that I could never be happy anyway, that I was the problem in my life. It was impossible to live like this, I was worthless.

(Angelina, 30 years old, unemployed)

(Talking about her daughter) She lives with her father in X (Region). I haven't seen her for 5 years. She was 3 last time I saw her. My life has been very chaotic, too much so. Life caused me to abandon her as well as myself. I was very young when she was born, and I did not take the time to build myself before I became a mother. And then, when she was born, I was even more messed up than I am today. Today, I don't think of death for example, whereas before I thought of it as the only way out. It was to disappear, and that is also why I disappeared from my daughter's life.

(Anais, 26 years old, unemployed)

When I arrived here, I was so tired I could not walk. They immediately called ambulances and A&E. I had no strength, I ate nothing. Really nothing (...) I just smoked a lot (...) I did not sleep, I had nightmares. I wished I would die (Tears) (...) I wrote a letter... I wanted to die so that when they opened the letter, the legal services would reopen the case for domestic violence (Sobs).

(Jessica, 38 years old, child minder)

I was psychologically unwell, I did not sleep at night. Every time I heard some noises, I was startled. I also had fears, I felt he was coming in, threatening me, I still felt like I was with him. I still felt the effects (or the facts) in my body.

(Stephania, 25 years old, unemployed)

When they presented with gynecological symptoms, they complained about the lack of communication during the medical interview or the minimization of the gynecological symptoms by health professionals, which they associated with the violence.

I thought it's weird, I have a problem, I feel nothing and it hurts. I am a robot, I feel nothing (...) nothing (...) nothing at all. I even consulted a gynecologist to explain it. I explained that I felt nothing during intercourse except for the pain. And he said 'I don't work on sexuality, you need to go and see a sex therapist'. He asked when was the last time I took a smear test. He said it was to be done. But for sexuality, he (...) there was nothing that he could do.

(Angelina, 30 years old, unemployed)

Female genital mutilation was added to other violence and led to questions on the sexual dysfunctions imputable to one type of violence or the other— genital mutilation or sexual abuse – which they had never raised with a health professional.

When I was a little baby, I was mutilated. They removed my clitoris and everything was cut (...) closed. For birth, they opened up a little bit but never raised the issue. Because during intercourse, I feel no (...) never even (...). I never want to. It is very painful. Very often. I don't know if it's linked to this or to what was going on with my husband.

(Justine, 33 years old, unemployed)

Around the age of 8, they cut the... How is it called again? (...) And then, they sutured everything. I remember they were holding my legs. I remember the pain (...) I couldn't even walk afterwards. To pee, it burnt, it was horrible. I stayed at home until it healed. Then after my first sexual intercourse, the first time, I think it tore. There was bleeding, pain and everything (...). But I still have a question: even if your vagina is cut, do you remain a virgin?

(Sophia, 19 years old, unemployed)

The integrity of the hymen, considered by women to be a proof of virginity, was raised when they reported the impact of the violence, as well as when they explained the motivation to access medical care, even a long time after the violence.

I want to come back to what you said when we first met. You said 'I am a virgin'. I feel like it is important to you to be so. Could you explain it to me?

Yes, for us it's the way it is, you cannot lose your virginity before marriage. And in fact, he (perpetrator) said that 50% of women don't have a hymen. I think he said that (...) to (...) because with penetration and everything, I felt bad. So, he kept saying that the hymen, it didn't exist, he said the hymen (...) Like it was bullshit (...) and I could have intercourse and remain a virgin.

(Alicia, 24 years old, unemployed)

(Describing the gynecological examination) When you have been subject to sexual violence, there can be lesions or problems. So, one should ask the question to find out and then check for any lesions. There can be internal vaginal tears. Damage in the genital area. Tears of the hymen (...) Small things like this.

*That's what gynecological care is for. And sometimes, there can be multiple damages.
(Louana, 31 years old, unemployed)*

Theme 3: uptake of gynecological care after violence

a. Levels of uptake of gynecological care and associated factors.

The women surveyed showed a lack of knowledge and understanding of the care pathway in France, which led not to seek gynecological care. In addition, reduced or non-use of gynecological care was associated with avoidance of pelvic examination and coercive control by the perpetrator.

*(Avoidance) And well, I don't like when things are inserted in my vagina, like (...) cameras for example. Cameras?
Yes, cameras to look. Or even fingers, or objects. I don't want any object whatsoever.
(Alicia, 24 years old, unemployed)*

*(Control)
No (...) It was not possible (...) he was always behind me. Even during medical consultations, he is with me when I speak to a physician.
(Clara, 29, unemployed)*

*But my gynecologist, he was a man and my husband did not want me to go and see him (...) with him, it had to be a woman, not a man. Because a man, it was forbidden. Whereas for me, it does not matter because he is a physician and is doing his job. Man or woman, there is no difference. That's also why I did not go back. It was too complicated.
(Ana, 33 years old, unemployed)*

Limited financial resources associated with social vulnerability contributed to the decision not to seek gynecological care. In addition, factors such as low self-esteem and an inability to cope with the consequences of a diagnosis dissuaded women from seeking care. They did not wish to add negative events to an already chaotic and complex life.

*Actually, I did not (...) uh (...) I left (...) actually, I had an appointment with a gynecologist but did not go (...) I let it go. (Tears). In fact, I did not care about myself, even if something happened, it was not a problem. I did not care for myself.
(Ana, 33 years old, unemployed)*

*I think it was also because (...) well there are too many problems on my mind. It is not a good time. If there is a result and it is not good, I don't have the strength to face it at the moment. I cannot have even one additional problem. At least I have nothing on that side. I have too much on my mind.
(Jessica, 38 years old, child-minder)*

Regular uptake of gynecological care was easier during pregnancy. A dependency to the perpetrator for reproductive health could also lead women to seek gynecological care when they did not perceive the need.

*It was my husband who wanted me to go (for gynecological check-up) because I couldn't conceive any children (...) (Speaking of her husband) He said that at his age, it was not normal to only have 3 children. That we needed to have more & I did not want any more children. He was not himself. He changed completely. He said words that still hurt. Slaps too, more and more often. He wanted to show that he was the man and made the decision.
(Justine, 33 years old, unemployed)*

b. Perception of violence linked to gynecological care.

The description of a gynecological examination was close to that of coerced marital sexuality which was not considered to be sexual violence. The gynecological examination, likely to trigger discomfort was always perceived to be necessary and justified, and consent was implied. When the physicians considered the gynecological examination necessary, their consent or approbation was not required.

*He asked to get undressed and every time, even though I know the answer, I ask 'Do we take only the top off or everything? Should I remove my underwear too?' (Laughter). I do it even though I know that everything must come off (...) but well when the physician goes (...) he puts his fingers or something else (...) legs spread you let go (...). And then, I close my eyes to escape a little (...). I close my eyes and let go (...) (Laughter).
(Cynthia, 27 years old, unemployed)*

Am I asked permission? (...) Well then (...) that is a good question (Laughter) (...). In truth, that is what you go there for, isn't it? But if you refuse, we say 'no' anyway? On the other hand, they will not force you to undress either (...). For me, a physician is a physician, man or woman by the way. I think that you change as you grow old too. I believe that well they

chose that job, and they do it for medical reasons (...) but well, a pair of breasts is a pair of breasts. (Hélène, 50 years old, air hostess)

It was the first time I had an examination, he used a tube like for ultrasounds, and he put it in my vagina. It's a bit like penetration honestly (Laughter). I had never seen this, it was weird. I thought that an ultrasound was just on the belly I did think that there was also a think on the other side (Laughter). (Stéphanie, 25 years old, unemployed)

Discussion

The women reported physical and psychological violence mainly in the domestic sphere. They also described an altered gynecological and mental health and their perception of gynecological care. The levels of uptake of gynecological care were related to the characteristics of the violence and their consequences. When questioned about domestic sexual violence, they denied its existence. However, as they were asked to qualify their intimate and sexual life, they described it as forced or coerced, without referring to it as sexual violence. The description of gynecological examination was close to the description of coerced marital sexuality, which was not considered to be sexual violence. Gynecological examination, likely to trigger embarrassment and discomfort, was always perceived to be necessary and justified, and consent was implied. Their husbands' sexual needs or the medical practitioner's needs to perform a gynecological examination outweighed their own needs and therefore did not require their approval or consent.

While the perception of the impact of violence on gynecological health is comparable between women surveyed by a feminist organization (FO) [23] and those recruited in an emergency shelter (ES), there was a difference in the perception of domestic sexual violence and perception of violence during gynecological care. Thus, FO women reported domestic sexual violence while ES women did not consider forced sexuality in the context of physical and psychological violence as sexual violence. Their sexuality aimed at addressing their partner's needs rather than their own emotional and sexual needs. The FO women also reported sexual violence in gynecological care [23], as previously shown by a Swedish study establishing that women with a history of violence during childhood were more likely to perceive care as violent [27]. Conversely, ES women described unease and discomfort, without referring to violence in gynecological care, which was described as useful and justified, which means that consent was implied.

We can assume that the perception of domestic sexual violence and violence in gynecological care is likely to

vary depending on the timing of the violence, its repeated nature, and emotional, social and psychological support. This perception can also vary depending on education (egalitarian or stereotyped) and on a sense of belonging to a feminist culture as opposed to exclusive references to a patriarchal model.

Taking gynecological care or not can result from a choice, which contrasts with the impossibility of expressing free choices when life is controlled by domestic and sexual violence.

Data regarding mental health in our study corroborate the findings of several studies showing the link between domestic or sexual violence and disorders or symptoms such as depression, particularly postnatal depression [28–32], posttraumatic stress disorder [29–31], addictive behaviors [33], eating disorders [31, 34] and suicidality [31, 35]. The women interviewed in the present study regretted a lack of communication during the medical interview or a minimization, by health professionals, of the gynecological symptoms attributed to the violence, similarly to the women recruited by an FO [23]. Our results on the levels of gynecological care strengthen the findings of qualitative studies identifying the differences in levels of uptake of gynecological care in connection with the characteristics of the violence and their perceived effect on gynecological health [23, 36, 37].

Our study can help question the appropriateness of professional practices related to the prevention of violence against women. In France, the National Health Authority recommended screening for domestic violence [38], as did international learned societies [39, 40]. However, there is no French medical recommendation on screening for a history of sexual violence in adult women, as opposed to other countries like the US [41, 42]. This study also led to question the appropriateness of practices around gynecological examination. In the US, the UK and Australia, the indications of pelvic examinations are well defined [43–45]. Any gynecological examination should be carried out within the framework of an equal relationship between caregiver and patient, as well among women with a history of violence as in the general population.

Strengths and weaknesses

Recruitment via organizations enabled to interview people in a neutral research setting rather than in the context of care and led to integrating women with difficult seek to gynecological care. Participants talked about their perception of the impact of violence on their health and gynecological care, topics which are usually ignored in care contexts, due to their association with guilt and shame. The study helped interview women with complex social pathways, usually excluded from any research on violence. We explored public health concerns regarding

gynecological follow-up after domestic and sexual violence, including the interactions between biological, psychological, social and environmental factors.

Therefore, we cannot generalise the validity of the conclusions of this study to the general adult female population living in France. Future research is needed to understand, on the one hand, the uptake of gynecological care violence and, on the other hand, the social and psychological factors associated with the experience of domestic sexual violence and gynecological violence.

Conclusions

Patients' adherence to a medical act, such as a pelvic examination, is a critical element of the healthcare relationship, based on a clear understanding of the reasons for the examination and the conditions under which it will be performed. It contributes to avoid retraumatization, participates in preventing violence in the context of care, and more widely, in preventing violence against women.

Abbreviations

A&E	Accident and Emergency
ES	Emergency shelter
FO	Feminist organization
IUD	Intrauterine device

Supplementary Information

The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03112-0>.

Supplementary Material 1

Supplementary Material 2

Acknowledgements

The authors would like to thank all the participants and coordinator for the emergency shelter.

Author contributions

All authors took part in designing the study (EI, JPM, IB, PC). EI conducted the interviews and transcribed the audio recordings into text. All authors contributed to the interpretation of the findings (EI, JPM, IB, PC). EI and PC drafted the article in cooperation with the other authors. All authors contributed to the revision of the manuscript and approved the final manuscript (EI, JPM, IB, PC).

Funding

Open access funding provided by the Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (IRIS) in cooperation with the Direction de la protection maternelle et infantile et promotion de la santé, Conseil Départemental du Val de Marne. No funding was received for this research.

Data availability

The datasets used and/or analysed in relation to the current study are available from the corresponding author upon reasonable request.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

The study received ethical approval from the ethical and research committee of the Université de Paris (reference N°2021-82, October 12th, 2021). Informed

consent was obtained from all individual participants included in the study. Participants were assured of the confidential nature of information gathered. All data collected were anonymized using unique study identifiers.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Received: 26 September 2023 / Accepted: 23 April 2024

Published online: 27 April 2024

References

- O'Neill A, Sojo V, Fileborn B, Scoville AJ, Milner A. The #MeToo movement: an opportunity in public health? *Lancet*. 2018;391(10140):2587–9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30991-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30991-7).
- Alagga R, Wang S. I never told anyone until the #metoo movement: what can we learn from sexual abuse and sexual assault disclosures made through social media? *Child Abuse Negl*. 2020;103:104312. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104312>.
- O'Halloran O, Cook N. Breaking the silence: exploring women's experiences of participating in the #MeToo movement. *Feminist Media Stud*. 2023;0(0):1–15. <https://doi.org/10.1080/14680777.2023.2231656>.
- Barnes M, Szalassy E, Herbert A, Heron J, Feder G, Fraser A, Howe LD, Barber C. Being silenced, loneliness and being heard: understanding pathways to intimate partner violence & abuse in young adults. A mixed-methods study. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1562. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13990-4>.
- Brits B, Walker-Williams H, Fouché A. Experiences of women survivors of childhood sexual abuse in relation to nonsupportive significant adults: a scoping review. *Trauma Violence Abuse*. 2022;23(4):1027–47. <https://doi.org/10.1177/1524838020985550>.
- Côté PB, Flynn C, Dubé K, Fernet M, Maheu J, Gosselin-Pelerin A, et al. It made me so vulnerable: victim-blaming and disbelief of child sexual abuse as triggers of Social Exclusion leading women to Homelessness. *J Child Sex Abuse*. 2022;31(2):177–95. <https://doi.org/10.1080/10538712.2022.2037804>.
- Dardis CM, Davin KR, Lietzau SB, Gidycz CA. Disclosing unwanted pursuit victimization: indirect effects of negative reactions on PTSD Symptomatology among Undergraduate Women. *J Interpers Violence*. 2021;36(21–22):10431–53. <https://doi.org/10.1177/0886260519884696>.
- Reich CM, Pegel GA, Johnson AB. Are survivors of sexual assault blamed more than victims of other crimes? *J Interpers Violence*. 2022;37(19–20):NP18394–416. <https://doi.org/10.1177/08862605211037423>.
- Hassam T, Kelso E, Chowdhary P, Yisma E, Moll 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*. 2020;255:222–30. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.10.038>.
- Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*. 2006;332(7544):749–55. <https://doi.org/10.1136/bmj.38748.697465.55>.
- 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*. 2009;302(5):550–61. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1091>.
- Tetik S, Yalçınkaya A, Kar Q, Vaginismus, Dyspareunia and abuse history: a systematic review and Meta-analysis. *J Sex Med*. 2021;18(9):1555–70. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.07.004>.
- Harris FR, Wieser F, Vitonis AF, Rich-Edwards J, Boynton-Jarrett R, Bertone-Johnson ER, et al. Early life abuse and risk of endometriosis. *Hum Reprod*. 2018;33(9):1657–68. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey248>.
- Wijma B, Schel B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Piiharinen U, et al. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a nordic cross-sectional study. *Lancet*. 2003;361(9375):2107–13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13719-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13719-1).
- Robohm JS, Bottenheim M. The gynecological care experience of adult survivors of childhood sexual abuse: a preliminary investigation. *Women Health*. 1996;24(3):59–75. https://doi.org/10.1300/J013v24n03_04.
- Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schel B. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort:

- discomfort during gynecologic examination. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(11):1030–6. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00253>
17. Swahnberg K, Wijma B, Siwe K. Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;157(2):200–5. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.02.025>
 18. Leeners B, Stiller R, Block E, Góres G, Imthum B, Rath W. Effect of childhood sexual abuse on gynecologic care as an adult. *Psychosom* 2007 Sep-Oct;48(5):385–93. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.5.385>
 19. Güneş G, Karacam Z. The feeling of discomfort during vaginal examination, history of abuse and sexual abuse and post-traumatic stress disorder in women. *J Clin Nurs*. 2017;26(15–16):2362–71. <https://doi.org/10.1111/jocn.13574>
 20. Weitlauf JC, Finney JW, Ruzek JJ, Lee TT, Thraikill A, Jones S, et al. Distress and Pain during pelvic examinations: effect of sexual violence. *Obstet Gynecol*. 2008;112(6):1343–50. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31818e4678>
 21. Weitlauf JC, Frayne SM, Finney JW, Moos RH, Jones S, Hu K et al. Sexual Violence, Posttraumatic Stress Disorder, and the Pelvic Examination: How Do Beliefs About the Safety, Necessity, and Utility of the Examination Influence Patient Experiences? *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19(7):1271–80. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1673>
 22. Razi T, Wallfisch A, Sheiner E, Abd Elrahim L, Zahalka S, Abdallah A et al. #metoo? The association between sexual violence history and parturients' gynecological health and mental well-being. *Arch Gynecol Obstet*. 2021;304(2):385–93. doi: 007/s00404-021-05977-0.
 23. Iraola E, Menard JP, Chaniot P. Recours Au soin gynécologique chez les femmes rapportant des violences sexuelles: étude qualitative. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2023;51(1):46–52. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.10.001>
 24. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
 25. Thomas DR. A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *Am J Evaluation*. 2006;27(2):237–46. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
 26. Braun V, Clarke V. Is thematic analysis used well in health psychology? A critical review of published research, with recommendations for quality practice and reporting. *Health Psychol Rev*. 2023;1–24. <https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2161594>
 27. Swahnberg K, Wijma B, Wingren G, Hilden M, Schei B. Women's perceived experiences of abuse in the health care system: their relationship to childhood abuse. *BJOG*. 2004;111(12):1429–36. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00292>
 28. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2012;75(6):959–75. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.025.
 29. Lemieux S, Tourigny M, Joly J, Baril K, Séguin M. [Characteristics associated with depression and post-traumatic stress disorder among childhood sexual abuse women]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2019;67(5):285–94. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.05.012>
 30. White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wahlich C, Montesinos Guevara CM, et al. Global prevalence and Mental Health outcomes of intimate Partner Violence among women: a systematic review and Meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2023;15248380231155528. <https://doi.org/10.1177/15248380231155529>
 31. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(7):618–29. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
 32. Ankerstjerne LBS, Laizer SN, Andreassen K, Normann AK, Wu C, Linde DS, et al. Landscaping the evidence of intimate partner violence and postpartum depression: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(5):e051426. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051426>
 33. Embersin-Kyprianou C, Yermachenko A, Massari V, El-Khoury-Lesueur F, Melchior M. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2020;68(1):9–15. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.09.004>. [Unexpected pregnancy, experience of sexual violence and contraception among women who use cannabis or other illegal substance in the Great Paris Region: Data from the 2016 Health Barometer].
 34. Moulding N. It wasn't about being slim: understanding eating disorders in the context of abuse. *Violence against Women*. 2015;21(12):1456–80. <https://doi.org/10.1177/1077801215556243>
 35. Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R, Tomasetti C, Iasevoli F, Fornaro M, et al. Suicide during Perinatal Period: epidemiology, risk factors, and clinical correlates. *Front Psychiatry*. 2016;7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00138>
 36. Ackerson K. A history of interpersonal trauma and the gynecological exam. *Qual Health Res*. 2012;22(5):679–88. <https://doi.org/10.1177/1049732311424730>
 37. Meier S, Big K, Delay C, Sundstrom B, Schwab-Reese L, DeMaria AL. I'm more open to talking about it: women's experiences with sexual abuse and Reproductive Health. *J Interpers Violence*. 2021;36(23–24):NP13136–61. <https://doi.org/10.1177/0886260520905077>
 38. Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Saint Denis La Plaine. 2019 Jun p. 54. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple. Accessed 26 September 2023.
 39. National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse: multi-agency working. 2014 p. 79. <https://www.nice.org.uk/Guidance/P/H50>. Accessed 26 September 2023.
 40. ACOG Committee Opinion No. 518: Intimate partner violence. *Obstet Gynecol*. 2012;119(2 Pt 1):412–7. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182498f74>
 41. ACOG. Committee Opinion 777: sexual assault. *Obstet Gynecol*. 2019;133(4):e296–302. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003178>
 42. DeMaria AL, Meier S, King H, Sidorowicz H, Seigfried-Spellar KC, Schwab-Reese LM. The role of community healthcare professionals in discussing sexual assault experiences during obstetrics and gynecological healthcare appointments. *BMC Women Health*. 2023;23(1):263. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02401-4>
 43. Royal College of obstetricians and gynaecologists. Gynaecological examinations: guidelines for specialist practice. London: Manor; 2002. p. 31.
 44. ACOG Committee Opinion No. 754: The Utility of and Indications for Routine Pelvic Examination. *Obstet Gynecol*. 2018;132(4):e174–e180. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002895>
 45. The Royal Australian and New Zealand College of obstetricians and gynaecologists. Gynaecological examinations and procedures. 2004 MAJ 2020;7. <https://ranzocg.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Gynaecological-examinations-and-procedures.pdf>. Accessed 23 August 2023.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Full length article

Low uptake of gynecological consultation following domestic or sexual violence: A case-control study during pregnancy follow-up

Elisabeth Iraola^{a,b,*}, Jean-Pierre Menard^b, Marie-Laure Baranne^b, Julien Cudonnet^b,
 Isabelle Buresi^b, Patrick Chariot^a

^a Institut de Recherche interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (IRIS), UMR 8156-997, CNRS U997 Inserm EHESS UFR GMBH, Université Sorbonne Paris Nord, France
^b Direction de la protection maternelle et infantile et promotion de la santé, Conseil départemental du Val-de-Marne, 94000 Créteil, France

ARTICLE INFO

Keywords:
 Sexual violence
 Domestic violence
 Intimate partner violence
 Gynecological health
 Gynecological care

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to examine the association between exposure to domestic and sexual violence and low uptake of gynecological consultation.

Study design: Between October 2021 and October 2022, a case-control study was conducted in mother and child centers and sexual health centers in the Paris, France area. The case group included pregnant women who did not have a scheduled gynecological consultation in the past two years. The control group included pregnant women who had a scheduled gynecological consultation in the past two years. Pregnant women were interviewed using a standardized questionnaire about a history of domestic and sexual violence, the date of their last gynecological consultation and the gynecological health.

Results: A total of 405 pregnant women were included in the case group (n = 129) or in the control group (n = 276). After adjustment for age, couple, social security, supplementary health insurance, dyspareunia, abnormal vaginal discharge, dysmenorrhea, regular pelvic pain, mastodynia, vulvodynia and history of difficult delivery, a history of intimate partner violence was associated with the absence of a gynecological consultation in the past two years (OR 2.13; CI95% 1.21–3.73, p = 0.008). A history of sexual violence, regardless of age, was associated with the absence a gynecological consultation in the past two years (OR 1.92; CI95% 1.05–3.49, p = 0.03). The absence of a gynecological consultation was associated with dyspareunia and domestic or sexual violence (p < 0.0001 and p < 0.0001, respectively).

Conclusions: This study highlighted the association between domestic and sexual violence and the absence of gynecological consultations in the past two years. It underlines the importance of screening for domestic and sexual violence during gynecological consultations and its impacts on mental health, in particular psycho-traumatic symptoms, and on gynecological health, in particular dyspareunia.

Introduction

Violence against women is a major public health problem and a violation of human rights [1]. In 2022, the World Health Organization (WHO) estimated that 27 % of women aged 15 to 49 had been victims of physical or sexual violence in their lifetime, including 13 % in the previous year [2]. In a meta-analysis of 10 cross-sectional studies involving 8549 women, the prevalence of lifetime sexual violence was 31 %, with higher rates among pregnant women and women in developing countries [3]. Psychological, physical and sexual intimate partner violence (IPV) and sexual violence, whoever the perpetrator, leads to serious short- and long-term physical, mental, sexual and reproductive health

problems for women. Violence-related gynecological disorders include pelvic pain, dysmenorrhea, dyspareunia, and abnormal menstrual bleeding [4–6]. Violence-related obstetric outcomes include unwanted pregnancy, preterm birth delivery and low birth weight [7–10].

In obstetrics, a history of domestic or sexual violence is associated with a risk of reduced utilization of care, especially among women who do not benefit from collective funding for their care. A meta-analysis of 5 articles also showed that pregnant women with a history of IPV were 25 % less likely to utilize adequate antenatal care than women without a history of IPV [11]. A meta-analysis of 37 studies showed that pregnant women exposed to violence during pregnancy were more likely to never seek care or to delay care [12].

* Corresponding author.

E-mail address: elisabeth.iraola@valdemame.fr (E. Iraola).<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.02.055>

Received 27 December 2023; Received in revised form 26 February 2024; Accepted 29 February 2024

Available online 1 March 2024

0301-2115/© 2024 The Authors. Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

In gynecology, guidelines on well-woman visit issued by the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) in 2018, assessed that the interval between two preventive gynecological consultations should be based on women's individual characteristics [13], which was in line with the guidelines published by the French National College of Obstetricians and Gynecologists in 2023 [14]. In 2012, the ACOG recommended performing pelvic examinations annually in all women aged 21 years and older, as part of the well-woman visit guidelines [15]. The French national Health Authority recommended an annual gynecological consultation for contraception [16], individual breast cancer screening after the age of 25 [17], screening for sexually transmitted infections before the age of 25 [18] and the first two cervical cancer screenings before the age of 30 [19]. Low use of gynecological care can compromise or delay the prevention and diagnosis of gynecological diseases [20,21].

Two studies, one in the US involving 1,480 women seeking contraceptive care, the other in Turkey involving 210 parturients, showed that women with a history of IPV or sexual violence had an increased risk of sub-optimal gynecological follow-up, avoidance of gynecological care or delayed utilization of care associated with avoidance of pelvic examination [22,23]. An Australian cross-sectional study of 1,685 women showed that cervical cancer screening rates were lower among women who had reported childhood sexual abuse [24]. However, a retrospective cohort study of 1,049 US women veterans found no evidence of reduced cervical cancer in women with a history of sexual abuse [25]. Child sexual abuse (CSA) was associated with lower rates of attendance at gynecologists but CSA victims were no less likely to have contact with gynecologists than the comparison group with no history of violence, according to an Australian study published in 2020 [26].

None of the studies reviewed aimed to explore the association between violence and low use of gynecological care, by specifying characteristics of violence such as the type of violence and the perpetrator of domestic violence. The aim of this study was to examine the association between exposure to domestic and sexual violence and low uptake of gynecological consultation.

Materials and methods

Ethical approval

The study was granted ethical approval from the ethical and research committee of Paris University (reference N°2021-82, October 12, 2021). Informed consent was obtained from all individual participants included in the study. Participants were informed of the confidential nature of the information collected.

Study design and population

Between October 2021 and October 2022, a case-control study was conducted in mother and child centers and sexual health centers in the Paris, France, area (Val de Marne).

Pregnant women over the age of 20 were interviewed using a standardized questionnaire administered by a health professional according to the women's preferred method, either immediately after the consultation or at a later date, and either on site or remotely by phone or videoconference. All interviewed women attended the consultation for a pregnancy follow-up. Women who had not lived in France for the previous 3 years and women under the age of 20 were excluded.

Data handling

Main data collected concerned a history of domestic or sexual violence, the gynecological consultations prior to pregnancy and, if applicable, the date of the last consultation. Data were also collected on women's socio-demographic and socio-economic characteristics, reproductive health and the history of utilizing emergency or primary

care. The case group included women who did not have a scheduled gynecological consultation with a physician or midwife in the past two years. The control group included women who had a scheduled gynecological consultation with a physician or midwife for less than two years, outside the context of pregnancy or gynecological emergency. An exposure to violence was defined as a history of domestic violence perpetrated by a current or previous partner, spouse or husband, or a history of sexual violence, before and after the age of 18. Questions about violence were adapted from the European Union Violence Against Women Survey questionnaire, administered to 42,000 women in 28 European countries in 2014 [27]. The age, the gestational age and the body mass index were extracted from medical records. All other data were collected through the questionnaire. Missing data (MD) were counted for each variable. The STROBE case-control guidelines were followed [28].

