



HAL
open science

Formation et état des connaissances des médecins généralistes de la Normandie occidentale vis à vis du repérage de l'inceste chez les mineurs

Adeline Giot

► **To cite this version:**

Adeline Giot. Formation et état des connaissances des médecins généralistes de la Normandie occidentale vis à vis du repérage de l'inceste chez les mineurs. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02114254

HAL Id: dumas-02114254

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02114254>

Submitted on 29 Apr 2019

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

I. FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2018

II. THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 10 décembre 2018

par

Mme GIOT Adeline

Née le 31/01/1986 à Valognes (Manche)

Formation et Etat des connaissances des Médecins
Généralistes de la Normandie Occidentale vis à vis du
repérage de l'inceste chez les mineurs.

Président : Monsieur Professeur MOUTEL Grégoire

Membres : Monsieur Professeur GUILLOIS Bernard

Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Monsieur Docteur DELAHAYE Maxime, Directeur de thèse

Année Universitaire 2018/2019

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie

Mme CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M. COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M. DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M. DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M. DEFER Gilles	Neurologie
M. DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M. DENISE Pierre	Physiologie
M. DERLON Jean-Michel Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Neurochirurgie
Mme DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M. DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M. DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M. ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme FAUVET Raffaèle	Gynécologie - Obstétrique
M. FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M. GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M. GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et
prévention	
M. HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M. HAMON Martial	Cardiologie
Mme HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUS Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-
opératoire	
M. HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et
traumatologique	
M. HURAU de LIGNY Bruno Éméritat jusqu'au 31/01/2020	Néphrologie
M. ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M. JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire

M. LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M. LEPORRIER Michel	Éméritat jusqu'au 31/08/2020 Hématologie
M. LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M. LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M. MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M. MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M. MARTINAUD Olivier	Neurologie
M. MAUREL Jean	Chirurgie générale
M. MILLIEZ Paul	Cardiologie
M. MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M. MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M. NORMAND Hervé	Physiologie
M. PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M. PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M. QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
M. RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M. REZNIK Yves	Endocrinologie
M. ROD Julien	Chirurgie infantile
M. ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme THARIAT Juliette	Radiothérapie
M. TILLOU Xavier	Urologie
M. TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M. TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M. VERDON Renaud	Maladies infectieuses

Mme VERNEUIL Laurence

Dermatologie

M. VIADER Fausto

Neurologie

M. VIVIEN Denis

Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M. VABRET François

Addictologie

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M. de la SAYETTE Vincent

Neurologie

Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne

Dermatologie

Mme LESCURE Pascale

Gériatrie et biologie du vieillissement

M. SABATIER Rémi

Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig

Anglais

Année Universitaire 2018 / 2019*Doyen**Professeur Emmanuel TOUZÉ**Assesseurs**Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)**Professeur Guy LAUNOY (recherche)**Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**Madame Sarah CHEMTOB*MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENSHOSPITALIERS

M. ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M. BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M. BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M. COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M. CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M. DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme DEBRUYNE Danièle Éméritat jusqu'au 31/08/2019	Pharmacologie fondamentale
Mme DERLON-BOREL Annie Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
Mme DINA Julia	Bactériologie - Virologie

Mme DUPONT Claire	Pédiatrie
M. ÉTARD Olivier	Physiologie
M. GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M. GRUCHY Nicolas	Génétique
M. GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M. HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M. ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M. LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M. LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M. MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M. REPESSÉ Yohann	Hématologie
M. SESBOÜÉ Bruno	Physiologie
M. TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M. VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M. COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme DE JAEGER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale
M. LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M. SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale

Remerciements à François :

En Hommage à mon Mari, François Giot

<< François, j'aurais tant aimé pu te dire Au Revoir et Merci pour tout ce que tu m'as apporté : tu m'as changé et appris tant de choses...

J'aurais tant aimé que tu sois là pour l'accomplissement de cette thèse.

Même si je réussis à reconstruire une nouvelle vie, tu feras toujours partie de ma vie car une partie de toi restera en moi.

Malgré cette tragédie, je continue à avancer pour nos enfants, et ce grâce à toi.

