

Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 9 octobre 2020 par

**Dorine NGUYEN**

Née le 10 août 1990 à Limoges

# **LIEN ENTRE VIOLENCES SEXUELLES ET ENDOMETRIOSE**

**Données de la littérature et perception de la douleur**

Thèse dirigée par le Docteur Nathalie SALOME et le Professeur Tristan GAUTHIER

Examineurs :

M. le Professeur Philippe NUBUKPO

Président

M. le Professeur François PARAF

Juge

M. le Professeur Tristan GAUTHIER

Directeur de thèse et juge

Mme le Docteur Nathalie SALOME

Directrice de thèse

Mme le Docteur Nathalie DOMENGER

Membre invité

Mme le Docteur Irina BOGHINA

Membre invité





Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 9 octobre 2020 par

**Dorine NGUYEN**

Née le 10 août 1990 à Limoges

# **LIEN ENTRE VIOLENCES SEXUELLES ET ENDOMETRIOSE**

**Données de la littérature et perception de la douleur**

Thèse dirigée par le Docteur Nathalie Salomé et le Professeur Tristan Gauthier

Examineurs :

M. le Professeur Philippe NUBUKPO

Président

M. le Professeur François PARAF

Juge

M. le Professeur Tristan GAUTHIER

Directeur de thèse et juge

Mme le Docteur Nathalie SALOME

Directrice de thèse

Mme le Docteur Nathalie DOMENGER

Membre invité

Mme le Docteur Irina BOGHINA

Membre invité





## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

Le 01 octobre 2019

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe	DERMATO-VERNEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BORDESSOULE</b> Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>COGNE</b> Michel	IMMUNOLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

<b>DARDE Marie-Laure</b>	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET Jean-Christophe</b>	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD Aurélien</b>	UROLOGIE
<b>DES GUETZ Gaëtan</b>	CANCEROLOGIE
<b>DESSPORT Jean-Claude</b>	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC Michel</b>	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
<b>DURAND-FONTANIER Sylvaine</b>	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>ESSIG Marie</b>	NEPHROLOGIE
<b>FAUCHAIS Anne-Laure</b>	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER Jean-François</b>	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU Frédéric</b>	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FEUILLARD Jean</b>	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE Laurent</b>	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER Tristan</b>	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS Vincent</b>	PEDIATRIE
<b>JACCARD Arnaud</b>	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile</b>	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE François</b>	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX Philippe</b>	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE Marie-Laure</b>	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE Anne</b>	PEDIATRIE

<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>OLLIAC</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>ROUCHAUD</b> Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION

<b>SAUTEREAU Denis</b>	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>STURTZ Franck</b>	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TCHALLA Achille</b>	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre</b>	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>TOURE Fatouma</b>	NEPHROLOGIE
<b>VALLEIX Denis</b>	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE Alain</b>	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE Pascale</b>	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON Philippe</b>	REANIMATION
<b>VINCENT François</b>	PHYSIOLOGIE
<b>YARDIN Catherine</b>	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES  
MEDICALES**

<b>BRIE Joël</b>	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
<b>KARAM Henri-Hani</b>	MEDECINE D'URGENCE
<b>MOREAU Stéphane</b>	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>AJZENBERG Daniel</b>	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>BALLOUHEY Quentin</b>	CHIRURGIE INFANTILE



<b>BARRAUD</b> Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>BEN AHMED</b> Sabrina	CHIRURGIE VASCULAIRE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
<b>BOUTEILLE</b> Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>COUVE-DEACON</b> Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>DUCHESNE</b> Mathilde	ANATOMIE PATHOLOGIE
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>LE GUYADER</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>LERAT</b> Justine	O.R.L.
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b><u>P.R.A.G.</u></b>	
<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

**DUMOITIER** Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

**HOUDARD** Gaëtan (du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 31 août 2022)

**LAUCHET** Nadège (du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 31 août 2020)

**PAUTOUT-GUILLAUME** Marie-Paule (du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 31 août 2021)

## **PROFESSEURS EMERITES**

**ALDIGIER** Jean-Claude du 01.09.2018 au 31.08.2020

**BESSEDE** Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2020

**BUCHON** Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2021

**MERLE** Louis du 01.09.2017 au 31.08.2019

**MOREAU** Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2020

**TREVES** Richard du 01-09-2019 au 31-08-2021

**TUBIANA-MATHIEU** Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2020

**VALLAT** Jean-Michel du 01.09.2019 au 31.08.2020

**VIROT** Patrice du 01.09.2019 au 31.08.2020

## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 1<sup>er</sup> novembre 2019

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>AUDITEAU</b> Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
<b>DAURIAT</b> Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
<b>DERBAL</b> Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
<b>DOUCHEZ</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>DUPONT</b> Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
<b>DUCHESNE</b> Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>DURIEUX</b> Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
<b>GUYOT</b> Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
<b>HERMINEAUD</b> Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
<b>HUMMEL</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>LEFEBVRE</b> Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
<b>PIHAN</b> Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>RIAHI</b> Edouard	MEDECINE NUCLEAIRE
<b>RIVAILLE</b> Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
<b>SANSON</b> Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
<b>TCHU HOI NGNO</b> Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

## **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>ALBOUYS</b> Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
<b>ARMENDARIZ-BARRIGA</b> Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBLANC</b> Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>BAÏSSE</b> Arthur	REANIMATION POLYVALENTE
<b>BEEHARRY</b> Adil	CARDIOLOGIE
<b>BLOSSIER</b> Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>BOSETTI</b> Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>BRISSET</b> Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
<b>CHAUVET</b> Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
<b>CISSE</b> Fatou	PSYCHIATRIE
<b>COMPAGNAT</b> Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DE POUILLY-LACHATRE</b> Anaïs	RHUMATOLOGIE
<b>DESCHAMPS</b> Nathalie	NEUROLOGIE
<b>DESVAUX</b> Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
<b>DUVAL</b> Marion	NEPHROLOGIE
<b>EL OUAFI</b> Zhour	NEPHROLOGIE
<b>FAURE</b> Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>FAYEMENDY</b> Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>FROGET</b> Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)

<b>GEYL</b> Sophie	GASTROENTEROLOGIE
<b>GHANEM</b> Khaled	ORL
<b>GILBERT</b> Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
<b>GUTTIEREZ</b> Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
<b>HANGARD</b> Pauline	PEDIATRIE
<b>HARDY</b> Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>HESSAS-EBELY</b> Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>KRETZSCHMAR</b> Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
<b>LACOSTE</b> Marie	MALADIES INFECTIEUSES
<b>LAFON</b> Thomas	MEDECINE d'URGENCE
<b>LAHMADI</b> Sanae	NEUROLOGIE
<b>LALOZE</b> Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
<b>LEGROS</b> Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>LEHMANN</b> Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
<b>MAURIANGE TURPIN</b> Gladys	RADIOTHERAPIE
<b>MEUNIER</b> Amélie	ORL
<b>MICLE</b> Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
<b>MOWENDABEKA</b> Audrey	PEDIATRIE
<b>ORLIAC</b> Hélène	RADIOTHERAPIE
<b>PARREAU</b> Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
<b>PELETTE</b> Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE

<b>PEYRAMAURE</b> Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
<b>PLAS</b> Camille	MEDECINE INTERNE B
<b>QUILBE</b> Sébastien	OPHTALMOLOGIE
<b>SIMONNEAU</b> Yannick	PNEUMOLOGIE
<b>SURGE</b> Jules	NEUROLOGIE
<b>TRICARD</b> Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
<b>VAIDIE</b> Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
<b>VERLEY</b> Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
<b>VIDAL</b> Thomas	OPHTALMOLOGIE

### **CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**BERTRAND** Adeline

**SEVE** Léa

### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**MATHIEU** Pierre-Alain                      CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et  
TRAUMATOLOGIQUE

À mon Loulou.

*Le vrai problème (de réforme de pensée) c'est que nous avons trop bien appris à séparer.  
Il vaut mieux apprendre à relier.*

**Edgard Morin**



## Remerciements

---

**A l'ensemble des membres du jury et à la vie.**

**Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO,**

*Professeur des Universités de Psychiatrie et d'Addictologie*

*Chef du Pôle Universitaire d'Addictologie en Limousin (Centre Hospitalier Esquirol de Limoges)*

*Praticien Hospitalier*

*Président du jury*

Professeur,

C'est avec une immense joie que je vous remercie de présider mon jury de thèse.

Je suis admirative de votre parcours, de votre dynamisme et votre gentillesse. Je suis reconnaissante de votre souci pour l'encadrement des internes passés dans votre pôle, de vos enseignements dont le D.U. d'addictologie et de vos conseils toujours bienveillants. Soyez assuré de la grande estime que je vous porte. Je n'oublierai jamais votre humour et votre charisme.

**Monsieur le Professeur Tristan GAUTHIER,**

*Professeur des Universités de Gynécologie-Obstétrique*

*Praticien Hospitalier dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Limoges*

Professeur,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter ma demande étonnante de co-diriger une thèse de psychiatrie. Je vous remercie d'avoir rapidement suscité de l'intérêt pour ce sujet, ce qui marque à mes yeux l'importance que vous accordez à l'encadrement et à la recherche.

Soyez assuré de toute ma considération et de mon respect.

**Monsieur le Professeur François PARAF,**

*Professeur des Universités de Médecine Légale*

*Chef de Pôle de Médecin Légale*

*Praticien Hospitalier*

Je suis honorée de vous compter dans mon jury de thèse. Je n'ai malheureusement pas eu la chance de travailler à vos côtés, mais je vous suis extrêmement reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail.

J'espère qu'il vous plaira.

**Madame le Docteur Nathalie SALOME,**

*Praticien Hospitalier, Psychiatre (Centre Hospitalier Esquirol de Limoges)*

*Présidente de la CME,*

Merci à toi Nathalie d'avoir acceptée de m'accompagner à 100% dans ce travail de thèse (avec de nombreux rebondissements), pour ta disponibilité et ton soutien toujours bienveillant.

Je suis vraiment contente d'avoir croisé ton chemin à Dide. Depuis tu fais partie intégrante de mon parcours d'interne. Grâce à toi (et à Benjamin) j'ai façonné mon travail en m'étant formée à la thérapie interpersonnelle, et grâce à notre intérêt commun au psychotraumatisme j'ai encore eu la chance de pouvoir t'avoir à mes côtés.

Amitiés.

Mille mercis.

**Madame le Docteur Nathalie DOMENGER**

*Médecin généraliste, gynécologue*

*Praticien Hospitalier en temps partiel à Esquirol*

Je suis ravie d'avoir fait ta connaissance à Bergouignan, il m'a paru évident de te convier à cette thèse pour ces deux spécialités qui nous sont chères.

Merci pour ton écoute, tes connaissances et ta disponibilité.

J'espère que tu trouveras de l'intérêt dans ce travail.

**Madame le Docteur Irina BOGHINA,**

*Praticien Hospitalier*

*Psychiatre des Hôpitaux*

À ma première cheffe,

Merci de m'avoir fait découvrir la psychiatrie. Je n'oublierai jamais tes qualités cadrantes et sécurisantes autant pour les équipes que pour les patients. Et ceci toujours en douceur. Cela restera toujours un exemple pour moi.

J'espère que ce travail saura t'intéresser.

### **À toutes les équipes avec qui j'ai eu l'honneur de travailler,**

Je remercie tous les professionnels qui m'ont accompagnée, soutenue, conseillée pendant ces dix années d'études. Je n'oublie pas que notre travail ne se fait qu'en équipe (petite dédicace à l'équipe de Dide, Delay 2 et à Nathalie Mezille).

### **À mes Maîtres,**

Je n'oublierai jamais ce que m'ont appris le Dr Timon, le Dr Fontanier, le Dr Rainelli, le Dr Parneix, le Dr Lavigne, le Dr Martin, le Dr Collins, le Dr Fourquet, le Dr Frachet. Respectueusement.

Je tiens à remercier le Dr Isabelle Alamome pour ses connaissances, son soutien et sa disponibilité.

Je te remercie Odile pour ton accompagnement dans la découverte difficile de la psychiatrie. J'aimerais que tu puisses voir mon évolution.

Merci Mirvat pour ton aide et ta bienveillance, je crois que tu es un ange gardien, où plutôt un petit ange gardien ☺.

Merci à Benjamin Calvet pour ton implication dans les cours.

### **A mes co-internes /collègues du midi :**

À toi honorable Kretsch., à toi mon vieux fou Charlou (Dr Nicomède), à toi ma gossip Caro (merci pour ton soutien), à toi sacré Henri, à ma sportive Laure, à Victor fanatique de l'OM.

Ensuite je fais une **grande dédicace à ma promo**, et surtout au bureau qu'on a représenté : à mon Guigui, Gagathe, Aurélie et Arnaud. Ces 4 années sont passées tellement vite...

Je pense à tous les autres notamment Antho, Caro, Bertrand, Sandra, Val, Anna, Ben LP, Alex, Pierrot, Ben Debat, Kevin (et sa douce chérie Alex)... et JB arrivé dernièrement.

La seule chose négative durant cet internat, c'est de t'avoir perdu Yann.

## **À mes amis,**

Merci mon petit oiseau si expressif au nom doux d'Amélie Zaho pour ton amitié fidèle, pour ton soutien, et pour ton écoute. Merci d'avoir choisi mon cousin Kévin pour partenaire de vie. Le petit Milo a beaucoup de chance d'être né parmi vous.

Merci à mes loves : Floriane, Cam, Sarah, Ali, Doudou, Chloé, Jen, Juliette et ma sacrée Marie.

À toi Alexis pour ta présence incessante.

A toi Guigui d'amour.

Je n'oublie pas mes amies d'enfance : Bè, Romain, Samira, Alima et Hauria.

À tout mon groupe des « Bisounours » : Pierrot, Mi, Yannou, Belkheir, François, Philippe, Henri, Kiki, Micka, Toto, Bonhem...

A toi Céline, que je connais depuis peu, merci pour ta présence.

Merci Martin pour les années parcourues ensemble.

Merci au CSP pour toutes ces années de confiance, de m'avoir fait connaître Flora, Amélie, Mélanie, Chloé, Johanna, Marie T, Méline et tant d'autres. Pensée pour toi Fred Forte.

## **À mes padre,**

A toi évidemment, mon parrain Loulou pour ton amour, ta sagesse, ton anticipation dosée, tes rituels, ton soutien sans faille, ton amitié et ta fidélité. Tu m'es si important.

Merci à toi Régis d'être là pour nous.

Alain, mon éduc., merci pour ton implication dans la communauté vietnamienne, tu nous as tellement apporté.

Et enfin merci Stéphane pour ton encadrement, ta rigueur au club, pour notre amitié, pour tous ces fous rires et moments de pleurs.



### **À toi Arnaud,**

Mon amour, que te dire à part merci pour ce que tu es. Ton originalité n'a jamais cessé de m'étonner. Tu avais peur de la routine, mais ce n'est pas possible puisque tu ne fais jamais les choses de la même façon, sauf peut-être gamer et manger des burgers.... Sacré Darras. Tu es si gentil, drôle, droit, doux et apaisant. Merci pour ta sagesse, ta justesse et ta précieuse présence. Que de compliments... Mais (mal)heureusement tu n'es pas parfait ! Tu as un seul défaut, au grand désespoir de tes proches : que tu es « tête-en-l'air » !!! Je n'ai jamais vu quelqu'un atteindre ce niveau d'étourderie à part Mr Bean... Tu es drôle malgré toi.

Je nous souhaite évidemment plein de bonnes choses. Je suis comblée à tes côtés et ne suis pas inquiète pour la suite.

### **À ma belle-famille,**

J'étais très curieuse de découvrir les géniteurs d'Arnaud.

Quel bonheur de partager du temps avec vous, une belle-mère rêvée et un beau-père si attachant. Tout est douceur et amour.

À Didier, Sandra, Audric, Lolo, et les petits choux Victoria et Armand.

À mamie Geneviève, Cathy et Domi, Bibi et Jean-Marc.

## **Et enfin, à ma sacrée et grande famille d'amour,**

Câm on ma maman chérie d'avoir fait ce chemin pour la France, d'avoir élevé notre « petite tribu », pour ton amour sans limite, ta force et ton côté théâtral dont j'ai hérité ☺...

Ma fratrie, ma tribu, merci pour votre amour inconditionnel, quel (mal)chance de vous avoir, pour le meilleur et pour le pire :

- À mon petit frère le hérisson Daniel, aujourd'hui papa, tu es mon fidèle coéquipier de vie perdu parmi une brochette de sacrées filles. Quelle enfance !
- À Jacqueline, ma sœur aux milles idées toutes aussi saugrenues les unes que les autres, travailleuse, courageuse, étourdie, persévérante et surtout aujourd'hui tu es une magnifique maman.
- À Jocelyne, ma sœur sérieuse, ambitieuse, mais pour l'instant boiteuse.
- À toi Justine, la première et pour l'instant la dernière à avoir eu le courage de nous quitter géographiquement. Apparemment tu n'as aucun regret ^^.
- À toi Jeanne, ma petite boudeuse d'amour tellement forte.
- Et enfin à toi Joanna, 18 ans... Quelle claque. Merci pour ta mignonnerie et tes cheveux arc-en-ciel.

Je suis tellement fière de vous et je vous aime.

À vos +1 : Camille, Vincent, Lucas, Xavier, Aymeric, Théo.

Bienvenue aux mimis nièces Kylie et Yuuuuuuna.

À ma mamie de cœur tata Nghia.

Merci à vous Chi Thao et Antoine pour votre présence depuis toujours ☺.

Pensée pour TOUS mes demi-sœurs et demi-frères.

À mes cousines : Hanh, Dao et Tram.



## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Liste des abréviations

---

<b>CUMP</b>	Cellules d'Urgence Médico-Psychologique
<b>CVS</b>	Cadre de Vie et Sécurité
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>DPC</b>	Douleurs Pelviennes Chroniques
<b>EMDR</b>	Eyes Movement Desensitization and Reprocessing
<b>EHP-5</b>	Endometriosis Health Profile-5 (EHP-5)
<b>ESPT</b>	État de Stress Post-Traumatique
<b>EVA</b>	Échelle Visuelle Analogique
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IRM</b>	Imagerie par Résonance Magnétique
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>PCL-5</b>	PTSD Check List Scale for DSM-5
<b>PTSD</b>	Post-Traumatic Stress Disorder
<b>SMPG</b>	Santé Mentale en Population Générale
<b>TSPT</b>	Trouble de Stress Post Traumatique
<b>TUA</b>	Trouble de l'Usage d'Alcool
<b>TUS</b>	Trouble de l'Usage de Substances

## Table des matières

PREMIERE PARTIE : Des violences sexuelles à l'endométriose, quel est le lien ? .....	38
1. Un Tabou ? Regardons dans la littérature .....	38
1.1. Littérature peu abondante.....	38
1.2. Des recoupements non faits .....	38
1.3. Études sur le lien entre violences sexuelles et endométriose.....	39
1.4. Vignette clinique .....	40
1.4.1. Histoire de la maladie .....	40
1.4.2. Sa vie .....	41
1.4.3. Sémiologie .....	43
1.4.3.1. Contexte de vie .....	43
1.4.3.2. Sémiologie psychiatrique du TSPT .....	44
1.4.3.3. Conséquences sur la sphère des addictions .....	44
1.4.3.4. Le parcours difficile des violences sexuelles.....	44
1.4.3.5. Sa guérison.....	45
1.4.3.6. Réflexion autour du cas clinique .....	45
1.5. Conclusion .....	46
2. Violences sexuelles et trauma psychique .....	48
2.1. Approche historique des violences sexuelles.....	48
2.1.1. Les premiers écrits : lois Babyloniennes .....	48
2.1.2. L'inceste .....	48
2.1.2.1. Le récit incontournable d'Œdipe dans la mythologie grecque .....	48
2.1.2.2. Les Dieux dans la Mythologie Égyptienne.....	49
2.1.3. Rome Antique.....	49
2.1.4. Le viol : arme de guerre universelle et intemporelle .....	49
2.1.5. Les violences sexuelles dans les médias à l'heure de l'époque moderne.....	50
2.2. Historique du psychotraumatisme : de l'hystérie au TSPT.....	51
2.2.1. Pierre Briquet (1796-1881).....	52
2.2.2. Sigmund Freud (1856-1939) .....	52
2.2.3. Sandor Ferenczi (1873-1933) .....	52
2.2.4. Ann Burgess et Linda Holmstrom .....	53
2.2.5. La prise en charge du psychotrauma en France.....	53
2.2.6. Les classifications.....	54
2.3. Cadre juridique des violences sexuelles.....	54
2.3.1. Définition des violences sexuelles.....	54
2.3.1.1. Le viol.....	55
2.3.1.2. Les autres agressions sexuelles.....	56
2.3.1.2.1. L'inceste.....	56
2.3.1.2.2. L'exhibition sexuelle .....	57
2.3.1.2.3. Le harcèlement sexuel.....	57
2.3.2. La majorité sexuelle et l'âge de consentement .....	57
2.3.2.1. La majorité sexuelle.....	57
2.3.2.2. La polémique d'un âge légal de consentement.....	58
2.3.2.3. Les limites à la majorité sexuelle.....	59
2.3.3. Les délais de prescription .....	59
2.4. Les violences sexuelles en chiffres .....	60
2.5. Les conséquences des violences sexuelles.....	62
2.5.1. Les troubles chez l'adulte sur la santé physique.....	62
2.5.1.1. Les troubles gastro-intestinaux .....	63

2.5.1.2.	Les troubles musculaires et articulaires.....	63
2.5.1.3.	Les troubles neurologiques.....	63
2.5.1.4.	Les troubles gynécologiques.....	63
2.5.1.5.	Les troubles nutritionnels et métaboliques.....	64
2.5.1.6.	Les troubles cardio-vasculaires.....	64
2.5.1.7.	Les cancers.....	65
2.5.1.8.	Les maladies infectieuses, allergiques et auto-immunes.....	65
2.5.2.	Les troubles psychiques chez l'adulte.....	65
2.5.2.1.	Les conduites suicidaires.....	65
2.5.2.2.	Les troubles thymiques.....	66
2.5.2.3.	Les troubles anxieux.....	66
2.5.2.4.	Les troubles de la personnalité.....	66
2.5.2.5.	Les troubles de l'usage de substances psychoactives.....	67
2.5.2.6.	Les troubles du comportement alimentaire.....	67
2.5.2.7.	Les troubles de la sexualité.....	68
2.5.2.8.	Les troubles psychotiques.....	68
2.5.2.9.	Le Trouble de Stress Post-Traumatique.....	68
2.6.	Conclusion.....	69
3.	Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT).....	69
3.1.	Clinique du TSPT.....	69
3.1.1.	Syndrome de répétition.....	70
3.1.2.	Syndrome d'évitement.....	70
3.1.3.	Syndrome d'altération négative des cognitions et de l'humeur.....	70
3.1.4.	Syndrome d'altération de l'éveil et de la réactivité = hypervigilance.....	70
3.2.	Le trouble évolue dans le temps et est défini selon sa durée :.....	71
3.3.	Facteurs de risque de développer un TSPT.....	72
3.4.	Comorbidités psychiatriques.....	72
3.5.	Conclusion.....	73
4.	L'endométriose.....	74
4.1.	Définition de l'endométriose.....	74
4.2.	Anatomie de l'appareil génital féminin.....	75
4.3.	L'étiopathogénie de l'endométriose.....	75
4.3.1.	Théorie du reflux de tissu endométrial.....	77
4.3.2.	Théorie de la métaplasie cœlomique.....	77
4.3.3.	Théorie de la migration à distance.....	77
4.4.	Localisations de l'endométriose.....	78
4.5.	Les principaux symptômes de l'endométriose.....	79
4.6.	Évaluation de la qualité de vie.....	79
4.7.	Comorbidités.....	80
4.8.	Diagnostic.....	80
4.9.	Traitements.....	81
5.	Conclusion.....	81
DEUXIEME PARTIE : Regard sur la physiopathologie.....		84
1.	Physiopathologie du trauma.....	84
1.1.	Réponse émotionnelle habituelle lors d'un danger.....	85
1.2.	Que se passe-t-il lors d'un traumatisme comme une agression sexuelle ?.....	85
1.3.	La mémoire traumatique.....	86
1.4.	Les conduites dissociantes et d'évitement.....	86
1.5.	La constitution du TSPT.....	86
2.	L'impact du stress sur la douleur.....	87

2.1. L'impact du trauma sur la douleur.....	87
2.2. Endométriose et détresse psychique .....	87
3. L'endométriose parmi les douleurs chroniques.....	88
3.1. Définition des douleurs chroniques .....	89
3.2. Sensibilisation centrale de la douleur.....	89
3.3. Les structures cérébrales impliquées dans la douleur .....	91
3.4. Conclusion .....	91
4. L'impact du stress sur la perception de la douleur des femmes porteuses d'une endométriose.....	92
4.1. Données chez la femme .....	92
4.2. Étude préliminaire chez des rats porteuses d'endométriose .....	92
4.3. Conclusion .....	93
TROISIEME PARTIE : Proposition de protocole à la recherche d'une différence de perception des douleurs chez les femmes porteuses d'une endométriose avec ou sans antécédents de violences sexuelles.....	95
1. Justification scientifique et description générale.....	95
1.1. L'impact économique .....	95
1.2. Intérêt - Hypothèse.....	96
1.3. Justification des choix méthodologiques .....	96
1.4. Rapport bénéfice / risque .....	98
1.5. Retombées attendues.....	99
2. Objectifs .....	99
2.1. Objectif principal .....	99
2.2. Objectifs secondaires .....	99
3. Conception de la recherche .....	100
3.1. Schéma de la recherche.....	100
3.1.1. Méthodologie des questionnaires pour chaque patient.....	100
3.1.2. Informations relatives à la mise en œuvre .....	101
3.2. Critères d'inclusion.....	101
3.3. Critères de non inclusion.....	102
3.4. Critères d'exclusion secondaires.....	102
3.5. Modalités de recrutement.....	102
3.6. Modalité d'information et de traçabilité de la non-opposition .....	102
3.7. Inconvénients pour les personnes incluses dans la recherche.....	102
4. Conclusion.....	102
QUATRIEME PARTIE : Discussion.....	103
Conclusion.....	107
Références bibliographiques .....	108
Annexes .....	117
Serment d'Hippocrate.....	124



## Table des illustrations

---

Figure 1 : Carré symptomatique du TSPT.....	69
Figure 2 : Évolution du trauma.....	71
Figure 3 : Anatomie de l'appareil génital féminin (93) .....	75
Figure 4 : Physiopathologie de l'endométriose (94).....	76
Figure 5 : Théorie du reflux (95).....	77
Figure 6 : Les différentes localisation de l'endométriose (en rouge) (96).....	78
Figure 7 : Constitution d'un syndrome douloureux chronique d'après Boureau (97).....	80
Figure 8 : Représentation schématique du lien possible entre les violences sexuelles, TSPT et endométriose .....	82
Figure 9 : Hypothèse de l'impact des violences sexuelles sur la physiopathologie de l'endométriose (11).....	83

## Introduction

---

L'endométriose est une pathologie gynécologique inflammatoire et récidivante touchant environ 10% des femmes en âge de procréer (soit autant que le diabète de type 2 ou le cancer dans cette population) (1). Méconnue de la société, elle se définit par la présence anormale de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine dont elle tapisse habituellement la paroi interne. Ce tissu s'épaissit en fonction des cycles menstruels, se désagrège et saigne lors des menstruations. Les lésions anormales suivent ce même cycle, mais contrairement au véritable endomètre qui possède une évacuation naturelle lors des règles, les nodules d'endométriose sont clos et leur évacuation a pour conséquence de provoquer des kystes, des adhérences, de la fibrose. Il résulte de cette inflammation des douleurs qui peuvent se chroniciser. Elles sont appelées dysménorrhées lors des douleurs de règles et peuvent également se révéler par des dyspareunies qui correspondent à des douleurs lors des rapports sexuels. Il peut exister des troubles digestifs et urinaires. De plus l'endométriose rend également infertile notamment lorsqu'elle est localisée au niveau des trompes car elle empêche le passage de l'ovocyte vers l'utérus. On comprend donc aisément que ces conséquences chroniques fatiguent et impactent significativement la qualité de vie de ces patientes (2).