Statistical analysis

To estimate the sample size, we assumed a type I error of 5 %, a power of 80 %, a case-control ratio of 1:2 and a prevalence of domestic or sexual violence of approximately 30 % [29]. We hypothesized that women with a history of domestic or sexual violence would have a 1.9 times more risk of delaying care than women who were not victims, in line with the previously cited study [12] which found an odd ratio (OR) of 1.81. With a minimum detectable OR of 1.9 we would need at least 132 cases and 264 controls for a total of 396 participants.

R® 3.6.0 software was used for statistical analysis of the data.

For bivariate analysis, we used the Pearson's chi square test, Fisher's exact test and ANOVA. All variables associated with the absence of gynecological consultation in the last two years in the univariate analysis were included in the multivariable logistic regression model, calculating odds ratios and 95 % confidence intervals (95 % CI). The results were considered significant for P values below 0.05.

Results

A total of 1049 pregnant women were initially recruited and assessed for eligibility. 228 refused to participate and 446 were excluded from the study because they were younger than 20 years or they had lived in France for less than 3 years. A total of 405 pregnant women were included in the case group (n = 129) or in the control group (n = 276). Women in the case group were significantly younger (mean, 29.75 vs. 31.86 yrs, p = 0.002), less likely to live in the same household as their partner (p = 0.0002), had less social security (p = 0.003), supplementary insurance (p < 0.0001) (Table 1) and reported more non-menstrual pelvic pain (p = 0.0003), dysmenorrhea (p = 0.0001), dyspareunia (p < 0.0001), abnormal vaginal discharge (p < 0.0001), vulvodynia (p = 0.006), mastodynia (p = 0.009) and history of difficult delivery (p = 0.01) (Table 2). There were no differences between the two groups in terms of educational level, employment, body mass index, disability, obstetrical data, age of first consensual sexual intercourse, frequency of general practitioner consultations and frequency of emergency consultation for gynecological concerns in the past two years.

Domestic violence (physical, psychological or sexual IPV) was reported by 37.5 % of women – 32.3 % by a previous partner, 8.6 % by a current partner – and sexual violence, whoever the perpetrator, before or after 18 years when violence occurred, was reported by 24.7 %.

In bivariate analysis, a history of physical, psychological, or sexual domestic violence by a previous or current partner was associated with the absence of a gynecological consultation in the past two years, p < 0.0001 and p = 0.02, respectively, compared with no history of IPV. A history of sexual violence, whoever the perpetrator, and regardless the age of the victim, was associated with the absence of a gynecological consultation in the past two years, p < 0.0001, compared with no history of sexual violence. We found an association between sexual violence and the absence of a gynecological consultation in the last two years was

Table 1
Demographic and socioeconomic data of women who had (controls) or had not (cases) reported a gynecological consultation in the last two years.

	Last gynecological consultation		Bivariate analysis
	Cases (>2 yrs) (n = 129) N (%)	Controls (<2 yrs) (n = 276) N (%)	>2 yrs vs. <2 yrs P
Age (mean)	29.75	31.86	0.002 ^c
Couple			0.0002 ^a
Couple, same accommodation	85 (65.9)	229 (83.3)	
Couple, separate accommodation	14 (10.8)	20 (7.3)	
Not a couple	30 (23.3)	26 (9.4)	
MD	0	1	
Level of education			0.99 ^a
Middle school and less	25 (19.3)	42 (15.4)	
Professional training program	17 (13.1)	29 (10.6)	
High school	43 (33.3)	76 (27.8)	
Higher education	44 (34.1)	126 (46.1)	
MD	0	3	
Current professional activity or study	61 (47.3)	156 (56.5)	0.08 ^a
Social security			0.003 ^b
General scheme/Special scheme	61 (47.7)	181 (65.6)	
Universal medical cover	42 (32.8)	67 (24.3)	
Free state medical assistance	19 (14.8)	21 (7.6)	
No social security	6 (4.7)	7 (2.5)	
MD	1	0	
Supplementary health insurance	82 (67.2)	224 (85.8)	0.0003
MD	7	15	
BMI			0.1 ^b
Normal	41 (52.6)	56 (33.1)	
Lean	—	4 (2.4)	
Overweight	23 (29.5)	66 (39.0)	
Obese	14 (17.9)	43 (25.4)	
MD	51	107	
Disability	1 (0.8)	7 (2.5)	0.47 ^b
MD	0	1	

BMI = Body mass index.

MD = missing data.

^a p-value was calculated by using Pearson's chi square test.

^b p-value was calculated by using Fisher's exact test.

^c p-value was calculated by using anova.

reported, for both women assaulted after and before 18 ($p < 0.0001$ and $p < 0.0001$, respectively) (Table 3).

After adjustment for age, couple, social security, supplementary health insurance, dyspareunia, abnormal vaginal discharge, dysmenorrhea, regular pelvic pain, mastodynia, vulvodynia, history of difficult delivery, a history of IPV was associated with the absence of a gynecological consultation in the past two years (OR 2.13; CI95% 1.21–3.73, $p = 0.008$). A history of IPV perpetrated by a previous partner was associated with the absence of a gynecological consultation in the past two years (OR 2.04; CI95% 1.15–3.60, $p = 0.01$) and a history of IPV perpetrated by the current partner was not significantly associated with the absence a gynecological consultation in the previous two years (OR 1.14; CI95% 0.48–2.66 $p = 0.77$). A history of sexual violence, regardless of age, was associated with the absence a gynecological consultation in the past two years (OR 1.92; CI95% 1.05–3.49, $p = 0.03$). A history of sexual violence after 18 years was associated with the absence of a gynecological consultation in the past two years (OR 1.95; CI95% 1.07–3.56, $p = 0.03$) but not the history of sexual violence before 18 years (OR 1.37; CI95% 0.74–2.51, $p = 0.30$) (Table 3). A post-hoc power analysis was performed on the non-significant variables (current domestic violence and sexual violence under the age of 18) and showed a low power of 3 % for current domestic violence and 56 % for sexual

Table 2
Reproductive health, use of care data of women who had (controls) or had not (cases) reported a gynecological consultation in the last two years.

	Last gynecological consultation		Bivariate analysis
	Cases (>2 yrs) [n = 129] >2 years N [%]	Controls (<2 yrs) [n = 276] <2 years N [%]	>2 yrs vs. <2 yrs P
General data [mean]			
Gravidity	3.93	3.88	0.80 ^c
Parity	2.47	2.5	0.88 ^c
Age of first consented sexual intercourse	19.44	19.6	0.25 ^c
Gestational age	19.00	19.05	0.97 ^c
Gynecological symptoms			
Regular pelvic pain (non-menstrual pelvic pain)	42 (32.6)	46 (16.7)	0.0003 ^a
MD	3	2	
Dysmenorrhea > 6/10	69 (54.8)	95 (34.7)	0.0001 ^a
MD	3	2	
Dyspareunia	72 (55.8)	55 (19.9)	<0.0001 ^a
If dyspareunia, type of dyspareunia			0.08 ^a
Superficial dyspareunia	14 (19.4)	13 (25.5)	
Deep dyspareunia	8 (11.1)	12 (23.5)	
Superficial and deep dyspareunia	50 (69.4)	26 (51.0)	
MD	0	4	
Abnormal vaginal discharge	43 (33.6)	39 (14.2)	<0.0001 ^a
MD	1	2	
Vulvodynia	24 (18.9)	25 (9.3)	0.006 ^a
Mastodynia MD	25 (19.5)	28 (36.8)	0.009 ^a
MD	1	0	
Emergency gynecological consultation in the last two years	22 (17.5)	51 (18.6)	0.78 ^a
If yes, reason of emergency gynecological consultation			0.18 ^b
Pain: pelvic pain, dysmenorrhea, dyspareunia, vulvodynia	10 (62.5)	14 (41.2)	
Vaginal bleeding	4 (25.0)	15 (44.1)	
Vaginal infections: mycosis, vaginosis, vaginitis, leucorrhoea, itching	1 (6.2)	5 (14.7)	
Emergency contraception	1 (6.2)	0 (0.0)	
MD	3	2	
Frequency of GP consultation			0.80 ^a
Several times a year	52 (47.2)	117 (47.8)	
Every 1 or 2 years	27 (24.6)	59 (24.1)	
Every 3–4 years, rarely or never	31 (28.2)	69 (28.2)	
MD	19	31	
History of difficult delivery (complicated perineal tear, episiotomy, emergency caesarean section, stillbirth)	43 (38.4)	57 (25.0)	0.01 ^a
MD	17	48	
History of perinatal depression	34 (27.4)	50 (19.0)	0.06 ^a
MD	5	13	

MD = missing data.

^a p-value was calculated by using Pearson's chi square test.

^b p-value was calculated by using Fisher's exact test.

^c p-value was calculated by using anova.

Table 3
Association between a history of domestic or sexual violence and non-uptake of gynecological care in the last two years.

	Last gynecological consultation				P ^a	Multivariate analysis		
	Cases (> 2 yrs) (n = 129)		Controls (< 2 yrs) (n = 276)			OR	CI95%	P
	N	%	N	%				
Domestic violence, previous or current ^b	75	58.1	77	27.9	<0.0001	2.13	1.21–3.73	0.008
Of which domestic violence, previous partner ^b	64	49.6	67	24.3	<0.0001	2.04	1.15–3.60	0.01
Of which domestic violence, current partner ^b	17	13.2	18	6.5	0.02	1.14	0.48–2.66	0.77
Sexual violence ^c	51	39.5	49	17.7	<0.0001	1.92	1.05–3.49	0.03
Of which sexual violence > 18 years	52	39.5	49	17.7	<0.0001	1.95	1.06–3.56	0.03
Of which sexual violence < 18 years	49	38.0	52	18.8	<0.0001	1.37	0.74–2.51	0.30

^a p-value was calculated by using Pearson's chi square test.

^b Physical, psychological or sexual domestic violence.

^c Sexual violence < 18 years and < 18 years, whoever the perpetrator.

^d Adjusted for age, couple, social security, supplementary health insurance, dyspareunia, abnormal vaginal discharge, dysmenorrhea, regular pelvic pain, mastodynia, vulvodynia, history of difficult delivery.

violence under the age of 18. The absence of a gynecological consultation was associated with dyspareunia and domestic or sexual violence ($p < 0.0001$ and $p < 0.0001$, respectively).

Discussion

Histories of IPV perpetrated by a previous partner and of sexual violence after the age of 18 were associated with the absence of a gynecological consultation in the last two years. Current domestic violence and CSA were not associated with the absence of a gynecological consultation in the last two years. The prevalence of sexual violence in our study is consistent with the prevalence of sexual violence in a meta-analysis based on a systematic review of 32 cross-sectional studies, which estimated that 29 % of women had been exposed to sexual violence in their lifetime [30] and with the prevalence of CSA based on a systematic review of 28 cross-sectional studies, which estimated that 24 % of girls had experienced sexual violence in childhood [31].

Violence by a previous partner was reported more frequently than violence perpetrated by the current partner, a result consistent with data from the European Union Violence Against Women Survey, which showed that physical and sexual domestic violence was 3 to 4-fold less reported when the declared perpetrator was the current partner [32]. The absence of an association between current domestic violence and gynecological consultation could be related to a lack of power due to the low prevalence of reporting this type of violence, associated with the psychological burden generating shame and guilt, even more so during pregnancy [33].

We can hypothesize that the absence of a gynecological consultation was associated with depression, shame and guilt resulting from domestic and sexual violence, as previously suggested [34] and with the avoidance of pelvic examinations, in the presence of post-traumatic stress, in line with previous studies [22,23].

In our study, the absence of a gynecological consultation was associated with dyspareunia, a symptom often related with sexual violence [4,5,35,36] as well as other sexual dysfunctions such as high stress during sexual activity, decreased or absent sexual desire and arousal disorder, particularly in case of PTSD [36–38]. Dyspareunia could both explain and lead to non-use of gynecological care after sexual violence, in a context of shame, guilt and traumatic reminiscences [39]. We hypothesize an increased risk of an absence of gynecological consultation among women with a history of sexual violence, particularly in the presence of dyspareunia.

Our study has several strengths. We examined the absence of gynecological consultations after domestic violence, previously poorly

documented during pregnancy follow-up. We decided to interview women during pregnancy care, rather than during a gynecological consultation, in order to avoid the bias of a pre-existing gynecological follow-up, as a complete absence of pregnancy follow-up is rare, even for women far removed from the healthcare system [40]. The questionnaire was administered by a health professional – doctor, midwife, conjugal and family counsellor – who had previously been made aware of the research framework and methodology and who had been provided with a guide to standardize the questions asked. Our study has some limitations. The classification between the two groups was based on the memory of the date of last consultation, a data with limited reliability. However, the two-year limit was probably made easier to determine by reference to the period of Covid-19 confinement. It is unclear how our findings can be extended to all women, as young women and migrant women are less likely to receive gynecological care and are particularly exposed to violence [41–43]. We did not collect information on the duration of the marital relationship, for the current and the previous relationship, which could have been related to the uptake of gynecological care.

Conclusions

This study highlighted the association between domestic and sexual violence and the absence of gynecological consultations in the past two years. The factors associated with an absence of gynecological follow-up and their relationships could be better understood by further developing the qualitative studies already published on this topic, which show that a negative perception of gynecological care is associated with a history of sexual or domestic violence [44–46]. This study highlights the importance of screening for domestic and sexual violence during gynecological consultations and its impact on mental health, in particular psychotraumatic symptoms, and on gynecological health, in particular dyspareunia.

Funding

None.

CRedit authorship contribution statement

Elisabeth Iraola: Writing – review & editing, Writing – original draft, Software, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. Jean-Pierre Menard: Writing – review & editing, Methodology, Investigation, Conceptualization. Marie-Laure

Baranne: Writing – review & editing, Software, Methodology, Conceptualization. Julien Cudonnet: Writing – review & editing, Conceptualization. Isabelle Buresi: Writing – review & editing, Conceptualization. Patrick Chariot: Writing – review & editing, Writing – original draft, Validation, Methodology, Formal analysis, Data curation, Conceptualization.

Declaration of competing interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

References

- [1] World health organization. Violence against women [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
- [2] Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, Garcia-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2010. *Lancet* 2022;399:803–13.
- [3] Shen X, Dong H, Jiang H, Cao H, Dowling R, Feng J, et al. The global prevalence of sexual violence against pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *Women Health* 2022;62(1):37–45.
- [4] Hassan T, Kelso E, Chowdhary P, Yisma B, 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* 2020;255:222–30.
- [5] Larthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* 2006;332:749–55.
- [6] 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* 2009;302:550–61.
- [7] Nezari M, Olson JK, Vandermeer B, Glaser L, Olson DM. Does a maternal history of abuse before pregnancy affect pregnancy outcomes? a systematic review with meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18:404.
- [8] Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynecol Obstet* 2016;133:269–76.
- [9] Donovan BM, Spracklen CN, Schweizer ML, Ryckman JK, Safdar AP. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2016;123:1209–99.
- [10] Mead JS, Pollack OC, Paris AE, Emeny RT, Puleo RA, St Ivany AR. Obstetric outcomes among women with a history of intimate partner violence in the United States. *Obstet Gynecol* 2023;142:80–9.
- [11] Muna A, Chojenta C, Geleto A, Lovton D. The associations between intimate partner violence and maternal health care service utilization: a systematic review and meta-analysis. *BMC Women Health* 2019;19:36.
- [12] Jamieson B. Exposure to interpersonal violence during pregnancy and its association with women's prenatal care utilization: a meta-analytic review. *Trauma Violence Abuse* 2020;21:904–21.
- [13] American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 755: Well-Woman Visit. *Obstet Gynecol*. 2018; e181–e186.
- [14] Defieux X, Pimozferro AC, Gaucher L, Roussel-Jablonski C, Le Ray C, Brillac T, et al. Pelvic exam in gynecology and obstetrics: french guidelines for clinical practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2023;291:131–40.
- [15] American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Gynecologic Practice. Committee opinion No. 534: well-woman visit. *Obstet Gynecol*. 2012; 42:1–4.
- [16] Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 2019. [cited 2023 Dec 23]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg.
- [17] Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage: Synthèse [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 2014. [cited 2023 Dec 23]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/dépistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-dépistage.
- [18] Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia Trachomatis [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 20 [cited 2023 Dec 23]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2079401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-dépistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis.
- [19] Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains [HPV] en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno marquage p16/1867 : Synthèse et recommandations [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 20 [cited 2023 Dec 23]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2006160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-dépistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/1867.
- [20] Kinnear H, Roatto M, Mairs A, Hall C, O'Reilly D. The low uptake of breast screening in cities is a major public health issue and may be due to organisational factors: a census-based record linkage study. *Breast* 2011;20:460–3.
- [21] Williams JH, Carter DM. An empirical study of the 'underscreened' in organised cervical screening: experts focus on increasing opportunity as a way of reducing differences in screening rates. *BMC Med Educ* 2016;17:56.
- [22] Razi T, Walfisch A, Sheiner E, Abd Elrahim L, Zahalka S, Abdallah A, et al. #metoo? the association between sexual violence history and parturients' gynecological health and mental well-being. *Arch Gynecol Obstet* 2021;304: 385–93.
- [23] Holt HK, Sawaya CF, El Ayadi AM, Henderson JT, Rocca CH, Westhoff CL, et al. Delayed visits for contraception due to concerns regarding pelvic examination among women with history of intimate partner violence. *J Gen Intern Med* 2021; 36:1833.
- [24] Olesen DC, Butterworth P, Jacomb P, Tait RJ. Personal factors influence use of cervical cancer screening services: epidemiological survey and linked administrative data address the limitations of previous research. *BMC Health Care Res* 2012;12:34.
- [25] Danan ER, Brunner J, Bergman A, Spooft M, Chanfreau C, Canelo I, et al. The relationship between sexual assault history and cervical cancer screening completion among women veterans in the veterans health administration. *J Womens Health [Larchmt]* 2022;31:1040–7.
- [26] Guha A, Luebbers S, Papalis N, Ogloff JRP. Long-term healthcare utilization following child sex abuse: a follow-up study utilising five years of medical data. *Child Abuse Negl* 2020;106:104533.
- [27] European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU wide survey : survey methodology, sample and fieldwork : technical report [Internet]. Publications Office; 2014 [cited 2023 May 12]. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2011/67959>.
- [28] Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology [STROBE] statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet* 2007; 370(9596):1453–7.
- [29] World health organization. Devastatingly pervasive: 1 in 3 women globally experience violence [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 23]. Available from: <https://www.who.int/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>.
- [30] Li L, Shen X, Zeng G, Huang H, Chen Z, Yang J, et al. Sexual violence against women remains problematic and highly prevalent around the world. *BMC Women Health* 2023;23:196.
- [31] Qu X, Shen X, Xia R, Wu J, Lao Y, Chen M, et al. The prevalence of sexual violence against female children: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl* 2022;131:105764.
- [32] Barbier A, Chariot P, Lefevre T. Intimate partner violence against ever-partnered women in Europe: prevalence and associated factors—results from the violence against women EU-wide survey. *Front Public Health* 2022;10:1033465.
- [33] Abraham Z, Boizits S, Schneider M, Honkman S, Lund C. Facilitators and barriers to detection and treatment of depression, anxiety and abuse history: a systematic review in pregnant women. *Sci Rep* 2023;13:12457.
- [34] O'Doherty L, Whelan M, Carter OJ, Brown K, Tarcia L, Hegarty K, et al. Psychosocial interventions for survivors of rape and sexual assault experienced during adulthood. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;2023:CD013456.
- [35] Tetik S, Yalçinkaya AO. Vaginismus, dyspareunia and abuse history: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med* 2021;18:1555–70.
- [36] Weiss J, Steil R, Priebe K, Lindauer P, Kleindienst N, Pylrich T, et al. Sexual dysfunctions in women with posttraumatic stress disorder following childhood sexual abuse: prevalence rates according to DSM-5 and clinical correlates. *Arch Sex Behav* 2023;52:3365–78.
- [37] Saadedine M, Faubion G, Kingsberg S, Endlers F, Kuhle C, Kling JM, et al. Adverse childhood experiences and sexual dysfunction in midlife women: is there a link? *J Sex Med* 2023;20:792–9.
- [38] Lipinski AJ, Beck JG. Sexual functioning and satisfaction among college survivors of sexual violence: examining PTSD symptoms and sexual schemas. *J Interpers Violence* 2022;37:NP2400–27.
- [39] Millon EM, Chang HYM, Ghore TJ. Stressful life memories relate to ruminative thoughts in women with sexual violence history. *Inspective of PTSD Front Psychiatry* 2018;9:311.
- [40] Le Ray C, Lelong N, Cinelli H, Blondel B, Collaborators - Members of the ENP2021 Study Group. Results of the French National Perinatal Survey and trends in perinatal health in metropolitan France since 1995. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2021;2022:102509.
- [41] Stamatakis CE, Dummer SA, Masoetti G, Kreso H, Baile KC, Marcelin LH, et al. Sexual violence prevalence and related pregnancy among girls and young women: a multicountry analysis. *J Interpers Violence* 2022;37:NP2420–41.
- [42] De Schrijver L, Vander Bekken T, Krabis B, Keyngaert I. Prevalence of sexual violence in migrants, applicants for international protection, and refugees in Europe: a critical interpretive synthesis of the evidence. *Int J Environ Res Public Health* 2010;18:1979.
- [43] Vu A, Aidam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glas N, et al. The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Curr* 2014;6. ecurr2014.03510775f30ae031aac1243b533ca7.

[44] Iraola E, Menard JP, Chariot P. Recours au soin gynécologique chez les femmes rapportant des violences sexuelles : étude qualitative. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2023;51:46–52.

[45] Meier S, Brig K, Delay C, Sundstrom B, Schwab-Reese L, DeMaria AL. "I'm more open to talking about it": women's experiences with sexual abuse and reproductive health. *J Interpers Violence* 2021;36:NP13136–61.

[46] Ackerson K. A history of interpersonal trauma and the gynecological exam. *Qual Health Res* 2012;22:679–88.

Experience of Pelvic Examination and Uptake of Gynecological Care Following Domestic or Sexual Violence: a Systematic Review

TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE
1–15
© The Author(s) 2024
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/15248380241270038
journals.sagepub.com/home/tva



Elisabeth Iraola^{1,2}, Jean-Pierre Menard²,
and Patrick Chariot¹

Abstract

Pelvic examination, a routine practice for gynecological care, can cause anxiety and be considered traumatic. This study aimed to define the association between domestic or sexual violence and the experience of pelvic examination, as well as the uptake of gynecological care following domestic or sexual violence. PubMed, Cochrane Library, ScienceDirect, and Google Scholar were searched, up to April 30, 2023. Cohort, cross-sectional, case-control studies and controlled trials assessing perception of pelvic examination or the use of gynecological care for women with a history of violence were selected and analyzed. Each study underwent a descriptive analysis and was assessed for bias using the Newcastle-Ottawa scale and the RoB2 tool. Twenty-three articles met the inclusion criteria. Eleven studies, including 7,329 women, investigated the experience of pelvic examination following lifetime or childhood sexual violence. Most reported an association between violence and adverse experiences of pelvic examination, such as discomfort, anxiety, distress, and pain perceptions. Ten studies, including 9,248 women, investigated the uptake of gynecological care following domestic or sexual violence and reported mixed results, such as a decreased or an increased uptake, particularly for acute symptoms. Two studies, including 1,304 women, examined both outcomes. The present study highlights the association between violence and adverse experiences of pelvic examination, as well as mixed results on the uptake of gynecological care. It argues for the necessity to screen for violence in consultations, particularly when considering a pelvic examination, to guarantee the utility of pelvic examinations, and to consider the traumatic impact of sexual violence in care.

Keywords

domestic violence, sexual assault, child abuse

Introduction

Physical, psychological, and sexual violence committed by intimate partners, as well as all forms of sexual violence, are the subject of growing concern. In 2022, the World Health Organization evaluated that 27% of women aged 15 to 49 had been victims of physical or sexual violence during their life, among which 13% during the previous year (Sardinha et al., 2022). Several meta-analyses, systematic reviews, and randomized trials have shown an association between violence during childhood and adulthood and the development of gynecological symptoms and disorders such as pelvic pain (Hassam et al., 2020; Paras et al., 2009), dysmenorrhea (Hassam et al., 2020; Latthe et al., 2006), vaginismus (Tetik et al., 2021), dyspareunia (Hassam et al., 2020; Latthe et al., 2006; Tetik et al., 2021), menorrhagia (Hassam et al., 2020), cervical cancer (Reingle Gonzalez et al., 2018), endometriosis (Harris et al., 2018), menopausal symptoms (Gibson et al., 2019), sexually transmitted infections, including HIV infection (Li et al., 2014), and unwanted pregnancies (Coker, 2007).

Guidelines on well-woman visits issued by the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) in 2018 (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2018a, 2018b), assessed that the interval between two preventive gynecological consultations should be based on women's individual characteristics, which is in line with the guidelines published by the French National College of Obstetricians and Gynecologists in 2023 (Deffieux et al., 2023). In 2012, the ACOG recommended performing pelvic examinations annually in all women aged 21 years and older,

¹Institut de Recherche interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (IRIS), Aubervilliers, France

²Direction de la protection maternelle et infantile et promotion de la santé, Créteil, France

Corresponding Author:

Elisabeth Iraola, Institut de Recherche interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (IRIS), UMR 8156-997, CNRS U997 Inserm EHESS UPI3 UFR SMBH, Université Sorbonne Paris Nord, Aubervilliers, France.
Email: elisabeth.iraola@valdemarne.fr

as part of the well-woman visit guidelines (ACOG, 2012). In 2021, the ACOG, the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology and the Society of Gynecologic Oncology joined the US Preventive Services Task Force in recommending cervical cancer screening beginning at age 21, using cytology or HPV testing, every 3 to 5 years (ACOG, 2021b).

A meta-analysis including seven controlled trials, cross-sectional studies, and case-control studies has demonstrated a lower use of contraception in cases of domestic violence, suggesting a form of reproductive coercion (Maxwell et al., 2015). A US case-control study of 736 participants showed that women with a history of childhood sexual violence were less likely to screen for cervical cancer (Farley et al., 2002). For survivors of violence, healthcare can cause anxiety and traumatic reactivation leading to avoidance of care (Reeves, 2015; Schnur et al., 2017).

Pelvic examination is a routine practice for gynecological and obstetrical care and can cause anxiety, fear, and pain, and even be considered traumatic by women in the general population (O'Laughlin et al., 2021; Tancman et al., 2022). This examination can be difficult or impossible to perform for some patients (Huber et al., 2009). Stress levels during the pelvic examinations are higher for survivors of sexual violence than in parity- and age-matched controls (Leeners et al., 2007) and could lead to avoiding any gynecological examination, even in the presence of symptoms (Razi et al., 2021). Understanding the relationship between domestic or sexual violence and experience of pelvic examination is crucial, as is the uptake of gynecological care following sexual or domestic violence. In the absence of a systematic review on this subject, we aimed to integrate existing knowledge, so that potential gaps could be identified.

Method

Registration and Protocol

The systematic review was conducted following the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020 recommendations) (Page et al., 2021), according to the PRISMA checklist (PRISMA Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses., 2021) (Supplemental Figure 1). The protocol was registered in the international prospective register for systematic reviews (PROSPERO, CRD42023427545, June 1, 2023).

Eligibility Criteria

The articles were included if they referred to studies assessing the experience of the pelvic examination (discomfort, anxiety, distress, fear, embarrassment, shame, pain) or seeking gynecological care whatever the reason, routine or emergency, among women who had been victims of domestic violence (physical, psychological, sexual) or sexual violence (regardless of the perpetrator during childhood or adulthood) and were published in English, French, or Spanish. Articles regarding

gynecological examination of children or adolescent survivors of sexual violence were eligible. We included randomized trials, case-control studies, cohort studies, cross-sectional analyses, and secondary studies. We excluded reviews, professional guidelines, qualitative studies, case studies, conference communication abstracts, opinion pieces, and studies regarding the use of obstetric care during pregnancy and childbirth that did not provide data on gynecological care.

Data Sources and Search Strategy

A systematic search was conducted using data published in English, French, and Spanish up to April 30, 2023, in Medline/Pubmed, Cochrane Library, ScienceDirect, and Google Scholar.

The following three questions were developed.

- Does a history of domestic or sexual violence affect the perception of the pelvic examination?
- What is the association between a history of domestic or sexual violence and the uptake of gynecological care?
- Is there a relationship between adverse experiences of pelvic examinations following sexual violence and subsequent routine gynecological examinations?