Je leur transmettrai ta joie de vivre et ferai en sorte que tu restes dans leur mémoire.>>

Remerciements à la famille :

A mes parents « Merci de m'avoir accompagné toute ma vie, notamment dans ces derniers moments difficiles. » « Merci, vous avez toujours fait tout ce qui était possible pour m'entourer et m'aider ». « Merci, pour votre présence et bienveillance.

A Mamie Guillon « Merci pour ta gentillesse, ta bienveillance. Tu as été un soutien indispensable dans mes études : même si je t'appelais peu, je savais que je pouvais t'appeler à tout moment ».

A mes oncles et tantes : « Merci à tous ». « Vous avez tous participé à une partie de ce je suis devenue ». « Merci aux canadiens pour les vacances. Elles étaient un vrai "bol d'air" et m'étaient presque vitales »

Autres membres de ma famille : « Merci, nous avons toujours été une famille unie »

A toute la famille GIOT : « Votre soutien m'est indispensable pour avancer et j'espère vous apporter de l'aide également dans cet événement ». « Le destin est injuste .François vous aimait tant, même s'il n'a pas eu le temps de vous le dire ». « Gardez cette joie de vivre que vous lui avez transmis. Je compte sur vous pour m'aider à transmettre aux enfants ce qu'il aurait voulu ».

A Alicia : « Le seul regret de ton Papa fut de ne pas t'avoir connu plus tôt. J'essaierai d'être là pour toi quand tu en auras besoin »

A mes enfants :

« Je vous aimerai toujours quoi qu'il arrive »

« Merci pour votre force et votre joie de vivre ».

« Grâce à vous, j'ai envie de me battre et d'aller de l'avant »

Remerciements à des proches :

A Maxime: « Je t'ai retrouvé et cette fois-ci je ne te quitterai pas ». « J'aurai préféré te retrouver après d'autres circonstances. Mais maintenant, je souhaite profiter de la vie avec toi et nos enfants ».

A Héloïse, Chloé: « Vous êtes adorables. Vous pouvez compter sur moi »

A toute la famille De Ryck: « Merci pour m'avoir accueillie et acceptée, avec mes enfants, comme des membres de votre famille ».

Remerciements aux amis et collègues.

« Merci à Mélanie, Elodie, Cédric, Rachèle, Ludo, Sarah pour votre soutien »

« Merci à Mathilde et Damien pour leur soutien si important et bienfaisant auprès de mes enfants »

« Merci à tous les autres amis que je n'ai pas cités. Chacun de vous est précieux. »

« Merci au service de Pmi de Carentan où j'ai appris une approche différente de la pédiatrie et qui m'a donné envie d'accompagner et suivre pleins de petits bouts »

« Merci au service d'orthogénie du Chu de Caen, service au sein duquel j'ai découvert une de mes voies : l'envie de défendre et me battre pour le droit et l'accompagnement des femmes, même dans leurs instants difficiles ; »

« Merci à Dr Delahaye, mon directeur de thèse et à Pr Moutel mon jury de thèse pour avoir été patients et soutenant dans les moments difficiles »

« Merci à la faculté de Médecine, aux Conseils de l'Ordre des Médecins de la Manche et du Calvados pour leur geste de soutien »

« Merci à mes anciens maîtres de stage et collègues que j'ai rencontrés lors de mes études. J'ai eu de la chance d'avoir été bien entourée et encouragée. »

« Merci à mes collègues et associés pour leur bienveillance et sympathie ».

« Merci à l'URML pour leur soutien et pour leur implication de la diffusion de mon questionnaire. »

Abréviations :

CAMSP : Centres d'Action Médico-Sociale Précoce

CMPEA : Centre Médico Psychologique Enfant & Adolescent

CRIP : cellule de recueil d'informations préoccupantes

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IP : informations préoccupantes

MG : Médecine Générale

NICE : National Institute for health Clinical Excellence

NO : Normandie Occidentale

Odas : Observatoire national de l'action sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VIRAGE « Violences et rapports de genre »

INDEX Tableaux :