C'est donc une pathologie complexe donnant une myriade de symptômes non spécifiques. De plus, il n'y a pas de corrélation anatomo-clinique entre l'expansion des lésions et l'intensité des symptômes, cette affection pouvant même être parfois indolore (3).

Le diagnostic de cette pathologie est loin d'être aisé. En moyenne il y a 7 ans d'errance diagnostique après les premiers symptômes (4), au prix de nombreux passages entre les mains de différents spécialistes. Ceci s'explique par la faible spécificité des symptômes, ainsi que par la méconnaissance de cette pathologie, y compris par le corps médical. De plus l'idée fausse « qu'il est normal d'avoir mal pendant ses règles » reste très ancrée dans la pensée populaire.

Il en découle un impact économique considérable qui a été évalué par une étude américaine à 4000 dollars par femme atteinte sur l'année 2008, soit à titre d'exemple, autant que le diabète de type 2 ou la maladie de Crohn (5,6).

Si les études sur l'endométriose commencent aujourd'hui à émerger, son origine est encore mal connue (7). Il est coutume de dire qu'« **il n'existe pas une, mais des endométrioses** ». En effet, cette maladie est protéiforme et un seul mécanisme ne saurait expliquer toutes ses formes.

Au niveau thérapeutique, plusieurs traitements existent, uniquement d'ordre symptomatique. L'efficacité du traitement semble modérée. Après une chirurgie de l'endométriose, 25% observaient des manifestations plus intenses, et 8% n'observaient aucun changement (8). L'opération est souvent associée à des douleurs résiduelles et son effet bénéfique est souvent temporaire (2).

Il semble donc opportun de poursuivre les recherches susceptibles d'améliorer les connaissances dans ce domaine.

En 2002, J. Belaish, gynécologue français a été l'un des premiers à avancer l'hypothèse d'un lien entre les violences sexuelles et l'endométriose (9). Cette idée a été appuyée par d'autres gynécologues comme A. Garbard (10) ou V. Guérin (11) (présidente de l'association Stop aux violences Sexuelles), d'après leur expérience personnelle. En revanche, cette hypothèse n'a pas été accueillie favorablement par l'ensemble de la communauté médicale qui entrevoyait difficilement un lien possible entre des lésions manifestes et un traumatisme psychique, non palpable. Ce n'est qu'en 2018, qu'une étude menée par H. Harris a confirmé l'association entre abus sexuels et endométriose (12). Elle souligne cependant que la présence d'endométriose n'implique pas systématiquement la présence d'antécédents de violences.

Par ailleurs, on sait que les violences sexuelles peuvent avoir des conséquences à long terme (13). Sur le plan psychique, un Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) apparaît dans deux tiers des cas après un trauma sexuel (14). Le développement des cellules endométriales pourrait être favorisé par une diminution du système immunitaire consécutive à des perturbations de l'axe du stress (9).

Les violences sexuelles sont peu dépistées, et ce pour plusieurs raisons. D'abord car il n'est pas aisé pour les professionnels de poser la question des violences sexuelles, ces derniers n'étant pas formés à l'écoute des souffrances intimes. Ensuite, car même s'ils les pressentent, l'idée d'une réponse positive peut confronter les professionnels à une forme d'impuissance. Enfin, parce que la révélation de ce genre de faits, souvent vécus de façon culpabilisante par la victime, est souvent réfrénée. En conséquence, un TSPT consécutif à ce type de trauma est susceptible de passer inaperçu.

Par ailleurs, il a été démontré plus récemment que le vécu de violences sexuelles est un des principaux déterminants de la santé 50 ans après les faits et qu'il peut engendrer une diminution de l'espérance de vie. Si plusieurs types de violences sont associés, cette diminution peut aller jusqu'à 20 ans (15,16). Pour traiter les conséquences à long terme des violences sexuelles, un

accompagnement multidisciplinaire est primordial incluant un suivi psychique et gynécologique.

Très peu d'études étudient le lien entre les violences sexuelles et l'endométriose. Cette lacune peut s'expliquer par le fait que ces deux entités sont largement sous-diagnostiquées dans leur spécialité respective. Une collaboration entre la psychiatrie et la gynécologie semble nécessaire pour ce travail.

Pour émettre une hypothèse de travail, il convient d'exposer quelques données de la littérature :

- D'après l'étude de H. Harris, les femmes victimes d'abus sexuels ont un risque de 49% plus élevé d'être atteintes d'endométriose et ce risque est augmenté de 79% lorsque les abus sont de plusieurs types et fréquents (12)
- Les violences sexuelles entraînent dans deux tiers des cas un TSPT (14)
- L'endométriose représente 64% à 82% des Douleurs Pelviennes Chroniques (DPC) (17)
- Parmi les patientes présentant des DPC, près de la moitié des femmes signalent des antécédents d'abus sexuels et physiques. Et parmi les patientes rapportant à la fois des antécédents d'abus et de douleurs pelviennes chroniques, un tiers d'entre elles présentaient également un syndrome de stress post-traumatique comorbide (18,19).

Il convient alors d'essayer de mieux comprendre le lien entre les abus et le risque d'endométriose. L'hypothèse est que l'association entre violences sexuelles et endométriose pourrait être médié par la présence d'un TSPT. Ce trouble augmenterait la production des hormones du stress et donc de l'inflammation, qui induirait une diminution du système immunitaire et favoriserait le développement du tissu endométrial.

L'objet de ce travail en première partie sera d'exposer les études entre les violences sexuelles, l'endométriose, et le TPST, tout en les définissant de façon détaillée.

En deuxième partie, nous nous pencherons sur les mécanismes physiopathologiques et inflammatoires du TSPT et de l'endométriose. Il semblerait que les deux agissent sur la perception de la douleur à l'échelle neurobiologique, et sur sa chronicisation. La perception des douleurs dans l'endométriose n'est pas linéairement corrélée à l'étendue des lésions et sous-entend un dysfonctionnement au niveau central (centre de la douleur) (20).

L'endométriose maladie fait partie intégrante des douleurs pelviennes chroniques, entité davantage étudiée. Les études portant sur les douleurs chroniques retrouvent une altération de

la perception de la douleur. Le mécanisme sous-jacent est double. Premièrement il existe un phénomène d'hyperalgésie correspondant, pour un stimulus douloureux donné, à une sensation de douleur amplifiée (comparativement à un sujet témoin). Deuxièmement, il existe un phénomène d'allodynie qui correspond à la perception d'une sensation douloureuse consécutive à un stimulus censé être indolore (pour un sujet témoin). On peut faire l'hypothèse que ce même mécanisme entre en jeu dans l'endométriose. En outre, le stress pourrait avoir une action modulatrice sur le phénomène d'allodynie selon une étude menée sur un modèle murin (21).

Cette complexité dans la perception de la douleur endométriosique nous amène à la dernière partie de ce travail. À notre connaissance, parmi les femmes souffrantes d'endométriose, aucune étude n'a comparé la perception de la douleur chez celles qui présentaient des antécédents de violences sexuelles à celles qui n'en avaient pas. En conséquence, l'ébauche d'un protocole d'étude sera alors proposée en dernière partie.

L'hypothèse d'un lien entre violences sexuelles et endométriose pourrait apporter un éclairage nouveau sur les connaissances floues de cette pathologie. Ce travail a pour but d'attirer l'attention sur la possibilité d'un lien entre les violences sexuelles et l'endométriose, de sensibiliser les soignants à la question des violences sexuelles dans la prise en charge de l'endométriose et de personnaliser la prise en charge si nécessaire en incluant le traitement des conséquences des violences sexuelles.

Violaine Guérin, gynécologue et endocrinologue, présidente de l'association « Stop aux violences sexuelles » prône le suivi de l'évolution des pathologies » en dépistant la présence de violences sexuelles afin de prendre en charge les traumatismes qui en découlent. Pour elle « **le corps parle par là où il a souffert** » (11). Cette vision globale de la pathologie, qui relève d'une **prise en charge bio-psycho-sociale**, permettra d'orienter plus facilement et peut-être de trouver des traitements plus spécifiques afin d'éviter d'éventuelles rechutes.

## **PREMIERE PARTIE : Des violences sexuelles à l'endométriose, quel est le lien ?**

---

### **1. Un Tabou ? Regardons dans la littérature**

L'endométriose est une pathologie peu connue, et de ce fait peu étudiée. Son lien avec les violences sexuelles est une idée encore plus récente. Exposons les raisons pouvant expliquer la faible quantité d'études sur ce sujet.

#### **1.1. Littérature peu abondante**

La première raison du manque de données solides au sujet de l'endométriose et des violences sexuelles est liée aux nombreuses limites méthodologiques (11) :

- Il ne serait ni éthique ni réalisable de travailler sur des études contrôlées, prospectives, multicentriques, randomisées.
- Les échantillons étudiés sont souvent petits ou non représentatifs limitant la généralisation des résultats.
- Les études ont des définitions et des modes de recueil très différents à propos des violences sexuelles.
- Il y a rarement une distinction faite entre les différents de types de violence (physique, sexuelle, psychologique, négligence).
- Les études sont transversales et rétrospectives, ce qui amène à un biais de mémoire des répondants.
- Il n'y a pas d'analyses statistiques multivariées prenant en compte tous les facteurs rentrant en jeu dans l'apparition d'une maladie.

#### **1.2. Des recoupements non faits**

De nombreuses études relient les DPC aux violences sexuelles, mais les recoupements ne sont pas toujours faits avec l'endométriose. Pourtant, l'endométriose représente de 64 à 82% des DPC (17), et elle est de loin la comorbidité la plus fréquente associée aux patientes qui cherchent à se faire soigner pour des DPC (22). D'autres études évoquent que les traumatismes répétitifs tels que les abus sexuels subis durant l'enfance pourraient expliquer à la fois les

douleurs pelviennes chroniques et le stress post traumatique associé (23). La HAS rapporte même que « la prévalence de l'endométriose chez les patientes ayant des algies pelviennes aiguës serait supérieure à 33% » (24).

Parmi les études évoquant un lien entre les violences sexuelles et les DPC, nous citons deux études.

Dans une étude américaine menée par **Chandler en 2006 sur 103 femmes**, la fréquence des douleurs pelviennes chroniques est de 70% dans le groupe de femmes ayant subi des violences sexuelles avec viol (25).

Dans une autre étude menée sur une cohorte nommée **Black Women's Health Study** de plus de 5000 femmes afro-américaines âgées de 21 à 69 ans suivies tous les deux ans depuis 1995, le risque de **fibrome de l'utérus serait augmenté de 34% lorsqu'il y a eu des violences sexuelles** dans l'enfance et 3 % à l'âge adulte (26).

### 1.3. Études sur le lien entre violences sexuelles et endométriose

Bertone-Johnson en 2012 évoque que la maltraitance pendant l'enfance et l'adolescence pourrait entraîner des facteurs de stress ayant un impact à long terme. Le stress pourrait jouer un rôle dans l'apparition de l'endométriose par son influence sur l'inflammation (27).

Dans une étude transversale menée auprès d'une population atteinte de migraines, les mauvais traitements subis pendant l'enfance étaient courants chez les femmes souffrant d'endométriose (28).

La première s'intéressant à ce sujet est **l'étude de Schliep et al. parue en 2016**. Elle a été menée auprès de femmes ayant subi une intervention chirurgicale pour diverses affections gynécologiques et elle n'a retrouvé aucune association entre les violences physiques subies pendant l'enfance et la survenue d'endométriose (29).

**Deux ans plus tard, l'équipe de Holly R. Harris** a publié une étude plus robuste dans la revue de Human (12). Elle avait pour objectif de chercher un lien entre violence physique et sexuelle dans l'enfance ou l'adolescence avec une endométriose confirmée par laparoscopie.

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective menée sur 116 429 femmes infirmières en âge de procréer, suivies entre 1989 et 2013. En 2001, elles ont été sollicitées pour répondre à un

questionnaire concernant leurs antécédents éventuels de violences avant l'âge de 18 ans. 60595 ont répondu de manière exploitable.

Parmi les répondantes, 7197 (11.9%) ont déclaré avoir subi « seulement » des abus sexuels, et 12699 (21%) ont déclaré avoir subi à la fois des violences sexuelles et physiques.

Ainsi 33 % ont déclaré avoir subi des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans.

Parallèlement, pendant toutes ces années de suivi, il a été diagnostiqué chez les répondantes 3394 cas d'endométriose par laparoscopie. Chez ces femmes il a été retrouvé de façon significative que le risque de développer une endométriose était augmenté lorsqu'il y avait des antécédents de violences sexuelles (RR = 1.49; 95% CI = 1.24, 1.79). Ce risque était encore plus élevé si les antécédents de violences étaient multiples (négligence, violences sexuelles, violences physiques) et chroniques (RR=1,79 ; 95% CI = 1.44, 2.22). Par ailleurs, le risque était augmenté de 20% chez les femmes ayant subi uniquement des agressions physiques d'intensité modérée et élevée.

**Cette étude est donc la première à confirmer que le passé de violences physiques et sexuelles dans l'enfance est associé à un plus grand risque de survenue d'endométriose.**

#### 1.4. Vignette clinique

Pour illustrer ce travail, il me semble important d'exposer un cas clinique pour se rapprocher de la pratique. Durant ma jeune expérience, je n'ai pu avoir de cas aussi détaillé et représentatif que celui-ci, extrait de la thèse en philosophie médicale d'Anne Gabard, gynécologue dont nous reparlerons à la fin de cette partie. Ce dossier a eu un impact sur sa réflexion, c'est un des facteurs qui a motivé son travail d'écriture de thèse (10).

##### 1.4.1. Histoire de la maladie

« Charlie est née en 1967, elle est suivie pour une endométriose sévère diagnostiquée à l'âge de 22 ans et qui a persisté jusqu'à ses 47 ans. Elle a subi sept cœlioscopies et plusieurs traitements médicaux. Elle a également des infections gynécologiques à répétition, des mycoses, des herpes vulvaires et des cystites à répétition.

- 1972 (5 ans) : elle subit une appendicectomie
- 1989 (22ans) : cœlioscopie pour algies pelviennes >> **diagnostic d'endométriose sévère**



- 1990 (23 ans) : cœlioscopie pour contrôle de l'endométriose évaluée stade 1 après 6 mois de traitement médical et destruction des nodules restants
- 1993 (26 ans) : naissance d'un garçon, grossesse obtenue après stimulation ovarienne
- 1995 (28 ans) : cœlioscopie pour une grossesse extra-utérine sur une grossesse spontanée
- 1997 (30 ans) : naissance d'une fille, grossesse obtenue après stimulation
- 1997 : cœlioscopie pour algies : récurrence de l'endométriose, destruction des nodules
- 1998 : cœlioscopie pour algies et dyspareunies invalidantes : destruction des nodules
- 2000 (33 ans) : cœlioscopie pour destruction des nodules d'endométriose
- 2002 (35 ans) : cœlioscopie pour destruction des nodules
- 2013 (46 ans) : diminution des douleurs pelviennes
- 2014 (47 ans) : toujours bien réglée, disparition des douleurs pelviennes.»

L'endométriose a fait aussi l'objet de plusieurs traitements médicamenteux qui n'ont entraîné qu'une amélioration transitoire. Le parcours médical de la patiente est grevé à partir de l'âge de 17 ans, de multiples consultations et examens complémentaires, pour des plaintes physiques multiples (algies pelviennes, dyspareunie profonde «insupportable », métrorragies, infections gynécologiques, et urinaires).

#### 1.4.2. Sa vie

« Je fais partie d'une fratrie de trois filles, **j'aurais dû être un garçon**. Mon père était violent, alcoolique, c'est moi qui protégeais ma mère et mes sœurs, j'appelais la police quand il y avait trop de violence à la maison. Puis mon père est parti, ma mère a élevé ses trois filles, seule. Nous vivions à Paris, je prenais le métro toute seule à 7 ans. Ma sœur était petit rat à l'opéra de Paris. Un jour elle a ramené le prédateur, photographe de 60 ans qui avait une carte de presse, manipulateur. Il s'est acquis les bonnes grâces de ma mère qu'il emmenait prendre le thé chez sa propre mère, etc. ... il était de la famille quoi. Un prédateur repère ses proies, il attaque les petites filles de familles éclatées. J'avais 9 ans.

La confiance acquise, il m'a fait subir des attouchements, il m'a appris à me masturber, il se servait de godemichets. Je trouvais même un peu de plaisir... Je suis écrasée par la **honte**,

la **culpabilité**. Puis il s'est **servi de moi** comme appât, j'étais rabatteuse pour amener à mon **bourreau** mes copines qu'il violait. (Sa voix s'est nouée, des larmes sont apparues dans ses yeux sombres, après une petite pause elle a repris). Il **menaçait** de violer ma petite sœur si je parlais ou si je refusais. Il m'emmenait chercher mes copines, disait vouloir faire des photos, je confirmais, en fait **je les emmenais à l'abattoir**. Il violait les petites filles, je ne le savais pas. Pendant ce temps, il me passait des films, il me mettait des écouteurs sur les oreilles, jusqu'au jour où je suis entrée dans la chambre, j'ai vu les draps bouger, je les ai soulevés. **J'ai vu ma copine en train de se faire violer par ce gros dégueulasse**. Dire que je me sens **coupable** est un faible mot. Si j'avais de l'argent, je rechercherais cette copine pour **m'excuser, je revois son regard à ce moment qui me hante**, celui de son père quand il me demandait si c'était bien pour prendre des photos qu'on partait, **c'est horrible**. Cela a duré 3 ou 4 ans. Il a fini aussi par violer ma sœur qui est devenue alcoolique. **Mon traumatisme, outre l'abus, est le fait de ne pas avoir protégé mes copines, ma sœur. Ce traumatisme ne passera jamais. Tous les soirs, je dis bien tous les soirs, je m'endors avec ces visions d'horreur dans la tête.**

À 12 ans j'ai commencé à fumer des **pétards**, à 14 ans à boire de l'**alcool**, à 16 ans, je suis passée aux **drogues dures**. À 18 ans je suis **partie** avec mon sac à dos pendant 3 ans à l'étranger.

Puis j'ai rencontré mon mari, le père de mes enfants. Après ma première cœlioscopie, on m'a dit que je n'aurais jamais d'enfant, cela m'arrangeait, car **je ne me sentais pas femme**, je ne voulais pas être femme. Et pourtant je me suis sentie très bien pendant mes deux grossesses, elles m'ont permis de retrouver et d'exprimer ma féminité. J'ai aimé mon mari, mais avec toujours en toile de fond **l'idée que l'homme est quelqu'un qui fait du mal**, qui ne pense qu'au sexe. Quand je parlais de mon mari je disais : « 1m90, 15 cm » et pourtant je pense que c'était un homme bien. Je l'ai quitté car je ne l'aimais plus. **J'ai eu beaucoup d'hommes, je prends, je jette**. On se **salit** car on se sent tellement sale qu'on n'est pas à cela près. Je n'ai rencontré aucun homme bien, sauf mon mari, je n'ai aucune confiance dans les hommes. J'en ai **voulu à mon père** de ne pas avoir été là pour me protéger, enfant.

Quand ma fille a eu 9 ans, l'âge où j'ai été abusée, j'étais très mal, **tout est remonté**. J'ai voulu porter plainte, le retrouver. J'ai frappé à plusieurs portes, gendarmerie, police pour me renseigner, on m'a dit **qu'il y avait prescription. Cela me dégoûte**.

J'ai fait 3 psychothérapies, la première a duré peu de temps, je ne m'entendais pas avec le psychologue. La seconde a duré 2 ans mais je n'ai pas réussi à le dire. La troisième a commencé il y a 3 ans à raison de deux fois par semaine. Seulement après deux années, j'ai pu crever l'abcès, cela fait donc seulement un an. **J'ai pu en parler pour la première fois à 43**

**ans**, seulement **34 ans après les faits**. Et puis vous en avoir parlé m'a montré qu'on n'est pas seule au monde. Même si je reste fragile, la psychothérapie m'a beaucoup aidée. Quand j'ai enfin réussi à le dire, j'ai arrêté de me droguer. Je pense que, peut-être, si on m'avait proposé une écoute, j'aurais pu le dire avant. **Mais personne ne m'a jamais posé la question**. Mon endométriose était une protection car on ne pouvait pas me toucher le ventre.

En 2014 j'ai vu une psychologue qui m'a fait de l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). L'EMDR, c'est à peine croyable, ou plus précisément c'est incroyable. Depuis presque 40 ans je me suis endormie tous les soirs, je dis bien **tous les soirs**, avec ces **visions d'horreur de mon enfance**. Après la première séance d'EMDR, le premier soir, ces visions étaient là présentes, mais très loin, elles ne m'impactaient plus. Le deuxième soir elles n'étaient plus là, et depuis elles ont disparu. Après cette première séance, j'ai pleuré, pleuré et pleuré encore, j'ai senti qu'il s'était passé quelque chose dans ma tête, comme si cela avait fait le ménage, comme **si on avait remis les cases en place**. Moi qui disais souvent : je voudrais une bonne petite lobotomie pour enlever toute mon enfance, tous les trucs pourris, pour repartir à zéro, et bien l'EMDR c'est comme si on m'avait lobotomisé le cerveau. Depuis, je n'ai plus envie de me droguer, je n'ai plus envie de boire. Je deviens timide avec les hommes, comme une jeune fille, je dois tout apprendre, la séduction que je ne connaissais pas puisque je prenais, je jetais, je n'en reviens pas, je me rends compte que je suis forte, plus que je ne le croyais, et je n'ai plus mal au ventre. »

### 1.4.3. Sémiologie

Les observations ont été recueilli par A. Gabard, gynécologue dans le cadre de sa thèse « Notre santé au risque de notre histoire ». Elle recueille les dires de la patiente avec son expérience professionnelle, il n'y a pas eu d'analyse spécifiquement portée sur le TSPT dans ce cas ni d'entretien semi-directif avec des questionnaires validés dans le TSPT. Dans ce paragraphe, nous procédons donc à une analyse des faits rapportés par la patiente.

#### 1.4.3.1. Contexte de vie

Charlie décrit un contexte familial insécure, avec un père violent et alcoolique les ayant abandonnées. Elle a de la rancœur contre lui. Très jeune elle a dû s'occuper de sa mère et de ses sœurs, ce que Boris Cyrulnik appelle l'adultisme. L'enfant n'est pas à sa place, il a des

responsabilités inadaptées à son âge, ce qui entrave le développement normal d'un enfant alors qu'il devrait apprendre à jouer, s'amuser...

#### **1.4.3.2. Sémiologie psychiatrique du TSPT**

Elle semble présenter certains symptômes que l'on retrouve chez les personnes victimes de traumatismes répétés dans l'enfance.

Il y a plusieurs traumatismes pouvant expliquer un terrain fragile : un père violent et alcoolique l'ayant abandonnée, les abus sexuels vécus. Mais l'élément le plus traumatique, celui qui la ronge est cette vision d'horreur du viol de sa copine. Elle est comme bloquée dans ce passé avec des reviviscences quotidiennes (« je revois son regard qui me hante »), l'évitement des stimuli (fuite à l'étranger), la présence de distorsions cognitives traduite par « l'idée que l'homme est quelqu'un qui fait du mal ». Il manque seulement l'hypervigilance qui n'est pas décrite. Par ailleurs, elle exprime comme beaucoup de victimes une énorme culpabilité, de la honte, et un certain sentiment d'incurabilité.