We searched the Medline/PubMed, ScienceDirect, Cochrane Library, and Google Scholar databases using search strategies presented in Table 1.

Selection and Data Collection Process

All potentially eligible studies were independently selected based on their title and abstract and were then checked in full text to confirm their inclusion by EI, PC, and JPM.

EI and PC extracted the data using a predefined data extraction table. The differences between researchers were resolved by discussion and mutual agreement. The missing data was collected by contacting the corresponding authors of the reference publications. The patients were not involved in the planification of the development of this systematic review.

Data Items

The country, year of publication, study type, sample size, recruitment context, sociodemographic data, type of violence, experience of pelvic examination, level, and characteristics of gynecological care were collected.

Risk of Bias and Quality Assessment

Two authors (EI and PC) applied the risk of bias assessment tools independently. If the assessment diverged, a consensus was reached following discussion with a third author (JPM). The Newcastle-Ottawa scale (NOS) was used to assess the risk of bias in cohort studies and case-control (Wells et al.,

Table 1. Databases Search Strategy.**Medline/PubMed**

("childhood abuse*" [All Fields] OR "sexual violence" [All Fields] OR "sexual assault" [All Fields] OR "sexual abuse*" [All Fields] OR "intimate partner violence" [All Fields] OR "domestic violence" [All Fields] OR "sex offense*" [All Fields]) AND ("gynecological exam*" [All Fields] OR "gynaecological exam*" [All Fields] OR "gynecologic exam*" [All Fields] OR "gynaecologic exam*" [All Fields] OR "pelvic exam*" [All Fields] OR "vaginal exam*" [All Fields] OR "vaginal smears/psychology" [MeSH Major Topic] OR "healthcare utilization" [All Fields] OR "gynecological follow up*" [All Fields] OR "gynaecological follow up*" [All Fields] OR "gynecological care*" [All Fields] OR "gynecologic care*" [All Fields] OR "gynaecological care*" [All Fields] OR "gynaecologic care*" [All Fields])

ScienceDirect

("sexual violence" OR "sexual assault" OR "intimate partner violence" OR "sex abuse") AND ("gynecological examination" OR "pelvic examination" OR "gynecological care" OR "Long-term healthcare")

Cochrane Library

("childhood abuse*" OR "sexual violence" OR "sexual assault" OR "sexual abuse*" OR "intimate partner violence" OR "domestic violence" OR "sex offenses") AND ("gynecological exam*" OR "gynaecological exam*" OR "gynecologic exam*" OR "gynaecologic exam*" OR "pelvic exam*" OR "vaginal exam*" OR "healthcare utilization" OR "gynecological follow up*" OR "gynaecological follow up*" OR "gynecological care*" OR "gynecologic care*" OR "gynaecological care*" OR "gynaecologic care*") in Title Abstract Keyword

Google scholar

allintitle: "pelvic examination" OR "gynecological care" "sexual violence"

allintitle: "pelvic examination" OR "gynecological care" "sexual assault"

allintitle: examinations OR examination discomfort OR embarrassment OR pain OR stress OR distress OR anxiety OR shame OR fear "sexual abuse"

n.d.). We used a modified version of NOS for cross-sectional studies (Herzog et al., 2013). The RoB2 tool, which assesses how randomized trials are designed, conducted and analyzed, was used to assess the risk of bias in a randomized trial (Cochrane Methods, 2021).

Synthesis Methods and Effect Measures

The articles were eligible if they dealt with the patient's perception of the pelvic examination or use of gynecological care, for gynecological motives, contraception, or cervical cancer screening. Studies were excluded if they did not examine the perceptions of gynecological examination by children, adolescents, or adults or if they examined healthcare without specific data on gynecological care or violence other than domestic or sexual violence. The data collected was about the relationship between domestic or sexual violence and the experience of pelvic examination (Table 2) and the relationship between domestic or sexual violence and the uptake of gynecological care (Table 3). The results were presented using prevalence, odds ratios, relative risks, and standard deviations.

Given the methodological and clinical heterogeneity of the studies, each study was subjected to a descriptive analysis according to the synthesis without meta-analysis reporting guideline (Campbell et al., 2020). A narrative approach was used to describe the evidence for each outcome in each domain of interest.

Results

Study Characteristics

The data search identified 251 studies using Medline/PubMed ($n=220$), ScienceDirect ($n=24$), and Cochrane Library ($n=7$). The titles and abstracts enabled the identification of 56

articles in English and French—none in Spanish—after removal of duplicates ($n=18$), those that did not pertain to the experience of pelvic examination nor to the uptake of care following domestic or sexual violence ($n=116$), those reporting qualitative studies ($n=8$), article summaries ($n=1$), professional guidelines and reviews ($n=10$), editorials, opinion pieces and case reports ($n=43$) (Figure 1).

After accessing full text, we excluded 36 articles because they reported data on uptake of care without specific reference to gynecological care ($n=18$), dealt with genital lesions explored or diagnosed in women ($n=6$) and children ($n=11$), without mentioning the experience of the gynecological examination ($n=17$) and looked into violence other than domestic or sexual violence ($n=1$). A Google Scholar search identified 23 additional studies among which 3 were selected (Figure 1).

In total, 23 articles met the inclusion criteria, 11 were about the experience of the pelvic examination, involving 7,329 women (Berger et al., 2023; Güneş & Karaçam, 2017; Hilden et al., 2003; Khan et al., 2014; Lee et al., 2007; Marks et al., 2009; Robohm & Bittenheim, 1996; Scribano et al., 2010; Swahnberg et al., 2011; Weitlauf et al., 2008, 2010) and 10 were about the uptake of gynecological care following domestic or sexual violence, involving 9,248 women (Bagwell-Gray & Ramaswamy, 2022; Cadman et al., 2012; Denis et al., 2016; Farley et al., 2002; Guha et al., 2020; Holt et al., 2021; Olesen et al., 2012; Oscarsson et al., 2008; Prosmann et al., 2012; Razi et al., 2021). Two studies were about both the experience of the pelvic examination and the uptake of gynecological care (Danan et al., 2022; Leeners et al., 2007) involving 1,304 women. No study looked into the relationship between the experience of the pelvic examination aimed at identifying lesions following sexual violence and the experience of subsequent pelvic examinations as part

4

Table 2. Summary of Articles on the Association Between Domestic or Sexual Violence and the Perception of Pelvic Examination.

Authors (year), country	Study design	Time frame	n/Participants	Instruments	Outcomes	Outcome measures
Berger et al. (2023), Germany	Cohort study	2016–2020	49 Women/Department of Forensic Medicine >16years	Self-questionnaire perceptions of pelvic examination Medical data	Perceptions of pelvic examination among women victims of sexual violence	Prevalence of perception of pelvic examination following sexual violence= additional psychological burden =52%
Danan et al. (2022), USA	Cohort study/ secondary data	2015	1,049 Women/veterans' health organizations No sexual assault (Lifetime) N=433 Sexual assault (Lifetime) N=616 21–65years	PHQ-4 screener Veterans health administration's validated screening questions Medical records	Cervical cancer screening uptake following sexual violence	Higher prevalence of distress, discomfort, and anxiety during pelvic examination in women with a history of sexual violence ($p < .001$) Higher prevalence of delaying a pelvic examination because of discomfort, anxiety, or distress in women with a history of sexual violence ($p < .01$) No association between sexual violence history and Papanicolaou (Pap) test completion: OR= 1.35; 95% CI [0.93, 1.97]
Güneş and Karaçam (2017), Turkey	Cross-sectional study	2014–2015	320 Women/maternity and children's hospital >18years	PTSDS Self-questionnaire with eight sexual abuse questions Visual analog scale of discomfort	Pelvic examination discomfort among women with psychological violence Pelvic examination discomfort with PTSD for women	Association between history of emotional abuse and discomfort during vaginal examination OR= 4.48; 95% CI [1.42, 14.13] ($p = .01$) Association between PTSD and discomfort during vaginal examination OR= 1.04; 95% CI [1.01, 1.07] ($p = .009$)
Hilden et al. (2003), Denmark, Sweden, Norway	Cross-sectional study	1999–2000	798 Women/gynecology department >18years	Adapted NorAQ	Factors associated with pelvic examination discomfort	Association between sexual violence and discomfort during pelvic examination OR= 1.85; 95% CI [1.19, 2.87]
Khan et al. (2014), USA	Cross-sectional study/ secondary data	2005–2006	40 Women veterans, sexual violence + 18–65 years	Adapted Sexual Experiences Survey CAPS Adapted scale of subjective units of distress	Pelvic examination distress among women with sexual violence and with PTSD	Association between hyperarousal and distress during pelvic examination $t = 2.5$, $R = .40$, adjusted $R^2 = .14$, $p = .02$ Association between hypervigilance and distress during pelvic examination Spearman's rho $r = .54$, $p < .001$
Lee et al. (2007), USA	Cross-sectional study	?	31 Women veterans, sexual violence + 22–68years	Adapted SUD Scale PCL-C	Pelvic examination anxiety among women with sexual violence, by gender of examiner	Association between anxiety during pelvic examination anxiety and gender of examiner Pelvic examination $p < .001$ Rectal examination $p < .001$ Breast examination $p < .001$ No association between anxiety during pelvic examination and gender of examiner Wilcoxon Signed Rank Test: NS No association between PTSD and pelvic examination anxiety
Leeners et al. (2007), Switzerland, Germany	Cross-sectional study	1999	255 Women recruited by society providing care for sexually abused women (case group) and mothers of kindergartners (control group) Childhood sexual assault + N=85 childhood sexual assault -N= 170	Self-questionnaire with sexual abuse experiences and gynecological care questions Face-to-face interview	Pelvic examination stressors in women with childhood sexual assault	Association between childhood sexual assault and stressors during pelvic examination p -value: Nakedness <.0001 Vaginal examination (TV speculum) <.0001 Endovaginal ultrasound <.0001 Prevalence of women who had memories of the abuse during pelvic examination: 43.5% (lying on the gynecological table, pelvic examinations, a treatment without previous announcement, the feeling of helplessness and pain) Prevalence of suggestions to reduce psychological strain during pelvic examination: 55.8% of women mentioned discussing sexual abuse with the practitioner.
Marks (2009), Australia	Cohort study	2002–2004	71 Children (90% female gender) in child protection unit, CSA + >3years	Children's Anxiety and Pain Fear Scale Genital examination Distress Scale	Perceptions of the medical examination by children and parents in relation to childhood sexual assault.	Association between children age (>12 years) and distress during pelvic examination $p < .01$
Robdm and Buttenheim (1996), USA	Case-control study	1993–1994	74 Women recruited in survivors' newsletters, newspaper advertisements, and flyers childhood sexual assault + N=44 childhood sexual assault -N=30 >18years	Self-questionnaire with violence and gynecological care questions	Perceptions of pelvic examination (anxiety, embarrassment, shame, vulnerability, discomfort, pain) among women with childhood sexual assault	Association between childhood sexual assault and feelings and emotions during the gynecological examination first visit/last visit/usual visit T value first visit/last visit/usual visit Anxiety NS/2.22 ($p < .05$)/NS Embarrassment 2.83 ($p < .01$)/3.09 ($p < .01$)/1.99 ($p < .05$) Shame 2.96 ($p < .01$)/3.58 ($p < .001$)/3.07 ($p < .01$) Sense of vulnerability 3.09 ($p < .01$)/2.79 ($p < .01$)/2.25 ($p < .05$) Physical discomfort NS/NS/NS Pain 2.13 ($p < .05$)/NS/NS Association between childhood sexual assault and discomfort during the gynecological examination stages T value Prior to the examination 3.18 ($p < .01$) Breast examination 2.70 ($p < .01$)

(continued)

Table 2. (continued)

Authors (year), country	Study design	Time frame	nParticipants	Instruments	Outcomes	Outcome measures
Soriano et al. (2010), USA	Cohort study	2006	175 (77% female) CSA + Child Assessment Center 8-18 years	MASC-10 GEDS	Anxiety during genital examination in children and their parent	<p>Pelvic examination 3.62 ($p < .001$) Recto-vaginal examination NS Association between childhood sexual assault and reasons for discomfort during stages of examination Chi-square Breast examination and physical discomfort $\chi^2 = 6.55$ ($p < .05$) Pelvic examination and physical discomfort $\chi^2 = 10.15$ ($p < .001$), sexual organ examination 5.35 ($p < .05$), other reasons $\chi^2 = 3.84$ ($p < .05$) Recto-vaginal examination and physical discomfort $\chi^2 = 5.13$ ($p < .05$) Association between childhood sexual assault and experiences during visit Chi-square Being overwhelmed by emotion $\chi^2 = 5.71$ ($p < .05$) Intrusive thoughts $\chi^2 = 5.87$ ($p < .05$) Memories $\chi^2 = 10.24$ ($p < .001$) Body memories $\chi^2 = 7.19$ ($p < .01$) Body detachment $\chi^2 = 10.69$ ($p < .001$) Mean difference of anxiety during pre/post-examination mean pre-T-score = 55.8/mean post-T-score = 53.1 ($p < .001$). Mean difference of anxiety during pre/post-examination, by age Age 8-11 years ($p = .004$) Age 12-18 years ($p < .0001$) Correlation between coefficients for child's and parent's anxiety during pre-examination Pearson correlation coefficient: .32 ($p < .0001$) Correlation between coefficients for child's and parent's anxiety during post-examination Pearson correlation coefficient: .34 ($p < .0001$).</p>
Swahnberg et al. (2011), Sweden	Cross-sectional study		4,384 Women/Departments Of Obstetrics And Gynecology (multicentre) strong discomfort N=801 no discomfort N=3,583 > 18 years	NorAQ Two questions on the experience of flashbacks Scale of discomfort (0-10)	Discomfort during pelvic examination for women who were abused (physical, psychological, sexual, abuse in healthcare)	<p>Association between physical, psychological, and sexual violence and discomfort during pelvic examination Psychological violence OR = 1.8; 95% CI [1.2, 2.7] Sexual violence OR = 1.1 95% CI [0.7, 1.7] Psychological and physical violence (PA) OR = 1.7; 95% CI [1.1, 2.6] Sexual violence associated with psychological and physical violence OR = 1.6; 95% CI [1.1, 2.6] ($p = .04$) Association between flashbacks during the previous year and pelvic examination discomfort OR = 1.5; 95% CI [1.2, 1.9] Association between negative emotional contact with examiner and pelvic examination discomfort OR = 1.02; 95% CI [0.79, 1.31] Association between combinations violence with abuse in healthcare and pelvic examination discomfort OR = 1.8; 95% CI [1.4, 2.4]</p>
Weitlauf et al. (2008), USA	Cross-sectional study	2005-2006	67 Women veterans/49 completed an assessment for posttraumatic stress disorder approximately 2 weeks later 18-65 years	Self-questionnaire with sexual violence and perceptions of pelvic examination questions PTSD Scale	Anxiety and pain during pelvic examination in women with sexual violence and with PTSD	<p>Difference in median distress during pelvic examination between women who had and had not experienced sexual violence $\chi^2 = 4.27$ ($p = .03$) Difference in median pain experienced during speculum insertion between women who had and had not experienced sexual violence $\chi^2 = 2.5$ ($p = .04$) Difference in median distress during gynecological examination according to whether or not they had experienced sexual violence and whether or not sexual violence was associated ($\chi^2 = 5.50$) with PTSD ($\chi^2 = 2.44$) $p = .02$ No difference between the feeling of pain during gynecological examination according to whether or not they had experienced sexual violence and whether or not the sexual violence was associated with PTSD ($p = .35$)</p>
Weitlauf et al. (2010), USA	Cross-sectional study	2006-2007	87 Women veterans 18-65 years	Short form of the Sexual Experiences Survey, Trauma self-questionnaire PCL-C, Questionnaire on perception of pelvic examination	Anxiety, fear, embarrassment and pain during pelvic examination in women with sexual violence and with PTSD	<p>Difference in median fear during pelvic examination according to whether or not ($p < .005$) they had experienced sexual violence associated with PTSD ($p < .001$) Kruskal-Wallis test comparing median score $\chi^2 = 18.8$ Difference in median discomfort during pelvic examination according to whether or not ($p < .005$) they had experienced sexual violence associated with PTSD ($p < .001$) Kruskal-Wallis test comparing median score $\chi^2 = 21.2$ Difference in median anxiety during pelvic examination according to whether or not ($p < .005$) they had experienced sexual violence associated with PTSD Kruskal-Wallis test comparing median score $\chi^2 = 18.2$ No difference in median pain during pelvic examination ($p = .063$)</p>

Note. CAPS = Clinician Administered PTSD Scale; GEDS = Genital Examination Distress Scale; MASC-10 = Multidimensional Anxiety Score for Children; NorAQ = NorVold Abuse Questionnaire; PCL-C = PTSD Checklist-Civilian Version; PHQ = Patient Health Questionnaire; PTSDS = Posttraumatic Stress Disorder Scale-civilian version.

Table 3. Summary of Articles on the Association Between Domestic or Sexual Violence and the Uptake of Gynecological Care.

Authors (year), country	Study design	Time frame	n/Participants	Instruments	Outcomes	Outcome measures
Bagwell-Gray and Ramaswamy (2022), USA	Cross-sectional study	2019–2020	30 Domestic violence + women's shelters >18years	Self-questionnaire for cervical cancer screening and vaccination questions SVAWS DA	Use of cervical cancer screening in the last 3 years among women with intimate partner violence	Prevalence of never having had a Pap test or having had a Pap test >3 years 77% Association between sexual domestic violence and cervical cancer screening effect size Cohen's $d=6.55$ A association between physical domestic violence and cervical cancer screening effect size Cohen's $d=.37$ Association between sexual domestic violence and cervical cancer screening effect size Cohen's $d=.44$
Cadman et al. (2012), USA	Exploratory study (cross-sectional)	2010	124 Women victims of violence/ website >20years	Violence self-questionnaire and CCU screening	Use of cervical cancer screening among women with sexual violence	Prevalence of never having had a Pap test or having had a Pap test >5 years 45% Prevalence of physical pain or tension during cervical smear tests 21% Prevalence of women highlighting the parallels between the cervical smear tests and previous experiences, reporting that it was "exactly like it used to happen when I was abuse 15%
Danan et al. (2022), USA	Cohort study/ secondary data	2015	1,049 patients of veterans' health organizations No sexual assault history (Lifetime) $N=433$ Sexual assault history (Lifetime) $N=616$ 21–65 years	PHQ-4 screener Veterans health administration's validated screening questions Medical files	Use of cervical cancer screening among women with sexual violence	No association between sexual violence and Pap test completion (cytology) >3 years or HPV >5 years: OR = 1.35, 95% CI [0.93, 1.97] No association between gynecological examination discomfort, distress, or anxiety and cervical cancer screening > 3 years or HPV >5 years OR = .9, 95% CI [0.9, 1]
Denis et al. (2016), France	Cohort study	2010–2012	1,003 women, department of forensic medicine No previous medical consultation $N=782$ Any medical consultation $N=221$ >10 years	Questionnaire with sexual assault and care prior to forensic visit Medical interview	Use of care prior to a forensic visit among women with sexual violence	Prevalence gynecological care: 28%/232 patients followed by 17% by an emergency doctor, 44% by a general practitioner, and 44% by a gynecologist. Prevalence of patients' expectations by consulting a gynecologist: gynecological care (44%), psycho-traumatic care (14%), medico-legal support (15%), and psychological support (6%) Prevalence of medical responses: gynecological care (38%), psycho-traumatic care (12%), forensic support (12%)
Guha et al. (2020), Australia	Cohort study	1964–1995 (cases group) 2010–2015 (comparison group)	2,433 Women, department of forensic medicine CSA+ >16 years Comparison group: $n=2,165$ (general population) 16–61 years	Forensic medical records Commonwealth Australian medical data	Subsequent healthcare utilization after childhood sexual assault	No association between children's sexual abuse and gynecological subsequent healthcare utilization OR 1.04, 95% CI [0.90, 1.19] $p=.57$
Holt et al. (2021), USA	Randomized controlled trial/ secondary data	2011–2013	1,490 patients from 40 family planning and abortion clinics Ever delayed clinic visit to avoid pelvic examination + $N=196$ Ever delayed clinic visit to avoid pelvic examination - $N=1,294$ 18–25 years	Questionnaire with intimate partner violence and avoidance of pelvic examination questions	Delayed contraceptive use and avoidance of pelvic exam among women with intimate partner violence	Association between sexual intimate partner violence and delayed visit OR 3.10, 95% CI [1.39, 6.84] Association between sexual intimate partner violence and avoidance of pelvic examination OR 2.91, 95% CI [1.57, 5.40] No association between verbal or physical intimate partner violence and delay or avoidance of pelvic examination

(continued)

Table 3. (continued)

Authors (year), country	Study design	Time frame	n/Participants	Instruments	Outcomes	Outcome measures
Farley et al. (2002), USA	Case-control study		736 Patients/health organization women who had been screened for cervical cancer N=364 women who had not been screened N=372 21–64 years	Childhood Trauma Questionnaire Trauma History Questionnaire Posttraumatic Stress Disorder Checklist	Cervical cancer screening among women with childhood violence	Prevalence of having had Pap test <2 years 36% with history of rape in childhood 50% without history of rape in childhood (p=.05) 35% with history of other sexual assault in childhood 51% without history of other sexual assault in childhood (p=.05) Association between childhood sexual trauma and having had a Pap test <2 years OR=0.56, 95% CI [0.34, 0.91] No association between PTSD diagnosis and having had a Pap test <2 years OR=1.62 95% CI [0.91, 2.90]
Leeners et al. (2007), Switzerland, Germany	Cross-sectional study	1999	255 Women recruited by society providing care for sexually abused women (case group) and mothers of kindergarten (control group) childhood sexual assault +N=85 childhood sexual assault -N=170	Self-questionnaire with sexual abuse experiences and gynecological care questions Face-to-face interview	Effects of childhood sexual abuse on gynecological care	Prevalence of utilization of routine gynecological services (NS) 70.6% with a history of childhood sexual assault 87.6% without a history of childhood sexual assault Prevalence of treatment for acute symptoms (p<.0001) 37.6% with a history of childhood sexual assault 20.5% without a history of childhood sexual assault
Olesen et al. (2012), Australia	Cross-sectional study/secondary data	2008–2004	1,685 Women (random selection) 44–68 years 64–68 years	Violence, cervical cancer screening and health self-questionnaire Administrative records	Factors associated with the use of cervical cancer screening	Association between sexual violence in childhood and use of cervical cancer screening OR=0.42, 95% CI [0.20, 0.91]
Oscarsson et al. (2008), Sweden	Cross-sectional study	1999–2004	133 Women randomly selected with cervical cancer screening > 5 years 16.5% VS + 28–65 years	Register cervical smears CSQ Adapted NorAQ Discomfort self-assessment scale	Factors associated of non-participation in cervical cancer screening	No association between no Pap test screening due to discomfort with gynecological examination, by history of sexual violence
Prooman et al. (2012), Netherlands	Case-control study	2009	100 General practice patients intimate partner violence + N=50 intimate partner violence -N=50 >18 years	CAS Medical files	Use of care by women with intimate partner violence	Association between intimate partner violence and more frequent visits for reproductive health problems OR=3.0, 95% CI= [1.3, 6.8]
Razi et al. (2021), Israel	Cross-sectional study	2018–2019	210 Parturients Two ethnic groups: Bedouin and Jewish	Sexual Experiences Survey Posttraumatic Diagnostic Scale Edinburgh Postnatal Depression Scale Medical files	Gynecological health behaviors in parturients with sexual violence	Association between sexual violence and avoidance of gynecological care OR=0.37, 95% CI [0.17, 0.80] Association between sexual violence and sub-optimal gynecological follow-up OR=2.25, 95% CI [1.19, 4.28] Association between sexual violence and gynecological consultations for acute symptoms OR=2.11, 95% CI [1.08, 4.11] Association between sexual violence and negative contact with gynecologist OR=0.36, 95% CI [0.17, 0.75]

Note. CAS= Composite Abuse Scale; CSQ= Cervical Screening Questionnaire; DA=Danger Assessment; NorAQ=NorVold Abuse Questionnaire; PHQ=Patient Health Questionnaire; SVAWS=Severity of Violence Against Women Scales.

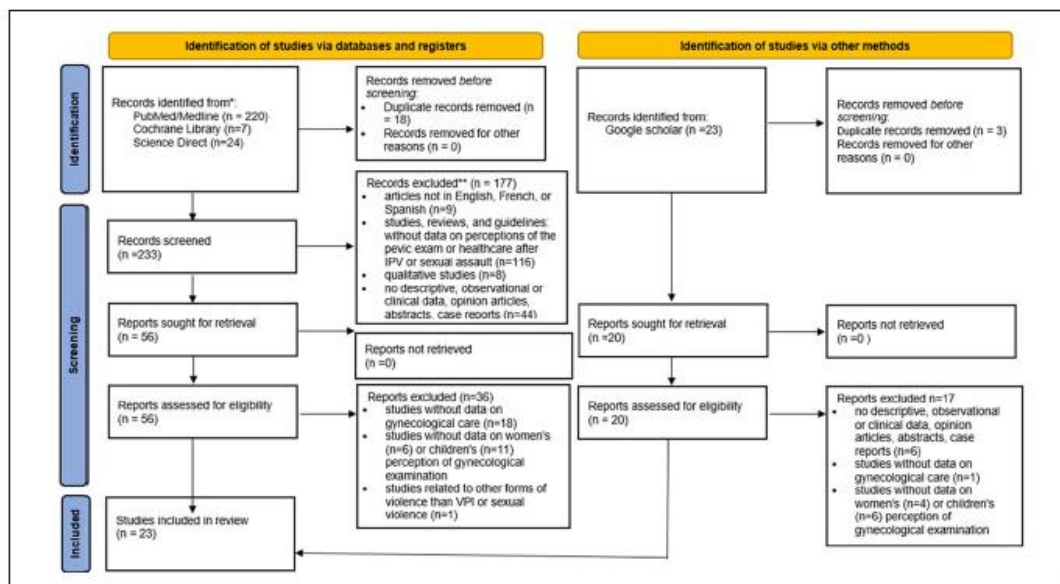


Figure 1. PRISMA 2020 flowchart. PRISMA=Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.

of routine gynecological care. The articles, published between 1996 and 2023, originated from the United States ($n=10$), Scandinavian countries ($n=3$), Turkey ($n=1$), Australia ($n=3$), Israel ($n=1$), France ($n=1$), the Netherlands ($n=1$), the UK ($n=1$), Switzerland, and Germany ($n=2$), and included between 30 and 4,436 participants. The articles were case-control studies ($n=3$), cohort studies ($n=6$), cross-sectional analyses ($n=9$), data extracted from secondary studies from a cohort study ($n=1$), cross-sectional studies ($n=3$), and a randomized controlled trial ($n=1$).

Risk of Bias in Studies

The risk of bias assessed using NOS and RoB2 tool is detailed in Supplemental Figures 2 to 5. The cohort, cross-sectional, and case-control studies had a medium quality of 4.90 and a median of 5.00, which indicates a poor to fair quality (Wells et al., n.d.). The risk of bias in the study reporting secondary data from the randomized trial was considered low (Cochrane Methods, 2021).

Synthesis of Results

Relationship Between Violence and the Experience of Pelvic Examination. The articles included case-control studies ($n=1$) (Robohm & Buttenheim, 1996), cohort studies ($n=3$) (Berger et al., 2023; Marks et al., 2009; Scribano et al., 2010), cross-sectional analyses ($n=7$) (Güneş & Karaçam, 2017; Hilden et al., 2003; Lee et al., 2007;

Leeners et al., 2007; Swahnberg et al., 2011; Weitlauf et al., 2008, 2010), secondary data from a cohort study ($n=1$) (Danan et al., 2022), and cross-sectional studies ($n=1$) (Khan et al., 2014).