<i>Tableau 1</i> : Répartition par groupe d'âge des violences sexuelles (hors harcèlement ou exhibitionnisme) au cours de la vie, selon le sexe de la personne victime, en %	p16
<i>Tableau 2</i> : Répartition par groupe d'âge des viols et tentatives de viol au cours de la vie selon le sexe de la personne victime et l'espace où a lieu la violence sexuelle	p16
<i>Tableau 3</i> : Facteurs de risque retrouvés parmi les enfants signalés pour de la maltraitance	p17
<i>Tableau 4</i> : Signes évocateurs ou de signification incertaine selon l'HAS	p19
<i>Tableau 5</i> : Signes évocateurs génito-anaux selon les recommandations Américaines.	p20
<i>Tableau 6</i> : Suite des signes évocateurs génito-anaux selon les recommandations Américaines	p20
<i>Tableau 7</i> : Définition de l'état de stress post-traumatique selon le DSM V.	p24
<i>Tableau 8</i> : Rappel du fonctionnement des «régions corticales affectées avec la survenue d'événements traumatiques ».	p26
<i>Tableau 9</i> : Comparaison de quelques caractéristiques entre les médecins ayant eu ou non une formation initiale sur l'inceste.	p33
<i>Tableau 10</i> : Nombre de médecins se méfiant de l'inceste selon les circonstances suivantes.	p38
<i>Tableau 11</i> . Caractéristiques des répondants.	p46
<i>Tableau 12</i> : Comparaison des caractéristiques des patients ayant eu ou non des révélations de cas d'inceste.	p47
<i>Tableau 13</i> : Comparaison des médecins ayant suspecté ou non sans le prouver des cas d'inceste.	p48
<i>Tableau 14</i> : Prise en charge décidée par les MG en fonction des signes cliniques suspects.	P49

INDEX figures

- Figure 1* : La stratégie mondiale pour les services de santé, selon l'OMS. p6
- Figure 2* : Les conséquences somatiques à long terme des traumatismes subis dans l'enfance selon l'ACE p23
- Figure 3* : Les conséquences sur la santé se cumulent en fonction du nombre de traumatismes subis dans l'enfance. p23
- Figure 4*: « Altérations cérébrales fonctionnelles et anatomiques liées à l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez l'adulte. » p25
- Figure 5*: Nombre de MG sensibilisés au sujet de l'inceste pendant leur cursus médical initial. p33
- Figure 6* : Nombre de médecins jugeant nécessaires ou non d'aborder la notion d'inceste dans le cursus médical initial. p34
- Figure 7* : Nombre des médecins ayant eu connaissances ou non des recommandations de l'HAS de 2010. p34
- Figure 8*: L'âge, selon ces MG, de la majorité sexuelle en France. P35
- Figure 9* : Selon ces MG, âge en dessous duquel une agression sexuelle doit être signalée même en l'absence du consentement du mineur. p36
- Figure 10*: Leurs connaissances sur la prévalence: pourcentage des bonnes ou mauvaises réponses. p37
- Figure 11*: Etat des connaissances (pourcentage de bonnes ou mauvaises réponses) des MG sur les signes génito-anaux évocateurs ou non d'une maltraitance sexuelle. p39
- Figure 12*: Nombres de MG connaissant la mémoire traumatique. p40
- Figure 13*: Nombre de MG connaissant la dissociation traumatique. p40
- Figure 14* : Connaissances des MG sur la prise en charge initiale d'une agression sexuelle. p42
- Figure 15*: Nombre de MG ayant déjà eu des révélations d'inceste chez un mineur en fonction de nombre de cas rencontrés. p43
- Figure 16*: Les différentes mesures prises par les 19 médecins p44

Sommaire

I. INTRODUCTION :	1
II. ETAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES:	3
A. Evolution du concept de l'inceste au fil du temps :	3
B. Actualités et les enjeux en cours:	5
1. Au niveau mondial :	5
2. En France :	6
C. Définitions :	8
1. Définition des différents termes de la délinquance sexuelle :	8
2. Définition de l'inceste :	9
3. Les différentes condamnations pour les viols et agressions à caractère incestueux dans le code pénal :	11
D. Distinction de la majorité légale et sexuelle :	12
1. La majorité légale :	12
2. La majorité sexuelle :	13
3. Qu'implique en pratique cette différence entre la majorité légale et la majorité sexuelle ?	13
E. Epidémiologie :	14
1. Prévalence dans le Monde :	14
2. Prévalence en Europe :	14
3. Prévalence en France :	14
F. Repérage de l'inceste :	17
1. Circonstances de découverte et situations à risque :	17
2. Quels signes doivent nous alerter ?	18
G. Les conséquences possibles de l'inceste :	22
1. Sur le plan somatique :	22
2. Sur le plan psychique :	24
H. Conduite à tenir en cas de suspicion d'inceste :	27
1. En cas « situations de maltraitances, notamment sexuelles révélées par l'enfant » ou par un proche et en cas de danger imminent:	27
2. En cas de doutes ou de simples questionnements sur le mineur :	27
3. En cas de « présomption un peu plus importante et en fonction du contexte et des moyens dont dispose le praticien » :	27
I. Contexte juridique de dérogation au secret médical :	28
III. CENTRES D'INTERETS ET OBJECTIFS :	29
IV. MATERIELS ET METHODES :	30
A. Elaboration du questionnaire :	30
B. La population :	30
C. Les objectifs de l'étude :	31
D. Diffusion et analyse des résultats :	31