Les violences sexuelles entraînent également une dévalorisation du corps, avec chez elle un rejet de sa part féminine, voire du côté humain « je ne me sentais pas femme ». Elle se compare de plus à un « appât », et se sent « sale ». Elle présente une anesthésie émotionnelle, puisqu'elle « prend et jette les hommes » de façon désaffectisée.

#### **1.4.3.3. Conséquences sur la sphère des addictions**

Charlie décrit précocement des troubles de l'usage de substances multiples avec l'usage de cannabis, d'alcool et de drogues dures. Ces effets sont souvent rapportés, la victime tente d'anesthésier les symptômes traumatiques en faisant usage des substances psychoactives, en augmentant les doses et le degré des drogues.

#### **1.4.3.4. Le parcours difficile des violences sexuelles**

Cet exemple permet d'illustrer également le dur parcours personnel et juridique d'une victime de violences sexuelles. Lorsque l'enfant est jeune, il n'est pas capable de mettre un mot sur ce qu'il lui arrive, ne sait pas si cela est normal ou pas, puis en grandissant et en comprenant son vécu, il est rongé par la culpabilité et reste bloqué dans ce traumatisme. Charlie met 34 ans pour poser un mot sur les faits malgré de multiples prises en charge médicales, qu'elles soient gynécologiques ou psychiatriques. Personne ne lui pose la question des violences sexuelles

avant, pourtant elle dit qu'elle aurait peut-être été prête avant. Lorsqu'elle active les démarches juridiques, se sentant enfin prête, elle se tourne vers la loi mais se heurte à la difficulté des délais de prescription.

#### **1.4.3.5. Sa guérison**

Elle parle des bienfaits des psychothérapies, mais celle qui l'a délivrée des symptômes traumatiques c'est l'EMDR. Cette thérapie a eu pour effet la guérison du TSPT, elle permet de « digérer » l'évènement, et ainsi passer à autre chose, sans pour autant oublier ce traumatisme. Elle décrit par le même temps l'arrêt des douleurs abdominales liées à l'endométriose.

#### **1.4.3.6. Réflexion autour du cas clinique**

Il met en lumière de façon brute le lien possible entre les violences sexuelles, le TSPT et l'endométriose. Par ailleurs il expose une guérison possible de l'endométriose.

→ Si on reprend les faits :

Ici, une femme suivie de nombreuses années pour une endométriose sévère et douloureuse présente également un TSPT chronique post violences sexuelles. Lorsqu'elle réussit à parler de ses violences subies dans l'enfance, ses douleurs d'endométriose diminuent. Cette libération de la parole a permis d'engendrer plusieurs psychothérapies jusqu'à pratiquer de l'EMDR (un des traitements recommandés dans le TSPT avec la TCC). L'EMDR a permis la guérison de son TSPT chronique et sévère. Puis la patiente ne ressent plus de douleurs liées à l'endométriose.

→ Illustration de ce travail :

En suivant l'axe de ce travail, (relier les violences sexuelles à l'endométriose), nous pourrions interpréter que la disparition des douleurs d'endométriose a pu se faire grâce au traitement du TSPT, alors qu'elle a subi plusieurs chirurgies tout au long de sa vie avec des rechutes permanentes. De plus, le traitement du TSPT a permis chez cette patiente d'arrêter les « drogues ».

### → Critique :

Ce cas peut susciter du scepticisme comme tout le cœur de ce sujet, voire du rejet. Le dualisme entre le corps et l'esprit reste encore très ancré de nos jours. Pourtant cette idée qui nous vient de Descartes au XVIIème siècle tend à s'effacer avec les travaux des neurosciences qui relient le corps et l'esprit.

Mais il peut aussi engendrer une certaine charge émotionnelle qui peut s'accompagner d'une forme d'impuissance ou de sentiment d'horreur.

Les différents ressentis possibles du lecteur traduisent la multiplicité des réactions possibles des soignants, ce qui explique que certains ne souhaitent pas poser la question des violences sexuelles car le lien n'est pas aisé, ou de peur peut-être d'ouvrir une boîte de Pandore et de ne savoir quoi en faire. L'intérêt est grand d'engendrer un travail commun entre la psychiatrie et la gynécologie, et ce également pour sécuriser les gynécologues qui n'ont pas l'habitude de se charger des violences sexuelles.

Il faut noter que l'âge de la fin des douleurs d'endométriose est à 47 ans chez cette patiente. Elle est toujours réglée, ce qui signifie que ce n'est pas la ménopause qui est à l'origine de l'arrêt des douleurs.

## 1.5. Conclusion

Après avoir examiné ces travaux, l'étude de H. Harris met en évidence le lien possible entre un passé d'abus dans l'enfance et l'endométriose qui est communément associée aux douleurs chroniques chez la femme. Plusieurs professionnels observent cette tendance illustrée par le cas de Charlie. Mais les études sont encore rarissimes à ce sujet. Pour preuve, en utilisant les mots MeSH suivant sur pub Med : *sexual, Child, abuse et endometriosis*, on retrouve seulement 10 occurrences, toutes très récentes.

Pourtant on sait aujourd'hui que l'endométriose est très fréquente et handicapante du fait de l'intensité des symptômes. La multiplicité des théories concernant les mécanismes de la maladie, la faible efficacité des traitements et le fait que certaines femmes soient douloureuses et d'autres non, sont des facteurs de complexité rendant cette affection difficile à appréhender.

Pour autant, ils constituent également des enjeux qui doivent inciter les chercheurs à poursuivre les travaux. L'amélioration des connaissances concernant les mécanismes biologiques

impliqués dans la genèse et le maintien de cette pathologie permettra d'améliorer sa prise en charge et son pronostic.

Dans un premier temps nous allons d'abord définir les violences sexuelles à la suite desquelles un TSPT survient, soit dans deux tiers des cas. Ensuite nous nous pencherons sur l'endométriose.

## **2. Violences sexuelles et trauma psychique**

### **2.1. Approche historique des violences sexuelles**

La sexualité est avant tout un mécanisme essentiel à la survie de l'espèce. Avec l'évolution, ce comportement de reproduction s'est érotisé dans le but de stimuler les zones érogènes. Des différences de pratique sont observées selon les époques, les cultures, les croyances, les religions... Les violences sexuelles font partie intégrante de l'histoire de la sexualité humaine, et elles ont été plus ou moins punies selon la diversité ethnologique. Les premiers écrits de loi retrouvés datent d'il y a 3700 ans et nous allons voir comment ces pratiques ont évolué au cours du temps.

#### **2.1.1. Les premiers écrits : lois Babyloniennes**

Le code d'Hammourabi gravé sur une stèle datée d'environ 1750 avant J.-C. est un des textes juridiques les plus complets des codes de lois connus de la Mésopotamie antique. Il est aujourd'hui exposé au Louvre et différenciait déjà à l'époque le viol de l'adultère, et reconnaissait l'inceste.

#### **2.1.2. L'inceste**

L'inceste est défini par le Larousse comme des « relations sexuelles entre un homme et une femme liés par un degré de parenté entraînant la prohibition du mariage ; relations sexuelles entre parents très proches ».

Ce comportement prohibé aujourd'hui n'a pas toujours eu la même signification au long de l'histoire, comme l'illustre une multitude de récits issus de différentes origines.

##### **2.1.2.1. Le récit incontournable d'Œdipe dans la mythologie grecque**

Profitons de ce rappel historique pour évoquer l'histoire d'Œdipe : un des fondements centraux de la psychanalyse.

Un oracle de Delphes prédit à Laïos et Jocaste avant la naissance d'Œdipe que s'ils avaient un fils celui-ci tuerait son père et épouserait sa mère. Lorsque leur fils naît, de peur que l'oracle s'accomplisse, ils abandonnent leur enfant en l'accrochant à un arbre après avoir percé ses chevilles, d'où le nom d'Œdipe signifiant « pieds enflés ». Il est sauvé et adopté par les rois



de Corinthe. Lors d'un banquet, Œdipe apprend qu'il ne serait peut-être pas le fils des rois de Corinthe. Il décide alors de consulter l'oracle de Delphes pour savoir sa légitimité auprès de ses parents. Celui-ci ne répond pas à sa question mais lui dit qu'il tuera son père et épousera sa mère. Effrayé par ses dires, il évitera de retourner à Corinthe de peur que l'oracle s'accomplisse. Sur sa route, il se dispute avec un homme pour une histoire de priorité à un carrefour. Œdipe tue le vieil homme en invoquant la légitime défense sans savoir qu'il s'agit en réalité du roi Laïos, son vrai père. En arrivant à Thèbes, il résout l'énigme du Sphinx et libère la ville. En récompense, il devient roi après la mort du roi Laïos et prend alors la main de Jocaste... Pour sauver Thèbes de la peste, il se doit de découvrir le meurtrier du roi Laïos. De là, il découvre qu'il est le meurtrier de son père et que l'oracle s'est accompli. Il se crèvera les yeux pour ne pas voir ses crimes.

### **2.1.2.2. Les Dieux dans la Mythologie Égyptienne**

Comme le relatent les textes mythologiques, les premiers Dieux découlent d'incestes en cascade. Le mariage consanguin entre frère et sœur est coutumier afin de transmettre le sang royal et ainsi toujours ressembler aux Dieux dont ils sont les représentants sur Terre. Citons par exemple les couples frère et sœur : Isis et Osiris ou encore Seth et Nephtys.

### **2.1.3. Rome Antique**

À cette période, la vie sexuelle d'un romain contribue avant tout à son statut social. Les romains possédant le pouvoir sont « actifs », et ils peuvent avoir des relations bisexuelles seulement avec des personnes de rang inférieur au leur. Ils doivent les pénétrer sous peine de perdre leur statut social. L'esclave a le devoir de se soumettre aux envies de son maître, jusqu'à parfois subir une castration mais ceci entraîne régulièrement la mort...

### **2.1.4. Le viol : arme de guerre universelle et intemporelle**

Les violences sexuelles semblent avoir toujours fait partie intégrante des guerres, du pillage. Leur signification est variable. Puisqu'il peut s'agir d'une récompense personnelle (butin de guerre), d'une stratégie martiale de terreur, ou encore d'un moyen de torture.

Ces pratiques sont utilisées indifféremment sur les hommes, les femmes, ou encore les enfants.

Il est important de citer le **code Lieber de 1863**, signé par le Président Lincoln, qui est le premier texte à protéger les femmes des violences sexuelles durant la guerre de Sécession. Cependant, en l'absence de loi internationale, les violences sexuelles restent très présentes au sein des conflits tout le long du XXe siècle. On peut citer le massacre de Nankin (30), les crimes de Ciociarie, le génocide des Tutsis au Rwanda en 1994 où 500 000 femmes ont été violées. (70% de ces victimes ont contracté le VIH), ou encore le conflit bosniaque de 1992 à 1995 où 20 000 musulmanes ont été violées...

L'Organisation des Nations Unies qualifie depuis 2008 le viol de « tactique de guerre » et « crime de guerre ». Les victimes peuvent ainsi bénéficier du statut de victime de guerre pour avoir accès à des soins adaptés.

### **2.1.5. Les violences sexuelles dans les médias à l'heure de l'époque moderne**

Au début du XXe siècle, une première approche psychiatrique sur l'agresseur sexuel apparaît. Ambroise Tardieu publie Les Attentats aux mœurs dans lequel il introduit le sentiment d'une criminalité sexuelle croissante et révèle les progrès de la médecine légale avec un approfondissement des connaissances anatomiques. L'identification de sang et de sperme permet l'amélioration des expertises et ouvre enfin la porte aux condamnations. Cependant elles restent encore rarissimes, les textes de loi étant à l'époque évasifs.

Ce n'est que dans les années 60, sous l'impulsion des mouvements féministes, qu'un nouveau regard sur le viol surgit.

Cependant, selon l'enquête Cadre de Vie et Sécurité (CVS) menée de 2011 à 2017, seulement 8% des viols font l'objet d'une plainte. Et même lorsqu'une plainte est déposée, rares sont les démarches qui aboutissent puisque 74% d'entre elles sont classées sans suite. Enfin, bien que le viol relève du crime, seulement 10% des plaintes sont jugées en cour d'assises, soit 1% de l'ensemble des viols (31).

Le sujet des violences sexuelles connaît un nouvel essor depuis quelques années, et le tabou qui les entoure commence à s'estomper. Les réseaux sociaux ont permis de diffuser les revendications des féministes notamment via les mouvements #metoo ou #balancetonporc qui ont déferlé depuis l'affaire très médiatisée du producteur Weinstein. Accusé depuis 2017 de plus de 80 agressions sexuelles ou viols, ce dernier a été condamné en mars 2020 à 23 ans de prison (à l'âge de 67 ans).

Cette effervescence a eu un impact positif pour les victimes de violences sexuelles ; avec une tendance à la libération de la parole chez les victimes, des plaintes plus nombreuses et un meilleur soutien de l'entourage (32). Toutes les couches sociales sont touchées et il est devenu courant d'entendre des histoires de violences sexuelles dans les médias aujourd'hui.

Nous allons maintenant poursuivre sur l'histoire du TSPT qui découle régulièrement des violences sexuelles.

## **2.2. Historique du psychotraumatisme : de l'hystérie au TSPT**

Le mot « trauma » prend racine du grec et signifie littéralement « blessure avec effraction ».

La souffrance traumatique existe depuis l'origine de l'humanité, mais le terme de trauma n'apparaît pour la première fois qu'à la fin du XIXe siècle avec la notion de « névrose traumatique » introduite par Oppenheim. Cette notion éveille par la suite l'intérêt de quelques chercheurs et de praticiens souvent confrontés aux guerres, aux accidents ferroviaires et aux pathologies psychiques, mais globalement cette entité restera longtemps délaissée jusqu'à la fin du XXe siècle.

Louis Crocq, psychiatre français ayant créé les Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques (CUMP) en 1995 différencie quatre périodes dans l'histoire du psychotraumatisme :

- Les précurseurs : du temps d'Hippocrate aux guerres Napoléoniennes
- Les fondateurs : Charcot, Freud, Janet et Oppenheim
- Les continuateurs : lors du début du XXe siècle, l'intérêt grandit lors des guerres Russo-japonaises et les deux guerres mondiales
- Les novateurs : de 62 à aujourd'hui, ils permettent la reconnaissance du traumatisme dépêchée par l'après-guerre du Vietnam, et l'introduction du terme de « Post Traumatic Stress Disorder » dans la troisième version du Diagnostic and Statistical Manual (DSM).

Dans ce chapitre, nous évoquerons l'histoire du traumatisme axée vers les violences sexuelles.

### **2.2.1. Pierre Briquet (1796-1881)**

Lors de la seconde moitié du XIXe siècle, les hypothèses étiologiques des troubles traumatiques découlent d'une part du traumatisme engendré par les accidents de voie de chemin de fer et d'autre part des recherches sur l'hystérie portées par Briquet.

Briquet marque en 1859 une véritable avancée dans le traumatisme par ses recherches sur l'hystérie dans son Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie (33). Après un travail assidu regroupant 430 observations cliniques d'hystérie, il fournit des hypothèses étiologiques et des données épidémiologiques. Il retient le deuil, le viol et la maltraitance comme facteurs prédisposants à la névrose traumatique. Ainsi, il est l'un des premiers à différencier l'émotionnel du cognitif.

### **2.2.2. Sigmund Freud (1856-1939)**

En 1885, Sigmund Freud intègre l'équipe de Charcot à la Salpêtrière.

Freud considère que la dissociation est un moyen de défense pour protéger la conscience. Avec la collaboration de son ami Joseph Breuer qui lui avait parlé du cas de « Anna O. », ils publient conjointement les Études sur l'Hystérie et développent le lien entre traumatisme, dissociation et hystérie. Breuer avait proposé à cette patiente une psychothérapie dynamique qui préfigure la cure psychanalytique. Cette thérapie sera appréciée par Freud qui délaissera progressivement l'hypnose. La thérapie dynamique sera à la base des règles fondamentales de la psychanalyse.

De leur ouvrage commun découle la théorie de la séduction. La névrose hystérique aurait une origine traumatique par maltraitance sexuelle dans l'enfance.

En 1906, il abandonne cette idée et révèle dans Trois Essais sur la théorie sexuelle la théorie du fantasme qui nierait le substrat traumatique et mettrait en avant un désir réprimé qui aura comme conséquence pratique de négliger les traumatismes réels dans l'enfance.

### **2.2.3. Sandor Ferenczi (1873-1933)**

Psychanalyste hongrois, neurologue et célèbre disciple de Freud, il remet en cause à la fin de sa vie la théorie du fantasme dans sa publication Confusion de langue entre adultes et enfants. Le langage de la tendresse et de la passion. Il y relate principalement des traumatismes d'ordre sexuel et signe le retour en force de la théorie de la séduction où les traumatismes

peuvent être à la base des névroses. « On ne pourra jamais insister assez sur l'importance du traumatisme et en particulier du traumatisme sexuel comme facteur pathogène. Même des enfants appartenant à des familles honorables [...] sont des victimes de violences et de viol [...] L'objection qu'il s'agissait de fantasmes de l'enfant lui-même, c'est-à-dire de mensonges hystériques, perd malheureusement de sa force par suite du nombre considérable de patients en analyse qui avouent eux-mêmes des voies de fait sur des enfants » (34).

Sa théorie est présentée lors du congrès psychanalytique de 1932 montrant le désespoir de l'enfant face à l'adulte qui joue de la vulnérabilité de l'enfant et son besoin d'attention pour y répondre de manière sexuée. L'enfant n'ayant pas les capacités à assimiler l'évènement subit un clivage du moi et l'adulte n'y reconnaît pas de la souffrance.

Il introduit également la notion d'« identification à l'agresseur », un concept majeur de la psychanalyse qui est un mécanisme de défense de la victime.

Sa théorie n'a alors pas été bien reçue par le public et elle ne sera reprise que quelques années après sa mort. Son livre est encore aujourd'hui une grande référence.

#### **2.2.4. Ann Burgess et Linda Holmstrom**

Ce n'est qu'à la fin de la Seconde Guerre Mondiale, que la conceptualisation du traumatisme a changé, principalement à travers l'examen des soldats survivants, ou des rescapés de camps de concentration.

Alors que les vétérans demandent reconnaissance et réparation des symptômes psychiques de la guerre, deux américaines Ann Burgess (psychiatre) et Linda Holmstrom (sociologue) s'intéressent de façon inédite aux femmes et aux enfants. Elles comparent dans les années 70 le traumatisme de la guerre au traumatisme du viol : « rape trauma syndrom » avec une phase aiguë de désorganisation puis de réorganisation avec une possible modification du mode de vie (35).

#### **2.2.5. La prise en charge du psychotrauma en France**

Parallèlement en France dès les années 70, Louis Crocq et Claude Barrois travaillent sur le trauma et développent la psychotraumatologie en France telle qu'elle est aujourd'hui avec la création des CUMP.

### 2.2.6. Les classifications

Ce n'est qu'en 1980 que le terme de « Post Traumatic Stress Disorder » ou État de Stress Post-traumatique (ESPT) entrera dans la catégorie des troubles anxieux dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-troisième révision* (DSM-III) de la Société Américaine de Psychiatrie sous la direction de Robert Spitzer.

En 1992, l'ESPT sera inclus à la 10<sup>ème</sup> édition de la *Classification Internationale Maladie* (CIM-10) de l'OMS. Dans sa quatrième version en 1994, le DSM définit deux syndromes spécifiques : l'État de Stress Aigu (ESA) et l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT).

Après avoir abordé l'histoire des violences sexuelles et celle du traumatisme, définissons maintenant les violences sexuelles selon le cadre juridique d'aujourd'hui.

## 2.3. Cadre juridique des violences sexuelles

### 2.3.1. Définition des violences sexuelles

**Depuis l'année 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les violences sexuelles comme suit :** « *Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail* ».

Selon la législation française et plus précisément des dispositions de l'article 222-22 du code Pénal, (consultable sur le site juridique : <http://www.legifrance.gouv.fr> (36)).

« *Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage.* »

Ainsi que nous pouvons le constater, le terme de violences sexuelles regroupe plusieurs entités.

En effet, le droit français distingue le viol des autres agressions sexuelles, lesquelles seront définies ci-après.

Enfin, nous constaterons que le sujet des violences sexuelles est en perpétuelle évolution en abordant les questions délicates et polémiques de la majorité sexuelle et des délais de prescription pour agir à l'encontre des agresseurs sexuels.

### **2.3.1.1. Le viol**

Selon la législation française, le viol est l'acte le plus grave des violences sexuelles, puisqu'il s'agit d'un crime relevant de la cour d'assise.

Aux termes de l'article 222-23 du Code Pénal, le viol est défini comme suit:

***« Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. »***

L'ensemble des actes de pénétration sexuelle non consentie est visé, que cet acte soit vaginal, anal ou buccal. Il peut s'agir de pénétration du sexe de l'auteur, d'une pénétration digitale ou au moyen d'un objet. Par ailleurs, le viol conjugal est reconnu depuis 1992.

Le viol est puni de:

- 15 ans de réclusion criminelle ;
- 20 ans de réclusion criminelle en cas de circonstances aggravantes comme le fait d'avoir entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, s'il est commis sur un mineur ou une personne vulnérable par un ascendant ou toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait, s'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confère ses fonctions, sous la menace d'une arme, s'il est commis sur un conjoint, si l'auteur est sous l'emprise de stupéfiant ou en état d'ivresse ou encore si la victime a été droguée à son insu ;
- 30 ans de réclusion criminelle s'il a conduit à la mort ;
- perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie.

### 2.3.1.2. Les autres agressions sexuelles

Les agressions sexuelles autres que le viol regroupent « *tous les faits d'attouchements sexuels commis avec violence, contrainte, menace ou surprise sans acte de pénétration sexuelle* ».

Selon les termes de l'article 222-27 du même code, ces infractions, lesquelles sont des délits relevant de la compétence du Tribunal Correctionnel, sont, en principe, punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Il est important de noter que la tentative de viol est considérée comme une agression sexuelle bien que celle-ci relève de la compétence de la Cour d'assise.

Le Code pénal prévoit également des circonstances aggravantes, modifiant le quantum des peines lorsque les faits sont commis :

- Sur des personnes vulnérables, les agressions sexuelles étant alors punies de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende ;
- Sur des mineurs de 15 ans, les agressions sexuelles étant alors punies de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende.

#### 2.3.1.2.1. L'inceste

Selon les dispositions de l'article 222-31-1 du Code pénal actuellement en vigueur:

« *Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis par :*

*1° Un ascendant ;*

*2° Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce ;*

*3° Le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées aux 1° et 2° ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité avec l'une des personnes mentionnées aux mêmes 1° et 2°, s'il a sur la victime une autorité de droit ou de fait. »*

Le terme de tante et oncle a été ajouté en 2016 sans que les cousins ne soient pas intégrés à la notion d'inceste.



### **2.3.1.2.2. L'exhibition sexuelle**

Selon l'article 222-32 : « l'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

### **2.3.1.2.3. Le harcèlement sexuel**

Le harcèlement sexuel a fait son entrée dans le code pénal en 1992, puis, la jurisprudence est venue régulièrement en préciser les contours.

Dès lors, depuis 2018, le harcèlement sexuel est, suivant les dispositions de l'article 222-33 du Code pénal, défini comme suit :

*« Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. »*

Ces faits sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende.

Il s'agit d'une infraction difficilement démontrable.

Toutefois, la jurisprudence est venue assouplir la charge de la preuve.

Ainsi, par exemple, depuis 2007, un SMS envoyé par l'harceleur et relatant les faits abusifs permet de confirmer la constitution de l'infraction.

## **2.3.2. La majorité sexuelle et l'âge de consentement**

### **2.3.2.1. La majorité sexuelle**

En France, la majorité sexuelle en France désigne l'âge à partir duquel un mineur peut entretenir une relation sexuelle avec un majeur sans que les agissements de ce dernier soient pénalement répréhensibles.

Bien que le terme n'existe pas explicitement dans le Code pénal, la majorité sexuelle se déduit des dispositions de l'article 227-25 du Code Pénal, lequel la fixe, par principe, à **15 ans** :

*"Le fait, par un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de 15 ans est puni de cinq ans d'emprisonnement et 75.000€ d'amende".*

En d'autres termes, un majeur n'a pas le droit d'avoir des relations sexuelles avec un enfant de moins de 15 ans, cela étant même considéré comme une circonstance aggravante.

Toutefois, un mineur, s'il est d'accord, peut avoir des relations sexuelles avec un adulte, sans que ce dernier ne commette une infraction pénalement réprimée à partir du jour de ses quinze ans, à condition que le majeur n'ait pas de relation d'ascendance sur ledit mineur.

### **2.3.2.2. La polémique d'un âge légal de consentement**

**Ainsi que nous l'avons précédemment expliqué, aucun âge minimum de consentement** à l'acte sexuel n'est aujourd'hui fixé dans la loi.

Toutefois, le débat d'un âge minimum de consentement est régulièrement remis sur le devant de la scène.

A ce titre, le Docteur Salmona Muriel (psychiatre et présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie) explique qu'« *un enfant ne peut pas donner un consentement libre et éclairé dans le cadre d'une relation sexuelle avec un adulte. Il n'a pas le discernement, la maturité* ».

Pourtant, après plusieurs débats parlementaires pour l'inscription dans la loi d'un âge minimum à 13 ou 15 ans, la loi sur les Violences Sexistes et Sexuelles a finalement écarté la question de l'âge minimal du consentement sexuel. À ce jour, les juges continuent d'apprécier le consentement au cas par cas même quand la personne est mineure, avec la possibilité de requalifier en atteinte sexuelle s'il est établi la présence de contrainte, menace, violence ou surprise.