Lifetime Sexual Violence. A cross-sectional study conducted in Denmark, Norway, and Sweden with 798 women demonstrated that a history of sexual violence was associated with discomfort during pelvic examination (Hilden et al., 2003). A German study of 49 women survivors of sexual violence having consulted in a forensic medical department revealed that half of them felt pelvic examination as an additional psychological burden (Berger et al., 2023). Five studies with US veterans who survived sexual violence showed pain, discomfort, or distress during pelvic examination (Danan et al., 2022; Khan et al., 2014; Lee et al., 2007; Weitlauf et al., 2008, 2010). A study reporting secondary data from a cohort of 1,049 US veterans showed that a history of sexual violence was associated with distress, discomfort, and anxiety during pelvic examination (Danan et al., 2022). A cross-sectional study including 67 US veterans showed higher distress during gynecological examination among survivors of sexual violence, particularly after posttraumatic stress disorder (Weitlauf et al., 2008). This study also reported higher levels of pain during speculum insertion for women declaring sexual violence. The same researchers conducted a cross-sectional study of 167 participants who presented with increased fear, embarrassment, and anxiety levels following sexual violence, particularly in cases of posttraumatic

stress disorder (Weitlauf et al., 2010). In both studies, the variations in pain levels during pelvic examination following sexual violence or in cases of posttraumatic stress disorder were not significant. A third cross-sectional study including 40 US veterans with a history of sexual abuse, hyperarousal, and hypervigilance were associated with distress during the pelvic examination (Khan et al., 2014). Conversely, a cross-sectional study conducted with 31 US veterans, posttraumatic stress was not associated with higher anxiety during pelvic examination (Lee et al., 2007).

Childhood Sexual Violence. Three studies revealed an association of childhood sexual violence with negative experiences of gynecological examination. In an Australian cohort of 71 child survivors of sexual violence, 90% of whom were females, being aged over 12 was associated with pain and fear during pelvic examination (Marks et al., 2009). A case-control study including 255 women showed higher stress levels—stress related to nudity, during pelvic examination (vaginal examination, speculum insertion), and during endovaginal ultrasound—for women with a history of childhood sexual abuse (Leeners et al., 2007). A case-control study with 74 participants showed anxiety, embarrassment, shame, vulnerability, discomfort, and pain during pelvic examination following childhood sexual violence. In this study, the discomfort was worsened during the pelvic, recto-vaginal, and breast examinations (Robohm & Buttenheim, 1996). A study conducted in the United States including 175 children with a history of sexual violence after the age of 8, 77% of whom were female, showed less anxiety after genital examination, compared to pre-examination, particularly in survivors aged 12 to 18 (Scribano et al., 2010).

Other Forms of Violence. In two studies, a history of psychological violence appeared to be a significant factor associated with adverse experience of pelvic examination. A cross-sectional study conducted in Sweden with 4,453 women showed an association between discomfort during pelvic examination and a history of psychological violence, associated or not with physical or sexual violence (Swahnberg et al., 2011). No association was found in cases of physical or sexual violence when no psychological violence was reported (Swahnberg et al., 2011). A cross-sectional study conducted in Turkey with 320 women showed that a history of psychological violence and posttraumatic stress disorder was associated with higher risk of discomfort during vaginal examination (Güneş & Karaçam, 2017).

Relationship Between Sexual or Domestic Violence and Uptake of Gynecological Care. The articles included case-control studies ($n=2$) (Farley et al., 2002; Prosman et al., 2012), cohort studies ($n=2$) (Denis et al., 2016; Guha et al., 2020), cross-sectional analyses ($n=5$) (Bagwell-Gray & Ramaswamy, 2022; Cadman et al., 2012; Leeners et al., 2007; Oscarsson et al., 2008; Razi et al., 2021), secondary data extracted from

a cohort study ($n=1$) (Danan et al., 2022), a cross-sectional study ($n=1$) (Olesen et al., 2012), and a randomized trial ($n=1$) (Holt et al., 2021).

Absence of Care or Decreased Gynecological Care. Four studies of women with histories of domestic or sexual violence reported absent, sub-optimal, or delayed gynecological care (Cadman et al., 2012; Danan et al., 2022; Holt et al., 2021; Razi et al., 2021). Two studies, one in the United States with 1,480 women consulting for contraception and another in Turkey with 210 women who had given birth, reported sub-optimal routine gynecological follow-up, avoidance, or delayed uptake of care in relation to avoidance of pelvic examination for women with a history of domestic and sexual violence (Holt et al., 2021; Razi et al., 2021). The study by Danan et al. (2022) previously cited reported an association between a history of sexual violence and delayed practice of pelvic examination due to discomfort or distress, but the association between a history of sexual violence and the frequency of cervical cancer screening was not significant. One study in the United States of 30 women with a history of domestic violence, recruited in victim support organizations, found that 77% of women aged 22 to 50 (mean: 41) had never been screened for cervical cancer or had not been screened for cervical cancer in the past 3 years (Cadman et al., 2012).

Three studies reported an association between a history of sexual abuse and an absence of cervical screening (Bagwell-Gray & Ramaswamy, 2022; Farley et al., 2002; Olesen et al., 2012). In a US case-control study of 736 women and a secondary data analysis of a cross-sectional study of 1,685 women, an association was found between a history of childhood sexual abuse and an absence of cervical screening in the past 2 years (Farley et al., 2002; Olesen et al., 2012). In one study in the UK with 124 women with a history of childhood sexual violence recruited in victim support organizations, 42% of women over 25 had never been screened for cervical cancer or had not been screened for 5 years or more (Bagwell-Gray & Ramaswamy, 2022).

Gynecological Care Similar to That Observed in Control Patients. A study of 133 women in Sweden found no difference in non-participation in cervical cancer screening due to discomfort associated with gynecological examinations between women who reported sexual violence and those who did not (Oscarsson et al., 2008). An Australian cohort study including 4,598 women survivors of childhood sexual abuse, recruited in a forensic medical service and the cross-sectional study by Leeners et al. previously cited, which involved 85 women recruited in a society providing care for sexually abused women, did not show a significant difference regarding uptake of gynecological care following violence compared to the general population or to women who reported no history of violence (Guha et al., 2020; Leeners et al., 2007). In the study by Olesen et al., previously cited, no association

Table 4. Critical Findings.

Focus	Critical findings
Experience of pelvic examination following violence	Most studies reported an association between childhood or lifetime sexual violence and adverse experiences of pelvic examination, such as discomfort, anxiety, distress, and pain perceptions.
Uptake of gynecological care following violence	Studies reported mixed results, such as a decreased or an increased uptake following domestic or sexual violence, particularly for acute symptoms.
Relationship between experiences of pelvic examinations and subsequent routine gynecological examinations	No study investigated the possible association between adverse experiences of pelvic examinations following sexual violence and subsequent routine gynecological examinations.

was found between a history of lifetime sexual abuse and cervical screening in the past 2 years (Olesen et al., 2012).

Increased Gynecological Care. Three studies showed an increased use of gynecological care (Prosman et al., 2012). A case-control study conducted in the Netherlands included 100 women consulting a general practitioner and reported more frequent visits to the clinic for a gynecological issue for women with a history of violence (Prosman et al., 2012). In the studies by Leeners et al. (2007) and Razi et al. (2021), previously cited, women who had experienced sexual violence were more likely to seek gynecological care for acute gynecological symptoms.

First Medical Care Sought After Sexual Violence. A study conducted in a forensic medical department in France assessed the medical care delivered before the forensic consultation for 1,003 women survivors of sexual violence between 2010 and 2012. A total of 28% of the consultations were related to a request for gynecological care. By accessing a gynecologist, the patients' expectations were gynecological care (44%), trauma care (14%), medical and legal support (15%), and psychological support (6%) (Denis et al., 2016).

Relationship Between the Experience of Pelvic Examination Following Sexual Violence and the Uptake of Routine Gynecological Care. No study investigated the possible association between adverse experiences of pelvic examinations following sexual violence and subsequent routine gynecological examinations.

Discussion

Main Findings

This systematic review synthesizes data from 23 studies on the experiences of pelvic examinations and the uptake of gynecological care among women with histories of domestic or sexual violence. Eleven studies focused on the experiences of pelvic examinations, involving 7,329 women, while 10 studies examined the uptake of gynecological care following violence, involving 9,248 women. Two studies covered both aspects, involving 1,304 women.

This review reports an adverse pelvic examination experience following childhood and adulthood sexual violence. The cohort, cross-sectional, and case-control studies showed an association between exposure to sexual violence and the discomfort, anxiety, distress, pain, embarrassment, and shame experienced during a pelvic examination, especially in cases of posttraumatic stress disorder.

This review reports a discrepancy concerning the increase or decrease in the use of gynecological care following domestic or sexual violence.

Most cohort, cross-sectional, and case-control studies showed an association between a history of domestic or sexual violence and the level of uptake of gynecological care. Following domestic or sexual violence, studies identified a reduced use of gynecological care, e.g. cervical cancer screening, a request for contraception, or conversely, an increased use of gynecological care. In both cases, patients had a higher rate of access to care for acute symptoms following sexual violence.

No studies specifically addressed the relationship between experiences during pelvic examinations following sexual violence and subsequent routine gynecological care, highlighting a gap in the existing literature.

We highlight the main critical findings in Table 4.

Strengths and Limitations

This review described the relationship between domestic or sexual violence and the experience of pelvic examination as well as the use of gynecological care following domestic or sexual violence. We examined the association between a history of domestic or sexual violence and the uptake of gynecological care, whereas no systematic review had previously looked at this issue. The very diverse studies identified and included allowed a descriptive approach to multiple forms of violence and experiences of pelvic examination. In most studies, domestic or sexual violence and experience of the gynecological examination were assessed using adaptations of screening scale for violence, posttraumatic stress disorder (PTSD), and examination-related discomfort.

Some limitations have been identified. The assessment of experience of a pelvic examination at several time points, the time since the last pelvic examination and the frequency of

use of gynecological care were imprecise or inconsistent, and therefore difficult to compare. Unlike the variables on violence and perceptions of pelvic examination, which had validated scales available, there was no scale for assessing the use of gynecological care, which makes this variable difficult to evaluate. Moreover, few studies referred to a specific time frame for the last gynecological consultation or to a time frame of 3 or 5 years, depending on the patient's age and the cervical cancer screening technique used (HPV or cytology). The imprecision of the time of the last consultation or the time of the last cervicovaginal smear may have led to inconsistencies in the way the case-control groups were classified, and to difficulties in comparing gynecological care pathways between studies. Given the disparity between measurement tools and definitions across studies, we could not have a meta-analytic approach.

We did not include any study focusing on the relationship between female genital mutilation and health or gynecological care. However, the existence of a history of female genital mutilation was associated with a higher rate of domestic violence (Salihu et al., 2012) and barriers to accessing prevention (Younas et al., 2024). The discussion on diversity was notably lacking in this review. While age was considered by all of the included studies, characteristics such as sexual orientation, social class, disability, and gender identity were not mentioned. Seven of the included studies, one conducted in Israel (Razi et al., 2021) and six in the United States (Bagwell-Gray & Ramaswamy, 2022; Danan et al., 2022; Farley et al., 2002; Holt et al., 2021; Weitlauf et al., 2008, 2010) collected data on race and ethnicity. Therefore, we cannot extend the validity of the conclusions of this review to the general population.

Most studies had poor to fair quality, which may affect the reliability and validity of the reported results. Some limitations and biases were not always identified by the authors of the articles. The case-control studies presented also a classification bias caused by the shameful and unspeakable nature of domestic or sexual violence. The history of violence, specifically childhood abuse, was not always considered, even though it was likely to influence the relationship between violence and experience of pelvic examination, as well as the uptake of gynecological care. In some studies, the participants had all filed a complaint or accessed a survivor support organization, which is not the case for a majority of survivors (Davidsson et al., 2009). The use of self-administered questionnaires to describe the violence or the gynecological care can be associated with a social desirability bias and did not allow to include allophone women or those with a low literacy level. When the data was self-declared, information regarding the last gynecological consultation or the experience of the last pelvic examination was subject to memory bias.

Three studies exploring the specific experience of pelvic examination for US veterans should be analyzed with caution, due to the lack of consideration of psychotrauma due to other causes than sexual violence, which may have biased the results.

Interpretation

Relationship Between Violence and the Experience of Pelvic Examination. The results of our review on the experience of pelvic examination are consistent with those of a meta-analysis which showed that survivors of violence experience report to severe levels of distress and mild to moderate levels of pain related to gynecological examinations (Coleman et al., 2024). These findings also suggested that survivors of sexual or physical violence experience higher levels of distress than women without a history of violence and that this difference is further accentuated in women with more severe PTSD. Beyond the discomfort, embarrassment, distress, and pain, women may perceive some form of violence during a pelvic examination. A Swedish study of 2,203 women who accessed gynecological care showed that those who declared having been submitted to care perceived to be violent more frequently had a history of childhood abuse than those who did not declare it (Swahnberg et al., 2004). This study was not included in this review due to the lack of precision regarding the nature of the care perceived to be violent, gynecological, or not.

Relationship Between Sexual or Domestic Violence and Uptake of Gynecological Care. Our review showed a divergence in results regarding the increase or decrease in the use of gynecological care related to the history of violence. Most studies showed an association between domestic or sexual violence and lack of gynecological care, whatever the reason for seeking care. Some studies did not, however, identify an association between a history of violence and the use of gynecological care for cervical cancer screening, echoing a meta-analysis (Reingle Gonzalez et al., 2018), which included the previously cited studies by Farley et al. (2002), Cadman et al. (2012), and Olesen et al. (2012). A cross-sectional study carried out in Denmark on 3,539 patients in five gynecological departments showed an association between a history of sexual violence and more frequent medical consultations (>7 consultations per year). In that study, however, the nature of the care—gynecological or other—was not specified (Hilden et al., 2004).

These conclusions strengthen the findings of qualitative studies identifying the differences in levels of uptake of gynecological care in connection with the characteristics of violence and their perceived effect on gynecological health (Ackerson, 2012; Iraola et al., 2023, 2024; Meier et al., 2021). The discrepancy in the results regarding the increase or decrease in the use of gynecological care reflects the heterogeneity in the behavior regarding the use of gynecological care after domestic and sexual violence.

Beyond the acknowledgment of their somatic needs, patients accessing gynecological care expected psychological or psycho-traumatic support. Published medical data showed the relationship between a history of sexual violence and posttraumatic stress disorders (Chen et al., 2010), which might explain the reactivation of the trauma history (Ackerson, 2012).

Table 5. Implications for Practice, Policy, and Research.

Practice	<ul style="list-style-type: none"> Healthcare professionals can screen for violence in obstetric and gynecological consultations, particularly when a pelvic examination is being considered. Healthcare professionals need to guarantee the utility of pelvic examinations. <p>Healthcare professionals can adapt examination conditions for survivors of violence, particularly those with posttraumatic stress disorder.</p>
Policy	<ul style="list-style-type: none"> Health care institutions (including primary care organizations) need to be made aware of violence and its impact on mental, and gynecological health and healthcare utilization.
Research	<ul style="list-style-type: none"> Future research is needed on the experience of gynecological care following violence, considering all forms of violence. Future research should evaluate the relationship between the experience of pelvic examination following sexual violence and the experience of subsequent examinations as part of routine gynecological care. Future research should explore the experience of gynecological care for diverse population groups (all genders, diverse ethnic, and sexual orientations) in wider geographical contexts.

Relationship Between the Experience of Pelvic Examination Following Sexual Violence and the Uptake of Routine Gynecological Care. No study identified a relationship between the experience of the pelvic examination following sexual violence and the experience of subsequent examinations within the framework of routine gynecological care.

However, we can assume that there is a relationship between undergoing an uncomfortable or traumatic forensic or gynecological examination following violence and the avoidance of any subsequent gynecological consultation and pelvic examination.

Implications for Practice, Policy, and Future Research

This review provides arguments for questioning the utility of pelvic examination and strengthens the need to characterize the adequate conditions and indications of this examination more precisely (ACOG, 2018; Deffieux et al., 2023; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2008; Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004). Some studies identified the conditions to reduce discomfort for the patient in a general population. As such, self-insertion of the speculum, self-sampling for genital samples, use of lubricant and choice of alternative positions other than gynecological position with stirrups, reduced discomfort for women (Bakker et al., 2017; Nelson et al., 2017; Pergialiotis et al., 2015; Seehusen et al., 2006; Wright et al., 2005). Few studies looked into the conditions of the pelvic examination to prevent or reduce negative experiences of pelvic examination in forensic or gynecological medicine, immediately after sexual and domestic violence, or later in life (Mears et al., 2003; Smith & Smith, 2000). It seems necessary to adapt the conditions of the examination for survivors of violence, particularly for those with a post-traumatic stress disorder (ACOG, 2021a; Ross et al., 2023).

Future research should evaluate the relationship between the experience of pelvic examination following sexual violence and the experience of subsequent examinations as part of routine gynecological care. All health care institutions (including primary care organizations) need to be made

aware of violence and its impact on mental or gynecological health and health care utilization. The implications for practice, policy, and research are presented in Table 5.

Conclusions

This study highlights the association between violence and adverse experiences of pelvic examination, as well as a decrease or increase in the use of gynecological care following sexual or domestic violence. In both cases, the rate of access to care for acute symptoms was higher after sexual violence. This review argues for the necessity to screen for violence in obstetric and gynecological consultations, particularly when considering a pelvic examination, to guarantee the utility of pelvic examinations, and to consider the traumatic impact of sexual violence in gynecological care.

Data Availability Statement

Data available on reasonable request from the corresponding author.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

Supplemental Material

Supplemental material for this article is available online.

References

- Ackerson, K. (2012). A history of interpersonal trauma and the gynecological exam. *Qualitative Health Research*, 22(5), 679–688. <https://doi.org/10.1177/1049732311424730>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2012). Committee opinion No. 534: Well-woman visit. *Obstetrics and Gynecology*, 120(2 Pt 1), 421–424. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182680517>

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2018a). *Committee Opinion No. 754: The utility of and indications for routine pelvic examination*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/10/the-utility-of-and-indications-for-routine-pelvic-examination>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2018b). *Committee Opinion No. 755: Well-woman visit*. *Obstetrics and Gynecology*, 132(4), e181–e186. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002897>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021a). *Committee Opinion No. 825: Caring for patients who have experienced trauma*. <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2021/04/caring-for-patients-who-have-experienced-trauma>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021b). *Updated cervical cancer screening guidelines*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/04/updated-cervical-cancer-screening-guidelines>
- Bagwell-Gray, M. E., & Ramaswamy, M. (2022). Cervical cancer screening and prevention among survivors of intimate partner violence. *Health & Social Work*, 47(2), 102–112. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlac009>
- Bakker, R., Peng, K., & Chelmsow, D. (2017). Speculum lubrication and patient comfort: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 21(1), 67–72. <https://doi.org/10.1136/LGT.0000000000000272>
- Berger, L., Tuschy, B., Stefanovic, S., Yen, K., Weiss, C., Sütterlin, M., Spaich, S., & Berlit, S. (2023). Forensic medical examination after sexual violence: Implications based on victims' perceptions. *In Vivo*, 37(2), 848–857. <https://doi.org/10.21873/invivo.13152>
- Cadman, L., Waller, J., Ashdown-Barr, L., & Szarewski, A. (2012). Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: An exploratory study. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 38(4), 214–220. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2012-100378>
- Campbell, M., McKenzie, J. E., Sowden, A., Katikireddi, S. V., Brennan, S. E., Ellis, S., Hartmann-Boyce, J., Ryan, R., Shepperd, S., Thomas, J., Welch, V., & Thomson, H. (2020). Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: Reporting guideline. *British Medical Journal*, 368, 16890. <https://doi.org/10.1136/bmj.16890>
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., & Zirikzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618–629. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- Cochrane Methods. (2021). *Risk of bias tools—RoB 2 for cluster-randomized trials*. <https://sites.google.com/site/riskofbiastool/welcome/rob-2-0-tool/rob-2-for-cluster-randomized-trials>
- Coker, A. L. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(2), 149–177. <https://doi.org/10.1177/1524838007301162>
- Coleman, J. N., Arthur, S. S., & Shelby, R. A. (2024). Psychological distress and pain related to gynecologic exams among female survivors of sexual and physical violence: A systematic review. *J Trauma Stress*, 37(2):217–30. <https://doi.org/10.1002/jts.23006>
- Danan, E. R., Brunner, J., Bergman, A., Spont, M., Chanfreau, C., Canelo, I., & Yano, E. M. (2022). The relationship between sexual assault history and cervical cancer screening completion among women veterans in the veterans health administration. *Journal of Women's Health* (2002), 31(7), 1040–1047. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0237>
- Davidsson, J., Benjaminsson, G., Wijma, B., & Swahnberg, K. (2009). Association between experiencing rape, police reporting, and self-reported health among women visiting three gynecology clinics in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(9), 1000–1005. <https://doi.org/10.1080/00016340903147397>
- Deffieux, X., Pizzoferrato, A. C., Gaucher, L., Rousset-Jablonski, C., Le Ray, C., Brillac, T., Maruani, J., Maitrot-Mantelet, L., Mignot, S., Athiel, Y., Baffet, L., Bailleul, A., Bernard, V., Bourdon, M., Cardaillac, C., Carneiro, Y., Chariot, P., Corroenne, R., Dabi, Y., . . . Fauconnier, A. (2023). Pelvic exam in Gynecology and Obstetrics: French Guidelines for Clinical Practice. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 291, 131–140. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.10.007>
- Denis, C., Seyller, M., & Chariot, P. (2016). Expectations and perceptions of care among victims of sexual assault who first seek care from emergency, primary care and gynecological doctors. *Emergency Medicine Journal*, 33(2), 134–138. <https://doi.org/10.1136/emered-2015-204655>
- Farley, M., Golding, J. M., & Minkoff, J. R. (2002). Is a history of trauma associated with a reduced likelihood of cervical cancer screening?. *The Journal of Family Practice*, 51(10), 827–831.
- Gibson, C. J., Huang, A. J., McCaw, B., Subak, L. L., Thom, D. H., & Van Den Eeden, S. K. (2019). Associations of intimate partner violence, sexual assault, and posttraumatic stress disorder with menopause symptoms among midlife and older women. *JAMA Internal Medicine*, 179(1), 80–87. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.5233>
- Guha, A., Luebbbers, S., Papalia, N., & Ogloff, J. R. P. (2020). Long-term healthcare utilisation following child sex abuse: A follow-up study utilising five years of medical data. *Child Abuse & Neglect*, 106, 104538. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104538>
- Güneş, G., & Karaçam, Z. (2017). The feeling of discomfort during vaginal examination, history of abuse and sexual abuse and post-traumatic stress disorder in women. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2362–2371. <https://doi.org/10.1111/jocn.13574>
- Harris, H. R., Wieser, F., Vitonis, A. F., Rich-Edwards, J., Boynton-Jarrett, R., Bertone-Johnson, E. R., & Missmer, S. A. (2018). Early life abuse and risk of endometriosis. *Human Reproduction*, 33(9), 1657–1668. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey248>
- Hassam, T., Kelso, E., Chowdary, P., Yisma, E., Mol, B. W., & Han, A. (2020). Sexual assault as a risk factor for gynecological morbidity: An exploratory systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 255, 222–230. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.10.038>
- Herzog, R., Álvarez-Pasquin, M. J., Díaz, C., Del Barrio, J. L., Estrada, J. M., & Gil, Á. (2013). Are healthcare workers' intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? A systematic review. *BMC Public Health*, 13, 154. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-154>
- Hilden, M., Sidenius, K., Langhoff-Roos, J., Wijma, B., & Schei, B. (2003). Women's experiences of the gynecologic

- examination: Factors associated with discomfort. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(11), 1030–1036. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00253.x>
- Hilden, M., Schei, B., Swahnberg, K., Halmesmaki, E., Langhoff-Roos, J., Offerdal, K., & Wijma, B. A. (2004). A history of sexual abuse and health: A Nordic multicentre study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(10), 1121–1127. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00205.x>
- Holt, H. K., Sawaya, G. F., ElAyadi, A. M., Henderson, J. T., Rocca, C. H., Westhoff, C. L., & Harper, C. C. (2021). Delayed visits for contraception due to concerns regarding pelvic examination among women with history of intimate partner violence. *Journal of General Internal Medicine*, 36(7), 1883–1889. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06334-8>
- Huber, J. D., Pukall, C. F., Boyer, S. C., Reissing, E. D., & Chamberlain, S. M. (2009). “Just relax”: Physicians’ experiences with women who are difficult or impossible to examine gynecologically. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(3), 791–799. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01139.x>
- Iraola, E., Menard, J. P., Buresi, I., & Chariot, P. (2024). Gynecological health and uptake of gynecological care after domestic or sexual violence: A qualitative study in an emergency shelter. *BMC Women’s Health*, 24(1), 264. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03112-0>
- Iraola, E., Menard, J. P., & Chariot, P. (2023). Recours au soin gynécologique chez les femmes rapportant des violences sexuelles : étude qualitative. [Gynecological care among women reporting sexual violence: A qualitative study]. *Gynécologie, Obstétrique, Fertilité & Senologie*, 51(1), 46–52. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.10.001>
- Khan, C. T., Greene, C. J., Strauss, J. L., Spiegel, D., & Weitlauf, J. C. (2014). A New perspective on distress during the pelvic examination: The role of traumatic hyperarousal in women with histories of sexual violence. *Violence and Gender*, 1(3), 117–123. <https://doi.org/10.1089/vio.2014.0016>
- Lathe, P., Mignini, L., Grayn, R., Hills, R., & Khan, K. (2006). Factors predisposing women to chronic pelvic pain: Systematic review. *British Medical Journal*, 332(7544), 749–755. <https://doi.org/10.1136/bmj.38748.697465.55>
- Lee, T. T., Westrup, D. A., Ruzek, J. I., Keller, J., & Weitlauf, J. C. (2007). Impact of clinician gender on examination anxiety among female veterans with sexual trauma: A pilot study. *Journal of Women’s Health*, 16(9), 1291–1299. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.0208>
- Leeners, B., Stiller, R., Block, E., Görres, G., Imthurn, B., & Rath, W. (2007). Effect of childhood sexual abuse on gynecologic care as an adult. *Psychosomatics*, 48(5), 385–393. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.5.385>
- Li, Y., Marshall, C. M., Rees, H. C., Nunez, A., Ezeanolue, E. E., & Ehiri, J. E. (2014). Intimate partner violence and HIV infection among women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1), 18845. <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.18845>
- Marks, S., Lamb, R., & Tzioumi, D. (2009). Do no more harm: The psychological stress of the medical examination for alleged child sexual abuse. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 45(3), 125–132. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2008.01443.x>
- Maxwell, L., Devries, K., Zions, D., Alhusen, J. L., & Campbell, J. (2015). Estimating the effect of intimate partner violence on women’s use of contraception: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 10(2), e0118234. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118234>
- Mears, C. J., Heflin, A. H., Finkel, M. A., Deblinger, E., & Steer, R. A. (2003). Adolescents’ responses to sexual abuse evaluation including the use of video colposcopy. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 33(1), 18–24. [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(03\)00043-0](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(03)00043-0)
- Meier, S., Brig, K., Delay, C., Sundstrom, B., Schwab-Reese, L., & DeMaria, A. L. (2021). “I’m more open to talking about it”: Women’s experiences with sexual abuse and reproductive health. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(23–24), NP13136–NP13161. <https://doi.org/10.1177/0886260520905077>
- Nelson, E. J., Maynard, B. R., Loux, T., Fatla, J., Gordon, R., & Arnold, L. D. (2017). The acceptability of self-sampled screening for HPV DNA: A systematic review and meta-analysis. *Sexually Transmitted Infections*, 93(1), 56–61. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052609>
- O’Laughlin, D. J., Strelow, B., Fellows, N., Kelsey, E., Peters, S., Stevens, J., & Tweedy, J. (2021). Addressing anxiety and fear during the female pelvic examination. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 2150132721992195. <https://doi.org/10.1177/2150132721992195>
- Olesen, S. C., Butterworth, P., Jacomb, P., & Tait, R. J. (2012). Personal factors influence use of cervical cancer screening services: Epidemiological survey and linked administrative data address the limitations of previous research. *BMC Health Services Research*, 12, 34. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-34>
- Oscarsson, M. G., Benzein, E. G., & Wijma, B. E. (2008). Reasons for non-attendance at cervical screening as reported by non-attendees in Sweden. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29(1), 23–31. <https://doi.org/10.1080/01674820701504619>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Ghanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., Elamin, M. B., Seime, E. J., Prokop, L. J., & Zirikzadeh, A. (2020). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 323(5), 550–561. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.10917>
- Pergialiotis, V., Vlachos, D. G., Rodolakis, A., Thomakos, N., Christakis, D., & Vlachos, G. D. (2015). The effect of vaginal lubrication on unsatisfactory results of cervical smears. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 19(1), 55–61. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000037>
- PRISMA Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses. (2021). *PRISMA 2020 checklist*. <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist.aspx>
- Prosman, G. J., Lo, Fo, Wong, S. H., Bulte, E., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2012). Healthcare utilization by abused women: A case control study. *The European Journal of General Practice*, 18(2), 107–113. <https://doi.org/10.3109/13814788.2012.675503>