V. RESULTATS :	32
A. Le taux de participation :	32
B. Les caractéristiques de la population :	32
C. La formation de ces médecins généralistes sur l'inceste :	32
1. Formation initiale :	32
2. Comparaison entre les médecins ayant reçu une formation initiale ou non :	33
3. L'inceste devrait-il être abordé dans la formation initiale des MG ?	34
4. Formation médicale continue des Médecins Généralistes:	34
D. Lecture des recommandations de la HAS de 2010	34
E. Etat de leurs connaissances :	35
1. Leurs connaissances des définitions	35
2. Leurs connaissances sur les notions de la majorité légale et la majorité sexuelle :	35
3. Leurs connaissances épidémiologiques :	36
4. Leurs connaissances sur les facteurs de risque :	37
5. Leurs connaissances sur les signes cliniques de l'inceste :	37
6. Connaissances des MG sur une conséquence grave de l'inceste : l'état de stress psycho-traumatique :	39
7. Connaissances sur la prise en charge :	41
D. Leurs expériences professionnelles :	42
1. Les médecins ayant eu des cas de révélations d'inceste ont-ils des caractéristiques différentes (notamment au niveau de leur formation) que les autres ?	43
2. Les médecins ayant suspectés des cas d'inceste ont-ils des caractéristiques différentes (notamment au niveau de leur formation) que les autres ? Quels signes leur ont permis ces suspicions ?	44
E. Annexes aux résultats :	46
VI. DISCUSSION :	50
A. L'originalité du thème:	50
B. Critiques de la méthode :	50
1. Les forces :	50
2. Les limites :	51
C. Critiques des résultats :	51
1. Taux de participation faible : à la fois une faiblesse et un point fort pour cette étude.	51
2. Médecins peu formés face à l'inceste :	52
3. Bonne connaissance de la définition de l'inceste mais mauvais acquis des définitions juridiques :	52
4. Acquis suffisants sur la prévalence et sur les signes de repérage de l'inceste :	53
5. Leurs connaissances sur la prise en charge théorique à adapter :	53
6. Leur méconnaissance sur l'état de stress post-traumatique :	54
D. Leurs expériences professionnelles :	54
1. Témoignage marquant parmi les répondants :	54
2. Suspensions de cas d'inceste :	54
3. Inceste probablement sous dépisté par les médecins généralistes de Normandie Occidentale :	55

VII. CONCLUSION :	56
VIII. BIBLIOGRAPHIE	70
ANNEXES	1772

I. INTRODUCTION :

L'inceste est un véritable enjeu de santé publique : il est encore trop fréquent, mal décelé et touche majoritairement les mineurs.

Au niveau mondial, approximativement de 20% des filles et entre 5 à 10 % des garçons auraient subi des abus sexuels au cours de leur enfance(1). L'OMS a mis en place pour 2015-2017 un « plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants »(1). Ce projet s'intègre dans un ensemble de résolutions mondiales visant l'éradication des violences et établies pour le long terme (jusqu'en 2030). Il fait écho et suite à différents précédents plan d'action gouvernementaux dont l'objectif était de répondre institutionnellement aux victimes des maltraitances, violences sexistes et sexuelles.