De même, le Code pénal punit la séduction d'un mineur de moins de quinze ans par Internet. Le fait pour un majeur de faire des propositions sexuelles à un jeune de moins de quinze ans ou à une personne se présentant comme telle en utilisant un moyen de communication électronique s'avère puni de deux ans de prison et de 30 000 euros d'amende. Ces peines s'élèvent à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsque les initiatives ont été suivies d'une rencontre, selon les dispositions de l' article 227-22-1 du Code pénal.

### 2.3.2.3. Les limites à la majorité sexuelle

Le consentement sexuel est donc valable à 15 ans pour un rapport avec un adulte de n'importe quel âge mais il est nécessaire de souligner les limites à cette notion de majorité sexuelle qui ont été affirmées aux termes de l'article 227-22 et 227-23 du Code pénal :

**La corruption de mineur :** il ne s'agit pas d'une simple sollicitation sexuelle mais il peut être question de « *propos lubriques* » répétés, d'actes sexuels en présence de mineurs, d'incitation à la prostitution, de diffusion à des mineurs d'images ou de films pornographiques.

**La pornographie :** l'enregistrement ou la diffusion d'images « ayant un caractère pornographique » reste interdit si l'acteur n'a pas 18 ans révolus.

**La prostitution :** elle est légale en France pour les majeurs mais interdite chez les mineurs.

**Relation entre mineurs :** il n'existe aucune interdiction pour les relations sexuelles entre deux individus ayant moins de 18 ans, que l'un des deux ait moins de 15 ans ou non, tant qu'il y a un consentement mutuel.

### 2.3.3. Les délais de prescription

En matière d'agression sexuelle et de viol, on a pu voir qu'il y a eu de nombreux changements législatifs ces dernières années. C'est une question à la fois morale et juridique, et les associations engagées ne cessent de demander l'allongement des délais de prescription. En effet, le sentiment d'injustice éprouvé par la majorité des victimes est renforcé par la problématique des délais de prescription.

Selon la loi du 3 août 2018, les délais de prescription pour viols et agressions sexuelles sont actuellement de :

#### Pour les majeurs :

- 20 ans après la date du viol (crime)
- 6 ans après l'agression sexuelle (délit)

#### Pour les mineurs :

- 30 ans à partir de sa majorité pour un viol. La victime a donc jusqu'à ses 48 ans pour porter plainte (auparavant, le délai était de 20 ans)
- Si la victime mineure a moins de 15 ans au moment de l'agression sexuelle, elle a 20 ans à partir de sa majorité pour porter plainte. La victime a donc jusqu'à ses 38 ans pour porter plainte.

- Si la victime mineure a plus de 15 ans au moment des faits, elle a 10 ans à partir de sa majorité pour porter plainte, soit jusqu'à ses 28 ans.

Par ailleurs, la législation française a fixé des délais de prescriptions particuliers pour certaines violences sexuelles comme le crime de proxénétisme fixant le délai de prescription à 30 ans à compter de la majorité de la victime.

Aussi, la victime dispose d'un délai de 10 ans à compter de sa majorité pour déposer plainte à l'encontre de son agresseur lorsqu'il s'agit des infractions sexuelles suivantes :

- ❖ Proposition sexuelle ;
- ❖ Corruption de mineur ;
- ❖ Recours à la prostitution de mineur ;
- ❖ Délit de proxénétisme ;
- ❖ Agression sexuelle sur mineur de plus de quinze ans ;
- ❖ Atteinte sexuelle (autre que sur un mineur de moins de 15 ans avec circonstance aggravante).

#### 2.4. Les violences sexuelles en chiffres

L'OMS a estimé en 2012 qu'un **adulte sur quatre** aurait subi de la violence physique dans son enfance (37).

L'enquête CSF (Contexte de la sexualité en France) rapporte qu'en 2006, une femme sur cinq et 6,8 % des hommes mentionnaient avoir été déjà confrontés à une agression à caractère sexuel (38).

20% des femmes et 8% des hommes ont subi au moins une agression sexuelle dans l'enfance (39). Les femmes sont donc globalement plus touchées que les hommes, bien qu'il puisse exister des exceptions dans certains milieux. En effet une étude réalisée au sein de l'église catholique a retrouvé que les abus sexuels étaient majoritairement perpétrés sur des jeunes garçons (62.8%).

En France, l'**enquête CVS** menée en France et dirigée par Guedj, a permis de recueillir les données sur les violences sexuelles intra ou hors ménage chaque année entre 2008 et 2016 (40):

- 220 000 victimes par an parmi les 18-75 ans, soit environ 0,5% de la population
- **Nature des violences sexuelles subies** : 30% des victimes déclarent en moyenne avoir subi un viol ou un rapport forcé, 15% une tentative de viol
- **Lien entre victime et l'auteur** : dans près de deux tiers des cas, la victime connaît son bourreau
- **Démarche entreprise par les victimes** : seulement 19% consultent un psychiatre ou un psychologue et 10% un médecin
- **Déclaration à la police ou gendarmerie** : parmi les 8% de viols qui font l'objet d'une plainte, 74% sont classées sans suite. Et alors que le viol relève du crime, seulement 10% des plaintes sont jugées en cours d'assises, soit 1% de l'ensemble des viols (31).
- **Population victime** : les violences sexuelles sont réparties dans tous les secteurs socio-culturels de la société, n'épargnant aucune tranche d'âge, aucune origine ethnique.

### **Pourquoi est-ce un sujet tabou ?**

Le taux de plainte est faible. Il semble très difficile pour les victimes de dénoncer les viols qu'elles ont subis. Ce fait peut s'expliquer par la proximité des liens pouvant exister entre les victimes et l'agresseur (il est plus difficile de porter plainte lorsqu'il y a un lien), la présence de menaces de l'agresseur, d'une pression de l'entourage, d'une peur de ne pas être crue, d'une honte ou d'une culpabilité. De plus l'importance des symptômes psychotraumatiques (état de choc, mémoire traumatique, évitement, dissociation et amnésie traumatique) peuvent entraver l'initiation d'une démarche de plainte. Ces derniers sont rarement pris en charge en raison du manque de formation de la plupart des professionnels de santé à les rechercher (41). Il a ainsi été démontré que les victimes de violences sexuelles portent moins plainte que les victimes de n'importe quel autre crime ou délit (42).

Les violences sexuelles sont donc fréquentes et touchent les deux sexes dans tous les milieux et dans tous les pays. Elles surviennent autant à l'intérieur des familles, qu'au travail ou que dans le monde du sport...

Il est indéniable qu'elles aient des conséquences à court et long terme surtout si elles n'ont pas été prises en charge. Et plus les victimes sont jeunes, plus ces conséquences sont

lourdes. Dans le prochain paragraphe, nous allons aborder les conséquences à long terme des violences sexuelles.

## **2.5. Les conséquences des violences sexuelles**

Bien que les violences sexuelles aient des répercussions psychiques, elles comportent également des conséquences physiques. Les victimes ont en effet une perception généralement négative de leur santé, et elles présentent davantage de symptômes, ce qui concourt à une altération du fonctionnement scolaire, personnel, ou professionnel. Il en résulte une augmentation de la consommation de soins et donc des coûts de soins globaux élevés (13). Ainsi, les violences sexuelles impacteraient la santé même 50 ans après les faits et peuvent faire perdre jusqu'à 20 ans d'espérance de vie si elles sont associées à d'autres violences (15).

Les troubles physiques pouvant découler des violences sexuelles sont multiples. Il peut s'agir de troubles gastro-intestinaux, musculaires et articulaires, neurologiques, nutritionnels, métaboliques. On peut également retrouver des affections cardio-vasculaires, des cancers, des maladies infectieuses, allergiques et auto-immunes. Dans un premier temps nous allons passer en revue ces différentes atteintes physiques qui sont associées aux antécédents de violences sexuelles. Dans un second temps, nous aborderons les troubles psychiques qui y font suite.

### **2.5.1. Les troubles chez l'adulte sur la santé physique**

Une revue de la littérature publiée en 2015 (13) par Thomas liste les pathologies engendrées par les violences sexuelles. Il décrit 3 catégories classées selon leur gravité croissante et leur temps d'apparition :

- Les douleurs : manifestations les plus fréquentes touchant tous les organes
- Les troubles fonctionnels : accompagnent les douleurs et surviennent de façon précoce
- Les troubles lésionnels : plus graves et d'apparition tardive.

De plus, il ne faut pas négliger que la symptomatologie douloureuse chronique est associée à une majoration de la dépression ou de l'anxiété.

### **2.5.1.1. Les troubles gastro-intestinaux**

Ce sont les symptômes les plus fréquents et ils sont non spécifiques : Il peut s'agir de douleurs gastriques, de diarrhées, de constipation, de vomissements, de nausées, de ballonnements.

Le **syndrome du côlon irritable** serait fréquent parmi les victimes de violences sexuelles (43). Il associe de façon chronique des douleurs abdominales, une alternance de diarrhée et de constipation, des crampes intestinales et des flatulences.

### **2.5.1.2. Les troubles musculaires et articulaires**

Ces troubles touchent tous les sites. Ils peuvent être diffus et parfois sans étiologie organique retrouvée. Par ailleurs, la **fibromyalgie** est une pathologie chronique dont le risque serait doublé après des violences sexuelles (44).

### **2.5.1.3. Les troubles neurologiques**

Les **céphalées** seraient le symptôme le plus important parmi les manifestations neurologiques (vertiges, bourdonnements...). Leur fréquence étant environ deux fois plus grande que chez les sujets sans antécédents de violences (45). Les crises psychogènes non épileptiques ont été trouvées plus fréquentes et plus sévères (46,47).

### **2.5.1.4. Les troubles gynécologiques**

Les manifestations douloureuses gynécologiques habituellement retrouvées sont :

- Dysménorrhées : douleurs au moment des règles
- Syndrome prémenstruel : douleurs avant les règles
- Dyspareunies : douleurs pendant les rapports sexuels.

D'autres signes gynécologiques sont également retrouvés :

- Pertes vaginales
- Les irrégularités menstruelles
- Ménorragies qui correspondent à des règles abondantes.

Les pathologies chroniques et douloureuses viennent en tête des affections gynécologiques observées chez les femmes ayant subi des violences sexuelles, avec une fréquence accrue des DPC (13).

Dans une ancienne étude réalisée en double aveugle datant de 1988 (48), 55 patientes devant subir une laparoscopie ont été séparées en deux groupes. Le premier groupe était composé de 25 femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques et le second de 30 femmes présentant d'autres types d'affection. La fréquence des lésions retrouvées était similaire dans les deux groupes mais il y avait 3 fois plus de victimes de violences sexuelles dans le groupe des DPC.

Nous pouvons rappeler les études en 1. de cette partie.

L'**endométri**ose est une pathologie gynécologique peu recherchée dans les anciennes études sur les douleurs pelviennes chroniques car son concept est très récent. A ce jour, une seule étude (12) datant de 2018, montre que les antécédents de violences physiques et sexuelles dans l'enfance sont associés à un plus grand risque de survenue d'endométri

Un chapitre sera consacré pour l'endométri

#### **2.5.1.5. Les troubles nutritionnels et métaboliques**

L'**obésité** à l'âge adulte (49) est souvent retrouvée. Elle peut être consécutive aux troubles du comportement alimentaire (boulimie, compulsions alimentaires), aux troubles de l'humeur (dépression, anxiété) et à l'inactivité physique (13).

Une association est également retrouvée entre le **diabète** et les violences sexuelles subies durant l'enfance (50).

#### **2.5.1.6. Les troubles cardio-vasculaires**

Le surrisque d'**hypertension artérielle** chez les victimes de sévices sexuels est en grande partie liée à la surcharge pondérale (51). Le risque de **cardiopathies ischémiques** est multiplié par 1,4 chez les victimes de sévices sexuels (52).



### 2.5.1.7. Les cancers

Il est important de souligner que les femmes agressées sexuellement ont moins recours aux dépistages gynécologiques à cause de leur traumatisme, ce qui peut expliquer le retard de prise en charge.

Des antécédents de maltraitance peuvent ainsi augmenter le risque de cancer et la susceptibilité au cancer d'une femme, en particulier le **cancer du col de l'utérus** et probablement d'autres cancers associés au HPV-HR (HPV à haut risque) (53).

L'étude réalisée sur la cohorte d'infirmières afro-américaines (Black Women's Health Study) a montré une faible association positive entre la maltraitance à l'âge adulte et le **cancer du sein** et aucune association n'a été retrouvée pour les antécédents de maltraitements juvéniles (54).

### 2.5.1.8. Les maladies infectieuses, allergiques et auto-immunes

Les maladies infectieuses sont courantes parmi les victimes de violences sexuelles notamment au moment des agressions, ou à distance par des comportements sexuels à risques induites (13). Nous pourrions lister toutes les **infections sexuellement transmissibles**. De plus il a été constaté une prévalence augmentée de l'asthme et des allergies, et même une augmentation des poussées (fréquence et intensité) chez les patients atteints de sclérose en plaque (13).

## 2.5.2. Les troubles psychiques chez l'adulte

Ils surviennent très souvent, et peuvent altérer durablement la qualité de vie et l'intégration sociale des victimes. Les conséquences sont protéiformes et souvent comorbides. Le versant psychique impacté par les violences sexuelles a fait l'objet d'une littérature abondante (55–57).

### 2.5.2.1. Les conduites suicidaires

Le suicide est la conséquence la plus dramatique des violences sexuelles. Les hommes, qui sont plus nombreux que les femmes à aboutir leur suicide (58), sont probablement plus

touchés qu'elles par ces morts précoces lorsqu'ils sont victimes de violences sexuelles. Ceci rend ainsi les violences sexuelles chez les hommes encore plus difficile à quantifier.

L'enquête *Baromètre santé 2010* de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé conduite auprès de la population française, estime que le risque de tentative de suicide serait d'environ 7 fois plus élevé chez les victimes de violences sexuelles que dans la population générale. Il existe également un lien entre l'âge auquel les premières violences sexuelles ont été subies et le risque de tentative de suicide. Plus la victime est jeune au moment des faits et plus le risque augmente (59).

#### **2.5.2.2. Les troubles thymiques**

Les violences sexuelles impactent toujours le moral des victimes, et les états dépressifs sont plus que fréquents chez celles-ci (60).

Au sein de cette population, on retrouve des particularités parmi les symptômes dépressifs. Le premier épisode est souvent plus précoce (61) et plus long. L'hypersomnie est plus marquée, avec une augmentation de l'appétit entraînant une prise de poids (62).

#### **2.5.2.3. Les troubles anxieux**

D'après une revue de la littérature (65 articles) de 2013, les plus importants facteurs de risque associés aux troubles anxieux sont des antécédents de violences intrafamiliales et de violences sexuelles (63).

On retrouve souvent l'anxiété généralisée, la phobie sociale, les troubles de panique, l'agoraphobie, les obsessions et d'autres phobies.

#### **2.5.2.4. Les troubles de la personnalité**

Les troubles de la personnalité sont souvent comorbides du TSPT et surtout à la suite de maltraitances dans l'enfance. Les troubles de la personnalité les plus décrits sont d'abord l'état limite ou **personnalité borderline**, la personnalité antisociale et la personnalité paranoïaque (64).

Une étude datant de 2010 ayant suivi pendant plus de 40 ans une cohorte de victimes d'agression sexuelle dans l'enfance a montré que les femmes victimes avaient près de **8,5 fois** plus de risque de recevoir un diagnostic de personnalité limite (65).

#### **2.5.2.5. Les troubles de l'usage de substances psychoactives**

Les conduites addictives sont le deuxième trouble le plus fréquemment associé au TSPT après la dépression (66), notamment lorsqu'il y a des antécédents de violences dans l'enfance (67).

Une revue de 2019 s'intéressant aux résultats de 19 méta-analyses (559 études, au total, et 4 millions de participants) portant sur les conséquences à long terme des violences sexuelles met en avant les 3 principales conséquences : TSPT, schizophrénie, et le mésusage de substances parmi 28 effets à long terme (68).

Afin d'amoindrir les symptômes comme les reviviscences, l'anxiété, l'irritabilité ou encore l'insomnie, les victimes peuvent pratiquer des conduites dissociantes dans le but de s'anesthésier au niveau psychique ou court-circuiter la mentalisation comme lors de la disjonction initiale traumatique en se tournant vers l'usage de toxiques (voir 1.4. de la deuxième partie).

Du point de vue neurobiologique, le lien entre TSPT et addiction passe par l'axe hypothalamo-hypophysaire. En effet ce circuit, communément appelé circuit du stress, est impliqué dans la régulation du stress, de la mémoire mais aussi de l'addiction.

#### **2.5.2.6. Les troubles du comportement alimentaire**

L'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie sont surreprésentées chez les victimes de violences sexuelles (69–71).

### **2.5.2.7. Les troubles de la sexualité**

Les premières étapes du développement psychosexuel commençant dès l'enfance, les agressions sexuelles dès le plus jeune âge peut avoir des conséquences au niveau de leur sexualité future.

Les études ont montré chez les victimes de violences sexuelles :

- Des comportements plus sexualisés : moins pudiques. Les victimes abordent des discussions avec aisance avec des personnes plus âgées et ont avec les adultes des interactions sexualisées (72)
- Une proportion plus importante d'arrestation pour crime sexuel ou prostitution (73)
- Un risque accru de grossesse précoce (74)
- Des troubles du désir, de la lubrification, de l'orgasme, pouvant engendrer une détresse (75).

### **2.5.2.8. Les troubles psychotiques**

Il s'avère qu'il existe un lien statistiquement significatif entre traumatismes dans l'enfance et hallucinations et ce, indépendamment des consommations de substances (76). Certains émettent même la possibilité d'un lien de causalité entre les violences sexuelles et les troubles psychotiques (77). Ce sujet est controversé, puisque dans une méta analyse de 2012, aucun lien n'a été retrouvé en faveur d'un lien entre les maltraitances dans l'enfance et la survenue ultérieure d'un trouble psychotique (78).

On peut supposer que des diagnostics de troubles psychotiques seraient parfois erronés étant donné le nombre de syndromes de stress post traumatique parmi les patients atteints de pathologies psychiatriques graves (79).

### **2.5.2.9. Le Trouble de Stress Post-Traumatique**

Cette conséquence psychique est majeure dans les violences sexuelles et le TSPT fera l'objet d'un paragraphe dédié ci-dessous.

## 2.6. Conclusion

Après avoir parcouru l’historique des traumatismes et des violences sexuelles, leur cadre juridique et leurs conséquences aussi bien physiques et psychiques, nous allons nous attarder sur le TSPT qui est une conséquence psychique majeure, peu diagnostiquée car peu dépistée.

## 3. Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)

Dans ce chapitre, nous allons nous pencher seulement sur les TSPT constitués, c’est-à-dire ceux dont les symptômes sont présents depuis plus d’un mois.

Le TSPT se définit comme le développement de symptômes caractéristiques faisant suite à l’exposition à un ou des évènements traumatiques.

L’évènement traumatique est défini dans le DSM-5 comme « l’exposition à la mort ou menace de mort, à des blessures graves ou à de la violence sexuelle » (80) alors que dans la CIM-10 (en attente d’être réactualisé pour la CIM-11) il est défini « comme un évènement stressant ou une situation de menace exceptionnelle ou de nature catastrophique susceptible de causer une grande détresse chez presque tout le monde » (81).

### 3.1. Clinique du TSPT

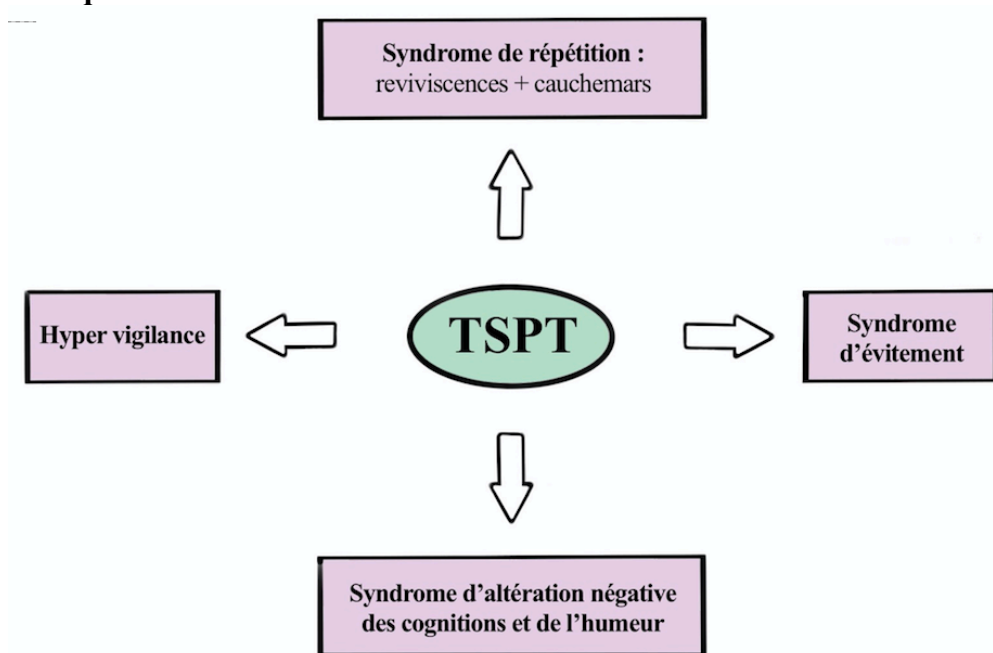


Figure 1 : Carré symptomatique du TSPT

Le TSPT se définit par le carré symptomatique suivant (résumé dans la figure 1) :

### 3.1.1. Syndrome de répétition

- Les reviviscences : ce sont les symptômes pathognomoniques du TSPT, elles apparaissent sous la forme de souvenirs envahissants et involontaires.

La victime peut avoir l'impression de réellement revivre la scène traumatique avec la même composante sensorielle, émotionnelle, physiologique, comprenant les symptômes physiques de peur, ainsi que le sentiment de détresse. Des facteurs déclenchants internes ou externes de ces reviviscences sont souvent identifiés.

- Les cauchemars traumatiques au cours desquels se rejoue l'évènement traumatique.

### 3.1.2. Syndrome d'évitement

Il se définit comme l'évitement des stimuli pouvant rappeler l'évènement traumatique. Ces stimuli peuvent être des objets, des personnes, des lieux, des situations rappelant l'évènement traumatique.

### 3.1.3. Syndrome d'altération négative des cognitions et de l'humeur

Il s'exprime par des distorsions cognitives et affectives. Les victimes peuvent rapporter des modifications persistantes concernant leurs attentes, leurs affects, leur perception d'elles-mêmes et des autres ou de l'avenir ainsi qu'une altération négative de leur propre identité.

### 3.1.4. Syndrome d'altération de l'éveil et de la réactivité = hypervigilance

L'hypervigilance est définie comme une sensibilité accrue aux menaces potentielles, accompagnée d'une réaction de sursaut ou d'une nervosité face à des stimuli inattendus. Cet état d'hypervigilance parfois incessant fatigue et conduit à des troubles de la concentration. Les troubles du sommeil fréquents peuvent être mis en lien avec ce syndrome d'altération de l'éveil en plus des cauchemars traumatiques.

En plus de ce carré symptomatique et diagnostique, il peut y avoir des **symptômes dissociatifs persistants** correspondant à des manifestations de dépersonnalisation (se sentir détaché de son propre corps, de son esprit, de ses sentiments et/ou de ses sensations) ou de déréalisation (un sentiment de détachement de l'environnement qui semble irréel).

### 3.2. Le trouble évolue dans le temps et est défini selon sa durée :

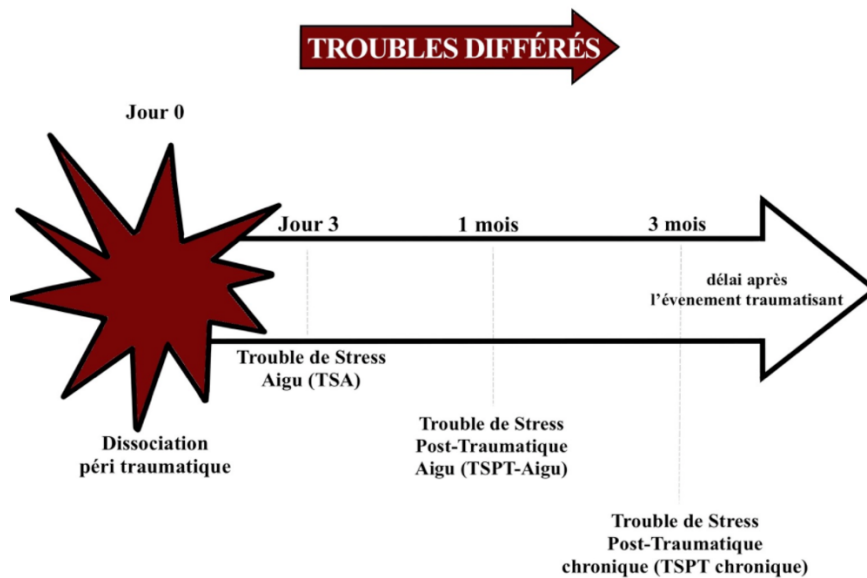


Figure 2 : Évolution du trauma

- J0 : dissociation péti-traumatique
- J3-J30 : TSA (Trouble de Stress Aigu) (annexe 1)
- M1-M3 : TSPT (Trouble de Stress Post Traumatique) (annexe 2)
- >M3 : TSPT chronique (Trouble de Stress Post Traumatique chronique)

Après un évènement traumatique, si l'apparition de symptômes psychotraumatiques éphémères est fréquente, l'évolution chronique vers un TSPT reste relativement rare. 10% des hommes et 20% des femmes qui sont soumis à un évènement traumatique développeront un TSPT au cours de leur vie. Cette tendance est modifiée en fonction de l'évènement traumatisant puisque dans le cas des violences sexuelles le taux de TSPT est de deux tiers (14).