- Razi, T., Walfisch, A., Sheiner, E., Abd Elrahim, L., Zahalka, S., Abdallah, A., & Wainstock, T. (2021). #metoo? The association between sexual violence history and parturients' gynecological health and mental well-being. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 304(2), 385–393. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-05977-0>
- Reeves, E. (2015). A synthesis of the literature on trauma-informed care. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(9), 698–709. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1025319>
- Reingle Gonzalez, J. M., Jetelina, K. K., Olague, S., & Wondrack, J. G. (2018). Violence against women increases cancer diagnoses: Results from a meta-analytic review. *Preventive Medicine*, 114, 168–179. <https://doi.org/10.1016/j.pymed.2018.07.008>
- Robohm, J. S., & Bутtenheim, M. (1996). The gynecological care experience of adult survivors of childhood sexual abuse: A preliminary investigation. *Women & Health*, 24(3), 59–75. https://doi.org/10.1300/j013v24n03_04
- Ross, W. T., Snyder, B., Stuckey, H., Ross, I. R., McCall-Hosenfeld, J., Harkins, G. J., & Smith, C. P. (2023). Gynecological care of women with chronic pelvic pain: Patient perspectives and care preferences. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 130(5), 476–484. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17355>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2008). *Standards for gynaecology—Report of a working party*. <https://rcog.org.uk/media/obojmsot/wpgrynstandards2008.pdf>
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. (2004). *Gynecological examinations and procedures*. <https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Gynaecological-examinations-and-procedures.pdf>
- Salihu, H. M., August, E. M., Salemi, J. L., Weldeselasie, H., Sarro, Y. S., & Alio, A. P. (2012). The association between female genital mutilation and intimate partner violence. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(13), 1597–1605. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03481.x>
- Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & Garcia-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet*, 399(10327), 803–813. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7)
- Schnur, J. B., Chaplin, W. F., Khurshid, K., Mogavero, J. N., Goldsmith, R. E., Lee, Y. S., Litman, L., & Montgomery, G. H. (2017). Development of the healthcare triggering questionnaire in adult sexual abuse survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 9(6), 714–722. <https://doi.org/10.1037/tra0000273>
- Scribano, P. V., Hornor, G., Rhoda, D., Curran, S., & Stevens, J. (2010). Multi-informant assessment of anxiety regarding anogenital examinations for suspected child sexual abuse (CSA). *Child Abuse Neglect*, 34(8), 602–609. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.01.006>
- Seehusen, D. A., Johnson, D. R., Earwood, J. S., Sethuraman, S. N., Cornali, J., Gillespie, K., Doria, M., Farnell, E., 4th, & Lanham, J. (2006). Improving women's experience during speculum examinations at routine gynecological visits: Randomised clinical trial. *British Medical Journal*, 333(7560), 171. <https://doi.org/10.1136/bmj.38888.588519.55>
- Smith, M. S., & Smith, M. T. (2000). A stimulus control intervention in the gynecological exam with sexual abuse survivors. *Women & Health*, 30(2), 39–51. https://doi.org/10.1300/j013v30n02_03
- Swahnberg, K., Wijma, B., & Siwe, K. (2011). Strong discomfort during vaginal examination: Why consider a history of abuse? *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 157(2), 200–205. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.02.025>
- Swahnberg, K., Wijma, B., Wingren, G., Hilden, M., & Schei, B. (2004). Women's perceived experiences of abuse in the health care system: Their relationship to childhood abuse. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(12), 1429–1436. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00292.x>
- Tancman, S., HaCohen, N., Lazarus, G., Solt, I., & Sagi-Dain, L. (2022). Silent voices that must be heard—Women's perceptions of gynecologic examinations. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 43(2), 190–197. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1864727>
- Tetik, S., & Yalçinkaya Alkar, Ö. (2021). Vaginismus, dyspareunia and abuse history: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(9), 1555–1570. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.07.004>
- Weitlauf, J. C., Finney, J. W., Ruzek, J. I., Lee, T. T., Thrailkill, A., Jones, S., & Frayne, S. M. (2008). Distress and pain during pelvic examinations: Effect of sexual violence. *Obstetrics & Gynecology*, 112(6), 1343–1350. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31818e4678>
- Weitlauf, J. C., Frayne, S. M., Finney, J. W., Moos, R. H., Jones, S., Hu, K., & Spiegel, D. (2010). Sexual violence, posttraumatic stress disorder, and the pelvic examination: How do beliefs about the safety, necessity, and utility of the examination influence patient experiences? *Journal of Women's Health* (2002), 19(7), 1271–1280. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1673>
- Wells, G. A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (n.d.). *Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of non-randomised studies in meta-analyses*. https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
- Wright, D., Fenwick, J., Stephenson, P., & Monterosso, L. (2005). Speculum “self-insertion”: A pilot study. *Journal of Clinical Nursing*, 14(9), 1098–1111. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01205.x>
- Younas, F., & Gutman, L. M. (2024). “All you gain is pain and sorrow”: Facilitators and barriers to the prevention of female genital mutilation in high-income countries. *Trauma, Violence & Abuse*, 15248380241229744. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/15248380241229744>

Author Biographies

Elisabeth Iraola is a PhD candidate at Sorbonne Paris Nord University and a midwife practicing in reproductive and sexual healthcare. Her research focuses on the links between gynecological health, sexual health, and violence.

Jean-Pierre Menard, MD, PhD in obstetrics and gynecology is a sexual health and sexology specialist. His research focuses on gynecological and sexual health.

Patrick Chariot, MD, PhD, is a full professor of forensic medicine at Sorbonne Paris Nord University. His research interests focus on violence, its consequences for victims, and the role of health professionals in receiving and supporting victims of violence. He has published several books on violence, including one on marital rape.

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology
Uptake of gynecological consultation following domestic or sexual violence : a case-control study in the context of induced abortion
 --Manuscript Draft--

Manuscript Number:	EJOGRB-24-963
Article Type:	Full Length Article
Section/Category:	Gynaecology
Keywords:	sexual violence; domestic violence; intimate partner violence; gynecological care; induced abortion
Corresponding Author:	Elisabeth IRAOLA DPMI-PS/IRIS/USPN France, Ile-de-France FRANCE
First Author:	Elisabeth IRAOLA
Order of Authors:	Elisabeth IRAOLA Jean-Pierre Menard Marie-Laure Baranne Julien Cudonnet Isabelle Buresi Patrick Chariot
Abstract:	<p>Objective The aim of this study was to determine the prevalence of domestic and sexual violence and to characterize the association between exposure to domestic and sexual violence and low uptake of gynecological care, in the context of induced abortion.</p> <p>Study design We conducted a case-control study among women seeking abortion care, in mother and child centers and sexual health centers in the Paris, France area (April 2022-March 2023).</p> <p>Results A total of 103 women were included in the study during induced abortion care. Physical, psychological or sexual domestic violence was reported by 48.5% and sexual violence, whoever the perpetrator, was reported by 23.3%. In the bivariate analysis, a history of physical, psychological or sexual domestic violence was not associated with the absence of a gynecological consultation in the past two years, compared with no history of intimate partner violence ($p=0.09$). After adjustment for regular pelvic pain, dysmenorrhea, vulvodynia and dyspareunia, there was no association between a history of sexual violence and the absence of a gynecological consultation in the past two years (OR 1.05; CI95% 0.27-4.13, $p=0.93$).</p> <p>Conclusion Violence was a common finding among women seeking abortion care. We did not find any association between a history of sexual violence and the absence of a gynecological consultation in the past two years. We suggest investigating multiple or frequent use of gynecological care following violence. The combination of ethical, moral, and psychological constraints associated with violence screening and abortion care is a challenge to patient recruitment in future studies.</p>
Suggested Reviewers:	<p>Pascale Hoffmann PHoffmann@chu-grenoble.fr Expert on the subject</p> <p>Philippe Faucher philippe.faucher@aphp.fr Expert on the subject</p>

Cover Letter

The Editor,
European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology

May 4, 2024

Dear Professor Gupta,

We are pleased to submit an article entitled "Uptake of gynecological consultation following domestic or sexual violence: a case-control study in the context of induced abortion" by Iraola et al., for publication as an original article in the *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*.

This case-control study conducted in the context of abortion care is an extension of our previous case-control study conducted during pregnancy follow-up, which was published in EJOGRB, May 2024 issue.

In this case-control study including 103 women, we observed a high prevalence of domestic and sexual violence in the context of abortion. We found no association between a history of sexual violence and the absence of a gynecological consultation in the past two years. We believe that this study encourages further research on the association between violence and uptake of gynecological care in the context of abortion care, particularly to characterize the multiple or frequent use of gynecological care following violence.

We confirm our approval of the final version of the manuscript and declare no conflict of interest related to this article. All authors have approved the manuscript for submission. The content of the manuscript has not been published, or submitted for publication elsewhere.

Yours sincerely,

Elisabeth Iraola (corresponding author)
Jean-Pierre Menard
Marie-Laure-Baranne
Julien Cudonnet
Isabelle Buresi
Patrick Chariot

Objective

The aim of this study was to determine the prevalence of domestic and sexual violence and to characterize the association between exposure to domestic and sexual violence and low uptake of gynecological care, in the context of induced abortion.

Study design

We conducted a case-control study among women seeking abortion care, in mother and child centers and sexual health centers in the Paris, France area (April 2022-March 2023).

Results

A total of 103 women were included in the study during induced abortion care. Physical, psychological or sexual domestic violence was reported by 48.5% and sexual violence, whoever the perpetrator, was reported by 23.3%. In the bivariate analysis, a history of physical, psychological or sexual domestic violence was not associated with the absence of a gynecological consultation in the past two years, compared with no history of intimate partner violence ($p=0.09$). After adjustment for regular pelvic pain, dysmenorrhea, vulvodynia and dyspareunia, there was no association between a history of sexual violence and the absence of a gynecological consultation in the past two years (OR 1.05; CI95% 0.27-4.13, $p=0.93$).

Conclusion

Violence was a common finding among women seeking abortion care. We did not find any association between a history of sexual violence and the absence of a gynecological consultation in the past two years. We suggest investigating multiple or frequent use of gynecological care following violence. The combination of ethical, moral, and psychological constraints associated with violence screening and abortion care is a challenge to patient recruitment in future studies.

Keywords: sexual violence; domestic violence; intimate partner violence; gynecological care; induced abortion

Uptake of gynecological consultation following domestic or sexual violence: a case-control study in the context of induced abortion

Elisabeth Iraola ^{a,b,c}, Jean-Pierre Menard ^c, Marie-Laure Baranne ^c, Julien Cudonnet ^c, Isabelle Buresi ^c, Patrick Chariot ^{a,b}

a : Institut de Recherche interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (IRIS), UMR 8156-997, CNRS U997 Inserm EHESS UFR SMBH, Université Sorbonne Paris Nord, 93300 Aubervilliers, France

b : UFR SMBH, Université Sorbonne Paris Nord, 93100 Bobigny, France

c : Direction de la protection maternelle et infantile et promotion de la santé, Conseil départemental du Val-de-Marne, 94000 Créteil, France

Corresponding author: E Iraola, elisabeth.iraola@valdemarne.fr ORCID ID = [0000-0002-5045-0048](https://orcid.org/0000-0002-5045-0048)

Objective

The aim of this study was to determine the prevalence of domestic and sexual violence and to characterize the association between exposure to domestic and sexual violence and low uptake of gynecological care, in the context of induced abortion.

Study design

We conducted a case-control study among women seeking abortion care, in mother and child centers and sexual health centers in the Paris, France area (April 2022-March 2023).

Results

A total of 103 women were included in the study during induced abortion care. Physical, psychological or sexual domestic violence was reported by 48.5% and sexual violence, whoever the perpetrator, was reported by 23.3%. In the bivariate analysis, a history of physical, psychological or sexual domestic violence was not associated with the absence of a gynecological consultation in the past two years, compared with no history of intimate partner violence ($p=0.09$). After adjustment for regular pelvic pain, dysmenorrhea, vulvodynia and dyspareunia, there was no association between a history of sexual violence and the absence of a gynecological consultation in the past two years (OR 1.05; CI95% 0.27-4.13, $p=0.93$).

Conclusion

Violence was a common finding among women seeking abortion care. We did not find any association between a history of sexual violence and the absence of a gynecological consultation in the past two years. We suggest investigating multiple or frequent use of gynecological care following violence. The combination of ethical, moral, and psychological constraints associated with violence screening and abortion care is a challenge to patient recruitment in future studies.

Keywords: sexual violence; domestic violence; intimate partner violence; gynecological care; induced abortion

Introduction

The United Nations Declaration on the Elimination of Violence against Women has defined violence against women as any gender-based act causing physical, sexual or psychological harm or suffering, including threats, coercion, or arbitrary deprivation of liberty [1]. Intimate partner violence (IPV) and sexual violence are associated with a risk of unwanted pregnancy, termination of pregnancy, sexually transmitted infections and lower rates of contraceptive or condom use [2–10]. According to the World Health Organization (WHO) and the United Nations, the right to health is a fundamental element of human rights and includes sexual and reproductive health [11,12].

In gynecology, guidelines on well-woman visit issued by the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) in 2018, assessed that the interval between two preventive gynecological consultations should be based on women's individual characteristics [13], which is in line with the guidelines published by the French National College of Obstetricians and Gynecologists in 2023 [14]. The ACOG recommended performing pelvic examinations annually in all patients 21 years and older in 2012, as part of the well-woman visit guidelines [15]. The French national Health Authority recommended an annual gynecological consultation for contraception [16], individual breast cancer screening after the age of 25 [17], screening for sexually transmitted infections before the age of 25 [18] and the first two cervical cancer screenings before the age of 30 [19]. A French cross-sectional study among 164,092 patients, published in 2022, showed that gynecological care is the most forgone care after ophthalmologic care [20]. Low socioeconomic status, social migration and low health literacy are associated with the absence of obstetrical care, use or uptake of gynecological and access to abortion [21–24]. Some psychosocial factors such as overweight or obesity [25], disability [26–28], substance use disorders [29] and incarceration [30–32] are also associated with reduced contraceptive uptake, barriers to access to abortion and more broadly with low use of gynecological care.

Studies on the association between a history of domestic or sexual violence and non-uptake of gynecological care outside of pregnancy gave mixed results. Some studies showed an association between intimate partner violence and more frequent visit for reproductive health problems [33], while other studies showed less use or non-attendance of gynecological care after domestic or sexual violence [34–36]. We conducted a study showing an association between domestic or sexual violence and the

absence of a gynecological consultations in the past two years, including only pregnant women during pregnancy follow-up [37]. The aim of this study was to determine the prevalence of domestic and sexual violence and to characterize the association between exposure to domestic and sexual violence and low uptake of gynecological care, in the context of induced abortion.

Methods

Ethical approval

The study was granted ethical approval from the ethical and research committee of Paris University (reference N°2021-82, October 12, 2021). Informed consent was obtained from all individual participants included in the study and participants were informed of the confidential nature of the information collected.

Study design and population

A case-control study was conducted in mother and child centers and sexual health centers in the Paris, France, area (Val de Marne).

Women seeking abortion care over the age of 20 were interviewed using a standardized questionnaire administered by a health professional according to the women's preferred method, i.e. either following the consultation or at a later date, and either on site or remotely by phone or videoconference. All interviewed women attended the consultation for an abortion follow-up. Women who had not lived in France for the previous 3 years and women under the age of 20 were excluded.

Data handling

The main data collected were the history of domestic or sexual violence, the gynecological health – non-menstrual pelvic pain, dyspareunia, dysmenorrhea, vulvodynia and mastodynia–, the gynecological consultations prior to pregnancy and, if applicable, the date of the last scheduled consultation. Data were also collected on women's socio-demographic and socio-economic characteristics, sexual health and obstetric history as well as utilization of emergency or primary care. The case group included women who did not have a scheduled gynecological consultation with a physician or midwife in the last two years. The control group included women who had a scheduled gynecological consultation with a physician or midwife for less than two years, outside the context of pregnancy or gynecological emergency. An exposure to violence was defined as a history of domestic violence perpetrated by a current or previous partner, spouse or husband, or a history of sexual violence, before and after the age of 18. Questions about violence were adapted from the European Union Violence Against Women Survey questionnaire, administered to 42,000 women in 28 European countries in 2014 [38]. The age was extracted from medical records. All other data were collected through the questionnaire. Missing data (MD) were counted for each variable. The STROBE case-control guidelines were followed [39].

Statistical analysis

To estimate the sample size, we assumed a type 1 error of 5%, a power of 80%, a case-control ratio of 1:2 and a prevalence of domestic or sexual violence of approximately 30%, in line with the prevalence highlighted by the WHO [40]. We hypothesized that women with a history of domestic or sexual violence would have a 3 times greater risk of delay care than women who were not victims, in line with the previously cited study [34], which found an odds ratio (OR) of 3.10. With a minimum detectable OR of 3, we would need at least 46 cases and 92 controls for a total of 138 participants.

R® 3.6.0 software was used for statistical analysis of the data.

For bivariate analysis, we used the Pearson's chi square test, Fisher's exact test and ANOVA. All variables associated with the absence of a gynecological consultation in the last two years in the univariate analysis were included in the multivariable logistic regression model, calculating odds ratios and 95% confidence intervals (95% CI). The results were considered significant for P values below 0.05.

Results

A total of 103 women were included in the study during induced abortion care, in the case group (n=53) or control group (n=50) between April 2022 and March 2023. The ages of participants were similar in both groups (mean, 25.9 vs. 27.02 yrs, $p=0.38$) (Table 1). Patients from the case group reported more non-menstrual pelvic pain ($p=0.0002$), dyspareunia ($p<0.0001$), dysmenorrhea ($p=0.007$) and vulvodynia ($p=0.03$) (Table 2). There were no differences between the two groups regarding marital status, educational level, employment, disability (Table 1), age of first consensual sexual intercourse, abnormal vaginal discharge, obstetrical history including those likely to be experienced as difficult or traumatic, frequency of general practitioner consultations and frequency of emergency consultations for gynecological concerns in the last two years (Table 2). Table 3 shows the association between a history of violence and non-uptake of gynecological consultation in the last two years. Physical, psychological or sexual domestic violence was reported by 50 patients of 103 (48.5%) (case group, 30 of 53, 56.6%; control group, 20 of 50, 40.0%). Sexual violence was reported by 24 patients of 103 (23.3%) (case group, 17 of 53, 32%; control group, 7 of 50, 14%).

In the bivariate analysis, a history of physical, psychological or sexual domestic violence was not associated with the absence of a gynecological consultation in the past two years, compared with no history of IPV ($p=0.09$). A history of sexual violence, whoever the perpetrator and whatever the age of the victim, was associated with the absence of a gynecological consultation in the past two years ($p=0.03$) compared with no history of sexual violence. After adjustment for regular pelvic pain, dysmenorrhea, vulvodynia and dyspareunia, there was no association between a history of sexual violence and the absence of a gynecological consultation gynecological in the past two years (OR 1.05; CI95% 0.27-4.13, $p=0.93$).

Discussion

In this study, nearly a half of women reported current or past intimate partner violence and nearly a quarter reported sexual violence. Histories of intimate partner violence perpetrated by a previous or a

current partner and sexual violence were not associated with the absence of a gynecological consultation in the last two years. Rates of domestic violence were higher than in our previous study conducted during pregnancy follow-up, using the same questionnaire (50 of 103, 48.5% vs 152 of 405, 37%, chi-2 test, $p=0.04$) [37]. Rates of sexual violence were similar. The high prevalence of violence in our study was consistent with the findings of the New Zealand Cross-Sectional Survey, which showed that 50.8% of women accessing abortion reported sexual or physical violence– 69% of which involved domestic violence– and 32.2% reported lifetime sexual violence [41] and as well as the findings of several studies showing an association between a history of violence and the seeking abortion [2,4,42].

In our previous study, the lower prevalence rates of domestic violence compared to the results of this current study could be related to reproductive coercion during the ongoing pregnancy – particularly when the genitor is the perpetrator of the violence. This finding is consistent with the results of the French national perinatal survey (ENP), which showed a low rate of violence during and immediately after pregnancy [43]. That study was conducted in 2021 among 10,913 women and showed that only 0.3% and 1.3%, respectively, reported sexual and physical violence during pregnancy or since birth, 34.5% of which was perpetrated by a partner [43]. However, reproductive coercion includes altering the decision to continue or terminate a pregnancy, in the context of which a significant proportion of women reporting reproductive coercion reported domestic violence [44–46].

In the current study, the rates of non-uptake of a gynecological consultation in the previous two years were consistent with data from a French database of the “*Observatoire des fragilités Grand Nord*”, which estimated, in 2022, that half of women in the Paris area reported an absence of a gynecological consultation in the previous 24 months, but only quantified health insurance reimbursements for consultations by gynecologists and obstetricians [47].

The absence of an association between a history of domestic or sexual violence and the non-uptake of a gynecological consultation may be related to a small sample size leading to an insufficient power [48]. Difficulties in recruiting patients, also reported in other studies [49], contributed to the insufficient power. We observed that in some cases, the abortion coercion associated with domestic violence made it impossible for women to consent to participate in the study. In addition, healthcare providers did not offer to participate in the study to avoid increasing women's anxiety about disclosing domestic or sexual

violence, in a care context likely to be stressful for patients with a history of violence [49]. The combination of ethical, moral, and psychological constraints associated with violence screening and abortion care was a challenge to patient recruitment. Research on violence against women is a difficult ethical challenge supported by WHO recommendations [50,51], in particular when associated with abortion [52]. The implications are far-reaching, i.e. IPV screening and intervention during abortion-related visits are associated with positive outcomes for patient safety and the patient-provider relationship [53]. Another factor leading to the inadequate low sample size was the exclusion of women under the age of 20. We had limited the scope of 2-year-gynecological uptake to adult women, which led us to exclude women under the age of 20. This choice contributed to the small sample size.

The absence of an association between a history of domestic or sexual violence and the non-uptake of a gynecological consultation may be also related to an absence of effect. The adjusted odds ratios for sexual violence close to 1 may also suggest an absence of effect, which could be related to an heterogeneity of behavior towards gynecological follow-up, as suggested by published studies [33–36,54]. In some studies, the medical follow-up for reproductive health problems or for acute gynecological symptoms turned out to be more frequent among victims of IPV or sexual violence [33,54].

Our study has several strengths. We examined the absence of a gynecological consultation after domestic violence, previously poorly documented during abortion care. We decided to interview women during abortion care, rather than during a gynecological consultation, in order to avoid the bias of a pre-existing gynecological follow-up. The questionnaire was administered by a healthcare professional who had been previously informed of the research framework and methodology and who was provided with a guide to standardize the questions asked. Our study has some limitations. In addition to not reaching the required number of subjects, the classification between the two groups was based on the memory of the date of last consultation, a data with limited reliability. However, the two-year limit was probably made easier to determine by reference to the period of Covid-19 confinement. It is unclear how our findings can be extended to all women, as young women and migrant women are less likely to receive gynecological care and are particularly exposed to violence [55–58]. In contrast to not utilizing gynecological care, we could have explored other forms of healthcare use. Thus, we could have

examined the multiple or frequent use of emergency or scheduled gynecological consultations, which, like recurrent abortion, are associated with domestic and sexual violence [33,59,60].

Conclusion

Violence was a common finding among women seeking abortion care. We did not find any association between a history of sexual violence and the absence of a gynecological consultation in the past two years. Abortion care is a preventive service that must be guaranteed and preserved (61), as it enables women excluded from the healthcare system to have access to gynecological and reproductive care, including women with a history of domestic and sexual violence. The heterogeneity of gynecological care behaviour also argues for considering the multiple or frequent use of gynecological care following violence in the context of abortion.

Funding

None

Authors' contributions

EI: Conceptualization, Methodology, Software, Formal analysis, Investigation, Data curation, Writing – original draft, Writing – review & editing. **JPM:** Methodology, Formal analysis, Investigation, Writing – review & editing. **MLB:** Methodology, Software, Writing – review & editing. **JC:** Software, Writing – review & editing. **IB:** Conceptualization, Writing – review & editing. **PC:** Conceptualization, Methodology, Validation, Formal analysis, Data curation, Writing – original draft, Writing – review & editing

Declaration of competing interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could influence the work reported in this paper.

Table 1. Demographic and socioeconomic data of women who had (control) or had not (cases) reported a gynecological consultation in the last two years

	Last gynecological consultation		Bivariate analysis >2 years vs. <2 yrs
	Cases (>2 yrs) (n=53)	Controls (<2 yrs) (n=50)	
Age (mean)	N (%) 25.9	N (%) 27.02	P 0.38 ^a
Couple			0.21 ^a
Couple, same accommodation	14 (26.9)	20 (40.0)	
Couple, separate accommodation	19 (36.5)	19 (38.0)	
Not a couple	19 (36.5)	11 (22.0)	
MD	1	0	
Level of education			0.55 ^a
Middle school and less	1 (1.9)	3 (6.0)	
Professional training program	7 (13.2)	8 (16.0)	
High school	18 (34.0)	12 (24.0)	
Higher education	27 (51.9)	27 (54.0)	
Current professional activity or study	36 (69.2)	38 (77.5)	0.34 ^a
MD	1	0	
Social security			0.1 ^a
General scheme/Special scheme	40 (83.3)	41 (85.4)	
Universal medical cover	7 (14.6)	7 (14.5)	
Free state medical assistance	0 (0.0)	0 (0.0)	
No social security	1 (2.1)	0 (0.0)	
MD	5	2	
Supplementary health insurance	35 (72.9)	38 (52.0)	0.73 ^a
MD	5	0	
Disability	3 (5.7)	1 (2.0)	0.62 ^b

^a p-value was calculated by using Pearson's chi square test

^b p-value was calculated by using Fisher's exact test

^c p-value was calculated by using anova

MD= missing data

Table 2. Reproductive health, use of care data of women who had (control) or had not (cases) reported a gynecological consultation in the last two years

	Last gynecological consultation		Bivariate analysis >2 years vs. <2 yrs
	Cases (>2 yrs) (N=53) N (%)	Controls (>2 yrs) (n=50) N (%)	
General data (mean)			
Gravidity	2.89	2.93	0.88 ^a
Parity	1.59	1.72	0.55 ^a
Age of first consensual sexual intercourse	18.1	17.7	0.55 ^a
Gynecological symptoms			
Regular pelvic pain (non-menstrual pelvic pain)			0.0002 ^a
Very frequently or frequently	31 (58.5)	11 (22.4)	
Sometimes, rarely, never	22 (41.5)	38 (77.6)	
MD	0	1	
Dysmenorrhea >6/10	31 (62.0)	15 (34.1)	0.007 ^a
MD	3	6	
Dyspareunia M	38 (73.1)	12 (24.0)	p<0.0001
MD	1	0	
If dyspareunia, type of dyspareunia			0.35 ^a
Superficial dyspareunia	9 (23.7)	5 (41.7)	
Deep dyspareunia	8 (21.0)	3 (25.0)	
Superficial and deep dyspareunia	21 (55.3)	4 (33.3)	
Abnormal vaginal discharge	18 (34.0)	15 (30.0)	0.67 ^a
Vulvodynia	13 (25.0)	4 (8.5)	0.03
MD	1	3	
Mastodynia	17 (32.7)	17 (34.7)	0.83 ^a
MD	1	1	
Emergency gynecological consultation in the last 2 years	17 (34.0)	10 (20.0)	0.18 ^a
MD	3	0	
If yes, reason of emergency gynecological consultation			0.20 ^b
Pain: pelvic pain, dysmenorrhea, dyspareunia, vulvodynia	13 (43.3)	6 (40.0)	
Vaginal bleeding	13 (43.3)	4 (26.7)	
Vaginal infections : mycosis, vaginosis, vaginitis, leucorrhoea, itching	3 (13.3)	2 (20.0)	
STI testing	0 (0.0)	2 (13.3)	
Frequency of GP consultation			0.30 ^a
Several times a year	15 (31.2)	21 (42.9)	
Every 1 or 2 years	23 (47.9)	16 (32.6)	
Every 3-4 years, rarely or never	10 (20.8)	12 (24.5)	
MD	5	1	
History of difficult delivery (complicated perineal tear, episiotomy, emergency caesarean section, stillbirth)	7 (26.9)	8 (25.0)	1 ^a
MD	27	18	
History of perinatal depression	11 (30.6)	7 (20.0)	0.45 ^a
MD	17	15	

^ap-value was calculated by using Pearson's chi square test

^bp-value was calculated by using Fisher's exact test

^cp-value was calculated by using anova

MD= missing data (N=case/control)

Table 3: Association between a history of domestic or sexual violence and the non-uptake of gynecological consultation in the last two years

	Last gynecological consultation		Prevalence of violence (%)	P	Multivariate analysis ^c		
	Cases (>2 yrs) n=53 N (%)	Controls (>2 yrs) n=50 N (%)			OR	CI95%	P
Domestic violence ^b	30 (56.6)	20 (40.0)	48.5	0.09	—	—	
Sexual violence ^c	17 (32.1)	7 (14.0)	23.3	0.03	1.05	0.27-4.13	0.93

^ap-value was calculated by using Pearson's chi square test

^b Physical, psychological or sexual domestic violence, current and previous partner

^c Sexual violence, whoever the perpetrator

^d Adjusted for Non-menstrual pelvic pain, dyspareunia, dysmenorrhea, vulvodynia

References

1. United Nations. Declaration on the Elimination of Violence against Women. [Internet]. 1993 [cited 2024 Apr 30] p. 4. Report No.: 48/104. Available from: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
2. Hall M, Chappell LC, Pamell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Mills EJ, editor. *PLoS Med*. 2014 Jan 7;11(1):e1001581.
3. Hawcroft C, Hughes R, Shaheen A, Usta J, Elkadi H, Dalton T, et al. Prevalence and health outcomes of domestic violence amongst clinical populations in Arab countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2019 Dec;19(1):315.
4. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HAFM, Heise L, Ellsberg M, Watts C, et al. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 Jan;120(1):3–9.
5. Coker AL. Does Physical Intimate Partner Violence Affect Sexual Health?: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2007 Apr 1;8(2):149–77.
6. Flaathen EME, Lukasse M, Cvancarova Småstuen M, Garnweidner-Holme L, Henriksen L. Intimate partner violence and the association of pregnancy intendedness - A cross-sectional study in southeastern Norway. *Sex Reprod Healthc*. 2021 Sep;29:100651.
7. Öberg M, Stenson K, Skalkidou A, Heimer G. Prevalence of intimate partner violence among women seeking termination of pregnancy compared to women seeking contraceptive counseling. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014 Jan;93(1):45–51.
8. Davis KC, Stappenbeck CA, Masters NT, George WH. Young Women's Experiences with Coercive and Noncoercive Condom Use Resistance: Examination of an Understudied Sexual Risk Behavior. *Womens Health Issues*. 2019;29(3):231–7.
9. Aztlan-James EA, McLemore M, Taylor D. Multiple Unintended Pregnancies in U.S. Women: A Systematic Review. *Womens Health Issues*. 2017;27(4):407–13.
10. Haddad S, Arnaud A, Maurice S, Pueyo S. Healthcare itinerary of women undergoing an abortion according to their vulnerability. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2018 Oct 1;47(8):371–7.
11. World Health Organization. Human rights [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 30]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/human-rights>
12. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization. The Right to Health [Internet]. Genève; 2008 [cited 2024 Apr 30] p. 45. Report No.: 31. Available from: <https://www.ohchr.org/en/publications/fact-sheets/fact-sheet-no-31-right-health>
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 755: Well-Woman Visit. *Obstetrics & Gynecology*. 2018;132(4):174.
14. Deffieux X, Pizzoferrato AC, Gaucher L, Rousset-Jablonski C, Le Ray C, Brillac T, et al. Pelvic exam in Gynecology and Obstetrics: French Guidelines for Clinical Practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2023 Oct 10;291:131–40.
15. American College of obstetricians and gynecologists. Committee opinion No. 534: Well-woman visit. *Obstet Gynecol*. 2012;420–4.
16. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 2019 [cited 2024 Apr 30] p. 8. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg.