Une enquête nationale française de grande ampleur, VIRAGE(2) « Violences et rapports de genre », a été initiée par l'Institut national d'études démographiques en 2015 en 2015. Son objectif était d'approfondir l'étude des violences interpersonnelles subies par les femmes et les hommes depuis leur enfance jusqu'à l'âge adulte: des entretiens téléphoniques ont permis de recueillir les témoignages de 15 556 femmes et 11 712 hommes âgés de 20 à 69 ans par âgées de 20 à 69 ans, résidant en France métropolitaine et vivant en ménage ordinaire. Selon cette enquête, 4,99% des femmes et 0.83% des hommes auraient subis des viols (ou tentatives) et des agressions sexuelles dans le cadre familial ou de l'entourage proche. Elle met en avant que ce fléau est d'autant plus grave qu'il toucherait principalement les enfants jeunes. En effet, plus de 8 victimes sur 10 auraient eu moins de 15 ans au moment des premiers faits ; 59% des femmes et 50% des hommes auraient eu moins de 10 ans au moment de ces premiers faits.

L'enquête VIRAGE(3) a mis en évidence également le caractère répétitif de l'inceste et des violences sexuelles commises par des proches : 62,4% des femmes et 68,2 % des hommes victimes auraient subi cela de façon répétitive.

Le gouvernement Français ,après la création de La mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) , a décidé d'étudier cette problématique au sein du « plan interministériel de mobilisation et de lutte de mobilisation contre les violences faites aux enfants » pour 2017-2019 .(4)

Les médecins généralistes sont souvent considérés comme les médecins de famille, ils connaissent souvent l'ensemble des membres de la famille. Ce statu leur permet d'apparaître comme des acteurs privilégiés du repérage. Mais pour pouvoir identifier des victimes potentielles d'inceste et pour les orienter dans la filière de soin adaptée, il faut avoir été préalablement sensibilisé à ce sujet et avoir acquis des connaissances sur ce thème. Pour cela, afin d'aider les professionnels de santé, l'HAS avait publié des recommandations en mai 2011 « Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur ».

Enfin, pour pouvoir dépister et repérer l'inceste, la question se pose alors de savoir si les médecins généralistes ont été suffisamment informés, formés et sensibilisés à ce sujet. Dans cette optique, une évaluation de l'état des connaissances apparaît nécessaire.

Pour répondre à cette problématique, une évaluation préalable des connaissances des médecins généralistes vis-à-vis de l'inceste apparaissait nécessaire en Normandie Occidentale.

II. ETAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES:

A. Evolution du concept de l'inceste au fil du temps :

Tout au long de l'Histoire, l'évolution des droits de l'enfants et de la reconnaissance en tant qu'« être » à part entière s'est faite parallèlement à la décadence du « patria potestas » antique(5) avec l'apparition de l'autorité parentale.

Dans l'Antiquité et le droit romain, la «familia » comprenait « un grand nombre de gens soumis soit par le droit soit par la nature au pouvoir d'un seul. Cela comprend le père de famille, la mère, le fils, la fille et tous ceux qui viennent à la suite, petits-fils et petites-filles, et ainsi de suite. Le père de famille exerce le commandement dans sa maison: et c'est pourquoi justement on l'appelle paterfamilias". *Digeste, 50, 16, 195, 2(3)*.

Le « pater familias », le chef de l'autorité exerçait sa « patria potestas »(6) (puissance paternelle) sur l'ensemble des biens et des membres de la famille: le père avait le droit de mort et de vies sur ses ascendants jusqu'à sa mort.

Ce n'est qu'à la fin du IV^{ème} siècle que l'Eglise catholique adoucit le sort des enfants en interdisant l'infanticide et leur abandon.

Au moyen-âge, le terme de l'inceste était utilisé pour dénoncer la consanguinité punie par l'Eglise. D'ailleurs, l'Ancien Testament de La Bible avec le passage du Lévitique qui décrit les règles d'union (« 18.7 Tu ne découvriras ni la nudité de ton père ni la nudité de ta mère. C'est ta mère, tu ne découvriras pas sa nudité... ») pointe bien cette interdiction de consanguinité (7).

De plus, au Moyen-Age, la notion d'inceste ne prenait pas en compte l'absence de consentement ni l'abus d'autorité parentale et l'enfant était considéré au moins aussi responsable que l'auteur des faits. L'histoire de Loth et de ses filles de la Genèse illustre bien cela : les deux filles ont enivré leur père puis lui ont enfanté chacune un enfant afin de s'assurer une descendance ; dans ce récit, ce sont les filles qui sont initiatrices de ce pécher. Des enluminures médiévales reprennent même les scènes des actes incestueux.