Concernant l'évolution du trouble, il est classiquement admis que pour affirmer le diagnostic de TSPT, la symptomatologie décrite doit persister plus d'un mois après la confrontation à l'évènement traumatique. Avant un mois, on parle classiquement de Trouble de Stress Aigu.

Habituellement, les symptômes débutent au cours des 3 premiers mois suivant le traumatisme, bien qu'il soit possible que l'expression de ces symptômes soit retardée.

### 3.3. Facteurs de risque de développer un TSPT

La survenue d'un TSPT à la suite d'un évènement traumatique n'est en aucun cas le résultat du seul fait de la nature traumatique de l'évènement. L'étiologie de ce trouble est bien plus complexe et inclut des facteurs intrinsèques et extrinsèques.

La sévérité de l'évènement est fonction du degré d'exposition à la mort, de sa nature, de sa durée, sa fréquence, de son caractère imprévisible et incontrôlable. L'intentionnalité de l'agresseur à recourir à la violence et son refus de porter secours à la victime sont des éléments fortement pathogènes.

De manière générale, les femmes risquent deux fois plus de développer un TSPT que les hommes, elles développent des symptômes plus sévères et d'une durée plus longue.

L'impact du traumatisme est dépendant de la personnalité de la victime, de ses antécédents, de ses croyances, de sa vulnérabilité et de son état mental au moment du trauma qui sont des facteurs intrinsèques.

Le coping (terme anglo-saxon définissant la capacité de l'individu à fournir un effort cognitif et comportemental afin d'empêcher un débordement de ses défenses psychiques) et la résilience (capacité à se projeter vers l'avenir malgré la survenue d'évènements traumatisants) sont des paramètres individuels influençant l'impact du trauma.

La restauration psychique est influencée par la qualité du soutien social, professionnel et par la susceptibilité des victimes à consentir aux soins en santé mentale. Un défaut de soutien est un risque majeur de TSPT.

### 3.4. Comorbidités psychiatriques

Dans 80% des cas, le TSPT est associé à d'autres psychopathologies surtout s'il est ancien et si la victime a subi plusieurs traumatismes. Les comorbidités les plus retrouvées sont notamment la **dépression, les troubles anxieux et le trouble de l'usage de substances psychoactives**. D'après l'enquête française SMPG (Santé Mentale en Population Générale) (82) le lien avec le risque suicidaire était clairement établi, avec 15 fois plus de tentative de suicide dans le mois écoulé chez les sujets présentant un TSPT.



Il existe également une forte corrélation entre la présence d'un TSPT et les pathologies addictives :

- **Trouble de l'usage de l'alcool (TUA)** : il est retrouvé chez 28% des femmes et 52% des hommes présentant un TSPT (83)

- **Trouble de l'usage de substances (TUS)** :

- Le TSPT est associé à un risque 2 à 4 fois plus important de développer un TUS (84)
- La prévalence des TUS dans cette population est de 34% (85)
- Une autre étude montre que les patients présentant un TUS ont un risque 5,27 fois plus important de présenter un TSPT par rapport à la population contrôle (86).

L'éthiopathogénie du TUS la plus partagée dans les études reste néanmoins celle de l'**automédication** dont l'objectif avancé est de contrôler les symptômes du TSPT (détresse psychologique, troubles du sommeil, hypervigilance, etc.) (87,88). Les patients souffrant d'un TSPT consomment dans le but de réduire les symptômes désagréables. Le soulagement ressenti lors de la première consommation les amène alors à recourir plus facilement à la substance lorsqu'ils ressentent de nouveau des émotions négatives (89,90). D'après Saladin, la présence du TSPT pourrait augmenter le risque de rechute en intensifiant l'envie irrésistible de consommer (« craving »). L'élément rappelant le traumatisme augmenterait l'envie de façon plus importante que face un élément neutre (91). Chez les patients présentant un TSPT et notamment si le trauma s'est déroulé dans l'enfance, il y a un déficit des stratégies d'adaptation qui les mèneraient à consommer davantage. Ce déficit découlerait d'un développement anormal des processus de régulation des émotions, de résolutions de problèmes ou de relations interpersonnelles (92).

### 3.5. Conclusion

Nous avons donc abordé les violences sexuelles, le TSPT, ses facteurs de risques et ses comorbidités. Nous allons maintenant nous pencher sur la dernière entité de ce travail : l'endométriose, dont il a été montré que le passé de violences sexuelles physiques et sexuelles augmentait le risque de survenue (12).

## **4. L'endométriose**

Dans ce chapitre, les données sont pour la plupart issues du rapport de la HAS de 2017 concernant la prise en charge de l'endométriose et sur les données de l'association Endomind France, agréée par le ministère de la santé et souvent mises à jour (24).

Comme il est écrit dans la HAS, les associations sont primordiales dans la prise en charge de l'endométriose. Cette pathologie est d'ailleurs devenue médiatisée grâce aux associations de patientes devenues des interlocutrices pertinentes. Il est important de prendre en compte leur regard en se basant sur les données de la médecine factuelle, et de distinguer ce qui repose sur des craintes ou des croyances. Ces recommandations ont donc été écrites avec l'aide d'experts.

Devant cette maladie évolutive, handicapante, douloureuse et incurable, imposant des soins médicaux importants, les associations ne cessent de se battre pour faire reconnaître la maladie. Endomind France rédige une lettre ouverte en juillet 2020 afin que la pathologie soit inscrite dans la liste des ALD 30 (Affection Longue Durée), Olivier Véran, ministre de la justice a annoncé fin juillet que la question était en cours d'évaluation.

### **4.1. Définition de l'endométriose**

L'endométriose est une maladie caractérisée par la présence anormale de tissu utérin (ou tissu endométrial) en dehors de la cavité utérine. Cette anomalie engendre des lésions composées de cellules qui possèdent les mêmes caractéristiques que celles de la muqueuse utérine (l'endomètre) et qui se comportent comme elles sous l'influence des hormones.

## 4.2. Anatomie de l'appareil génital féminin

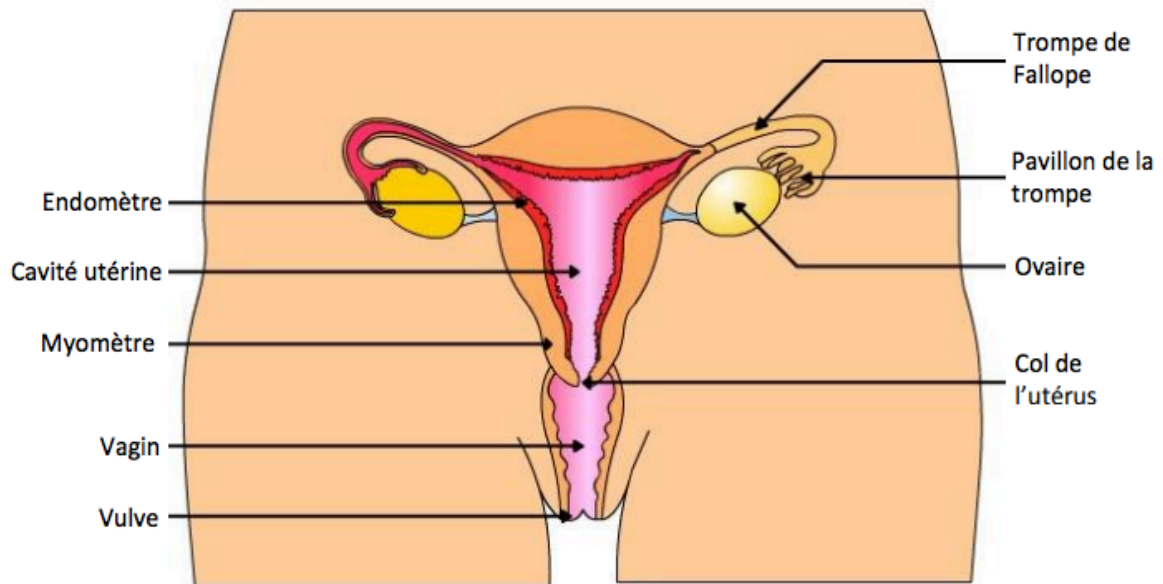


Figure 3 : Anatomie de l'appareil génital féminin (93)

## 4.3. L'étiopathogénie de l'endométriose

L'étiologie et l'évolution imprévisible de cette maladie restent énigmatiques d'autant que certaines femmes atteintes par la maladie ne sont pas douloureuses. La pluralité des hypothèses témoigne de l'importance de nos incertitudes (figure 4).

Parmi les nombreuses théories, aucune n'explique totalement toutes ses formes. L'endométriose est considérée comme une maladie multifactorielle, influencée par la génétique, l'environnement, les facteurs endocriniens, les hormones...

Nous allons découvrir les théories les plus reconnues.

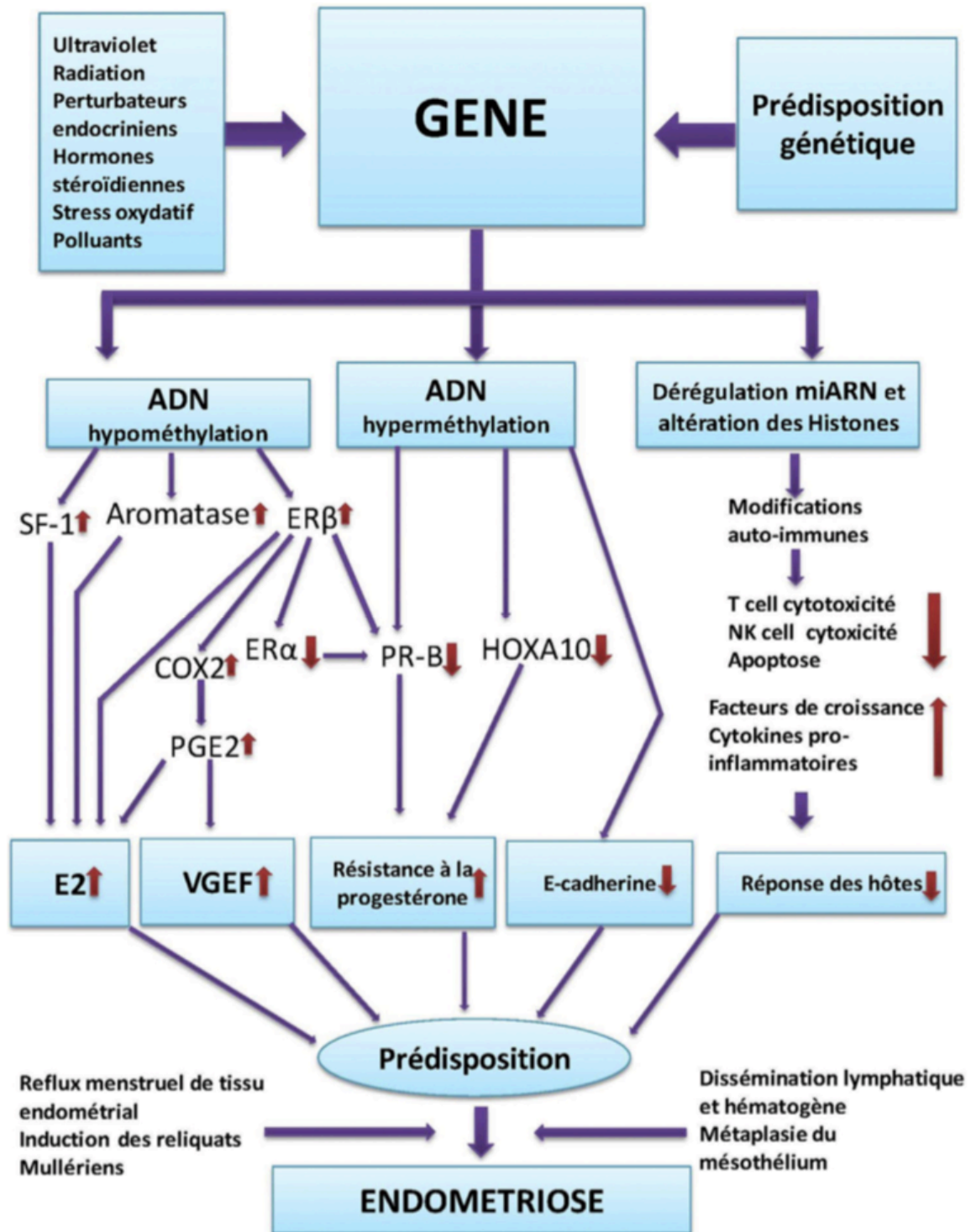


Figure 4 : Physiopathologie de l'endométriose (94)

### 4.3.1. Théorie du reflux de tissu endométrial



Figure 5 : Théorie du reflux (95)

D'après la HAS, il s'agit de la seule théorie à ce jour permettant d'expliquer la répartition asymétrique des lésions (20). Lors des menstruations, le sang peut passer par les trompes et parvenir à la cavité abdominale en emportant des cellules pluripotentes capable de générer des lésions d'endométriose. Sur le plan moléculaire, l'inflammation et la biosynthèse des hormones stéroïdiennes favorisent l'implantation et la croissance des lésions. Seulement, cette théorie ne peut expliquer à elle seule la physiopathologie de cette pathologie puisque 90% des femmes présentent des saignements rétrogrades et seulement 10 % développent de l'endométriose.

### 4.3.2. Théorie de la métaplasie cœlomique

Elle se base sur l'hypothèse que tout tissu provenant de la même origine embryologique pourrait être à l'origine d'une métaplasie de type endométrial sous l'influence de stimuli qu'ils soient hormonaux, inflammatoires, génétiques...

### 4.3.3. Théorie de la migration à distance

Elle se base sur l'hypothèse d'une dissémination par voie lymphatique et hémotogène des cellules endométriales pouvant expliquer les localisations à distance.

#### 4.4. Localisations de l'endométriose

On distingue classiquement 3 formes principales :

- Endométriose superficielle : endométriose limitée au péritoine.
- Endométriose profonde : endométriose qui infiltre l'espace rétro-péritonéal ou les viscères, rectum, vagin, utérus, vessie, uretère, intestin grêle, etc...
- Endométriome ovarien : kyste endométriosique de l'ovaire.

Les autres formes :

- Endométriose extra-pelvienne : pariétale, diaphragmatique, thoracique.
- Adénomyose : forme interne d'endométriose au muscle de l'utérus.
- Localisations ectopiques : nerfs sacraux pelviens, nombril.

Ce tissu endométrial peut exceptionnellement se retrouver sur d'autres organes comme les poumons, le diaphragme, les reins, les cicatrices cutanées.

Les sites privilégiés sont principalement localisés au niveau du petit bassin : péritoine, ovaires, trompes, ligaments utéro-sacrés, en avant de l'utérus, entre l'utérus et le rectum.

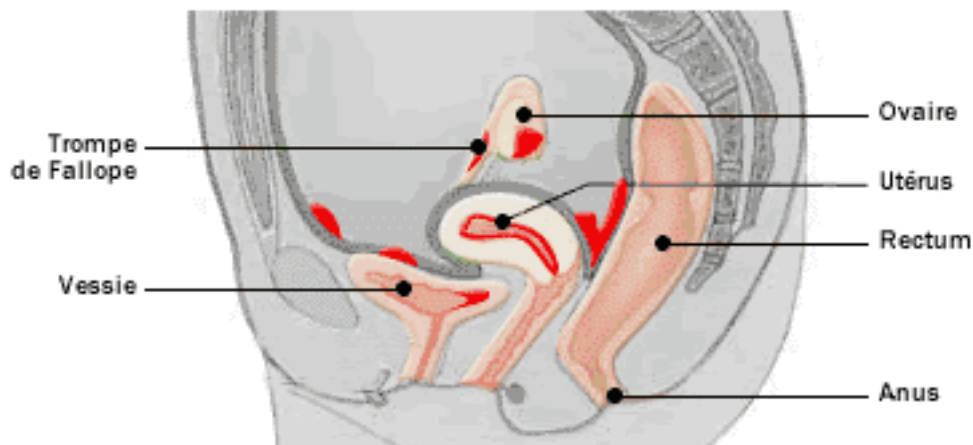


Figure 6 : Les différentes localisation de l'endométriose (en rouge) (96)

#### 4.5. Les principaux symptômes de l'endométriose

- Dysménorrhées: douleurs en rapport avec les règles (douleurs au bas ventre, bas du dos...), (évaluées par une intensité de 8 ou plus, un absentéisme fréquent, ou une résistance aux antalgiques de niveau 1)
- Dyspareunies: douleurs (plus ou moins profondes) lors des rapports sexuels
- Dysuries: douleurs urinaires à recrudescence cataméniale (problèmes à la miction, infections à répétition...)
- Dyschésies et autres troubles intestinaux à recrudescence cataméniale: douleurs pour éliminer les selles, alternance diarrhée et constipation, ballonnements, gonflements...
- Douleurs pelviennes chroniques à recrudescence cataméniale: douleurs aux ovaires, contractions utérines...
- Asthénie: fatigue chronique (sentiment d'épuisement, stations debout/assise difficiles...)
- Douleurs de dos et d'épaules (douleurs lombaires, compression au niveau du diaphragme...)
- Infertilité (insuffisance ovarienne, trompes atrophiées, problème à la nidation...).

#### 4.6. Évaluation de la qualité de vie

L'endométriose symptomatique est associée à une altération de la qualité de vie.

Deux questionnaires de qualité de vie spécifiques, dédiés aux patientes endométriosiques sont disponibles et validés en langue française :

- L'Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30) et sa version courte l'Endometriosis Health Profile-5 (EHP-5)
- Un questionnaire de qualité de vie générique, le questionnaire SF-36 (Short Form-36), est également validé dans l'endométriose.

Le syndrome douloureux chronique des patientes atteintes d'endométriose est responsable d'un retentissement physique, psychique et social important. L'endométriose peut être associée à une modification des seuils douloureux avec discordance anatomo-clinique (phénomène de sensibilisation).

#### 4.7. Comorbidités

L'endométriose rentre dans le cadre des syndromes douloureux chroniques qui sont associés à une majoration de l'incidence de dépression et d'anxiété. La figure 7 montre l'évolution d'une douleur qui se chronicise et devient un syndrome douloureux chronique.

Il est important de rappeler que les désordres psychiques et les douleurs chroniques ont des dénominateurs communs. Les études épidémiologiques suggèrent qu'il existe un rapport bidirectionnel entre les deux, c'est-à-dire que l'un entrainerait l'autre et vice-versa.

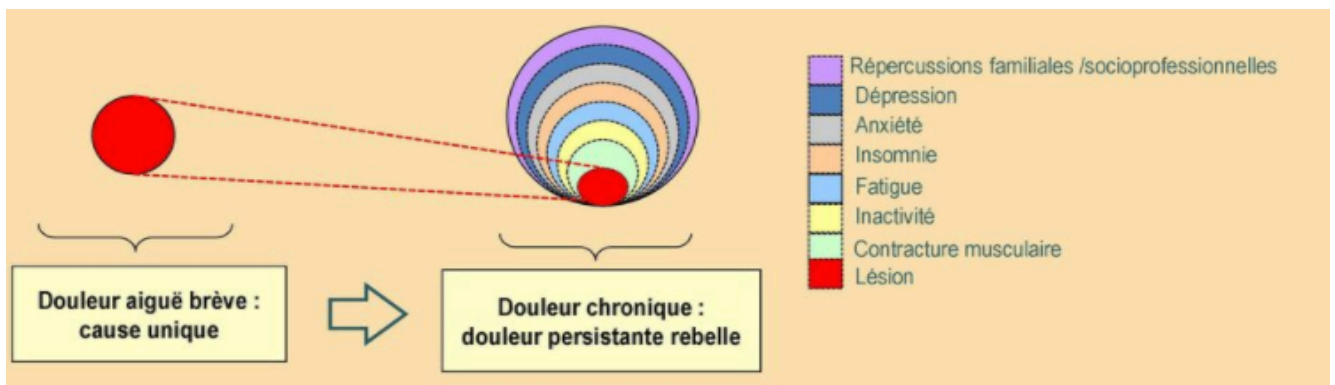


Figure 7 : Constitution d'un syndrome douloureux chronique d'après Boureau (97)

#### 4.8. Diagnostic

L'endométriose est difficile à diagnostiquer, aucun biomarqueur n'existe pour la détecter ou l'exclure. Le diagnostic d'endométriose par imagerie est opérateur-dépendant : plus il aura de l'expérience, plus le résultat sera fiable (24).

Les examens complémentaires sont de préférence l'**échographie** pelvienne ou endo-rectale et en seconde intention l'**IRM** (Imagerie par Résonance Magnétique) **pelvienne**. En dernier recours, la **œlioscopie diagnostique** peut être réalisée lorsque la suspicion clinique est forte et que les examens préopératoires sont négatifs, bien que la chirurgie doive également s'insérer dans une stratégie de prise en charge des douleurs ou de l'infertilité. Cet examen permet dans le même temps de prélever du tissu endométrial pour confirmer le diagnostic par un examen anatomopathologique.



## 4.9. Traitements

Le traitement consiste essentiellement à soulager la douleur et dépend du désir de grossesse de la patiente (20) :

- Les **antalgiques** sont régulièrement prescrits mais ne sont pas recommandés en continu devant les effets secondaires.
- La **contraception** qui a pour but de canaliser les crises douloureuses des patientes. Elle permet la régularisation des cycles, de diminuer les flux menstruels voire de les supprimer afin de limiter le développement des lésions responsables des symptômes de l'endométriose. Elle ralentit la maladie mais l'endométriose peut malgré tout continuer à progresser.

En contrepartie elle ne permet pas à la patiente de pouvoir procréer. Pour ce faire elle doit arrêter la contraception au risque d'une recrudescence des douleurs.

- La **chirurgie par coelioscopie** est proposée lorsque le traitement médical n'est plus efficace ou que les lésions sont devenues trop envahissantes ou dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation (PMA) (qui permettra une stimulation de l'ovulation, une insémination artificielle ou une fécondation in vitro).
- D'autres pratiques sont recommandées par la HAS : le yoga, l'acupuncture et l'ostéopathie.

## 5. Conclusion

Pour conclure cette première partie, l'hypothèse d'un lien entre les violences sexuelles, le TSPT et l'endométriose est régulièrement retrouvé. Plus largement, les violences sexuelles sont récurrentes chez les patientes présentant des douleurs pelviennes chroniques, et l'endométriose est de loin la comorbidité la plus commune chez les patients consultant pour DPC.

Anne Gabard, gynécologue et docteur de philosophie médicale, s'est intéressée à travers son expérience à l'impact de l'histoire de vie sur la santé. Elle a écrit une imposante thèse en 2017 après 40 ans d'exercice, dans laquelle elle regroupe un grand nombre de cas cliniques autour de l'endométriose et expose son expérience ainsi que ses connaissances. Elle décrit un grand nombre de ces femmes consultant pour des douleurs pelviennes chroniques, cystites, endométriose... Et elle relève avoir été frappé par la fréquence des violences sexuelles chez les femmes porteuses d'endométriose, un pourcentage au moins supérieur à 50% (10). Elle a pris pour habitude d'intégrer la question des violences sexuelles à ses entretiens, au fur et à mesure

de sa carrière, et s'est aperçue que le traitement de la question des violences sexuelles ainsi que l'écoute empathique amélioreraient la qualité de vie des patientes atteintes. Elle continue aujourd'hui de prendre en charge ces patientes sans limite de temps afin de reprendre l'histoire de vie en profondeur. Ses constatations remettent en cause le dualisme opposant le corps et l'esprit rejoignant également ce que dit Violaine Guérin : « le corps parle là où il a souffert ».

Le peu de connaissances concernant les trois entités précédemment étudiées s'explique par le fait que :

- L'endométriose est une pathologie multifactorielle dont la physiopathologie est encore mal comprise. Il n'existe que des hypothèses physiopathologiques et il n'y a aucun traitement spécifique. Le retard de prise en charge ou des connaissances sur cette pathologie touchant une femme sur dix en âge de procréer est conséquent
- Les violences sexuelles sont également un sujet tabou, bien que cela tende à changer depuis les dernières années
- Le TSPT a surtout été étudié après les guerres, bien qu'il ait connu un nouvel intérêt récent après les attentats.

Il est maintenant plus aisé de comprendre que ces trois sujets pourraient être intriqués, même si les mécanismes ne sont pas encore clairs. La prise en charge se doit d'être multidisciplinaire compte tenu des aspects transnosographiques.

Ces trois sujets sont plus que jamais d'actualité. La libération de la parole des femmes permet de grandes avancées au niveau de la recherche.

Le lien hypothétique entre ces trois entités pourrait être représenté comme suit :

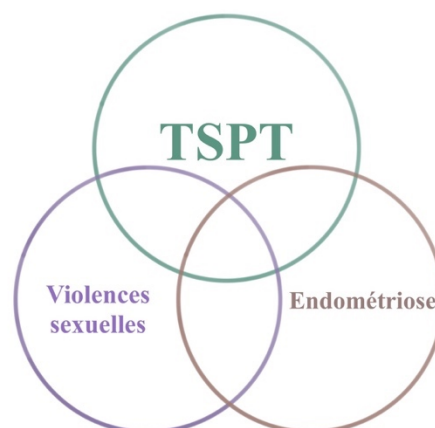


Figure 8 : Représentation schématique du lien possible entre les violences sexuelles, TSPT et endométriose

Lors des assises internationales de Stop aux Violences sexuelles en janvier 2019, Violaine Guérin, gynécologue, illustre l'hypothèse d'un lien entre l'endométriose et les violences sexuelles en adaptant le schéma de l'étude de H. Harris (12) (figure 8). Elle émet plusieurs hypothèses en intégrant les violences sexuelles aux facteurs pouvant favoriser la survenue d'une endométriose.