17. Haute Autorité de santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Synthèse [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 2014 [cited 2024 Apr 30] p. 34. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage
18. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia Trachomatis [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 2018 [cited 2024 Apr 30] p. 188. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis
19. Haute Autorité de santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno marquage p16/Ki67 : Synthèse et recommandations [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 2019 [cited 2024 Apr 30] p. 36. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67
20. Daabek N, Bailly S, Foote A, Warin P, Tamisier R, Revil H, et al. Why People Forgo Healthcare in France: A National Survey of 164092 Individuals to Inform Healthcare Policy-Makers. *Int J Health Policy Manag.* 2022 Jun 11;11(12):2972–81.
21. Mugo NS, Dibley MJ, Agho KE. Prevalence and risk factors for non-use of antenatal care visits: analysis of the 2010 South Sudan household survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015 Mar 26;15:68.
22. Escañuela Sánchez T, Linehan L, O'Donoghue K, Byrne M, Meaney S. Facilitators and barriers to seeking and engaging with antenatal care in high-income countries: A meta-synthesis of qualitative research. *Health Soc Care Community.* 2022 Nov;30(6):e3810–28.
23. Kuroki LM, Massad LS, Woolfolk C, Thompson T, McQueen A, Kreuter MW. Cervical cancer risk and screening among women seeking assistance with basic needs. *Am J Obstet Gynecol.* 2021 Apr;224(4):368.e1-368.e8.
24. McKenney KM, Martinez NG, Yee LM. Patient Navigation Across the Spectrum of Women's Health Care in the U.S. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Mar;218(3):280–6.
25. Sand FL, Urbute A, Ring LL, Kjaer AK, Belmonte F, Kjaer SK. The influence of overweight and obesity on participation in cervical cancer screening: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2023 Jul;172:107519.
26. Schopp LH, Sanford TC, Hagglund KJ, Gay JW, Coatney MA. Removing service barriers for women with physical disabilities: promoting accessibility in the gynecologic care setting. *J Midwifery & Womens Health.* 2002 Mar 4;47(2):74–9.
27. Marquis S, Lunsky Y, McGrail KM, Baumbusch J. Population-level use of gynecological health services by female youth with intellectual/developmental disabilities in British Columbia Canada. *Disabil Health J.* 2023 Jul;16(3):101478.
28. Pichetti S, Penneau A, Lengagne P, Sermet C. [Access to care and prevention for people with disabilities in France: Analysis based on data from the 2008 French health and disabilities households surveys (Handicap-Santé-Ménages)]. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2016 Apr;64(2):79–94.
29. Charron E, Tahsin F, Balto R, Eichelberger KY, Dickes L, Simonsen SE, et al. Provider Perspectives of Barriers to Contraceptive Access and Use among Women with Substance Use Disorders. *Womens Health Issues.* 2022;32(2):165–72.
30. Peart MS, Knittel AK. Contraception need and available services among incarcerated women in the United States: a systematic review. *Contracept Reprod Med.* 2020 Mar 17;5:2.
31. Paynter M, Pinzón Hernández P, Heggie C, McKibbin S, Munro S. Abortion and contraception for incarcerated people: A scoping review. *PLoS One.* 2023;18(3):e0281481.

32. Routh D, Simmons R, Sanders J, Gero A, Tanner HA, Turok DK. Building an implementation framework to address unmet contraceptive care needs in a carceral setting: a systematic review. *Health Justice*. 2023 Oct 20;11(1):43.
33. Prosman GJ, Lo Fo Wong SH, Bulte E, Lagro-Janssen ALM. Healthcare utilization by abused women: A case control study. *Eur J Gen Pract*. 2012 Jun;18(2):107–13.
34. Holt HK, Sawaya GF, El Ayadi AM, Henderson JT, Rocca CH, Westhoff CL, et al. Delayed Visits for Contraception Due to Concerns Regarding Pelvic Examination Among Women with History of Intimate Partner Violence. *J Gen Intern Med*. 2021;36(7):1883.
35. Olesen SC, Butterworth P, Jacomb P, Tait RJ. Personal factors influence use of cervical cancer screening services: epidemiological survey and linked administrative data address the limitations of previous research. *BMC Health Serv Res*. 2012 Feb 14;12:34.
36. Razi T, Walfisch A, Sheiner E, Abd Elrahim L, Zahalka S, Abdallah A, et al. #metoo? The association between sexual violence history and parturients' gynecological health and mental well-being. *Arch Gynecol Obstet*. 2021 Aug;304(2):385–93.
37. Iraola E, Menard JP, Baranne ML, Cudonnet J, Buresi I, Chariot P. Low uptake of gynecological consultation following domestic or sexual violence: A case-control study during pregnancy follow-up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2024 Mar 1;296:215–20.
38. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU wide survey: survey methodology, sample and fieldwork: technical report. [Internet]. Publications Office; 2014 [cited 2024 Apr 30] p. 193. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2811/67959>
39. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007 Oct 20;370(9596):1453–7.
40. World health organization. Devastatingly pervasive: 1 in 3 women globally experience violence [Internet]. [cited 2024 Apr 30]. Available from: <https://www.who.int/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>
41. Whitehead A, Fanslow J. Prevalence of family violence amongst women attending an abortion clinic in New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2005 Aug;45(4):321–4.
42. Goemans SL, Singh A, Yadav AK, McDougal L, Raj A, Averbach SH. The association between intimate partner violence and recent self-managed abortion in India. *AJOG Glob Rep*. 2021 Nov;1(4):100029.
43. Cinelli H, Lelong N, Le Ray C, ENP2021 Study group. Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en France métropolitaine : Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016. Inserm; 2022 p. 293.
44. Clark LE, Allen RH, Goyal V, Raker C, Gottlieb AS. Reproductive coercion and co-occurring intimate partner violence in obstetrics and gynecology patients. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Jan;210(1):42.e1-8.
45. Chibber KS, Biggs MA, Roberts SCM, Foster DG. The role of intimate partners in women's reasons for seeking abortion. *Womens Health Issues*. 2014;24(1):e131-138.
46. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion No. 554: Reproductive and Sexual Coercion. 2013;411–5.
47. Observatoire des fragilités. Part des bénéficiaires sans consultation gynécologique 24m (RG), SIG Grand Nord de l'observatoire des fragilités [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 30]. Available from: <https://www.observatoiredesfragilites.fr/portail/>

48. Saftlas AF, Wallis AB, Shochet T, Harland KK, Dickey P, Peek-Asa C. Prevalence of intimate partner violence among an abortion clinic population. *Am J Public Health*. 2010 Aug;100(8):1412–5.
49. Ely GE, Otis MD. An examination of intimate partner violence and psychological stressors in adult abortion patients. *J Interpers Violence*. 2011 Nov;26(16):3248–66.
50. Ellsberg M, Heise L. Bearing witness: ethics in domestic violence research. *The Lancet*. 2002 May 4;359(9317):1599–604.
51. Ellsberg M, Heise L. Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists [Internet]. WHO; 2005 [cited 2024 Apr 30] p. 94. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9241546476>
52. Weitz TA, O'Donnell J. The Challenges in Measurement for Abortion Access and Use in Research Post-Dobbs. *Womens Health Issues*. 2023;33(4):323–7.
53. Sabloak T, Ryan I, Nahi S, Eucalitto P, Simon MA, Premkumar A. Intimate Partner Violence Detected during Abortion-Related Visits: A Systematic Review of Screenings and Interventions. *Am J Perinatol*. 2024 Feb 16;
54. Leeners B, Stiller R, Block E, Görres G, Imthum B, Rath W. Effect of childhood sexual abuse on gynecologic care as an adult. *Psychosomatics*. 2007 Oct;48(5):385–93.
55. Stamatakis CE, Sumner SA, Massetti G, Kress H, Basile KC, Marcelin LH, et al. Sexual Violence Prevalence and Related Pregnancy Among Girls and Young Women: A Multicountry Analysis. *J Interpers Violence*. 2022 Feb;37(3–4):NP2428–41.
56. De Schrijver L, Vander Beken T, Krahé B, Keygnaert I. Prevalence of Sexual Violence in Migrants, Applicants for International Protection, and Refugees in Europe: A Critical Interpretive Synthesis of the Evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Sep 11;15(9):1979.
57. Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, et al. The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Curr*. 2014 Mar 18;6:ecurrents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.
58. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, Garcia-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet*. 2022 Feb 26;399(10327):803–13.
59. Citernes A, Dubini V, Uglietti A, Ricci E, Cipriani S, Parazzini F, et al. Intimate partner violence and repeat induced abortion in Italy: A cross sectional study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015;20(5):344–9.
60. Rao MG, Stone J, Glazer KB, Howell EA, Janevic T. Postpartum hospital use among survivors of intimate partner violence. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2023 Apr;5(4):100848.

Table 1. Demographic and socioeconomic data of women who had (control) or had not (cases) reported a gynecological consultation in the last two years

	Last gynecological consultation		Bivariate analysis >2 years vs. <2 yrs
	Cases (>2 yrs) (n=53)	Controls (<2 yrs) (n=50)	
Age (mean)	N (%) 25.9	N (%) 27.02	P 0.38 ^a
Couple			0.21 ^a
Couple, same accommodation	14 (26.9)	20 (40.0)	
Couple, separate accommodation	19 (36.5)	19 (38.0)	
Not a couple	19 (36.5)	11 (22.0)	
MD	1	0	
Level of education			0.55 ^b
Middle school and less	1 (1.9)	3 (6.0)	
Professional training program	7 (13.2)	8 (16.0)	
High school	18 (34.0)	12 (24.0)	
Higher education	27 (51.9)	27 (54.0)	
Current professional activity or study	36 (69.2)	38 (77.5)	0.34 ^a
MD	1	0	
Social security			0.1 ^a
General scheme/Special scheme	40 (83.3)	41 (85.4)	
Universal medical cover	7 (14.6)	7 (14.5)	
Free state medical assistance	0 (0.0)	0 (0.0)	
No social security	1 (2.1)	0 (0.0)	
MD	5	2	
Supplementary health insurance	35 (72.9)	38 (82.0)	0.73 ^a
MD	5	0	
Disability	3 (5.7)	1 (2.0)	0.62 ^b

^ap-value was calculated by using Pearson's chi square test

^bp-value was calculated by using Fisher's exact test

^cp-value was calculated by using anova

MD= missing data

Table 2. Reproductive health, use of care data of women who had (control) or had not (cases) reported a gynecological consultation in the last two years

	Last gynecological consultation		Bivariate analysis >2 years vs. <2 yrs
	Cases (>2 yrs) (N=53)	Controls (<2 yrs) (n=50)	
General data (mean)	N (%)	N (%)	P
Gravidity	2.89	2.93	0.88 ^a
Parity	1.59	1.72	0.55 ^a
Age of first consensual sexual intercourse	18.1	17.7	0.55 ^a
Gynecological symptoms			
Regular pelvic pain (non-menstrual pelvic pain)			0.0002 ^a
Very frequently or frequently	31 (58.5)	11 (22.4)	
Sometimes, rarely, never	22 (41.5)	38 (77.6)	
MD	0	1	
Dysmenorrhea >6/10	31 (62.0)	15 (34.1)	0.007 ^a
MD	3	6	
Dyspareunia M	38 (73.1)	12 (24.0)	p<0.0001
MD	1	0	
If dyspareunia, type of dyspareunia			0.35 ^a
Superficial dyspareunia	9 (23.7)	5 (41.7)	
Deep dyspareunia	8 (21.0)	3 (25.0)	
Superficial and deep dyspareunia	21 (55.3)	4 (33.3)	
Abnormal vaginal discharge	18 (34.0)	15 (30.0)	0.67 ^a
Vulvodynia	13 (25.0)	4 (8.5)	0.03
MD	1	3	
Mastodynia	17 (32.7)	17 (34.7)	0.83 ^a
MD	1	1	
Emergency gynecological consultation in the last 2 years	17 (34.0)	10 (20.0)	0.18 ^a
MD	3	0	
If yes, reason of emergency gynecological consultation			0.20 ^b
Pain: pelvic pain, dysmenorrhea, dyspareunia, vulvodynia	13 (43.3)	6 (40.0)	
Vaginal bleeding	13 (43.3)	4 (26.7)	

Vaginal infections : mycosis, vaginosis, vaginitis, leucorrhoea, itching	3 (13.3)	2 (20.0)	
STI testing	0 (0.0)	2 (13.3)	
Frequency of GP consultation			0.30 ^a
Several times a year	15 (31.2)	21 (42.9)	
Every 1 or 2 years	23 (47.9)	16 (32.6)	
Every 3-4 years, rarely or never	10 (20.8)	12 (24.5)	
MD	5	1	
History of difficult delivery (complicated perineal tear, episiotomy, emergency caesarean section, stillbirth)	7 (26.9)	8 (25.0)	1 ^a
MD	27	18	
History of perinatal depression	11 (30.6)	7 (20.0)	0.45 ^a
MD	17	15	

^a p-value was calculated by using Pearson's chi square test

^b p-value was calculated by using Fisher's exact test

^c p-value was calculated by using anova

MD= missing data (N=case/control)

Table 3: Association between a history of domestic or sexual violence and the non-uptake of gynecological consultation in the last two years

	Last gynecological consultation		Prevalence of violence (%)	P	Multivariate analysis ^b		
	Cases (>2 yrs) n=53 N (%)	Controls (>2 yrs) n=50 N (%)			OR	CI95%	P
Domestic violence ^c	30 (56.6)	20 (40.0)	48.5	0.09	—	—	
Sexual violence ^c	17 (32.1)	7 (14.0)	23.3	0.03	1.05	0.27-4.13	0.93

^a p-value was calculated by using Pearson's chi square test

^b Physical, psychological or sexual domestic violence, current and previous partner

^c Sexual violence, whoever the perpetrator

^d Adjusted for Non-menstrual pelvic pain, dyspareunia, dysmenorrhea, vulvodynia

Declaration of Interest Statement

Declaration of competing interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could influence the work reported in this paper.

Highlights

Highlights

- We showed a high prevalence of domestic and sexual violence in the context of abortion.
- There was no association between a history of sexual violence and the absence of a gynecological consultation in the past two years years.
- The combination of ethical, moral, and psychological constraints associated with violence screening and abortion care was a challenge to patient recruitment.
- This study encourages further research on the association between domestic or sexual violence and the uptake of gynecological care in the context of abortion care, particularly to characterize the multiple or frequent use of gynecological care following violence.

Annexe 2 – Synthèse du protocole de l'étude cas-témoins

1. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude sera d'étudier l'association entre les violences conjugales ou sexuelles et l'absence de recours au soin gynécologique.

2. Population de l'étude

La population étudiée sera les femmes enceintes âgées de 20 à 50 ans, qui ont une consultation ou un entretien dans le cadre d'un suivi de grossesse ou d'une demande d'IVG, auprès d'un médecin, d'une sage-femme ou d'une infirmière dans un des centres de PMI-santé sexuelle du Val de Marne. Les participantes vivront en France depuis au moins 3 ans car le sujet de l'étude ne prévoit pas de manière spécifique une comparaison internationale en matière d'offre de santé gynéco-obstétricale. Les participantes seront âgées de plus de 20 ans car l'étude concerne le recours au soin gynécologique dans les deux dernières années, sensible à des facteurs spécifiques chez les jeunes de moins de 18 ans tels l'influence des parents et des réseaux sociaux qui ne sont pas questionnés dans cette étude.

Le groupe cas se composera de femmes enceintes (femmes choisissant de poursuivre la grossesse ou de l'interrompre en ayant recours à une interruption volontaire de grossesse) déclarant ne pas avoir eu de consultation gynécologique programmée dans les deux dernières années. Le groupe témoin se composera de femmes enceintes déclarant avoir eu au moins une consultation gynécologique programmée, avec un médecin ou une sage-femme, dans les deux dernières années. Nous n'envisageons pas d'inclure dans l'étude les femmes qui viendraient consulter pour une contraception ou un autre motif gynécologique, celles-ci s'inscrivant de fait dans un suivi gynécologique. En revanche, nous préférons les interroger à l'occasion de leur recours aux soins obstétricaux et orthogéniques qui représentent des temps qui semblent moins évitables, même chez les femmes éloignées du système de soin. Le facteur de risque étudié sera l'exposition à des violences conjugales ou sexuelles actuelles au cours de la vie. Nous réaliserons un recensement exhaustif des cas et témoins dans les différents centres de PMI-santé sexuelle, au cours des consultations prénatales, des entretiens prénatals précoces, des consultations médicales ou entretiens infirmiers à l'occasion d'une interruption volontaire de grossesse (IVG).

3. Collecte de données

Le recueil de données sera établi à partir de données issues d'un questionnaire informatisé, composé de 38 questions, intégré dans le logiciel-métier des professionnels des centres de PMI-santé sexuelle. Le questionnaire sera proposé aux participantes à la suite ou à postériori de la consultation en PMI-santé sexuelle. Le choix de participer à l'étude en permettant un temps supplémentaire de réflexion et en évitant d'interférer sur la prise en charge habituelle des patientes suivies dans le centre sera proposé. Le questionnaire de recherche sera systématiquement soumis et accompagné par un professionnel selon la modalité privilégiée par la participante (sur place, par téléphone, en visio-conférence). Il ne s'agit pas d'un auto-questionnaire. Le questionnaire ne sera jamais transmis par mail ou en format informatique. Le recueil de données débutera par un recueil de données sociodémographiques et socioéconomiques puis sera suivi de données relatives au recours au soin gynécologique (date de la dernière consultation programmée), à la santé gynécologique avant la grossesse et aux antécédents gynéco-obstétricaux. Les antécédents de violences conjugales ou sexuelles seront les dernières données à être recueillies. Les questions relatives aux violences seront adaptées du questionnaire *Survey on women's well-being and safety in Europe* de l'enquête européenne *Violence Against Women: an EU-Wide Survey*, soumis à 42000 femmes de 28 pays de l'union européenne. Les données recueillies seront pseudonymisées et extraites pour être analysées. L'analyse permettra d'étudier l'association entre les antécédents de violences conjugales ou sexuelles et l'absence de recours à une consultation gynécologique dans les deux dernières années. Les déterminants du parcours de soin gynécologique, à savoir les données socio-économiques, les données sur la santé gynécologique et les données sur les antécédents gynéco-obstétricaux seront mesurés et comparés pour le groupe cas et le groupe témoin selon les antécédents de violences.

4. Cadre de l'étude

Les professionnels exerçant dans les Centres de PMI-santé sexuelle assureront le recrutement des participantes de l'étude ou la passation du questionnaire. Les professionnels assurant le recueil de données seront des professionnels formés au dépistage des violences et sensibilisés au cadre et à la méthodologie de cette recherche. Il s'agit de médecins, sages-femmes, infirmières et conseillères conjugales et familiale qui exercent dans les Centres de planification et d'éducation familiale de la Direction de la PMI, dans laquelle exerce la sage-femme doctorante.

Pour les participantes allophones, les professionnels de PMI-santé sexuelle pourront solliciter l'intervention d'un traducteur par l'intermédiaire de l'association Inter-Service Migrants Interprétariat avec laquelle ils exercent habituellement. Le questionnaire de recherche sera présenté à l'association d'interprétariat.

L'étude sera proposée de manière exhaustive et indifférenciée à toutes les femmes enceintes consultant pour un suivi de grossesse ou une demande d'IVG en PMI-santé sexuelle. Les professionnels pourront présenter l'étude en indiquant qu'elle concernera la santé des femmes et le suivi gynécologique. Il sera indiqué que les antécédents de violences seront une des thématiques interrogées sans qu'elle ne soit au cœur de la présentation de l'étude afin d'éviter une acceptation ou un refus de participation liée à ces antécédents.

Les professionnels qui participeront au recrutement ou qui soumettront le questionnaire seront invités à participer à un temps de sensibilisation afin de présenter et d'échanger sur le cadre et la méthodologie de la recherche. Des outils pédagogiques (support vidéo de présentation de l'étude, jeux de rôles) leur seront proposés afin de favoriser une approche bienveillante et renforcer la fiabilité et la validité des données collectées.

Un guide de remplissage du questionnaire sera également proposé. Cet outil permettra aux professionnels d'adapter les mots utilisés et ainsi favoriser l'accessibilité et la compréhension des questions posées. Les professionnels volontaires sont amenés à favoriser, dans leur exercice clinique quotidien, l'accessibilité et la compréhension du langage médical auprès du public suivi en PMI-santé sexuelle. Un test de recueil de donnée sera mené auprès de participantes volontaires. La durée de réalisation de l'hétéro-questionnaire a été estimée à 30 minutes.

Le lieu d'entretien sera à définir selon la modalité privilégiée par la personne, en face à face dans un Centre de PMI-santé sexuelle du département du Val-de-Marne ou en visio-conférence ou par téléphone. Les participantes seront informées (de manière individuelle, sans présence de leur conjoint/partenaire) que le lieu de réalisation de l'entretien choisi devra permettre d'aborder des questions intimes et sensibles, dans un environnement propice à la sécurité physique et psychologique. La fiche d'information écrite pourra être conservée par le professionnel si la patiente le souhaite.

5. Considérations éthiques

Aucun acte clinique ou biologique ne sera proposé dans le cadre de l'étude. Une information individuelle orale et écrite du public éligible, la mise à disposition de flyers dans les centres de PMI-santé sexuelle, complétés d'une recherche de consentement exprès seront proposés. La confirmation de l'obtention du consentement exprès sera renseignée dans le dossier informatisé, préalablement à la saisie du questionnaire informatisé. Si nécessaire, à tout moment de la collecte de données et dans les suites, une proposition d'orientation identique à celle proposée habituellement (par exemple une orientation vers un.e psychologue) sera proposée. Seules les données pertinentes, adéquates et limitées au besoin de la recherche seront recueillies et traitées ; aucune donnée concernant l'orientation sexuelle, les pratiques sexuelles, les opinions politiques ou religieuses ne sera collectée. Les données nominatives seront pseudonymisées. Aucune donnée nominative ne sera analysée.

La recherche abordera des sujets intimes et complexes, les violences et la santé gynéco-obstétricale. Les questions relatives aux violences conjugales et sexuelles sont sensibles. Le questionnement des violences s'exposera aux représentations individuelles des femmes et des professionnels. C'est la raison pour laquelle, nous avons choisi d'adapter le questionnaire *Women's well-being and safety in Europe* de l'enquête européenne *Violence Against Women: an EU-Wide Survey* (2014). Les violences subies peuvent être génératrices de honte et de culpabilité, sentiments qui expliquent que les violences peuvent relever de l'indicible. La sensibilisation des professionnels au cadre et à la méthodologie de recherche aura pour intention de susciter une vigilance ou une attention particulière afin de prévenir, en amont, puis au fur et à mesure du questionnaire, du caractère intime (par exemple, la santé gynécologique) ou sensible (par exemple, les violences) des questions posées. Une orientation vers des dispositifs d'aide (psycho-sociaux, médicaux, juridiques) sera proposée si la femme le souhaite et si la situation le nécessite. Une information concernant le numéro national 3919 pourra être délivrée, notamment si la participante ne dispose pas d'un soutien psychologique ou qu'elle est en demande d'une orientation spécialisée médicale, juridique ou sociale. Si au moment du recrutement ou de l'inclusion, la femme est en situation de danger physique ou psychologique, la participation à l'étude ne sera pas proposée ou poursuivie. Le recours à l'offre de soin gynécologique sera questionné avec neutralité, sans induire de réponse attendue et sans formuler de jugement de valeur.

6. Traitement statistique

Pour estimer la taille de l'échantillon, nous supposons une erreur de type 1 de 5 %, une puissance de 80 %, un rapport cas-témoins de 1:2 et une prévalence des violences conjugales ou sexuelles d'environ 30 % (227). L'hypothèse que les femmes ayant des antécédents de violences conjugales ou sexuelles aient un risque X fois plus élevé sera établi à partir des données déjà publiées.

Le logiciel R® 3.6.0 sera utilisé pour l'analyse statistique des données.

Pour l'analyse bivariée, nous utiliserons le test du chi carré de Pearson, le test exact de Fisher et l'ANOVA. Toutes les variables associées à l'absence de consultation gynécologique au cours des deux dernières années dans l'analyse univariée seront incluses dans le modèle de régression logistique multivarié, en calculant les rapports de cotes et les intervalles de confiance à 95 % (IC95 %). Les résultats seront considérés comme significatifs pour des valeurs P inférieures à 0,05.