De même, *La légende Dorée* qui connut un succès de diffusion en Europe dans un contexte d'anti-judaïsme, montre bien ces deux représentations médiévales de l'inceste : Judas présenté comme un parricide, fratricide a eu des rapports sexuels avec sa mère biologique sans qu'elle sache qu'il est son fils et il ne révèle cet inceste que plus tard.

Au temps de l'Ancien Régime, la déclaration royale de 1639 indiquait : « La révérence naturelle des enfants envers leurs parents est le lien de la légitime obéissance de sujets envers leurs souverains ». Et malheureusement, au cours de la révolution française, l'inceste a été retiré du droit pénal en 1791 « au même titre que la sodomie, le blasphème et la bestialité ».

Avec le siècle des Lumières et surtout à partir de la fin du 18^{ème} siècle, le point de vue de la société se modifia. La Convention du 09 août 1793, premier projet officiel du Code Civil, a mis en place le devoir de protection des parents envers leurs enfants : Cambacérès, Juriste de formation du siècle des Lumières, affirma « Surveillance et protection, voilà les droits des parents. Nourrir et élever, établir des enfants, voilà leur devoir. ». La Convention de 1793 a également aboli le droit de correction paternelle. Ainsi, progressivement, la maltraitance physique envers les enfants et notamment les violences sexuelles ont été de plus en plus rejetées. L'exemplarité demandée aux familles françaises fait que les affaires incestueuses ne devaient pas être dévoilées au grand public (8).

Il y a eu plusieurs procès de viols sur mineurs à Paris mais ils étaient très rarement considérés comme des crimes : la justice ne demandait que réparation, par exemple sous forme d'indemnisation financière ; la preuve du viol était basée juridiquement que sur des lésions physiques importantes ; les autres types d'agressions sexuelles n'étaient pas reconnus ; dans les rares procès criminels, le consentement de l'enfant était remis en cause et voir même l'enfant pouvait être perçu comme complice.

A noter que le régime Napoléonien fit un retour bref en arrière en rétablissant dans le Code Civil 1804 (dit Code de Napoléon) la puissance paternelle avec « le droit de correction paternelle ».

Le XIX^{ème} siècle fut une avancée pour le droit des enfants. Même devant ce silence de la société, la loi française modifia progressivement les mœurs avec de nombreuses lois, décrets (9):

- En 1810, le Code pénal ajouta la notion d « attentat à la pudeur par ascendant ou personne ayant autorité sur un mineur non émancipé par mariage ».
- Le Décret du 19 janvier 1811 a défini les enfants trouvés, abandonnés, et les orphelins pauvres et a défini leur prise en charge et obligeant les hospices et hôpitaux à les accueillir si besoin.
- la loi du 28 mars 1882 a rendu obligatoire l'école les enfants de 6 à 13 ans.
- La loi du 24 juillet 1889 a mis en place la déchéance de la puissance paternelle en cas de mauvais traitements ou de négligences graves.
- La loi du 19 avril 1898 dénonça « les violences, viols de faits, actes de cruauté et attentats commis contre les enfants ».

Au XIX^{ème} siècle, paradoxalement ,malgré un progrès envers le droit des enfants, l'inceste devint de plus en plus tabou : les presses n'utilisaient jamais ce terme, même les élites et nombreux juges évitaient ce mot ; le huit clos était imposé dans la plupart de ces affaires, les journalistes racontaient succinctement le peu d'informations qu'ils avaient et c'étaient les pères qui étaient les plus visés comme agresseurs ; par exemple, « Le 28 janvier 1884, vers trois heures de l'après-midi, profitant de l'absence momentanée de sa femme, Cauvin appelé sa fille à lui. Comme elle s'y refusait, il la saut violemment, l'entraîna de force dans la cuisine », selon La Gazette des tribunaux du 14 novembre 1885. La diffusion de ces premiers faits-divers fut à l'origine du début des dénonciations anonymes parvenant aux tribunaux. L'inceste devint un « crime sans nom »(10). Même les magistrats n'utilisaient plus le terme d'inceste mais ils utilisaient des périphrases ou des superlatifs. Sur le plan de l'instruction, il était difficile aux juges d'instruire « un crime sans nom » d'autant plus qu'il n'y avait pas dans le code pénal de définition de l'inceste ; les affaires étaient alors judiciairisées de façon hétérogène : certaines comme viols, d'autres comme attentats à la pudeur, d'autres comme excitation à la débauche etc.