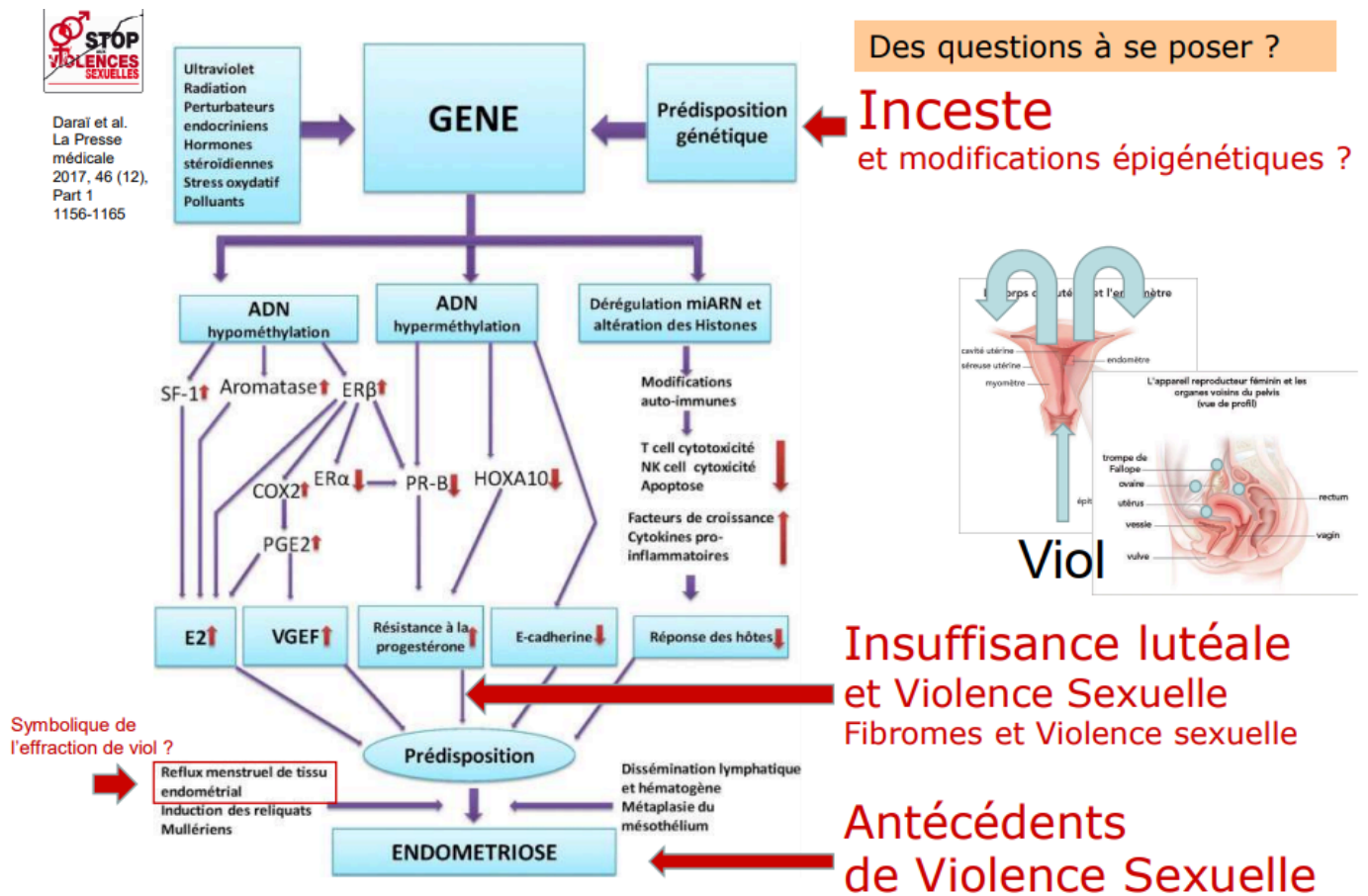


Figure 9 : Hypothèse de l'impact des violences sexuelles sur la physiopathologie de l'endométriose (11)

Dans la deuxième partie de ce travail, nous aborderons les mécanismes physiopathologiques de ces entités qui ont toutes les trois des répercussions sur la santé mentale, puis nous aborderons celle des douleurs chroniques.

## DEUXIEME PARTIE : Regard sur la physiopathologie

Dans cette partie, nous allons nous pencher sur les mécanismes mis en jeu lors des violences sexuelles, du TSPT et de l'endométriose, ainsi que celui des interactions entre le stress et la douleur même si celui-ci n'est pas encore totalement élucidé. Nous décrivons ensuite une étude chez le rat qui nous permettra d'émettre l'hypothèse de notre troisième partie.

### 1. Physiopathologie du trauma

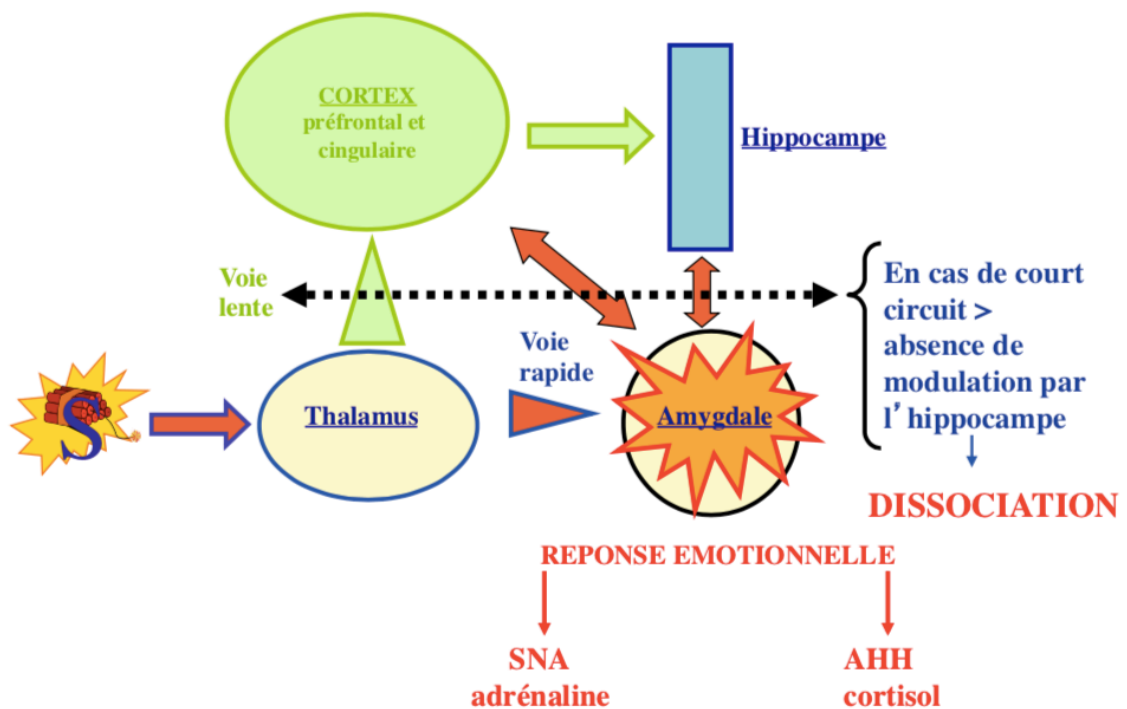


Figure 9 : physiopathologie du TSPT (98)

Nous tenterons de décrire les mécanismes neurobiologiques qui s'enchaînent lors d'un violent traumatisme puis nous continuerons sur les mécanismes de constitution d'un TSPT.

### 1.1. Réponse émotionnelle habituelle lors d'un danger

Concrètement, nous sommes tous programmés pour réagir face à un danger, la peur est l'une des premières émotions que l'espèce humaine a pu ressentir grâce au cerveau reptilien, et lui a permis de persister jusqu'à aujourd'hui.

L'**amygdale** est le centre de la peur, il détecte le danger et va informer l'organisme qu'il faut réagir rapidement face au danger. Pour cela, l'organisme déploie une cascade de réactions. Le cerveau et les surrénales sécrètent les hormones du stress que sont le cortisol et l'adrénaline. Elles ont pour but de mettre à disposition un maximum d'oxygène et de glucose, pour éventuellement fuir ou combattre le danger (fight or flight).

Il existe deux voies de prise en charge en réponse à un danger :

- **Voie courte thalamus-amygdale** : le danger va activer directement l'amygdale et permettre une réaction immédiate avant même qu'il soit perçu par le cortex et l'hippocampe. Par exemple, si lorsque nous conduisons et que nous nous trouvons brutalement face à un danger, un coup de volant peut vite arriver de manière automatique, comme si nous n'avions pas eu le temps de réfléchir à la situation.
- **Voie longue thalamus-cortex-hippocampe-amygdale** : dans un deuxième temps, la situation va être analysée :
  - Le cortex associatif permet d'intégrer, de transformer ces représentations en concepts. Il est le siège de la mémoire de travail avec des pensées immédiates.
  - L'hippocampe est le siège de la mémoire issue des expériences affectives et des apprentissages, permettant l'analyse du contexte et de l'espace. Une personne peut alors adapter sa réaction face à un événement connu. Cette voie permet d'affiner nos réactions en fonction de nos souvenirs.

### 1.2. Que se passe-t-il lors d'un traumatisme comme une agression sexuelle ?

Toutefois, la violence du stress peut être telle que la réaction émotionnelle ne peut s'éteindre. Lors d'un traumatisme, les hormones sont sécrétées en continu, il y a un risque vital devant les taux élevés de cortisol (neuro-toxicité), et d'adrénaline (toxicité cardiaque). Pour stopper cet emballement toxique et mortel, le cerveau disjoncte pour permettre une survie immédiate. Au niveau cérébral, ceci est traduit par l'isolement de l'amygdale du cortex qui ne peut plus analyser la situation, le circuit long n'est pas mis en place et empêche l'hippocampe

de faire son travail. L'évènement n'est pas analysé, il ne peut donc être intégré à la mémoire autobiographique. Cette mémoire devient alors errante, c'est ce qu'on appelle la mémoire traumatique.

La victime est dans un état de sidération et de paralysie psychique. C'est cet état qui explique l'impossibilité d'une victime à crier, à réagir ou à se débattre. Il entraîne un état dissociatif avec une anesthésie émotionnelle.

### **1.3. La mémoire traumatique**

La mémoire traumatique contient non seulement les violences, mais également tout le contexte accompagné des émotions, des douleurs et des sensations ressenties par la victime. Elle peut s'assimiler à une véritable torture pour les victimes lors des reviviscences.

### **1.4. Les conduites dissociantes et d'évitement**

Les traumatisés déploient une vigilance de chaque instant pour éviter les situations qui risquent de faire rappeler le traumatisme. Des conduites d'évitement se mettent en place, elles deviennent hypervigilantes jusqu'à ne plus pouvoir dormir. Souvent pour maîtriser ces phénomènes, les victimes découvrent la possibilité de s'anesthésier émotionnellement grâce à des conduites dissociantes afin d'augmenter brutalement le stress pour retrouver la disjonction et ressentir à nouveau le cocktail anesthésiant. Mais les victimes peuvent également recourir à des consommations de drogues exogènes et tomber ainsi sous le joug du trouble de l'usage de substances.

### **1.5. La constitution du TSPT**

Tout ce système mis en place devant l'évènement traumatique peut continuer à dysfonctionner et ainsi constituer un TSPT :

- Le trauma apporte une réponse exagérée de l'**amygdale**, participant à une acquisition en excès d'associations et de réponses à la peur
- Le **cortex frontal** dysfonctionne et empêche l'extinction de la mémoire de la peur
- L'**hippocampe** dysfonctionnant explique un défaut d'évaluation des priorités.

**Au niveau neuroanatomique**, des altérations du circuit des émotions sont retrouvées à l'imagerie cérébrale. On retrouve ainsi une hyperactivation de l'amygdale, de la partie dorsale

du cortex cingulaire antérieur et de l'insula, ainsi qu'une dysfonction de l'hippocampe, du cortex fronto-pariétal et une atrophie de l'hippocampe (99,100).

Par ailleurs, l'exposition à un stress chronique peut rapidement entraîner une libération pathologique et continue d'une « soupe » inflammatoire de cytokines et de prostaglandines. Le dysfonctionnement du cycle de réponse au stress par l'hyperactivation de l'axe hypothalamo-hypophysaire entraîne une synthèse accrue d'**hormone de libération de la corticotrophine** (CRH) qui affecterait la sensibilité à la douleur (101).

## **2. L'impact du stress sur la douleur**

L'activation du réseau de réponse au stress abaisse les seuils de douleur, et des niveaux élevés d'anxiété sont systématiquement liés à une plus grande sensibilité à la douleur (102).

### **2.1. L'impact du trauma sur la douleur**

Une exposition dans l'enfance à un traumatisme est physiologiquement représentée comme un niveau de **stress élevé**, pouvant se chroniciser et avoir un effet majeur sur le profil de santé d'une femme et sur ses capacités adaptatives. Les traumatismes répétitifs, tels que les abus sexuels subis pendant l'enfance, pourraient expliquer à la fois les symptômes somatiques de la douleur pelvienne chronique et le stress post-traumatique qui y est associé (23), mais ce mécanisme n'est pas encore élucidé. Lorsqu'on s'intéresse au DPC, près de la moitié des femmes signalent des antécédents d'abus sexuels et physiques. Et parmi les patientes ayant à la fois des antécédents d'abus et de douleurs pelviennes chroniques, un tiers d'entre elles présentaient également un syndrome de stress post-traumatique comorbide (18,19).

### **2.2. Endométriose et détresse psychique**

Les femmes atteintes d'endométriose présentent un risque de détresse psychologique modérée à sévère plus élevé que les femmes sans antécédent de cette maladie (103).

Si de nombreuses maladies chroniques, entraînent des douleurs chroniques, l'endométriose est en soi particulière car en plus d'être invalidante, elle touche à la question de la reproduction.

D'après la revue de la littérature de Sieberg et al. (21), de nombreuses études ont montré qu'un passé anxieux, de dépression, de traumatisme physique et psychologique était un facteur

prédictif important de l'apparition des douleurs chroniques plus tard dans la vie (voir paragraphe 2.5. de la première partie listant les conséquences des violences sexuelles), en jouant un rôle dans le développement de la sensibilisation centrale. Pour l'endométriose, ces facteurs psychologiques jouent un rôle important dans la gravité des symptômes (104). Il a été démontré que des niveaux élevés d'anxiété et de dépression peuvent amplifier la gravité de la douleur (105).

Ces résultats suggèrent qu'une dysrégulation antérieure du système nerveux peut entraîner une forte susceptibilité à la **chronicisation de la douleur** via le développement de la sensibilisation centrale. Plusieurs facteurs s'accumulent dans ce sens pour les douleurs pelviennes chroniques englobant l'endométriose. Pour la plupart des pathologies chroniques, les études se rejoignent pour dire que l'activation du réseau de réponse au stress abaisse les seuils de douleur.

Pour expliquer cette sensibilisation centrale, il nous faut passer par les douleurs chroniques et notamment pelviennes puisque peu d'études sont spécifiques à l'endométriose.

### **3. L'endométriose parmi les douleurs chroniques**

Il faut bien comprendre que les lésions d'endométriose ne sont pas forcément douloureuses, elles sont découvertes de façon fortuite dans 7 à 10 % des chirurgies abdominales et pelviennes et 20 à 25 % des femmes atteintes d'endométriose sont asymptomatiques, ce qui indique qu'il existe un sous-ensemble de femmes atteintes d'endométriose qui ne ressentent pas de douleurs pelviennes (21).

Lorsque l'endométriose est douloureuse de façon chronique, elle peut devenir secondairement une DPC. Pour rappel, le taux de prévalence de l'endométriose parmi les DPC est de l'ordre de 64% à 82% selon les études (17). Malheureusement, il y a eu très peu de recherches sur les mécanismes contribuant à la DPC associée à l'endométriose par rapport à d'autres maladies associées à la douleur chronique. Dans ce paragraphe, on va logiquement se référer aux études des DPC pour expliquer les douleurs chroniques de l'endométriose.



### 3.1. Définition des douleurs chroniques

« Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

1. persistance ou récurrence
2. durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois
3. réponse insuffisante au traitement
4. détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

La douleur chronique peut être accompagnée

5. **de manifestations psychopathologiques ;**
6. d'une demande insistante par le patient, de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager
7. d'une difficulté du patient à s'adapter à la situation. »

D'après le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), une douleur pelvienne chronique est une douleur qui dure plus de 6 mois et qui est résistante aux antalgiques de palier 1.

Comme toutes douleurs chroniques, les douleurs de l'endométriose sont récurrentes et imposent des prises en charge **bio-psycho-sociales**.

### 3.2. Sensibilisation centrale de la douleur

**La sensibilisation centrale** de la douleur est un phénomène largement reconnu dans toutes les pathologies douloureuses chroniques, en particulier dans les douleurs pelviennes chroniques (106). Nous allons découvrir les mécanismes de sa mise en place.

Dans le cas des douleurs pelviennes chroniques, la douleur aiguë peut se centraliser à mesure que la douleur devient chronique (107,108). C'est la persistance de la douleur liée au dysfonctionnement du plancher pelvien qui constitue un risque d'une centralisation de la douleur (109,110). La douleur légère ou modérée est alors ressentie comme une douleur intense qui correspond au phénomène d'**hyperalgésie**, et les sensations tactiles peuvent être interprétées comme douloureuses, ce qui correspond au phénomène d'**allodynie**. Le caractère

chronique et persistant de la douleur est donc un phénomène secondaire aux affections qui ont causé la douleur en premier lieu (111).

Le temps avant la prise en charge a alors son importance car une fois que la douleur devient centralisée, des études suggèrent que des changements profonds se produisent dans les réseaux neuronaux impliquant l'anxiété, la cognition, la mémoire et le fonctionnement normal des systèmes inhibiteurs de la douleur du système nerveux central (21). De plus, le réseau dynamique de la douleur est sensible aux influences des troubles de l'humeur, du stress, des traumatismes physiques, émotionnels et sexuels qui peuvent contribuer au **maintien de la douleur chronique** (106). Cette réponse complexe de la douleur pourrait expliquer que de nombreuses femmes ont des douleurs persistant après l'excision des lésions. Ce constat suggère qu'il n'y a **pas de processus linéaire entre la sévérité des lésions et la perception de la douleur**. Pour preuve, la douleur réapparaît souvent même sans maladie visible lors d'une nouvelle laparoscopie (112,113).

**La sensibilisation centrale**, grossièrement caractérisée par une amplification du traitement de la douleur par le SNC, est considérée comme un facteur clé dans la physiologie de la douleur chronique, y compris la fibromyalgie, la lombalgie chronique, le syndrome du côlon irritable (106).

L'International Association for Study of Pain (IASP) définit la sensibilisation centrale comme suit : « réactivité accrue des neurones nociceptifs dans le système nerveux central face à des stimuli normaux ou inférieurs à leur seuil d'activation » (114).

Cependant, ce processus est encore mal compris en ce qui concerne l'endométriose et la douleur pelvienne secondaire, entraînant peu d'options de traitement pour cette population vulnérable.

### 3.3. Les structures cérébrales impliquées dans la douleur

La douleur est un processus très complexe impliquant notamment l'**amygdale**, le **cortex préfrontal** et l'**hippocampe**. Il existe une composante émotionnelle dans la douleur. Rappelons que dans les flashbacks du TSPT, la présence d'intrusions sous forme d'images liées à un stimulus douloureux est décrite chez les patients atteints de douleurs chroniques (115). On peut supposer un mécanisme commun avec les mécanismes du traumatisme.

### 3.4. Conclusion

Malgré une prévalence élevée de l'endométriose, sa physiopathologie et son association avec la DPC est complexe et reste encore un mystère. Néanmoins, le processus douloureux de l'endométriose associé à la DPC ressemble à un cercle vicieux : le stress agit sur la douleur, le maintien de la douleur est une source de stress, ce qui impacte également l'humeur. Le tout conduit à une sensibilisation centrale qui continue également à maintenir un niveau de stress élevé... N'oublions pas que les niveaux d'anxiété et de dépression peuvent amplifier l'intensité de la douleur.

Cette douleur est encore souvent conceptualisée comme étant périphérique, alors que cette sensibilisation centrale doit questionner sur les axes de prise en charge de l'endométriose. Par ailleurs, les chiffres élevés de violences sexuelles retrouvées chez les patientes atteintes de DPC questionnent...

Il y a eu très peu de recherches portant sur les mécanismes menant à l'établissement d'une DPC associée à l'endométriose. Plus précisément, le niveau de perception de la douleur ne fait partie d'aucune classification dans le cadre de l'endométriose (116). Pourtant une étude a montré que les femmes atteintes d'endométriose percevaient des douleurs pelviennes plus importantes que celles affectées par d'autres pathologies gynécologiques (117).

Il est donc intéressant d'explorer la perception de la douleur chez les femmes atteintes d'endométriose. Pour cela, penchons-nous sur les données de la littérature.

## **4. L'impact du stress sur la perception de la douleur des femmes porteuses d'une endométriose**

### **4.1. Données chez la femme**

Il a été constaté que les femmes atteintes d'endométriose présentent une hyperalgie généralisée dans les zones corporelles situées au-delà du site des implants ectopiques et que cette situation est favorisée par des mécanismes de sensibilisation centraux mais également périphériques comprenant entre autres l'allodynie et l'hyperalgie.

Les patientes porteuses d'endométriose présentent des symptômes d'intensité, de rythme et de fréquence à expressions très variées sans qu'aucun parallélisme anatomo-clinique ne soit retrouvé entre la localisation, l'expansion des lésions et l'intensité des douleurs perçues (3). La douleur est considérée comme une source importante de stress, qui peut lui même avoir un effet hyperalgésique (118). L'idée d'une diminution du seuil douloureux dans les douleurs chroniques est presque devenue commune, mais une étude montre que des antécédents d'abus pendant l'enfance ne sont pas toujours en faveur d'une intensification de la perception de la douleur (119).

A ce jour, aucune étude menée sur les femmes atteintes d'endométriose n'a étudié le lien entre l'intensité de la perception douloureuse et l'exposition au stress. Une étude intéressante chez le rat dont l'article a été publié en 2017 par l'équipe de Hernandez et al. a pu donner des résultats préliminaires renforçant l'idée que la perception de la douleur chez les rats porteurs d'endométriose puisse être différente en fonction de la présence de stress.

### **4.2. Étude préliminaire chez des rats porteuses d'endométriose**

Pour mieux comprendre les résultats, nous allons synthétiser cette étude (95) dont l'objectif était d'évaluer l'impact d'un protocole du stress psychologique sur le seuil de douleur :

- 3 groupes randomisés de rats ont été étudiés :
  - Groupe A : rats non stressés sans endométriose
  - Groupe B : rats porteurs d'endométrioses non stressés
  - Groupe C : rats porteurs d'endométrioses et stressés

Pour information, tous les rats ont subi une opération avec suture (après anesthésie) et l'endométriase a été inoculée uniquement dans les groupes B et C.

- La douleur était évaluée de deux manières : l'hyperalgésie était évaluée par la mesure du temps de retrait à l'exposition à une plaque chauffante. L'allodynie, c'est-à-dire le seuil douloureux, était évaluée par la mesure de l'intensité de la stimulation tactile (filament de Von Frey) nécessaire à la survenue d'un retrait.

#### Etude de l'hyperalgésie :

L'opération en elle-même a diminué le temps de latence avant le retrait des souris disposées sur plaque chauffante, et ce dans les 3 groupes, suggérant une hyperalgésie post opératoire. Dans le groupe A, celle-ci semblait temporaire et réversible. Dans le groupe B et C l'hyperalgésie est constante suggérant un effet hyperalgésiant de l'endométriase.

#### Etude de l'allodynie :

Dans les groupes A et B un effet allodynique a été objectivé suite à l'opération (diminution du seuil de la douleur). Cet effet semblait réversible pour les souris du groupe A, mais pas pour celles du groupe B, ce qui suppose une allodynie lié à l'endométriase.

Étonnamment dans le groupe C, le seuil allodynique est resté constant et a même augmenté lors de la troisième exposition.

En conclusion de l'étude, le groupe C (endométriase et stress) a développé une **hyperalgésie importante**, mais le stress a contrecarré de façon intéressante l'effet allodynique constaté dans l'endométriase, qui pourrait être le résultat d'un **phénomène d'analgésie induite par le stress**.

### **4.3. Conclusion**

Si le stress semble avoir un effet hyperalgésique, il n'entraîne pas d'allodynie chez le rat porteur d'endométriase. L'absence d'allodynie, chez les rats soumis à un stress signifie que le seuil à partir duquel un stimulus est perçu comme douloureux est constant. Autrement dit que le stimulus doit être plus fort pour être ressenti comme douloureux, comparativement à un rat sans endométriase et sans stress. La perception de la douleur est donc différente selon que le rat ait subi du stress ou non.

Qu'en est-il chez la femme ? Dans la dernière partie de ce travail, un protocole sera préparé afin de pouvoir étudier la différence de perception de douleur chez les femmes porteuses d'endométriose avec un antécédent de violences sexuelles ou non.

## **TROISIEME PARTIE : Proposition de protocole à la recherche d'une différence de perception des douleurs chez les femmes porteuses d'une endométriose avec ou sans antécédents de violences sexuelles**

---

Dans les deux premières parties de ce travail, nous définissons les violences sexuelles, le trouble de stress post traumatique et l'endométriose. L'hypothèse d'un terrain commun et inflammatoire pourrait expliquer que tous ces mécanismes soient liés et puissent avoir les uns sur les autres une influence sur la perception de la douleur et le maintien du stress... Dans la troisième partie de ce travail, les prémices d'un protocole découlant de mes recherches seront proposés.