7. Considérations administratives

La Direction de la PMI dispose de l'autorisation du 14 Avril 2014 délivrée par la Commission Nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), encadrant le traitement des données informatisées collectées. Les données issues du logiciel-métier répondent aux règles d'archivage, de conservation et de destruction des dossiers. Il n'existe plus de déclaration de conformité préalable à un traitement depuis la mise en place du RGPD. La protection des données s'appuie sur la responsabilité du responsable du traitement. Les réponses au questionnaire pourront être saisies et consultées uniquement des professionnels habilités à enquêter. A l'issue de la collecte de données, la doctorante sera la seule personne à pouvoir consulter les réponses collectées. Les données recueillies seront pseudonymisées avant d'être analysées. L'extraction des données sera faite via le logiciel business Object sur un fichier excel pseudonymisé, avec une liste de variable prédéfinies ne comportant pas de données directement personnelles. La base de données pseudonymisées ne sera utilisée que dans le cadre de la recherche précédemment décrite afin de répondre aux objectifs de ladite recherche. Les données collectées ne pourront pas être conservées plus de deux ans après la dernière publication des résultats de l'étude. Si la participante choisit de répondre au questionnaire de recherche par visio-conférence, le logiciel utilisé sera le logiciel TEAMS. Les données de ce logiciel sont hébergées en France. Les données recueillies par vidéo se retrouveront dans un espace commun appelé Sharepoint Online et seront conservées

uniquement 20 jours. Durant ce délai, les données ne seront accessibles que par le professionnel qui a proposé l'entretien.

8. Questionnaire

1. Etes-vous en couple en ce moment ?

- en couple
 - dans le même logement
 - dans un logement différent
- pas en couple

2. Quel niveau d'études avez-vous ?

- jamais scolarisée
- primaire
- collège (6e à 3e)
- enseignement professionnel court (CAP BEP)
- lycée (seconde à Terminale)
- bac +1 ou 2
- bac + 3 ou 4
- bac + 5 et plus

3. Exercez-vous actuellement un emploi, une activité professionnelle salariée ou des études ?

- oui
- non

4. Avez-vous une sécurité sociale actuellement ?

- oui
- non

4A. Si oui laquelle ?

- régime général ou régime spécial de sécurité sociale
- couverture maladie universelle
- aide médicale d'Etat (AME)
- pas de sécurité sociale (PASS/soins urgents)

5. Avez-vous une complémentaire santé ou une mutuelle actuellement ?

- oui
- non

6. Etes-vous en situation de handicap ?

- oui
- non

7. Avez-vous un médecin traitant/généraliste ?

- oui
- non

7A. Si oui, quelle est votre fréquence moyenne de consultation chez le médecin traitant/le généraliste ?

- plusieurs consultations par an
- une consultation tous les 1 à 2 ans
- une consultation tous les 3 à 4 ans
- rarement ou jamais

8. Avez-vous déjà eu une consultation gynécologique ?

- oui
- non

8A. Si oui,

Quelle est la date de votre dernière consultation gynécologique... ?

9. Dans les deux dernières années, êtes-vous consulté en urgence pour un motif gynécologique ?

- oui
- non

10. A quel âge avez-vous eu votre 1er rapport sexuel ? ans

11. Avant la grossesse actuelle, avez-vous présenté ?

11A des douleurs du bas-ventre, des douleurs pelviennes

- Très fréquemment
- Fréquemment
- Parfois
- Rarement
- Jamais

11B des douleurs au niveau de votre sexe, une vulvodynie

- oui
- non

11C des douleurs au moment des règles, des dysménorrhées. Pour cela, coter la douleur de règles entre 0 et 10, 0, pas de douleurs ; 10, douleurs maximales
...../10

11D des douleurs lors d'une relation sexuelle, des dyspareunies

- oui
- non

11E Si oui,

- douleurs d'intromission ou superficielles
- douleurs profondes
- les deux types

11F des douleurs au niveau des seins, des mastodynies

- oui
- non

11G des pertes vaginales abondantes ou très abondantes qui gênent

- oui
- non

12. Avez-vous déjà présenté une grossesse ?

- oui
- non

13. Si oui, pourriez-vous indiquer le nombre ?

13A Gestité

- 1
- 2
- 3
- 4
- Plus de 4

13B Parité

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- Plus de 4

14. Avez-vous eu une ou plusieurs épisiotomies ?

- oui
- non

15. Avez-vous déjà présenté une ou plusieurs déchirures périnéales ?

- Périnée superficiel ou périnée simple
- Périnée complet ou périnée complet compliqué

16. Avez-vous déjà accouché par césarienne ?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- Plus de 4

16A Si oui, avez-vous eu une (ou des) césariennes en urgence ?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- Plus de 4

17. Avez-vous déjà eu une ou plusieurs FCS ou MFIU ?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- Plus de 4

18. Avez-vous déjà eu une ou plusieurs IMG ?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- Plus de 4

19. Avez-vous déjà présenté une dépression du post-partum ou ressenti une tristesse qui dure après un accouchement, une IVG ou une fausse-couche ?

- oui
- non

20. (Violences conjugales psychologiques, Figure 12) Voici des exemples de violences, 20A Avez-vous déjà vécu au moins une fois un de ce type de violences, par un ex partenaire, ex conjoint, ex petit ami ?

- oui
- non

20B Avez-vous déjà vécu au moins une fois un de ce type de violences commise par un partenaire actuel, conjoint actuel, petit ami actuel ?

- oui
- non

21. (Violences conjugales physiques, Figure 12) Voici des exemples de violences, 21A Avez-vous déjà vécu au moins une fois un de ce type de violences, par un ex partenaire, ex conjoint, ex petit ami ?

- oui
- non

21B Avez-vous déjà vécu au moins une fois un de ce type de violences commise par un partenaire actuel, conjoint actuel, petit ami actuel ?

- oui
- non

22. (Violences sexuelles après 18 ans, Figure 13) Voici des exemples de violences, 22A Depuis l'âge de 18 ans jusqu'à aujourd'hui, quelqu'un vous va-t-il fait subir l'une des situations suivantes ?

- oui
- non

22B Si oui, ces violences ont été commises ?

- par votre partenaire actuel (conjoint ou petit ami)

- par un ex partenaire (ex conjoint ou petit ami)
- dans le cadre du travail ou des études
- par un ami ou un membre de la famille (hors partenaire)
- quelqu'un que vous ne connaissiez peu ou pas du tout
- ne sait pas

23. (Violences sexuelles avant 18 ans, Figure 13) Voici des exemples de violences,
23A Avant l'âge de 18 ans, est-ce que quelqu'un a commis l'un des actes suivants?

- oui
- non

23B Si oui, ces violences ont été subies ?

- Entre 15 et 18 ans
- Avant l'âge de 15 ans

9. Indications de remplissage du questionnaire

Tableau 19 : Indications de remplissage du questionnaire de l'étude cas-témoins

N°	Questions	Indications
1	Etes-vous en couple en ce moment ?	
2	Quel niveau d'études avez-vous ?	Bac sans étude supérieure, cocher « <i>lycée (seconde à Terminale)</i> ».
3	Exercez-vous actuellement un emploi, une activité professionnelle salariée ou des études ?	Activité, emploi ou études. Au moment de l'entretien si la grossesse est inférieure à 14 SA. Au premier trimestre de grossesse si grossesse est supérieure à 14 SA.
4	Avez-vous une sécurité sociale actuellement ?	Couverture maladie universelle (CMU) ou Protection maladie universelle (PUMA)
4A	Si oui laquelle ?	Remplir uniquement la question 4 en cas d'AME. Passer à la question 6 si la réponse est AME ou pas de sécurité sociale (PASS/soins urgents).
5	Avez-vous une complémentaire santé ou une mutuelle actuellement ?	Y compris Complémentaire santé solidaire (CSS). Remplir uniquement la question 4 en cas d'AME.
6	Etes-vous en situation de handicap ?	Handicap physique ou psychique.
7	Avez-vous un médecin traitant/généraliste ?	La déclaration à l'assurance maladie du médecin traitant n'est pas obligatoire.
7A	Si oui, quelle est votre fréquence moyenne de consultation chez le médecin traitant/le généraliste ?	Quel que soit le motif de consultation chez le médecin traitant/généraliste.
8	Avez-vous déjà eu une consultation gynécologique ?	Consultation programmée avec une sage-femme ou un médecin, quel que soit le lieu hôpital, libéral, PMI-santé sexuelle, centres de santé sexuelle ou autre. Donner des exemples de motifs de consultation, demande contraceptive, exploration d'un symptôme gynécologique, consultation annuelle ou régulière sans autre motif spécifique, dépistage du cancer du col ou autre motif en rapport avec une consultation gynécologique programmée. Hors consultation aux urgences pour un motif gynécologique.

N°	Questions	Indications
		<p>Hors en urgence pour un motif gynécologique. Hors suivi de grossesse actuel ou passé (y compris consultation post-natale) et IVG actuelle ou passée.</p> <p>Si non, passez à la question n°9, « Dans les deux dernières années, êtes-vous allée aux urgences pour un motif gynécologique ? ».</p>
8A	Si oui, Quelle est la date de votre dernière consultation gynécologique... ?	<p>Consultation avec une sage-femme ou un médecin, quel que soit le lieu hôpital, libéral, PMI-santé sexuelle, centres de santé sexuelle ou autre.</p> <p>Hors consultation aux urgences pour un motif gynécologique. Hors consultation en urgence pour un motif gynécologique. Hors suivi de grossesse actuel ou passé et IVG actuelle ou passée.</p> <p>Date fidèle à celle déclarée.</p>
9	Dans les deux dernières années, avez-vous consulté en urgence pour un motif gynécologique ?	<p>Consultation aux urgences pour un motif gynécologique. Consultation en urgence pour un motif gynécologique. Hors suivi de grossesse actuel ou passé et IVG actuelle ou passée.</p>
10	A quel âge avez-vous eu votre 1 ^{er} rapport sexuel ?	Il s'agit d'une question qui se rapporte au premier rapport sexuel consenti.

N°	Questions	Indications
11	Avant la grossesse actuelle, avez-vous présenté ?	Prévenir la personne interviewée que la liste des symptômes interrogés est assez longue. Ne concerne pas les symptômes ressentis pendant la grossesse.
11A	des douleurs du bas-ventre, des douleurs pelviennes	
11B	des douleurs aux niveau de votre sexe, une vulvodynie	Douleurs pelviennes, concerne les douleurs pelviennes en dehors des règles.
11C	des douleurs au moment des règles, des dysménorrhées. Pour cela, coter la douleur de règles entre 0 et 10, 0, pas de douleurs; 10, douleurs maximales	Douleurs au niveau de votre sexe, concerne les douleurs vulvaires et vaginales. Expliquer le siège de cette douleur.
11D	des douleurs lors d'une relation sexuelle, des dyspareunies	L'EVA est accessible dans le dossier informatisé (Documentation en ligne). L'absence de douleur est cotée 0 ; la douleur maximale à cotée à 10.
11E	Si oui,	
	<input type="checkbox"/> douleurs d'intromission ou superficielles	Dyspareunies, douleurs au moment d'un rapport sexuel.
	<input type="checkbox"/> douleurs profondes	Dyspareunies superficielles ou dyspareunies d'intromission. Indiquer qu'il s'agit de douleurs qui se manifestent à proximité ou au niveau de l'orifice du vagin.
	<input type="checkbox"/> les deux types	
11F	des douleurs au niveau des seins, des mastodynies	Dyspareunies profondes. Indiquer qu'il s'agit de douleurs ressenties dans la région du pelvis, incluant le bas ventre et la zone génitale.
11G	des pertes vaginales abondantes ou très abondantes qui gênent	
12	Avez-vous déjà présenté une grossesse ?	Ceci inclut l'ensemble des grossesses y compris les FC, MFIU, IVG, IMG.
13	Pourriez-vous nous précisez le nombre de grossesses et d'accouchements précédents ?	Ensemble des grossesses = actuelle et passées. Gestité = Nombre de grossesse. Parité = Nombre d'accouchement.
13A	Gestité <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
13B	<input type="checkbox"/> Plus de 4 Parité <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Plus de 4	Si absence de grossesse précédente, Gestité, cocher 1, parité cocher 0.

N°	Questions	Indications
14	Avez-vous eu une ou plusieurs épisiotomies ?	Expliquer l'épisiotomie comme une incision périnéale permettant d'accélérer la durée d'expulsion ou de protéger le périnée de déchirures graves.
15	Avez-vous déjà présenté une ou plusieurs déchirures périnéales ? <input type="checkbox"/> Périnée superficiel ou périnée simple <input type="checkbox"/> Périnée complet ou périnée complet compliqué	
16	Avez-vous déjà accouché par césarienne ?	Si la patiente décrit une petite déchirure ou quelques points de suture, cocher la case « <i>Périnée superficiel ou périnée simple</i> » ; Si elle décrit une grande déchirure ou de nombreux points de suture », demander si le sphincter anal ou la muqueuse rectale ont été lésés. Le cas échéant, cocher la case « <i>Périnée complet ou périnée complet compliqué</i> ».
16A	Si oui, avez-vous eu une (ou des) césariennes en urgence ?	Césarienne en urgence avant ou pendant le travail.
17	Avez-vous déjà eu une ou plusieurs FCS ou MFIU ?	FCS = fausse couche spontanée (<22 SA). MFIU = mort fœtale in-utéro (>22 SA). IMG = interruption médicale de grossesse.
18	Avez-vous déjà eu une ou plusieurs IMG ?	
19	Avez-vous déjà présenté une dépression du post-partum ou ressenti une tristesse qui dure après un accouchement, une IVG ou une fausse-couche ?	
		Tous les items relatifs aux violences sont à lire à la personne interviewée. La personne interviewée doit être prévenue que les listes sont parfois longues, que les questions ci-dessous se réfèrent à des sujets sensibles. Il doit être proposé à la participante de faire une pause à tout moment de l'entretien.
20	Voici des exemples de violences,	Violences psychologiques conjugales, Citer chaque terme de la liste ci-dessous.
20A	Avez-vous déjà vécu au moins une fois un de ce type de violences, par un ex partenaire, ex conjoint, ex petit ami ⁸ ?	
20B	Avez-vous déjà vécu au moins une fois un de ce type de violences	

⁸ Genre à adapter si nécessaire en fonction du sexe de l'auteur des violences dans l'ensemble du questionnaire

N°	Questions	Indications
	commise par un partenaire actuel, conjoint actuel, petit ami actuel ?	<i>Fundamental Rights</i>) » accessible dans le dossier informatisé (Documentation en ligne). Il est nécessaire de débiter par le questionnaire relatif à l'ex-conjoint avant celui relatif au conjoint actuel.
21	Voici des exemples de violences,	<i>Violences physiques conjugales</i> , Citer chaque terme de la liste ci-dessous.
21A	Avez-vous déjà vécu au moins une fois un de ce type de violences, par un ex partenaire, ex conjoint, ex petit ami ?	Les exemples de violences psychologiques, physiques et sexuelles sont décrits dans le document « <i>Exemples de violences déclarées, Adapté de l'enquête Survey on women's well being and safety in Europe, Europ Union Agency for Fundamental Rights</i>) accessible dans le dossier informatisé (Documentation en ligne).
21B	Avez-vous déjà vécu au moins une fois un de ce type de violences commise par un partenaire actuel, conjoint actuel, petit ami actuel ?	Il est nécessaire de débiter par le questionnaire relatif à l'ex-conjoint avant celui relatif au conjoint actuel.
22	Voici des exemples de violences,	<i>Violences sexuelles après 18 ans</i> , citer chaque terme de la liste ci-dessous.
22A	Depuis l'âge de 18 ans jusqu'à aujourd'hui, quelqu'un vous va-t-il fait subir l'une des situations suivantes ?	Les exemples de violences psychologiques, physiques et sexuelles sont décrits dans le document « <i>Exemples de violences déclarées, Adapté de l'enquête Survey on women's well being and safety in Europe, Europ Union Agency for Fundamental Rights</i>) accessible dans le dossier informatisé (Documentation en ligne). Si aucune violence sexuelle après 18 ans n'est déclarée, passer à la question 23 relative aux violences sexuelles avant l'âge de 18 ans.
23B	Si oui, ces violences ont été subies ?	
23	Voici des exemples de violences sexuelles commises avant l'âge de 18 ans,	<i>Violences sexuelles avant l'âge de 18 ans</i> , citer chaque terme de la liste ci-dessous. Les exemples de violences psychologiques, physiques et sexuelles sont décrits dans le document « <i>Exemples de violences déclarées, Adapté de l'enquête Survey on women's well being and safety in Europe, Europ Union</i>

N°	Questions	Indications
23A	Avant l'âge de 18 ans, est-ce que quelqu'un a commis l'un des actes suivants ?	<i>Agency for Fundamental Rights</i>) accessible dans le dossier informatisé (Documentation en ligne). Si aucune violence n'est déclarée, le questionnaire est terminé pour la patiente.
23B	Si oui, ces violences ont été subies ? <input type="checkbox"/> Entre 15 et 18 ans <input type="checkbox"/> Avant l'âge de 15 ans	

Figure 12 : Exemples de violences conjugales, adaptés du questionnaire « Survey on women’s well-being and safety in Europe », European Union Agency for Fundamental Rights, 2014

Avez-vous déjà vécu au moins une fois un de ce type de violences commise par un partenaire (ex/actuel), conjoint (ex/actuel), petit ami (ex-actuel)?

Violences psychologiques conjugales
<input type="radio"/> Essaie de vous empêcher de voir vos amis
<input type="radio"/> Essaie de limiter vos contacts avec votre famille ou vos proches
<input type="radio"/> Insiste pour savoir où vous vous trouvez d’une façon qui va au-delà du simple intérêt
<input type="radio"/> Se met en colère si vous parlez avec un autre homme
<input type="radio"/> Vous soupçonne d’être infidèle
<input type="radio"/> Vous empêche de prendre des décisions concernant les finances de la famille et de faire vos courses de manière indépendante
<input type="radio"/> Vous interdit de travailler en dehors de la maison
<input type="radio"/> Vous empêche de quitter la maison, confisque vos clés de voiture ou vous enferme
<input type="radio"/> Vous a rabaisée ou vous a humiliée en privé ou devant d’autres personnes
<input type="radio"/> A fait des choses dans le but de vous faire peur ou de vous intimider volontairement, par exemple en hurlant et en brisant des objets
<input type="radio"/> Vous a fait regarder des images ou des films pornographiques contre votre gré
<input type="radio"/> Vous a menacée de vous blesser physiquement
<input type="radio"/> Vous a menacée d’éloigner les enfants de vous
<input type="radio"/> Vous a menacée de faire du mal à vos enfants
<input type="radio"/> A menacé de faire du mal ou de tuer une autre personne qui vous est chère

Violences physiques conjugales
<input type="radio"/> Vous a poussée ou bousculée
<input type="radio"/> Vous a giflée
<input type="radio"/> A jeté un objet dur sur vous-même
<input type="radio"/> Vous a attrapée ou tirée vos cheveux
<input type="radio"/> Vous a frappée avec le poing, un objet dur, ou vous a donné un coup de pied
<input type="radio"/> Vous a brûlée
<input type="radio"/> A essayer de vous étouffer ou tenter de vous étrangler
<input type="radio"/> Vous a entaillée, poignardée ou tiré dessus
<input type="radio"/> A tapé votre tête contre quelque chose

Figure 13 : Exemples de violences sexuelles, adaptés du questionnaire « Survey on women's well-being and safety in Europe », European Union Agency for Fundamental Rights, 2014

Depuis l'âge de 18 ans jusqu'à aujourd'hui, quelqu'un vous va-t-il fait subir l'une des situations suivantes ?

Violences sexuelles depuis l'âge de 18 ans
<input type="radio"/> A tenté de vous forcer à avoir des relations sexuelles en vous maintenant immobilisée ou en vous faisant mal, de quelque manière que ce soit (si nécessaire ajouter, par relations sexuelles, nous nous référons ici aux rapports sexuels oraux forcés ainsi qu'à la pénétration anale ou vaginale forcée)
<input type="radio"/> Vous a forcée à participer à une quelconque forme d'activité sexuelle alors que vous n'étiez pas consentante ou que vous étiez dans l'incapacité de refuser
<input type="radio"/> Vous avez été contrainte à des activités sexuelles car vous aviez peur de ce qui aurait pu arriver si vous refusiez

Avant l'âge de 18 ans, est-ce que quelqu'un a commis l'un des actes suivants ?

Violences sexuelles avant l'âge de 18 ans
<input type="radio"/> Vous a faite poser nue devant une quelconque personne, ou devant un appareil photo, vidéo ou une webcam connectée à internet
<input type="radio"/> Vous a forcée à avoir des relations sexuelles
<input type="radio"/> A touché vos parties intimes (organes génitaux ou seins) ou vous a montré ses organes génitaux sans que vous puissiez être d'accord ou refuser

Annexe 3 – Poster illustrant l’association entre les violences conjugales et sexuelles et l’absence de consultation gynécologique chez les femmes enceintes consultant pour un suivi de grossesse ou une IVG

Faible recours au soin gynécologique après des violences conjugales et sexuelles : une étude cas-témoins au cours du suivi de grossesse et de l’interruption volontaire de grossesse

Elisabeth Izacola, sage-femme PhD candidate & Jean-Pierre Mesard, gynécologue-obstétricien, MD PhD
Direction de la Protection Maternelle et Infantile et Promotion de la Santé, Val de Marne

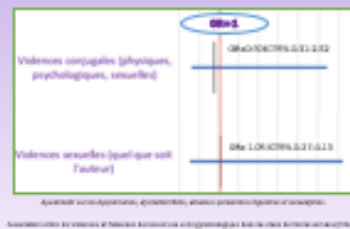
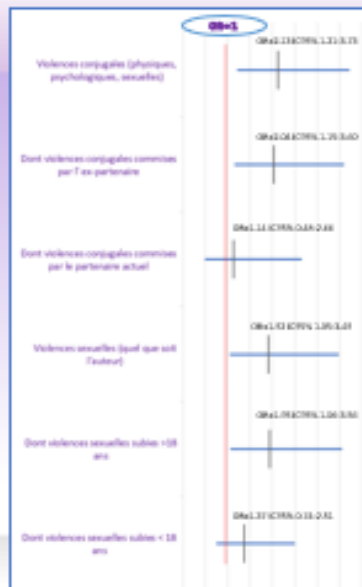
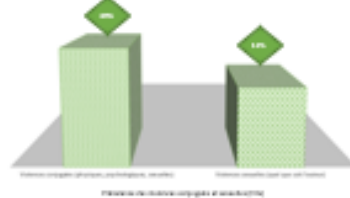
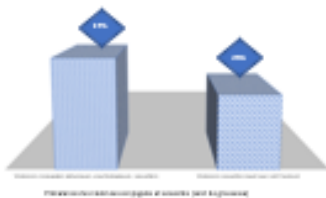
La violence à l’égard des femmes est un problème majeur de santé publique et une violation des droits humains. Le faible recours au soin gynécologique est aussi un enjeu de santé publique car il peut empêcher ou retarder la prévention et le diagnostic de maladies gynécologiques.



L’objectif était d’étudier l’association entre les antécédents de violences conjugales et sexuelles et le faible recours à la consultation gynécologique.

Une étude cas-témoins a été menée dans les centres de protection maternelle et infantile et les centres de santé sexuelle du Val de Marne. Les femmes enceintes consultant dans le cadre d’un suivi de grossesse ou d’une interruption volontaire de grossesse (IVG) ont été interrogées à l’aide d’un questionnaire standardisé sur leurs antécédents de violences conjugales et sexuelles et la date de leur dernière consultation gynécologique.

508 questionnaires
405 suivi de grossesse / 103 IVG



Cette étude souligne la nécessité de susciter la confiance des femmes présentant des antécédents de violences pour qu’elles aient recours au soin gynécologique en cas de besoin. Cela implique de considérer les violences et leurs impacts sur la santé physique et psychique mais aussi de prendre en compte les conséquences psycho-traumatiques dans les paroles et les gestes en gynécologie.

Annexe 4 – Synthèse du protocole de l'étude qualitative

1. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude sera de caractériser la perception de la santé gynécologique et du recours au soin gynécologique après des violences conjugales et sexuelles.

2. Population de l'étude

Contrairement à l'étude quantitative, l'étude qualitative ne s'intéressera pas spécifiquement aux femmes enceintes et ne fera pas l'objet d'un recrutement par l'intermédiaire de professionnels de santé. La population étudiée sera les femmes ayant subi des violences conjugales ou sexuelles, actuelles ou passées. Le recrutement des personnes interrogées se fera par l'intermédiaire d'associations dédiées au soutien des victimes de violences, le Collectif Féministe Contre le Viol et un Centre d'hébergement d'urgence pour femmes victimes de violences, en s'appuyant sur un échantillonnage de commodité non probabiliste. Ce recrutement permettra d'intégrer aussi des femmes pouvant être éloignées de l'offre de soin gynécologique.

3. Collecte de données

Les entretiens seront réalisés par la sage-femme doctorante en santé publique, en s'appuyant sur un guide d'entretien. Plusieurs rencontres individuelles ou collectives seront proposées pour expliquer la démarche de recherche et établir un premier lien avec les femmes intéressées par la recherche. Celles-ci ne seront pas enregistrées mais feront l'objet d'une prise de note attentive et rigoureuse. A cette occasion, des informations sur leur âge, leur niveau d'éducation et leur profession seront recueillies.

Les entretiens de recherche débiteront par un échange où la relation de confiance déjà recherchée lors des rencontres précédentes, sera favorisée, sans aborder de prime abord la santé gynécologique ou les violences. Les données recueillies ensuite se rapporteront aux trajectoires et vécus en matière de santé gynéco-obstétricale et de suivi gynécologique avec des variables relatives à la santé gynécologique, aux antécédents gynéco-obstétricaux, aux violences subies et au suivi médical. Les questions seront ouvertes et pré-formulées avec peu de questions fermées. Elles seront essentiellement narratives, descriptives ou évaluatives. Les entretiens enregistrés seront transcrits mot à mot. Les mots, les phrases ou les paragraphes du texte seront

codés et des combinaisons seront formées en utilisant un processus inductif. Nous mènerons les entretiens jusqu'à saturation des réponses. Les cinq derniers entretiens seront utilisés pour confirmer la saturation théorique de l'ensemble des données et pour finaliser le cadre de codage. Notre objectif est que le recueil de données fasse émerger des points de convergence et de divergence concernant les attentes et perceptions des femmes en matière de suivi gynécologique. Les éléments qualitatifs apporteront un éclairage complémentaire aux données obtenues grâce à l'étude quantitative. Les données recueillies permettront d'analyser les caractéristiques des trajectoires individuelles des femmes victimes de violences sexuelles et exposées à une absence de suivi gynécologique, de mieux comprendre les attentes des femmes interrogées concernant leur santé gynéco-obstétricale et leur recours à l'offre de prévention et de soin en gynécologie-obstétrique.

4. Cadre de l'étude

Les associations dédiées au soutien des femmes victimes de violences seront sollicitées pour participer au recrutement de femmes susceptibles d'être incluses. La présentation de l'étude qualitative associée une recherche de participation fera l'objet d'une communication sur le site internet de l'association, comme l'a proposé le Collectif Féministe Contre le Viol ou d'une présentation de l'étude aux femmes hébergées, comme l'a proposé le centre d'hébergement d'urgence. Cette méthode de recrutement permettra d'inclure des femmes éloignées du système de soin. Les personnes intéressées par la participation à l'étude pourront prendre reprendre contact avec la doctorante par l'intermédiaire d'un appel ou d'un message téléphonique ou par la rédaction d'un mail à l'adresse mail, etudevigyn@gmail.com dédiée à cette étude. Aucune donnée ou échange relatif aux thématiques de recherche n'est attendu ou demandé par mail. De fait, un temps de réflexion est ainsi proposé avant l'expression du consentement exprès.

L'entretien de recherche se déroulera en présence ou à distance selon la modalité privilégiée par la personne interviewée. Le lieu d'entretien sera à définir selon la modalité privilégiée par la personne interrogée ; les entretiens individuels pourront être réalisés, au choix, en face à face, ou en visio-conférence.

Une information préalable des professionnels et bénévoles des structures associatives participantes sera proposée afin de présenter le cadre et la méthodologie de recherche. Un test du guide d'entretien sera mis en place en amont du début de l'étude. La durée de l'entretien est estimée à 90 min.

5. Traitement des données

Trois thématiques seront abordées, la santé gynécologique, le suivi gynécologique et les violences subies.

Nous analyserons les données en nous appuyant sur une méthode d'analyse thématique inductive, en utilisant NVIVO Version 10 (265,266). Les cinq derniers entretiens seront utilisés pour finaliser le cadre de codage. Nous regrouperons les codes en thèmes potentiels et rassemblerons toutes les données pertinentes pour chaque thème, en vérifiant la pertinence des thèmes par rapport à l'extrait codé et à l'ensemble des données. Les participantes seront impliquées dans le processus de recherche afin de vérifier la cohérence des données. Des extraits de leurs données leur seront montrés afin d'obtenir leur retour, tout en veillant à ne pas les confronter à un verbatim difficile à écouter ou à lire.