### **1. Justification scientifique et description générale**

Le protocole suivant s'intéresse à l'impact des violences sexuelles sur la douleur des femmes porteuses d'endométriose.

#### **1.1. L'impact économique**

L'impact économique est majeur :

- Les violences sexuelles engendreraient en France 10 milliards d'euros par an (120)
- L'endométriose coûterait 4000 dollars par personne par an, soit autant que le diabète de type 2 ou la maladie de Crohn par exemple (5,6)
- Le TSPT s'évalue à 8383 dollars par an par personne (121).

Ces trois entités ont un impact économique colossal. L'enjeu en santé publique est majeur, et les recherches doivent se poursuivre.

Pour traiter les conséquences à long terme des violences sexuelles, un accompagnement multidisciplinaire est primordial incluant le suivi gynécologique et la prise en charge des violences sexuelles.

## 1.2. Intérêt - Hypothèse

Comme vu précédemment, une infime et très récente partie de la littérature unit les violences sexuelles avec l'endométriose. Cette lacune s'explique probablement car ce sont deux entités largement sous-diagnostiquées dans deux spécialités différentes.

À mesure que la douleur chronique se développe, le système nerveux central subit un changement systémique. Lorsque cela se produit, le système nerveux central réagit à divers stimuli en les interprétant (anormalement) comme étant des stimuli douloureux. Les patientes souffrant de DPC développent une hyperesthésie et une allodynie qui sont modulées par l'humeur et le stress.

La dimension de la perception douloureuse n'est pas incluse dans les classifications de l'endométriose. Pourtant c'est le symptôme qui impacte le plus la qualité de vie des patientes, et il représente donc une composante essentielle du traitement.

Plusieurs études montrent des différences de perception de la douleur :

- L'étude chez le rat porteur d'endométriose rapporte que l'hyperalgésie est bien présente mais l'allodynie constatée pourrait être modulée par le stress (95) .
- De plus, une autre étude suggère que les femmes atteintes d'une endométriose seraient plus douloureuses que celles présentant d'autres affections gynécologiques (117).

L'intérêt de notre étude est d'identifier l'impact des violences sexuelles et du TSPT sur la perception de la douleur chez les femmes atteintes d'endométriose.

L'hypothèse est que chez les femmes présentant un diagnostic d'endométriose celles qui ont des antécédents de violences sexuelles ont une perception de la douleur plus élevée que celles qui n'ont pas ce genre d'antécédents.

## 1.3. Justification des choix méthodologiques

Si ce protocole est mis en place, l'étude sera présentée aux personnes susceptibles de participer comme étant une « Recherche scientifique sur les douleurs de l'endométriose et les situations d'insécurité ». Cette présentation vise à donner une idée immédiate du contenu du questionnaire.

En ce qui concerne les questions sensibles portant sur les violences sexuelles subies, nous reprendrons les questions de l'enquête Virage (Violence et Rapports de Genre) qui a été menée



par téléphone en 2015 sur 27 268 enquêtés. C'est la seule enquête de victimation française répondant aux standards internationaux en matière de mesure des violences faites à l'encontre des femmes (122).

Des données rétrospectives à la consultation gynécologique seront récupérées pour remplir le recueil de données de façon anonyme :

- données sociodémographiques : âge
- à propos de l'endométriose : la date de diagnostic, le mode de diagnostic (histologique ou par imagerie), le niveau de localisation de l'endométriose, le nombre de chirurgies, les traitements hormonaux actuels, les traitements antalgiques, l'EVA (Échelle Visuelle Analogique) des douleurs lors de la dernière crise, EVA des douleurs chroniques et cycliques
- les antécédents psychiatriques (troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'usage de substances)
- les traitements en cours (traitements antidépresseurs, thymorégulateurs ou anxiolytiques)

Afin d'établir une relation de confiance avec l'interviewée, le questionnaire sera proposé par le gynécologue à la fin d'une consultation dans le cadre de leur suivi de l'endométriose. Les patientes pourront le remplir en salle d'attente.

Le questionnaire sera divisé en plusieurs sections comme suit :

- section 1 : une lettre d'information sur l'étude, une lettre de non opposition avec un coupon à remplir le cas échéant

- section 2 : elle évalue la qualité de vie en 10 questions grâce au questionnaire EHP-5 (Endometriosis Health Profile 5 ) (123) (annexe 3) qui est la version courte de l'EHP-30 (Endometriosis Health Profile 30), un questionnaire spécifique de l'endométriose et auto-évaluatif.

- section 3 : nous reprenons des questions de l'enquête Virage (122) pour aborder les violences sexuelles. Ces questions ont été rédigées pour être le moins violent possible, et le mot « viol » n'intervient pas.

1- « quelqu'un a-t-il, contre votre gré, touché vos seins ou vos fesses, vous a coincé pour vous embrasser, s'est frotté ou collé contre vous » : oui/non

2- « vous a-t-on forcé à faire ou à subir des attouchements du sexe, a-t-on essayé ou est-on parvenu à avoir un rapport sexuel avec vous contre votre gré ? » : oui/non

3- « vous a-t-on forcé à d'autres actes ou pratiques sexuels ? » : oui/non

Si une réponse est positive alors, il est demandé pour chaque question :

- « Combien de fois ces actes s'étaient produits ? » (réponse courte)
- « Par combien de personnes ils avaient été commis ? » (réponse courte)
- « Quel est le lien avec le ou les auteurs ? » : (réponse courte)
- « Quel âge aviez-vous ? » (réponse courte)

En plus des questions sur les violences subies, on demandera à la patiente si elle a déjà vécu un événement traumatisant de tout ordre (réponse courte). Cette question permettra d'évaluer la douleur si un TSPT est présent sans forcément qu'il soit lié aux violences sexuelles.

- section 4 : si une des réponses est positive à la section 2, il conviendra de dépister grâce à l'échelle de la PCL-5 (annexe 4) un éventuel TSPT en évaluant les symptômes psychotraumatiques. Cette échelle comporte 20 questions, peut être auto-évaluative et possède de bonnes qualités psychométriques. L'échelle est positive si le score est supérieur à 38/80.

- section 5 : à la fin du questionnaire, une information systématique est délivrée aux personnes enquêtées, qu'elles aient déclaré ou non des violences. Il est indiqué le 3919 : numéro vert national d'écoute pour les violences faites aux femmes, et le numéro de l'unité de victimologie du Centre Hospitalier Esquirol à Limoges.

#### **1.4. Rapport bénéfique / risque**

Cette étude serait observationnelle et non interventionnelle. Les patientes bénéficieront de la prise en charge classique concernant leur suivi de l'endométriose.

Le bénéfice individuel : le dépistage des violences sexuelles peut sensibiliser les éventuelles victimes à s'exprimer et s'orienter vers des numéros où elles peuvent être écoutées.

Le bénéfice collectif est d'améliorer les connaissances, sensibiliser les soignants sur l'impact des facteurs psychologiques sur les douleurs et de mieux orienter cette population souvent délaissée.

Le risque de cette étude pourrait être une décharge émotionnelle importante durant le questionnaire, d'où la nécessité de laisser des numéros à joindre.

## **1.5. Retombées attendues**

Chez les femmes atteintes d'endométriose, si la douleur retrouvée est supérieure chez celles qui ont des antécédents de violences sexuelles comparativement à celles qui n'ont pas d'antécédent de ce type, cela ouvrira le champ de recherche des traitements sur l'impact des antécédents de violences sexuelles sur la perception de la douleur de l'endométriose.

Les résultats permettront également de voir si la perception de la douleur est différente selon que le TSPT soit consécutif à des violences sexuelles ou à un autre évènement. Le but étant de personnaliser les prises en charge en incluant la question des violences sexuelles de façon systématique dans le suivi des patientes porteuses d'endométriose. Elle permettra également de sensibiliser le corps médical et d'améliorer la collaboration entre les somaticiens et les psychiatres.

## **2. Objectifs**

### **2.1. Objectif principal**

L'objectif principal de l'étude serait de rechercher une différence de perception de douleur chez les femmes atteintes d'endométriose avec antécédents de violences sexuelles ou non.

**Le critère de jugement principal sera évalué grâce à l'EVA des douleurs chroniques de l'endométriose.**

### **2.2. Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires seraient de :

- Rechercher une différence de qualité de vie chez les femmes atteintes d'endométriose selon qu'elles aient subi ou non des violences sexuelles
- Évaluer la proportion de TSPT chez les femmes porteuses d'endométriose
- Rechercher une différence de perception de la douleur selon que les patientes aient un TSPT post violences sexuelles ou un TSPT d'une cause autre.

Les critères de jugements secondaires sont de :

- Évaluer la qualité de vie avec l'EHP-5
- Dépister le TSPT avec la PCL-5
- Évaluer la douleur avec l'EVA

### **3. Conception de la recherche**

#### **3.1. Schéma de la recherche**

Il s'agirait d'une étude pilote descriptive et transversale entrant dans la catégorie 3 de la loi Jardet (dénuée de risques, elle ne modifie pas la prise en charge des participants qui reste habituelle) chez des sujets suivis en gynécologie dans le cadre de leur endométriose.

##### **3.1.1. Méthodologie des questionnaires pour chaque patient**

Questionnaire :

- Modalités de passation : consentement de non-opposition et questionnaire à remplir en salle d'attente après une consultation gynécologique
- Type de questionnaire : EHP-5, PCL-5 qui sont des questionnaires validés.

##### → L'échelle EHP-5

Cette échelle est recommandée par la HAS pour évaluer la qualité de vie des patientes endométriosiques.

La version française validée de l'EHP-5 (124) correspond à une adaptation courte de l'EHP-30. C'est le seul questionnaire de qualité de vie spécifique de l'endométriose. L'EHP-5 comporte 11 questions qui se rapportent aux 4 dernières semaines. Ces items abordent la douleur, le contrôle et l'impuissance, le bien-être émotionnel, le soutien social et l'image de soi, les répercussions sur le travail, les relations avec les enfants, les rapports sexuels, les sentiments concernant la profession médicale, le traitement et l'infertilité.

Le score du questionnaire est calculé à partir des réponses suivantes : jamais = 0 point, Rarement 25 points, Parfois = 50 points, Souvent = 75 points, Toujours = 100 points. Les scores s'étendent de 0 (la meilleure qualité de vie envisageable) à 1100 (la moins bonne qualité de vie envisageable).

### → L'échelle PCL-5 :

Concernant le dépistage du TSPT, nous utilisons l'échelle appelée PCL-5 (125). Cette échelle est auto-évaluative et validée. Elle permet d'évaluer l'intensité des symptômes du TSPT.

Elle comporte 20 questions qui évaluent les symptômes du TSPT sur les 4 dernières semaines.

Le score total correspond à la somme des réponses sur une échelle de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement) pouvant atteindre 80.

Un score seuil a été fixé à 38/80. Si le résultat est supérieur à 38, il y a un dépistage positif au TSPT.

- les questions de la section concernant les violences sexuelles subies n'ont été pas validées mais ont déjà été pratiquées dans une enquête française de grande envergure (122) (questions semi-directives).

### Recueil de données anonymisées rétrospectives comportant :

- les données sociodémographiques (âge)
- à propos de l'endométriose : la date de diagnostic, préciser si le diagnostic est histologique ou par imagerie, niveaux de localisation de l'endométriose, nombre de chirurgies, traitement hormonaux actuels, traitements antalgiques, EVA douleurs lors de la dernière crise, EVA douleurs chroniques et cycliques
- les antécédents psychiatriques (troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'usage de substances)
- les traitements en cours (traitements antidépresseurs, thymorégulateurs ou anxiolytiques)

#### **3.1.2. Informations relatives à la mise en œuvre**

- Type de lieu où doit se dérouler la recherche : CHU de Limoges
- Durée prévisionnelle de la recherche : 6 mois
- Durée prévisionnelle de participation par personne : 10 minutes
- La recherche implique-t-elle en plus un recueil de données rétrospectives : oui

#### **3.2. Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion sont les patientes majeures venant en consultation dans le cadre de leur endométriose prouvée radiologiquement ou chirurgicalement.

### **3.3. Critères de non inclusion**

Les critères de non inclusion sont les patientes sous mesure de protection.

### **3.4. Critères d'exclusion secondaires**

Les critères d'exclusion secondaires sont les patientes qui sont dans l'incapacité de répondre aux questionnaires par incompréhension ou barrière de la langue.

### **3.5. Modalités de recrutement**

Les patientes seront recrutées après leur consultation en gynécologie, le questionnaire leur sera proposé dans la salle d'attente.

### **3.6. Modalité d'information et de traçabilité de la non-opposition**

Une notice d'information est remise au participant. Sa non opposition est recueillie avant de répondre au questionnaire. Elle sera tracée dans le dossier médical informatisé, selon la procédure de l'établissement.

### **3.7. Inconvénients pour les personnes incluses dans la recherche**

Durée prévisionnelle du recueil de données pour un participant : 10 minutes

## **4. Conclusion**

Cette ébauche d'étude recherche l'impact des violences sexuelles et du TSPT sur la douleur des femmes endométriosiques. Elle convient d'être améliorée et nécessite d'être soumise à un Comité de Protection des Personnes. Elle permettra d'abord d'améliorer les connaissances sur l'endométriose souvent délaissée dans les études, mais aussi de continuer sur la lignée des études recherchant une association entre les violences sexuelles et l'endométriose. L'hypothèse principale de la littérature dans ce domaine repose sur une physiopathologie inflammatoire qui pourrait être expliqué par le TSPT. Les résultats de cette étude pilote, si elle est mise en place, pourrait donner un début de réponse et pourra engendrer d'autres études par la suite.

## QUATRIEME PARTIE : Discussion

---

Cette approche reliant les violences sexuelles à l'endométriose peut laisser sceptique un grand nombre de lecteurs. Les gynécologues ayant travaillé dans ce sens rapportent avoir été confrontés à beaucoup de scepticisme, voire à du rejet émanant de leurs confrères (9).

La plupart des données de la littérature repose sur les expériences personnelles des gynécologues, et peu d'études ont pu être mises en place en raison de nombreux freins méthodologiques. De plus, la plupart des études sont transversales, rétrospectives et comportent un nombre limité de sujets.

Comme souligné plusieurs fois dans ce travail, l'imposante étude de H. Harris, permet d'avoir une base de données solide concernant le lien entre les violences sexuelles et l'endométriose. C'est la première à confirmer que le passé de violences sexuelles dans l'enfance est associé à un plus grand risque de survenue d'endométriose. Elle est très récente, et permet aujourd'hui d'appuyer cette hypothèse ainsi que de motiver d'autres recherches.

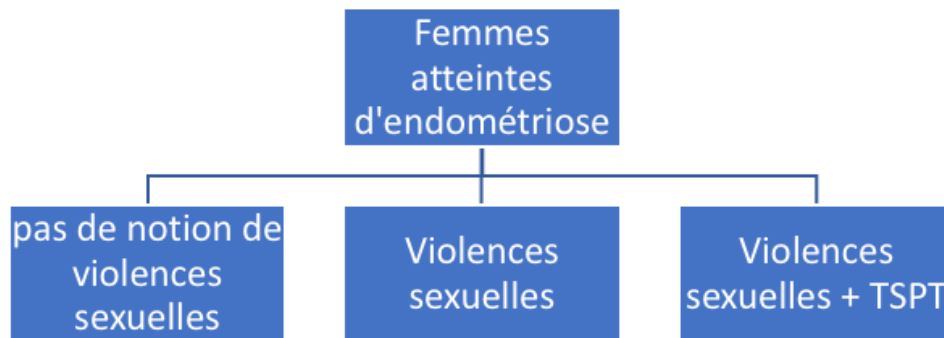
À notre connaissance, aucune étude n'a recherché la présence d'un TSPT post violences sexuelles parmi les femmes atteintes d'endométriose. Ceci s'explique par le fait que les recherches dans ce domaine sont récentes et qu'elles sont pour la plupart conduites par des épidémiologistes et des gynécologues. Ce qu'il y a de nouveau dans ce travail, c'est l'approche psychiatrique incluant le dépistage du TSPT chez des femmes suivies en gynécologie. En effet, en plus de rechercher la notion de violences sexuelles, il sera question de dépister la présence d'un TSPT grâce à un questionnaire validé (PCL-5). D'après la littérature, le stress chronique diminuerait le système immunitaire, ce qui pourrait favoriser la greffe des cellules endométriales ectopiques.

Dans l'étude des pathologies douloureuses chroniques, le stress augmenterait la perception de la douleur. L'hypothèse serait dans ce travail de rechercher la présence d'un TSPT post violences sexuelles qui augmenterait la perception de la douleur chez les femmes atteintes d'endométriose.

L'ébauche de protocole précédemment exposé nécessite d'être approfondi.

Si notre étude est mise en place, elle aura pour but d'étudier la perception de la douleur selon **3 groupes** :

- Endométriose
- Violences sexuelles et endométriose
- Violences sexuelles, TSPT et endométriose



**L'hypothèse** de recherche est que le traumatisme lié aux violences sexuelles et le TSPT augmentent la perception de la douleur chez les femmes atteintes d'endométriose.

Nous comparerons alors l'EVA douleurs des trois groupes.

Les résultats pourront nous éclairer sur l'importance de la présence d'un antécédent de violence sexuelle et du TSPT sur la perception de la douleur.

Si les **résultats** sont en faveur :

- D'une augmentation de perception de la douleur dans le groupe « violences sexuelles, TSPT et endométriose » par rapport aux deux autres groupes, alors nous pourrions supposer que le mécanisme du TSPT puisse expliquer cette augmentation de la perception de la douleur (résultats attendus).
- D'une augmentation de perception de la douleur dans le groupe « endométriose » par rapport aux deux autres groupes, alors cela suggérerait que les antécédents de violences sexuelles ou la présence d'un TSPT n'augmentent pas la perception de la douleur.
- D'une augmentation de perception de la douleur dans le groupe « violences sexuelles et endométriose » par rapport aux deux autres groupes, alors le TSPT ne pourrait expliquer le mécanisme de différence de perception de la douleur. On pourrait alors supposer que les violences sexuelles puissent être un facteur d'augmentation de la perception de la douleur sans qu'un TSPT ne se développe.



## **Questionnaires**

Les questionnaires EHP-5 et PCL-5 sont deux questionnaires validés respectivement et spécifiquement dans l'endométriose et dans le TSPT.

## **Limites de l'étude**

Notre travail sera avant tout un travail descriptif et transversal. Il sera effectué sur un recueil rétrospectif des données avec une évaluation transversale de la qualité de vie, la recherche de violences sexuelles par le passé et un dépistage du TSPT à un instant donné. Notre étude ne sera donc pas prospective.

## **Biais de l'étude**

Les patientes ayant vécu des événements traumatisants risquent d'être victime d'un biais de rappel de l'évènement, ainsi que de biais de confusion résiduelle liée au traumatisme.

## **Perspectives**

Si l'hypothèse vient à être confirmée, il conviendra de proposer de façon systématique un dépistage des violences sexuelles et une prise en charge par une équipe spécialisée. Le but étant d'améliorer les douleurs en traitant le traumatisme, vecteur de stress comme dans le cas clinique de Charlie.

Concrètement, ces patientes pourront être orientées sur l'unité de Victimologie qui existe à Limoges. Les thérapies indiquées dans le TSPT sont en premier lieu l'EMDR et les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC).

Cette porte d'entrée via le gynécologue vers la psychiatrie peut être moins stigmatisante qu'une voie classique. De plus, les patientes porteuses d'endométriose ont tendance à être sceptiques vis-à-vis de cette spécialité du fait d'entendre durant leur errance diagnostique que leurs douleurs sont psychosomatiques (d'ailleurs une question de l'EHP-5 côté « avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ? »). L'alliance avec la psychiatrie est altérée chez ces patientes qui ont elles aussi tendance à cliver psychisme et physique.

Comme de nombreuses idées émergentes, la question des violences sexuelles dans la prise en charge de l'endométriose voire de la gynécologie peut d'abord paraître absurde,

pourtant le gynécologue serait le spécialiste le plus à même de poser cette question puisque qu'il a un lien particulièrement intime avec ses patientes.

## Conclusion

---

L'idée d'un lien entre les violences sexuelles et l'endométriose peut paraître impensable en premier lieu. Dans le sillage de la littérature, l'idée circule depuis une vingtaine d'années grâce à l'expérience de divers spécialistes en gynécologie. La médiatisation de l'endométriose à l'aide des associations de patientes a permis de sensibiliser la société, d'améliorer la reconnaissance de la pathologie, son accompagnement ainsi que son dépistage. Actuellement le traitement n'est pas spécifique, et ne permet pas d'éradiquer la maladie. Les patientes peuvent présenter des douleurs chroniques et résiduelles malgré le traitement chirurgical et médicamenteux.

Une étude récente a permis de confirmer une augmentation de risque entre les antécédents de violences sexuelles et l'endométriose.

De plus, l'endométriose est une maladie douloureuse chronique. Il est aujourd'hui admis qu'il existe une augmentation de la perception de la douleur dans les douleurs chroniques et notamment en présence de stress. Aucune échelle spécifique de l'endométriose n'évalue la perception de la douleur. Le protocole présenté dans ce travail a pour but de rechercher l'impact des violences sexuelles sur la perception des douleurs de l'endométriose. L'approche psychiatrique inclut le dépistage du TSPT qui pourrait expliquer un mécanisme inflammatoire commun entre le TSPT et l'endométriose.

Si l'hypothèse se confirme, cette étude permettra d'améliorer la prise en charge de la douleur des femmes endométriosiques en sensibilisant les soignants à la question des violences sexuelles, et permettant aux patientes un suivi personnalisé psychiatrique grâce au travail de la victimologie.

## Références bibliographiques

---

1. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med.* 26 2020; 382(13): 1244-56.
2. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol.* 2014 ; 10(5): 261-75.
3. Gourbail L. Prise en charge de l'endométriose. Haute Autorité de Santé. 2017 p. 39.
4. Arruda MS, Petta CA, Abrão MS, Benetti-Pinto CL. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum Reprod Oxf Engl.* 2003; 18(4): 756-9.
5. Zondervan KT, Becker CM, Koga K, Missmer SA, Taylor RN, Viganò P. Endometriosis. *Nat Rev Dis Primer.* 2018; 4(1): 9.
6. Simoens S, Hummelshoj L, D'Hooghe T. Endometriosis: cost estimates and methodological perspective. *Hum Reprod Update.* 2007; 13(4): 395-04.
7. Lessey BA, Young SL. Pathophysiology of Infertility in Endometriosis. In: *Endometriosis.* John Wiley & Sons, Ltd; 2012. p. 240-54.
8. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, Garry R. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 years follow-up. *Hum Reprod Oxf Engl.* 2003; 18(9): 1922-7.
9. Belaisch J, Allart JP. Endométriose et vécu de l'adolescence. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2006; 34(3): 242-7.
10. Gabard A. Notre santé au risque de notre histoire. 2017 ; p. 989.
11. Guérin V. Endométriose et violences sexuelles. *Stop aux violences sexuelles.* 2019.
12. 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 Oxf Engl.* 2018; 33(9): 1657-68.
13. Thomas JL. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. 2015. pp. 253-69.
14. Salmona M. Association mémoire traumatique et victimologie. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. 2015 p. 368.
15. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti ViJ, Edward VJ, Croft JB, et al. Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality - *American Journal of Preventive Medicine.* American journal of preventive medicine. 2009; 389-96.
16. Felitti VJ, Anda RF. The relationship of adverse Childhood experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Helth Care. *Early Eff Early Life Trauma Health Dis Hidden Epidemic Camb Camb Univ Press.* 2010; 77-87.
17. Parazzini F, Esposito G, Tozzi L, Noli S, Bianchi S. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017; 209: 3-7.
18. Rapkin AJ, Kames LD, Darke LL, Stampler FM, Naliboff BD. History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 1990; 76(1): 92-6.
19. Meltzer-Brody S, Leserman J, Zolnoun D, Steege J, Green E, Teich A. Trauma and posttraumatic stress disorder in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2007; 109(4): 902-8.
20. Gourbail L. Prise en charge de l'endométriose. Haute Autorité de santé. 2017; 399.
21. Sieberg CB, Lunde CE, Borsook D. Endometriosis and pain in the adolescent- striking early to limit suffering: A narrative review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020; 108: 866-76.
22. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999; 106(11): 1156-61.

23. Dydyk AM, Gupta N. Chronic Pelvic Pain. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554585/>
24. Gourbail L. Prise en charge de l'endométriose - Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Haute Autorité de Santé. 2017; 39.
25. Chandler HK, Ciccone DS, Raphael KG. Localization of pain and self-reported rape in a female community sample. *Pain Med Malden Mass.* 2006; 7(4): 344-52.
26. Wise LA, Palmer JR, Rosenberg L. Lifetime abuse victimization and risk of uterine leiomyomata in black women. *Am J Obstet Gynecol.* 2013; 208(4): 272.e1-272.e13.
27. Bertone-Johnson ER, Whitcomb BW, Missmer SA, Karlson EW, Rich-Edwards JW. Inflammation and early-life abuse in women. *Am J Prev Med.* 2012; 43(6): 611-20.
28. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL, Eloff A, Dafer RM, Stein MR, et al. Childhood maltreatment and migraine (part III). Association with comorbid pain conditions. *Headache.* 2010; 50(1): 42-51.
29. Schliep KC, Mumford SL, Johnstone EB, Peterson CM, Sharp HT, Stanford JB, et al. Sexual and physical abuse and gynecologic disorders. *Hum Reprod Oxf Engl.* 2016; 31(8): 1904-12.
30. Bartrop PR, Totten S. *Dictionary of Genocide.* Westport, Conn: Greenwood Press; 2007. 576 p.
31. Salmona M. Les Français.e.s et les représentations sur le viol et les violences sexuelles. 2019 vs 2015. 2019 p. 24.
32. Salmona M. *Mémoire Traumatique et Victimologie I. Les Français.e.s et les représentations sur le viol et les violences sexuelles.* 2019.
33. Briquet P (1796-1881). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.* 1859. 744 p.
34. Ferenczi S, Harrus-Révidi G. *Confusion de langue entre les adultes : Suivi de Le rêve du nourrisson savant et d'extraits du Journal clinique.* Paris: Payot; 2016. 80 p.
35. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome. *Am J Psychiatry.* 1974; 131(9): 981-6.
36. République Française. Légifrance, le service public de la diffusion du droit [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
37. La prévention de la violence dans le monde [Internet]. World Health Organization; 2014 [cité 26 juill 2020] p. 12. Disponible sur: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/fr/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/fr/)
38. Chaperon S. Nathalie Bajos & Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé.* Paris, La Découverte, 2008, 609 p. *Clio Femmes Genre Hist.* 2010; (31): 324-6.
39. Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2009; 29(4): 328-38.
40. Guedj H. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2017 [Internet]. [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2017>
41. Colnot A, Chatta K. Enquete sur l'état des connaissances actuelles concernant le diagnostic et la prise en charge d'un trouble de stress post-traumatique chez les médecins généralistes et les urgentistes. *Thyma* [Internet]. [cité 16 nov 2019]; Disponible sur: <https://www.thyma.fr/enquete-sur-letat-des-connaissances-actuelles-concernant-le-diagnostic-et-la-prise-en-charge-dun-trouble-de-stress-post-traumatique-chez-les-medecins-generalistes-et-les-urgentistes/>
42. Chen Y, Ullman SE. Women's reporting of sexual and physical assaults to police in the National Violence Against Women Survey. *Violence Women.* 2010; 16(3): 262-79.

43. Kanuri N, Cassell B, Bruce SE, White KS, Gott BM, Gyawali CP, et al. The impact of abuse and mood on bowel symptoms and health-related quality of life in irritable bowel syndrome (IBS). *Neurogastroenterol Motil Off J Eur Gastrointest Motil Soc.* 2016; 28(10): 1508-17.
44. Häuser W, Kosseva M, Üceyler N, Klose P, Sommer C. Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care Res.* 2011; 63(6): 808-20.
45. Golding JM. Sexual assault history and headache: five general population studies. *J Nerv Ment Dis.* 1999; 187(10): 624-9.
46. Myers L, Perrine K, Lancman M, Fleming M, Lancman M. Psychological trauma in patients with psychogenic nonepileptic seizures: trauma characteristics and those who develop PTSD. *Epilepsy Behav EB.* 2013; 28(1): 121-6.
47. 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.
48. Walker E, Katon W, Harrop-Griffiths J, Holm L, Russo J, Hickok LR. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry.* 1988; 145(1): 75-80.
49. Midei AJ, Matthews KA. Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literature and proposed pathways. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* 2011; 12(5): e159-72.
50. Rich-Edwards JW, Spiegelman D, Lividoti Hibert EN, Jun HJ, Todd TJ, Kawachi I, et al. Abuse in childhood and adolescence as a predictor of type 2 diabetes in adult women. *Am J Prev Med.* 2010; 39(6): 529-36.
51. Riley EH, Wright RJ, Jun HJ, Hibert EN, Rich-Edwards JW. Hypertension in adult survivors of child abuse: observations from the Nurses' Health Study II. *J Epidemiol Community Health.* 2010; 64(5): 413-8.
52. Dong M, Giles WH, Felitti VJ, Dube SR, Williams JE, Chapman DP, et al. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation.* 2004; 110(13): 1761-6.
53. Lees BF, Stewart TP, Rash JK, Baron SR, Lindau ST, Kushner DM. Abuse, cancer and sexual dysfunction in women: A potentially vicious cycle. *Gynecol Oncol.* 2018; 150(1): 166-72.
54. Wise LA, Palmer JR, Boggs DA, Adams-Campbell LL, Rosenberg L. Abuse victimization and risk of breast cancer in the Black Women's Health Study [corrected]. *Cancer Causes Control CCC.* 2011; 22(4): 659-69.
55. Chou K-L. Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in middle-aged and older adults: evidence from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *J Clin Psychiatry.* 2012; 73(11): e1365-1371.
56. Safren SA, Gershuny BS, Marzol P, Otto MW, Pollack MH. History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2002; 190(7): 453-6.
57. 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.
58. Beck F, Guignard R, Dr Roscoat E, Saïas T. Suicide et tentative de suicide : état des lieux en France. *Bull Épidémiologique Hebd Numéro Thématique.* 2011; 490.

59. Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children [Internet]. UNICEF DATA. 2014 [cité 28 juill 2020]. Disponible sur: <https://data.unicef.org/resources/hidden-in-plain-sight-a-statistical-analysis-of-violence-against-children/>
60. Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*. 1999; 156(6): 816-28.
61. Giese AA, Thomas MR, Dubovsky SL, Hilty S. The impact of a history of childhood abuse on hospital outcome of affective episodes. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1998; 49(1): 77-81.
62. Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD, Hegadoren KM, Adams M, Kennedy SH, et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *Am J Psychiatry*. 1998; 155(12): 1746-52.
63. De Venter M, Demyttenaere K, Bruffaerts R. The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review. *Tijdschr Voor Psychiatr*. 2013; 55(4): 259-68.
64. Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, Mitropoulou V, New AS, Schmeidler J, et al. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(11): 2018-24.
65. Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JRP, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl*. 2010; 34(11): 813-22.
66. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52(12): 1048-60.
67. Huang S, Trapido E, Fleming L, Arheart K, Crandall L, French M, et al. The long-term effects of childhood maltreatment experiences on subsequent illicit drug use and drug-related problems in young adulthood. *Addict Behav*. 2011; 36(1): 95-102.
68. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6(10): 830-9.
69. Tice L, Hall RC, Beresford TP, Quinones J, Hall AK. Sexual abuse in patients with eating disorders. *Psychiatr Med*. 1989; 7(4): 257-67.
70. Rodríguez M, Pérez V, García Y. Impact of traumatic experiences and violent acts upon response to treatment of a sample of Colombian women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2005; 37(4): 299-306.
71. Taylor J. Commentary on Kong S and Bernstein K Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders *Journal of Clinical Nursing* 18, 1897-1907. *J Clin Nurs*. 2009; 18(21): 3061-3.
72. Hotte JP, Rafman S. The specific effects of incest on prepubertal girls from dysfunctional families. *Child Abuse Negl*. 1992; 16(2): 273-83.
73. Widom CP, Ames MA. Criminal consequences of childhood sexual victimization. *Child Abuse Negl*. 1994; 18(4): 303-18.
74. Rainey DY, Stevens-Simon C, Kaplan DW. Are adolescents who report prior sexual abuse at higher risk for pregnancy? *Child Abuse Negl*. 1995; 19(10): 1283-8.
75. Stephenson KR, Hughtan CP, Meston CM. Childhood sexual abuse moderates the association between sexual functioning and sexual distress in women. *Child Abuse Negl*. 2012; 36(2): 180-9.
76. Whitfield CL, Dube SR, Felitti VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse Negl*. 2005; 29(7): 797-810.

77. Bebbington P, Jonas S, Kuipers E, King M, Cooper C, Brugha T, et al. Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2011; 199(1): 29-37.
78. Sideli L, Mule A, La Barbera D, Murray RM. Do child abuse and maltreatment increase risk of schizophrenia? *Psychiatry Investig.* 2012; 9(2): 87-99.
79. Mueser KT, Salyers MP, Rosenberg SD, Goodman LA, Essock SM, Osher FC, et al. Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: demographic, clinical, and health correlates. *Schizophr Bull.* 2004; 30(1): 45-57.
80. Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - American Psychiatric Association.* Livres. 2015.
81. *Icd-10: The Icd-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* First Edition. Geneva: World Health Organization; 1992. 374 p.
82. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *Encéphale.* 2008; 577-83.
83. Baker DG, Heppner P, Afari N, Nunnink S, Kilmer M, Simmons A, et al. Trauma exposure, branch of service, and physical injury in relation to mental health among U.S. Veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Mil Med.* 2009; 174(8): 773-8.
84. Ouimette P, Goodwin E, Brown PJ. Health and well being of substance use disorder patients with and without posttraumatic stress disorder. *Addict Behav.* 2006; 31(8): 1415-23.
85. Mills KL, Teesson M, Ross J, Peters L. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Am J Psychiatry.* 2006; 163(4): 652-8.
86. Gielen N, Havermans RC, Tekelenburg M, Jansen A. Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: it is higher than clinicians think it is. *Eur J Psychotraumatology.* 2012; 3.
87. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry.* 1997; 4(5): 231-44.
88. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry.* 1985; 142(11): 1259-64.
89. Waldrop AE, Back SE, Verduin ML, Brady KT. Triggers for cocaine and alcohol use in the presence and absence of posttraumatic stress disorder. *Addict Behav.* 2007; 32(3): 634-9.
90. Nishith P, Resick PA, Mueser KT. Sleep difficulties and alcohol use motives in female rape victims with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 2001; 14(3): 469-79.
91. Saladin ME, Drobos DJ, Coffey SF, Dansky BS, Brady KT, Kilpatrick DG. PTSD symptom severity as a predictor of cue-elicited drug craving in victims of violent crime. *Addict Behav.* 2003; 28(9): 1611-29.
92. Hien D, Cohen L, Campbell A. Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders? *Clin Psychol Rev.* 2005; 25(6): 813-23.
93. Anatomie fonctionnelle de l'appareil génital féminin [Internet]. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: <https://docteur-benchimol.com/gynecologie/8-anatomie-fonctionnelle-de-l-appareil-genital-feminin.html/>
94. Darai E, Ploteau S, Ballester M, Bendifallah S. Endométriose : physiopathologie, facteurs génétiques et diagnostic clinique. *Presse Médicale.* 2017; 46(12, Part 1): 1156-65.
95. Qu'est ce que l'Endométriose [Internet]. Association EndoFrance. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.endofrance.org/la-maladie-endometriose/qu-est-ce-que-l-endometriose/>
96. Localisations et symptômes de l'endométriose [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.espacesanteleslucioles.com/localisations-et-symptomes-de-l-endometriose>



97. Bourreau F, Bonica JJ. *Pratique du traitement de la douleur*. Paris: Doin; 1988. 402 p.
98. Lopez G. *Inceste et violences sexuelles intrafamiliales. DU psychotraumatisme*; 2019; Paris. PP. 49p.
99. Etkin A, Wager TD. Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(10): 1476-88.
100. Maren S. Pavlovian fear conditioning as a behavioral assay for hippocampus and amygdala function: cautions and caveats. *Eur J Neurosci*. 2008; 28(8): 1661-6.
101. Kasckow JW, Baker D, Geraciotti TD. Corticotropin-releasing hormone in depression and post-traumatic stress disorder. *Peptides*. 2001; 22(5): 845-51.
102. Hirsh AT, George SZ, Bialosky JE, Robinson ME. Fear of pain, pain catastrophizing, and acute pain perception: relative prediction and timing of assessment. *J Pain Off J Am Pain Soc*. 2008; 9(9): 806-12.
103. Rowlands IJ, Teede H, Lucke J, Dobson AJ, Mishra GD. Young women's psychological distress after a diagnosis of polycystic ovary syndrome or endometriosis. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2016; 31(9): 2072-81.
104. Laganà AS, La Rosa VL, Rapisarda AMC, Valenti G, Sapia F, Chiofalo B, et al. Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *Int J Womens Health*. 2017; 9: 323-30.
105. Cavaggioni G, Lia C, Resta S, Antonielli T, Benedetti Panici P, Megiorni F, et al. Are mood and anxiety disorders and alexithymia associated with endometriosis? A preliminary study. *BioMed Res Int*. 2014; 2014: 786830.
106. Carey ET, Till SR, As-Sanie S. Pharmacological Management of Chronic Pelvic Pain in Women. *Drugs*. 2017; 77(3): 285-301.
107. Giamberardino MA, Costantini R, Affaitati G, Fabrizio A, Lapenna D, Tafuri E, et al. Viscero-visceral hyperalgesia: characterization in different clinical models. *Pain*. 2010; 151(2): 307-22.
108. Hellman KM, Patanwala IY, Pozolo KE, Tu FF. Multimodal nociceptive mechanisms underlying chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2015; 213(6): 827.e1-9.
109. Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, et al. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development. *Eur Urol*. 2013; 64(3): 431-9.
110. Potts JM, Payne CK. Urologic chronic pelvic pain. *Pain*. 2012; 153(4): 755-8.
111. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol*. 2010; 57(1): 35-48.
112. Dun EC, Kho KA, Morozov VV, Kearney S, Zurawin JL, Nezhat CH. Endometriosis in adolescents. *JSLs*. 2015; 19(2).
113. As-Sanie S, Harris RE, Harte SE, Tu FF, Neshewat G, Clauw DJ. Increased Pressure Pain Sensitivity in Women With Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol*. 2013; 122(5): 1047-55.
114. Van Den Broeke EN. Central sensitization and pain hypersensitivity: Some critical considerations. *F1000Research*. 2018;7:1325.
115. Berna C, Tracey I, Holmes EA. How a Better Understanding of Spontaneous Mental Imagery Linked to Pain Could Enhance Imagery-Based Therapy in Chronic Pain. *J Exp Psychopathol*. 2012; 3(2): 258-73.
116. Haas D, Chvatal R, Habelsberger A, Wurm P, Schimetta W, Oppelt P. Comparison of revised American Fertility Society and ENZIAN staging: a critical evaluation of classifications of endometriosis on the basis of our patient population. *Fertil Steril*. 2011; 95(5): 1574-8.
117. Schliep KC, Mumford SL, Peterson CM, Chen Z, Johnstone EB, Sharp HT, et al. Pain typology and incident endometriosis. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2015; 30(10): 2427-38.

118. Hernandez S, Cruz ML, Seguinot II, Torres-Reveron A, Appleyard CB. Impact of Psychological Stress on Pain Perception in an Animal Model of Endometriosis. *Reprod Sci* Thousand Oaks Calif. 2017; 24(10): 1371-81.
119. Pennebaker JW, Susman JR. Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Soc Sci Med* 1982. 1988; 26(3): 327-32.
120. Bichot J. Le fardeau des crimes et délits qui provoquent les blessures de l'intimité. 2016; 132.
121. Kumar S, Jones Bell M, Juusola JL. Mobile and traditional cognitive behavioral therapy programs for generalized anxiety disorder: A cost-effectiveness analysis. *PloS One*. 2018; 13(1): e0190554.
122. Debauche A, Lebugie A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Report No.: 229. 2017 p. 67.
123. Masson E. Adaptation linguistique de l'Endometriosis Health Profile 5 : EHP 5. *EM-Consulte*. 2009; 404-10.
124. Renouvel F, Fauconnier A, Pilkington H, Panel P. Adaptation linguistique de l'endometriosis health profile 5 : EHP 5. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2009; 38(5): 404-10.
125. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte WT, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*. 2015; 28: 489-98.





## **Annexes**

---

Annexe 1. Critères diagnostiques du trouble de stress aigu (état de stress aigu) selon le DSM-5.....	119
Annexe 2. Critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique selon le DSM- 5....	121
Annexe 3. Endometriosis Health Profile-5 en version française.....	123
Annexe 4. PTSD Check List Scale for DSM-5 (PCL-5).....	124

## **Annexe 1. Critères diagnostiques du trouble de stress aigu (état de stress aigu) selon le DSM-5**

A. La personne a été exposée à : la mort, une menace de mort, des blessures graves, des menaces de graves blessures, une violence sexuelle ou une menace de violence sexuelle de la manière suivante (1 requis) :

- Exposition directe
- En étant personnellement témoin
- Indirectement, en apprenant qu'un ami ou un parent proche a été exposé à un traumatisme. Si l'évènement a impliqué la mort ou une menace de mort il a dû être violent ou accidentel.
- Une exposition répétée ou une exposition indirecte à des éléments traumatisants, généralement dans le cadre d'activités professionnelles (par exemple, les premiers intervenants, la collecte de restes humains, les professionnels exposés à plusieurs reprises aux détails de situations de maltraitance d'enfants). Cela ne comprend pas l'exposition indirecte de non - professionnels par le biais des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos.

B. Présence d'au moins 9 manifestations parmi les 5 catégories :

• **Symptômes intrusifs:**

- Souvenirs répétitifs, intrusifs et involontaires perturbants
- Rêves perturbants récurrents où le contenu ou l'affect est associé à l'évènement
- Réactions dissociatives où l'individu se sent ou agit comme si l'évènement se reproduisait
- Détresse intense/prolongée ou réactivité à des stimuli internes ou externes

• **Humeur négative:**

- Incapacité persistante à ressentir des émotions positives

• **Symptômes dissociatifs:**

- Sens altéré de la réalité
- Incapacité à se rappeler d'aspects de l'évènement

• **Symptômes d'évitement:**

- Evitement des pensées ou des sentiments liés au traumatisme
- Evitement des éléments externes liés au traumatisme (par exemple des personnes, des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets ou des situations)

• **Symptômes d'hyperactivation:**

- Troubles du sommeil
- Irritabilité, accès de colère

- Hypervigilance
- Difficultés de concentration
- Réaction de sursaut exagérée

**C.** La perturbation dure un minimum de trois jours et un maximum de quatre semaines après l'événement.

**D.** La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

**E.** La perturbation n'est pas due aux effets psychologiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un autre trouble psychiatrique.

## **Annexe 2. Critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique selon le DSM- 5**

**A.** La personne a été exposée à : la mort, une menace de mort, des blessures graves, des menaces de graves blessures, une violence sexuelle ou une menace de violence sexuelle de la manière suivante (1 requis) :

- Exposition directe
- En étant personnellement témoin
- Indirectement, en apprenant qu'un ami ou un parent proche a été exposé à un traumatisme. Si l'évènement a impliqué la mort ou une menace de mort il a dû être violent ou accidentel.
- Une exposition répétée ou une exposition indirecte à des éléments traumatisants, généralement dans le cadre d'activités professionnelles (par exemple, les premiers intervenants, la collecte de restes humains, les professionnels exposés à plusieurs reprises aux détails de situations de maltraitance d'enfants). Cela ne comprend pas l'exposition indirecte de non - professionnels par le biais des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos.

**B.** L'évènement traumatique est constamment revécu de l'une des manières suivantes (1 requis) :

- Souvenirs récurrents, involontaires et intrusifs.
- Cauchemars traumatiques.
- Réactions dissociatives (par exemple flashbacks) qui peuvent représenter un continuum allant de brefs épisodes à la perte de conscience complète.
- Détresse intense ou prolongées après une exposition à des indices évoquant l'évènement traumatique.
- Hyperréactivité physiologique après exposition à des stimuli liés au traumatisme.

**C.** Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme (1 requis) :

- Evitement des pensées ou des sentiments liés au traumatisme.
- Evitement des éléments externes liés au traumatisme (par exemple des personnes, des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets ou des situations).

**D.** Modification négative des cognitions et de l'humeur qui a commencé ou s'est aggravée après l'évènement traumatique (2 requis) :



- Incapacité de se rappeler les principales caractéristiques de l'évènement traumatique (amnésie dissociative habituellement, non liée à un traumatisme crânien, à la consommation d'alcool ou de drogues).
- Croyances persistantes, négatives (et souvent déformées) sur soi-même ou le monde (par exemple « je suis mauvais », « le monde est complètement dangereux »).
- **3.** Sentiment de culpabilité envers soi-même ou les autres concernant l'existence de l'évènement traumatique ou les conséquences qui en découlent.
- Emotions négatives persistantes liées à un traumatisme (par exemple la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte).
- Diminution marquée de l'intérêt dans les activités considérées comme importantes avant le traumatisme.
- Sentiment de détachement d'autrui ou de devenir étranger aux autres.
- Restriction des affects : incapacité persistante à ressentir des émotions positives.

**E.** Modifications de l'activation neurovégétative qui a commencé ou s'est aggravée après l'évènement traumatique (2 requis) :

- Comportement irritable ou agressif
- Comportement autodestructeur ou téméraire
- Hypervigilance
- Réaction de sursaut exagérée
- Problèmes de concentration
- Troubles du sommeil

**F.** Persistance des symptômes (dans les critères B, C, D et E) pendant plus d'un mois.

**G.** La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

**H.** Les perturbations ne sont pas dues à des prises de médicaments, la consommation de drogues ou d'autres maladies.

### Annexe 3. Endometriosis Health Profile-5 en version française

Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois, du fait de votre endométriose...					
PARTIE 1					
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous éprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?					
Avez-vous eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?					
Avez-vous eu des changements d'humeur ?					
Avez-vous eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?					
Avez-vous eu l'impression que votre apparence avait changé ?					
PARTIE 2					
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs ?					
Avez-vous trouvé difficile de s'occuper de votre (vos) enfant(s) ?					
Vous êtes-vous sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?					
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?					
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?					
Vous êtes-vous sentie déprimée face à l'éventualité de ne pas avoir d'enfants ou d'autres enfants ?					

## Annexe 4. PTSD Check List Scale for DSM-5 (PCL-5)

### PCL-5

**Instructions :** Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et encercler le chiffre à droite pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le **dernier mois**.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Souvent	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
3. Se sentir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait (comme si vous la viviez de nouveau)?	0	1	2	3	4
4. Être bouleversé lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
5. Réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (p. ex., avoir le cœur qui bat très fort, du mal à respirer, ou avoir des sueurs)?	0	1	2	3	4
6. Éviter souvenirs, pensées ou sentiments en lien avec l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
7. Éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (p. ex., des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets, ou des situations)?	0	1	2	3	4
8. Avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
9. Avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde (p. ex., avoir des pensées telles que : je suis mauvais, il y a quelque chose qui cloche sérieusement chez moi, nul n'est digne de confiance, le monde est un endroit complètement dangereux)?	0	1	2	3	4
10. Vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue de l'expérience stressante ou ce qui est arrivé par la suite?	0	1	2	3	4
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte?	0	1	2	3	4
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant?	0	1	2	3	4
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?	0	1	2	3	4
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (p. ex., être incapable de ressentir la joie ou de l'amour envers vos proches)?	0	1	2	3	4
15. Être irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement?	0	1	2	3	4
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?	0	1	2	3	4
17. Être 'super-alerte', vigilant ou sur vos gardes ?	0	1	2	3	4
18. Sursauter facilement?	0	1	2	3	4
19. Avoir du mal à vous concentrer?	0	1	2	3	4
20. Avoir du mal à trouver ou garder le sommeil?	0	1	2	3	4

• PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD

• © Traduction française Alain Brunet, Ph.D.

• Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric validation of the English and French versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS One* 2016.

## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



## **Lien entre violences sexuelles et endométriose : données de la littérature et perception de la douleur.**

---

L'endométriose est une pathologie gynécologique inflammatoire et récidivante touchant environ 10% des femmes en âge de procréer. Elle peut être douloureuse en impactant considérablement la vie des patientes mais elle peut également être silencieuse et découverte fortuitement lors d'un bilan de fertilité. De multiples théories existent mais aucune ne saurait expliquer à elle seule l'ensemble des formes décrites. Plusieurs gynécologues ont remarqué à travers leur expérience que les femmes atteintes d'endométriose rapportent de façon récurrente des violences dans l'enfance. Une étude récente appuie cette idée en mentionnant une augmentation du risque de développer une endométriose lorsqu'il y a des antécédents de violences dans l'enfance. D'après la littérature, l'hypothèse d'un mécanisme inflammatoire secondaire à un Trouble de Stress Post Traumatique pourrait expliquer le lien entre les violences dans l'enfance et l'endométriose. Le stress augmenterait la perception des douleurs pelviennes chroniques (douleurs pouvant être causées par l'endométriose), mais cette relation n'a jamais été étudiée spécifiquement sur une population souffrant d'endométriose. Nous proposons donc l'ébauche d'un protocole de recherche dont le but est la comparaison de la perception de la douleur chez les femmes endométriosiques selon qu'elles aient subi ou non des violences sexuelles. La mise en place d'une telle étude pourrait améliorer la prise en charge des femmes endométriosiques en systématisant la recherche d'antécédents traumatiques et de leurs comorbidités, et ainsi favoriser le développement d'une approche globale et multidisciplinaire au sujet de cette pathologie complexe et transnosographique.

---

Mots-clés : endométriose, douleurs chroniques, qualité de vie, stérilité, abus sexuels, traumatisme, enfance, stress, perception douleur, protocole, transnosographie.

## **Link between sexual violence and endometriosis: data from the literature and perception of pain**

---

Endometriosis is an inflammatory and recurrent gynecological pathology affecting approximately 10% of women of childbearing age. It can be painful and have a considerable impact on the life of patients, but it can also be silent and discovered by chance during a fertility check-up. There are many theories, but none of them can explain all the forms described. Several gynaecologists have noticed through their experience that women with endometriosis repeatedly report violence in childhood. A recent study supports this idea by mentioning an increased risk of developing endometriosis when there is a history of childhood abuse. According to the literature, the hypothesis of an inflammatory mechanism secondary to Post Traumatic Stress Disorder could explain the link between childhood abuse and endometriosis. Stress would increase the perception of chronic pelvic pain (pain that may be caused by endometriosis), but this relationship has never been specifically studied in a population suffering from endometriosis. We therefore propose a draft research protocol whose aim is to compare the perception of pain in endometriotic women according to whether or not they have been sexually abused. The implementation of such a study could improve the management of endometriotic women by systematizing the search for traumatic antecedents and their comorbidities, and thus promote the development of a global and multidisciplinary approach to this complex and transnosographic pathology.

---

Keywords : endometriosis, chronic pain, quality of life, sterility, sexual abuse, trauma, childhood, stress, pain perception, protocol, transnosographic.