6. Considérations éthiques

Il existe une adéquation entre la qualification de l'investigatrice (la doctorante) et les caractéristiques de la recherche. Seule la doctorante aura accès à la messagerie électronique dédiée à l'étude. Aucune donnée ou échange relatif aux thématiques de recherche n'est attendu par mail. Une information orale et écrite complétée d'une recherche de consentement exprès sera proposée et délivrée selon la modalité de réalisation choisie par la participante. L'information et la recherche de consentement exprès concernera notamment l'enregistrement audio des entretiens dont l'exploitation ne servira qu'à des fins de recherche. Seules les données pertinentes, adéquates et limitées au besoin de la recherche seront recueillies et traitées ; aucune donnée concernant l'orientation sexuelle, les pratiques sexuelles, les opinions politiques ou religieuses ne sera collectée. Aucune donnée nominative ne sera collectée, retranscrite ou analysée.

Les participantes seront informées que le lieu de réalisation de l'entretien choisi devra permettre d'aborder des questions intimes et sensibles, dans un environnement propice à la sécurité physique et psychologique.

Les violences subies peuvent aussi être génératrices de honte et de culpabilité, sentiments qui expliquent que les violences peuvent relever de l'indicible. La sensibilisation des professionnels salariés au cadre et à la méthodologie de recherche aura pour intention de susciter une vigilance

ou une attention particulière afin de prévenir, en amont, puis au fur et à mesure de l'entretien, du caractère intime (par exemple, la santé gynécologique) ou sensible (par exemple, les violences) des questions posées. Une orientation vers des dispositifs d'aide (psycho-sociaux, médicaux, juridiques) est proposée si la femme le souhaite et si la situation le nécessite. Si au moment du recrutement ou de l'inclusion, la femme est en situation de danger physique ou psychologique, la participation à l'étude ne sera pas proposée ou poursuivie. Le recours à l'offre de soin gynécologique est questionné avec neutralité, sans induire de réponse attendue et sans formuler de jugement de valeur.

7. Considérations administratives

Il n'existe plus de déclaration de conformité préalable à un traitement depuis la mise en place du RGPD. La protection des données s'appuie maintenant sur la responsabilité du responsable du traitement. Si la participante choisit de répondre au questionnaire de recherche par visio-conférence, le logiciel utilisé sera le logiciel TEAMS. Les données de ce logiciel sont hébergées en France. Les données recueillies par vidéo se retrouvent dans un espace commun appelé Sharepoint Online et sont conservées uniquement 20 jours. Durant ce délai, les données ne seront accessibles que par la doctorante qui a mené les entretiens. La retranscription sera faite, dans un fichier word sans retranscription de donnée nominative qui aurait pu être exprimée par la participante. Les entretiens pseudonymisés seront analysés par l'intermédiaire du logiciel NVIVO. L'analyse des entretiens sera faite sans donnée nominative des participantes.

8. Guide d'entretien

Présentation de l'étude, prise de contact et création d'un climat bienveillant et de confiance. Les questions du guide d'entretien ne sont qu'indicatives et s'adapteront tant au niveau de la formulation que de la chronologie des questions aux récits des femmes interrogées.

Les entretiens se dérouleront avec bienveillance, tact et précaution car ils se rapportent à des sujets sensibles et intimes. Un ou plusieurs entretiens préalables à l'entretien de recherche permettront de s'assurer de l'accord des femmes à participer à l'étude et d'échanger autour des deux premiers points présentés ci-dessous, ce qui favorisera l'instauration d'un lien de confiance.

- **Présentations respectives**

- **Motivations pour participer à l'étude**
- **Caractéristiques des antécédents gynéco-obstétricaux, de la santé gynécologique et des parcours/préférences/besoins en matière contraceptive**

Pour les femmes qui ont déjà été enceintes, comment s'est passée/se sont passées vos grossesses (grossesse, accouchement, IVG, FC) ? Le suivi de grossesse ? L'accouchement ?

Pourriez-vous me parler de votre santé gynécologique ? Avez-vous des signes/problèmes gynécologiques qui vous gênent de façon importante ou fréquemment ? Et par le passé ?

Avez-vous déjà utilisé une méthode de contraception ? Pourriez-vous me parler de votre ou de vos précédentes contraceptions ?

- **Caractéristiques des violences subies, le dépistage des violences en gynécologie-obstétrique, le recours à une consultation de psychologie ou de psycho-trauma et la santé psychique ?**

Qu'est-ce qui vous a amenée à vous intéresser au CFCV ? Qu'est-ce qui vous a amenée ici (au centre hébergement urgence) ?

Avez-vous déjà évoqué avec professionnel de santé les violences subies ? (Si oui) Comment avez-vous perçu cet échange ? (Si non) Pourriez-vous m'en préciser les raisons ?

Avez-vous reçu une aide ou un soutien après les violences ? (familial, social, médical juridique, psychologique). Pourriez-vous m'en parler ?

Comment vous sentez vous actuellement ? Et par le passé ?

- **Le recours au soin gynécologique**

Comment percevez-vous la consultation gynécologique, en dehors de la grossesse, d'une manière générale ?

Qu'est-ce qui pourrait vous faire consulter en gynécologie ? Qu'est-ce qui pourrait vous amener à consulter un médecin ou une sage-femme ?

Qu'est-ce qui pourrait vous encourager à consulter ? Ou au contraire vous démotiver ou vous désinciter ? Quels sont les obstacles que vous pouvez rencontrer ?

- **Les perceptions de l'examen gynécologique**

Pourriez-vous me décrire la dernière consultation gynécologique ? Pourriez-vous me décrire les précédentes ?

Comment percevez-vous l'examen gynécologique ? Pourriez-vous me le/les décrire ?

Annexe 5 – Protocole de la revue systématique enregistré, International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO)

Perceptions of the pelvic examination and use of gynecological care following domestic violence or sexual violence: a systematic review

To enable PROSPERO to focus on COVID-19 submissions, this registration record has undergone basic automated checks for eligibility and is published exactly as submitted. PROSPERO has never provided peer review, and usual checking by the PROSPERO team does not endorse content. Therefore, automatically published records should be treated as any other PROSPERO registration. Further detail is provided [here](#).

Citation

Elisabeth Iraola, Jean-Pierre Menard, Patrick Chariot. Perceptions of the pelvic examination and use of gynecological care following domestic violence or sexual violence: a systematic review. PROSPERO 2023 CRD42023427545
Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42023427545

Review question

-Is a history of intimate partner violence or sexual violence associated with an increased risk of negative perception of the pelvic exam? Does a history of intimate partner violence or sexual violence affect perception of the pelvic exam?

-What is the frequency of gynecological care following intimate partner violence or sexual violence?

-Is there a relationship between the perception of pelvic examination following sexual violence and the perception of subsequent examinations performed as part of routine gynecological care?

Searches

In PubMed/MEDLINE, Cochrane Library and ScienceDirect

Articles published from in 1990 and 2023 will be included.

Languages : in English, French or Spanish

Types of study to be included

Randomized controlled trials, case-control studies, cohort studies, cross-sectional analyses and secondary studies with data of interest will be included.

Reviews, practitioners guidelines, qualitative studies, case studies, abstracts, commentaries, expert opinions, editorials articles will be excluded.

Condition or domain being studied

Pelvic examination, a common practice for gynecological and obstetrical practitioners, can generate anxiety, fear, discomfort, pain, and even be perceived as traumatic by women in the general population. The stress experienced during pelvic examinations is higher in women exposed to sexual violence and may lead to avoidance of gynecological visits, even in the presence of gynecological symptoms.

Without a systematic review on the subject, our aim will be to characterize the relationship between intimate partner violence and sexual violence and the experience of pelvic examination as well as the utilization of gynecological care.

Participants/population

Inclusion

Women, adolescents and child with a history of intimate partner violence (physical, psychological, sexual) or sexual violence (whatever the violence perpetrator, in childhood or in adulthood) who were asked about their perceptions of the gynecological examination or their use of gynecological care, will be included

Exclusion

Women who used exclusively obstetrical care, in the context of pregnancy or childbirth, without any link with previous gynecological care, will be excluded

Intervention(s), exposure(s)

Negative perceptions of the pelvic exam (discomfort, anxiety, distress, fear, embarrassment, shame, pain) after intimate partner violence or sexual violence

No use gynecological care after intimate partner violence or sexual violence

Comparator(s)/control

Women who have positive perceptions of the pelvic exam (no discomfort, anxiety, distress, fear, embarrassment, shame, pain)

Women with no history of intimate partner violence or sexual violence

Women who are seeking routine gynecological care

Context

Studies conducted in gynecology (appointment or emergency) and forensic medicine related to the experience of pelvic examination or gynecologic care utilization among women who are victims of intimate partner violence or sexual violence

Studies conducted outside the hospital that relate to the experience of pelvic exams or gynecological care utilization among women who are victims of intimate partner violence or sexual violence

Main outcome(s)

Perceptions of pelvic exam (discomfort, anxiety, distress, fear, embarrassment, shame, pain) following intimate partner violence or sexual violence

Gynecological care utilization following intimate partner violence or sexual violence

Measures of effect

Results will be reported as prevalence, relative risks, odds ratios, and continuous results as standardized mean differences with 95% CI.

Additional outcome(s)

None

Measures of effect

Not applicable

Data extraction (selection and coding)

Study selection will be a two-stage process with titles and/or abstracts of studies screened first following retrieval using the search strategy and then full text of potentially eligible studies assessed by two reviewers independently for eligibility. Any disagreement over the eligibility of particular studies will be resolved through discussion with a third reviewer.

Information to be extracted will include: first author, date, country, year of publication, type of study, sample size, context of recruitment, population characteristics and demographics, type of violence, perceptions of pelvic examination, levels and characteristics of gynecological follow-up

Risk of bias (quality) assessment

We will use the Cochrane Risk of Bias Tool for Randomised Controlled Trials for all articles reported on RCTs. We will use the NIH Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies and the NIH Quality Assessment tool for Case-Control Studies. Two independent reviewers will rate each included paper and discrepancies will be discussed. Any unresolved discrepancies will be reviewed and decided by a third independent reviewer.

Strategy for data synthesis

Development of the final data corpus will be presented in a PRISMA 2020 Flow Diagram. Data will be collected on the association between intimate partner violence/sexual violence and pelvic exam perceptions, the association between intimate partner violence/sexual violence and utilization of gynecological follow-up and the association between pelvic exam perceptions following sexual violence and subsequent gynecological care utilization.

At this stage, a meta-analysis is not planned.

Analysis of subgroups or subsets

None planned

Contact details for further information

elisabeth Iraola

elisabeth.iraola@valdemarne.fr

Organisational affiliation of the review

Université Sorbonne Paris Nord

Direction de la protection maternelle et infantile du Val de Marne

<https://smbh.univ-paris13.fr/fr/1-ufr-smbh.html>

<https://www.valdemarne.fr/le-conseil-departemental/enfance/education/protection-maternelle-et-infantile-pmi>

Review team members and their organisational affiliations

Mrs Elisabeth Iraola. Université Sorbonne Paris Nord/Direction de la protection maternelle et infantile (94)

Dr Jean-Pierre Menard. Direction de la protection maternelle et infantile (94)

Professor Patrick Chariot. Université Sorbonne Paris Nord

Type and method of review

Systematic review

Anticipated or actual start date

01 June 2023

Anticipated completion date [1 change]

14 September 2023

Funding sources/sponsors

None

Grant number(s)

State the funder, grant or award number and the date of award

Not applicable

Conflicts of interest

Language

English

Country

France

Stage of review [1 change]

Review Completed not published

Subject index terms status

Subject indexing assigned by CRD

Subject index terms

Domestic Violence; Humans; Intimate Partner Violence; Sex Offenses

Date of registration in PROSPERO

01 June 2023

Date of first submission

21 May 2023

Stage of review at time of this submission [1 change]

Stage	Started	Completed
Preliminary searches	Yes	Yes
Piloting of the study selection process	Yes	Yes
Formal screening of search results against eligibility criteria	Yes	Yes
Data extraction	Yes	Yes
Risk of bias (quality) assessment	Yes	Yes
Data analysis	Yes	Yes

Revision note

The Newcastle-Ottawa Scale for quality assessment and risk of bias was chosen over the NIH Quality Assessment Tools, which were our initial choice when registering the protocol.

The record owner confirms that the information they have supplied for this submission is accurate and complete and they understand that deliberate provision of inaccurate information or omission of data may be construed as scientific misconduct.

The record owner confirms that they will update the status of the review when it is completed and will add publication details in due course.

Versions

01 June 2023

01 June 2023

20 October 2023

20 October 2023

Table des matières

Résumé	3
Abstract.....	5
Publications et communications scientifiques	7
Remerciements	9
Sommaire.....	11
Liste des abréviations	13
Introduction	15
1. Les violences conjugales et sexuelles : définitions, cadre juridique et prévalence 18	
1.1. Définitions des violences conjugales et sexuelles	18
1.2. Cadre juridique des violences conjugales et sexuelles	19
1.3. Prévalence des violences conjugales et sexuelles.....	20
2. Le soin gynécologique préventif : de l'offre de soin à la place de l'examen pelvien en gynécologie	24
2.1. Offre de soin en gynécologie-obstétrique	24
2.2. Le suivi gynécologique de prévention	25
2.3. Place de l'examen pelvien dans la consultation gynécologique de prévention ...	26
2.3.1. Recommandations professionnelles concernant l'examen pelvien.....	26
2.3.2. Le vécu de l'examen pelvien	27
3. L'absence de recours au soin gynécologique : définitions et prévalence	28
3.1. Définitions de l'absence de recours au soin.....	28
3.2. Prévalence de l'absence de recours au soin gynécologique	29
4. Les relations entre violences et santé : données générales et associations	32
4.1. Données générales sur la perception de l'état de santé après des violences.....	32
4.2. Association entre les violences et la santé gynécologique	33
4.3. Association entre les violences et la santé psychique.....	34
5. Le dépistage des violences conjugales et sexuelles : perceptions, recommandations et méthodes	41
5.1. Intérêts et oppositions autour du dépistage des violences	41
5.2. Recommandations professionnelles concernant le dépistage des violences.....	42
5.3. Méthodes et contexte de dépistage des violences conjugales et sexuelles	43
Hypothèse de recherche.....	47

Partie 1 - Recours au soin gynécologique après des violences conjugales et sexuelles, étude cas-témoins	49
1. Faible recours au soin gynécologique et violences, une étude cas-témoins menée pendant le suivi de grossesse	50
1.1. Résumé.....	50
1.2. Introduction.....	50
1.3. Méthodes.....	52
1.4. Résultats.....	54
1.5. Discussion.....	56
2. Recours au soin gynécologique et violences, une étude cas-témoins chez des femmes consultant pour une IVG	61
2.1. Résumé.....	61
2.2. Introduction.....	61
2.3. Méthodes.....	63
2.4. Résultats.....	64
2.5. Discussion.....	65
Partie 2 - Recours au soin et perceptions de l'examen gynécologique après des violences conjugales et sexuelles, étude qualitative	72
1. Recours au suivi gynécologique chez les femmes rapportant des violences sexuelles, étude qualitative menée par l'intermédiaire d'une association contre les violences sexuelles.....	73
1.1. Résumé.....	73
1.2. Introduction.....	73
1.3. Méthodes.....	75
1.4. Résultats.....	76
1.4.1. Caractéristiques des personnes interrogées et des violences déclarées	76
1.4.2. Recours au soin gynécologique	77
a. Facteurs associés au moindre recours en gynécologie	77
b. Facteurs associés au suivi régulier en gynécologie	83
c. Facteurs associés au recours fréquent ou multiple au suivi gynécologique	85
d. Moindre recours et recours accru, des parcours inconstants	87
1.5. Discussion.....	88
2. Santé gynécologique et recours au suivi gynécologique après des violences conjugales ou sexuelles, étude qualitative en centre d'hébergement d'urgence.....	96
2.1. Résumé.....	96

2.2. Introduction.....	97
2.3. Méthodes.....	98
2.4. Résultats.....	99
2.4.1. Perceptions des violences sexuelles conjugales.....	100
2.4.2. Détérioration de la santé mentale et gynécologique	103
2.4.3. Recours au soin gynécologique après des violences.....	107
a. Niveaux de recours au soin gynécologique et facteurs associés	107
b. Perceptions des violences liées au soin gynécologique.....	109
2.5. Discussion	110
Discussion parties 1 et 2	118
1. Synthèse des premiers résultats	118
2. Points forts et limites	118
2.1. Points forts	118
2.2. Limites	120
Partie 3 - Vécu de l'examen gynécologique et recours au soin après des violences conjugales et sexuelles, revue systématique.....	124
1. Résumé.....	125
2. Introduction.....	125
3. Méthodes.....	127
3.1. Enregistrement et protocole	127
3.2. Critères d'éligibilité.....	127
3.3. Sources de données et stratégie de recherche	127
3.4. Processus de sélection et de collecte des données	129
3.5. Éléments de données.....	130
3.6. Risque de biais et évaluation de la qualité.....	130
3.7. Méthodes de synthèse et mesures des effets	130
4. Résultats.....	131
4.1. Caractéristiques des études	131
4.2. Risque de biais	132
4.3. Synthèse des résultats	132
4.3.1. Relation entre les violences et le vécu de l'examen pelvien	132
a. Violences sexuelles au cours de la vie	132
b. Violences sexuelles dans l'enfance.....	133
c. Autres formes de violence	133

4.3.2.	Relation entre les violences sexuelles ou conjugales et le recours au soin gynécologique.....	134
a.	<i>Absence de soin ou diminution de soin gynécologique.....</i>	134
b.	<i>Soin gynécologique similaire à celui observé chez les patientes du groupe contrôle</i>	135
c.	<i>Augmentation de recours au soin gynécologique</i>	135
d.	<i>Premiers soins médicaux demandés après des violences sexuelles.....</i>	136
4.3.3.	Relation entre les perceptions de l'examen pelvien à la suite de violences sexuelles et le recours au soin gynécologique ultérieur	136
5.	Discussion.....	136
5.1.	Principales conclusions.....	136
5.2.	Points forts et limites	137
5.3.	Interprétation des résultats	139
5.3.1.	Relation entre les violences et le vécu ou les perceptions de l'examen pelvien	139
5.3.2.	Relation entre les violences conjugales ou sexuelles et le recours au soin gynécologique.....	139
5.3.3.	Relation entre le vécu ou les perceptions de l'examen pelvien après des violences sexuelles et le recours au suivi gynécologique habituel.....	140
5.4.	Implications pour la pratique, la politique et les recherches futures.....	140
	Discussion générale	153
1.	Synthèse des principaux résultats	153
1.1.	Du recours au soin gynécologique après des violences conjugales et sexuelles	153
1.2.	Perceptions de l'examen gynécologique et liens avec le recours au soin, les violences et la sexualité.....	154
2.	Points forts et limites	155
3.	Implications pour les recherches futures et pour la pratique clinique	156
3.1.	Implications pour les recherches futures.....	156
3.1.1.	Recours au soin et facteurs associés	156
3.1.2.	Perceptions des violences et facteurs associés.....	158
3.2.	Implications pour la pratique clinique	159
3.2.1.	Réflexions sur la relation entre les violences conjugales ou sexuelles et les violences gynécologiques	159
a.	<i>Historique et définitions des violences gynéco-obstétricales</i>	159
b.	<i>Des violences gynécologiques aux violences sexuelles, il n'y a qu'un pas ?</i>	162

3.2.2. Conditions du dépistage des violences sexuelles dans le contexte de l'examen pelvien.....	164
3.2.3. Accompagner les personnes plutôt que traquer des lésions.....	165
3.2.4. Promotion d'indications et de conditions de réalisation de l'examen pelvien raisonnées en gynécologie-obstétrique.....	166
a. <i>Un examen pelvien qui n'est pas systématique</i>	166
b. <i>Un examen pelvien compris et consenti</i>	167
c. <i>Un environnement propice à un examen pelvien bien vécu</i>	169
3.2.5. Considération des douleurs, facteur associé aux violences, au recours au soin gynécologique et au mauvais vécu de l'examen pelvien.....	170
3.2.6. Considération de l'impact psycho-traumatique des violences sur le vécu et la pratique de l'examen pelvien.....	171
Conclusion générale	176
Liste des tableaux et figures	179
Références	181
Annexes	215
Annexe 1 – Articles publiés ou soumis à publication.....	216
Annexe 2 – Synthèse du protocole de l'étude cas-témoins	276
1. Objectif de l'étude	276
2. Population de l'étude	276
3. Collecte de données	277
4. Cadre de l'étude	277
5. Considérations éthiques	279
6. Traitement statistique.....	280
7. Considérations administratives	280
8. Questionnaire	281
9. Indications de remplissage du questionnaire	286
Annexe 3 – Poster illustrant l'association entre les violences conjugales et sexuelles et l'absence de consultation gynécologique chez les femmes enceintes consultant pour un suivi de grossesse ou une IVG.....	294
Annexe 4 – Synthèse du protocole de l'étude qualitative.....	295
1. Objectif de l'étude	295
2. Population de l'étude	295
3. Collecte de données	295
4. Cadre de l'étude	296
5. Traitement des données	297

6. Considérations éthiques	297
7. Considérations administratives	298
8. Guide d'entretien	298
Annexe 5 – Protocole de la revue systématique enregistré, International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO).....	300
Table des matières	305

Titre : Recours au soin gynécologique et perceptions de l'examen pelvien après des violences conjugales et sexuelles

Contexte : Les violences conjugales et sexuelles représentent un problème de santé publique en raison de leur fréquence et du risque de morbidité auquel elles exposent, en matière de santé psychique, gynéco-obstétricale et sexuelle. Elles constituent aussi une violation des droits humains. Cette recherche a reposé sur le modèle hypothético-déductif d'une association entre les antécédents de violences conjugales et sexuelles et l'absence de recours au soin gynécologique qui pourrait s'expliquer par une aversion pour l'examen gynécologique, l'un des temps constitutifs de la consultation gynécologique.

Méthodes : Une étude observationnelle cas-témoins impliquant des femmes enceintes consultant pour un suivi de grossesse ou une demande d'interruption volontaire de grossesse, une étude qualitative conduite auprès de femmes victimes de violences conjugales ou sexuelles recrutées par l'intermédiaire d'une association féministe contre les violences sexuelles et d'un centre d'hébergement d'urgence et une revue systématique ont été menées pour caractériser le recours au soin gynécologique et les perceptions de l'examen gynécologique après des violences conjugales ou sexuelles.

Résultats : L'étude observationnelle a montré une association entre les violences conjugales et sexuelles et l'absence de consultation gynécologique dans les deux dernières années chez les femmes poursuivant leur grossesse (respectivement OR 2,13, 95% IC, 1,21-3,73, $p=0,008$ et OR 1,92, 95% IC, 1,05-3,49, $p=0,03$), en particulier chez celles ayant subi des violences sexuelles après l'âge de 18 ans (OR 1,95, 95% IC, 1,06-3,56, $p=0,03$) et celles ayant subi des violences commises par leur ex-partenaire (OR 2,04, 95% IC, 1,15-3,60, $p=0,01$). L'absence de consultations gynécologiques était associée aux violences conjugales ou sexuelles et aux dyspareunies (respectivement $p<0,0001$ et $p<0,0001$). En revanche, aucune association entre les violences conjugales ou sexuelles et l'absence de consultation gynécologique n'a été trouvée chez les femmes en demande d'IVG. Les prévalences des violences sexuelles chez les femmes enceintes poursuivant leur grossesse et chez celles en demande d'IVG étaient similaires alors que la prévalence des violences conjugales était supérieure chez les femmes en demande d'IVG ($p=0,04$).

L'étude qualitative a montré que le recours au soin gynécologique après des violences conjugales et sexuelles ne se caractérisait pas exclusivement par une absence ou un moindre recours au soin gynécologique et que l'évitement de l'examen gynécologique ne représentait qu'un des facteurs associés à l'absence de recours au soin. Les parcours de soin après des violences conjugales ou sexuelles se caractérisaient aussi par des consultations gynécologiques annuelles ou régulières et par des consultations gynécologiques fréquentes ou multiples modulées par des facteurs associés aux caractéristiques des violences et à leurs conséquences.

La revue systématique a synthétisé les données de 23 études sur le vécu ou les perceptions de l'examen pelvien et le recours au soin gynécologique des femmes présentant des antécédents de violences conjugales et sexuelles. Onze études portaient sur le vécu de l'examen pelvien, dix études ont examiné le recours au soin gynécologique après des violences et deux études portaient sur les deux aspects, impliquant respectivement 7 329, 9 248 et 1 304 femmes. Cette revue a mis en évidence une association entre les violences sexuelles et le vécu négatif de l'examen pelvien ainsi que des résultats plus hétérogènes concernant le recours au soin après des violences conjugales ou sexuelles. Quelle que soit la fréquence du suivi gynécologique habituel, le recours au soin pour des symptômes aigus semblait plus accru après des violences sexuelles. Aucune étude ne s'est intéressée à la relation entre le vécu de l'examen pelvien consécutif à des violences sexuelles et le vécu ou les perceptions des examens ultérieurs dans le cadre du suivi gynécologique habituel ou régulier.

Conclusion : Notre recherche souligne l'impact des violences conjugales et sexuelles sur la santé gynécologique, notamment les douleurs et l'état de stress post-traumatique, et leurs implications pour la pratique clinique en gynécologie.

Mots-clés : violences conjugales, violences sexuelles, santé gynécologique, soin gynécologique

Title: Uptake of gynecological care and perceptions of pelvic examination following domestic and sexual violence

Background: Intimate partner violence (IPV) and sexual violence are a public health problem due to their high prevalence and the risk of morbidity affecting mental, gynecological and sexual health. Additionally, they constitute a violation of human rights. This research was based on the hypothetico-deductive model of an association between a history of IPV or sexual violence and the absence of gynecological care, which could be explained by an aversion to the pelvic examination, one of the components of gynecological follow-up.

Methods: An observational case-control study of women seeking pregnancy follow-up or abortion care, a qualitative study of women survivors of IPV or sexual violence recruited through a feminist association against sexual violence and an emergency shelter and a systematic review were conducted to understand the uptake of gynecological care and the perceptions of the gynecological examination following IPV and sexual violence.

Results: The observational study showed an association between IPV and sexual violence and the absence of a gynecological consultation in the last two years in women continuing their pregnancy (OR 2.13, 95% CI, 1.21-3.73, $p = 0.008$ and OR 1.92, 95% CI, 1.05-3.49, $p = 0.03$, respectively), particularly among those who had been sexually abused after the age of 18 (OR 1.95, 95% CI, 1.06-3.56, $p = 0.03$) and those who had been abused by their ex-partner (OR 2.04, 95% CI, 1.15-3.60, $p = 0.01$). The absence of a gynecological consultation was associated with IPV or sexual violence and dyspareunia ($p < 0.0001$ and $p < 0.0001$, respectively). However, no association between a history of IPV or sexual violence and the absence of gynecological consultation was found among women seeking abortion. The prevalence of sexual violence among pregnant women continuing their pregnancy and those seeking abortion was similar, whereas the prevalence of IPV was higher among women seeking abortion.

The qualitative study showed that the uptake of gynecological care following IPV or sexual violence was not characterized exclusively by an absence or reduced uptake of gynecological care. Avoidance of gynecological examination was only one of the factors associated with reduced uptake of gynecological care. Care pathways following IPV or sexual violence were also characterized by annual or regular gynecological visits and frequent or multiple gynecological visits, with the associated factors modulated by the characteristics of the violence and its consequences.

The systematic review synthesized data from 23 studies on the experience of pelvic examination and the uptake of gynecological care by women with a history of IPV and sexual violence. Eleven studies focused on the experience of pelvic examination, ten studies examined the uptake of gynecological care after violence, and two studies covered both aspects, involving 7,329, 9,248 and 1,304 women respectively. This review highlights the association between a history of sexual violence and the negative experience of pelvic examination as well as more mixed results regarding the uptake of care after domestic or sexual violence. Regardless of the frequency of usual gynecological follow-up, the use of care for acute symptoms appeared to be higher after sexual violence. No study has examined a relationship between the experience of pelvic examinations following sexual violence and the experience of subsequent examinations as part of routine gynecological care.

Conclusion: Our research highlights the impact of IPV and sexual violence on gynecological health, including pain and post-traumatic stress disorder, and their implications for clinical practice in gynecology.

Key words: intimate partner violence, domestic violence, sexual violence, gynecological health, gynecological care