A la fin du XIX^{ème} siècle et début de XX^{ème} siècle, malgré que ce sujet soit tabou, des psychanalystes et des sociologues ont rédigé des écrits fondamentaux sur l'inceste : Sigmund Freud écrivit en 1895 « Etudes sur l'hystérie » puis « Totem et Tabou » en 1913 ; Emile Durkheim publia « La prohibition de l'inceste et ses origines » en 1896, Salomon Reinach « La prohibition de l'inceste et le sentiment de la pudeur » en 1905.

Au cours du 20^{ème} siècle, la justice connut un bouleversement avec la mise en place de plusieurs services pour les enfants : à partir de 1912 de nombreuses ordonnances, loi et décrets furent érigés pour créer et définir toutes les procédures judiciaires et de protection des enfants. La loi du 4 juin 1970 introduit la notion d'autorité parentale et substitue l'autorité paternelle à la puissance paternelle. Il est ainsi reconnu une autorité conjointe maternelle et paternelle. L'âge de la majorité a été fixé à dix-huit ans en 1974.

L'enfant devient progressivement un être de « droit » et un être à part entière. En effet, différents textes que ce soit aussi bien au niveau national qu'international mettent en avant l'enfant : après avoir rédigé la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, l'Assemblée Générale des Nations Unies adopte à l'unanimité pour La Déclaration des Droits de l'Enfant. Puis le 20 novembre 1989, la Convention internationale des droits de l'enfant (Cide) a énoncé les droits fondamentaux de l'enfant au travers de 54 articles.

« L'enfant est reconnu, universellement, comme un être humain qui doit pouvoir se développer physiquement, intellectuellement, socialement, moralement, spirituellement, dans la liberté et la dignité»(11).

A noter que le droit de correction paternelle a de nouveau été supprimé définitivement grâce à l'ordonnance du 23 décembre 1958 sur les mineurs en danger.

Sur le plan médiatique, l'inceste ne fut que réellement abordé en tant que tel qu'à partir des années 1960-1970(12). Mai 1968, fut une période importante : cela permit un changement des perceptions sur les rapports d'égalité entre les individus et notamment sur la hiérarchisation patriarcale en resituant la place de l'enfant.

A partir des années 1970, des associations de victimes mirent en place des mouvements féministes qui luttèrent essentiellement contre les violences sexuelles envers les femmes, plusieurs affaires pédo-criminelles furent médiatisées. Leur combat permit progressivement de dénoncer ce fléau puis celui de l'inceste avec une médiatisation de plus en plus importante(4).

Depuis les trente dernières années, l'inceste est de moins en moins tabou ; il est de plus en plus abordé par l'ensemble des médias que ce soit à la télévision, dans les journaux, dans les livres.

Au niveau pénal, il y a eu de nombreux changements et il y aura encore d'autres modifications.

En effet, le Code Pénal a essayé d'introduire la notion de l'inceste dans la loi du 8 février 2010 mais celle-ci a été abrogée en septembre 2011 car le Conseil Constitutionnel l'a déclarée contraire à la Constitution de l'article 222-31-1 du code pénal.

Le terme « incestueux », qui avait été retiré par l'Ancien Régime, n'a réussi à réapparaître dans le CP avec la Loi n°2016-297 du - art. 44 que le 14 mars 2016.

B. Actualités et les enjeux en cours:

1. Au niveau mondial :

La violence, et y compris l'inceste tout en étant une affaire individuelle, s'avère dorénavant une lutte collective mondiale, à la hauteur d'une « riposte intersectorielle »-selon le terme bien choisi de l'OMS visant du long terme (de 2016 à 2030, selon les ODD objectifs de développement durable), et de lutte de mobilisation interministérielle de notre Etat, selon le terme bien choisi du plan précité en cours (2017-2019).

Comme l'illustre le schéma ci-dessous(13), l'individu est au centre du dispositif institutionnel. C'est à l'institution de s'adapter, répondre aux besoins des personnes vulnérables, mettre en place des

outils (signalements, etc.). Les réglementations, les instances socio médico éducative et juridiques doivent permettre à ces personnes une prise en charge adaptée.

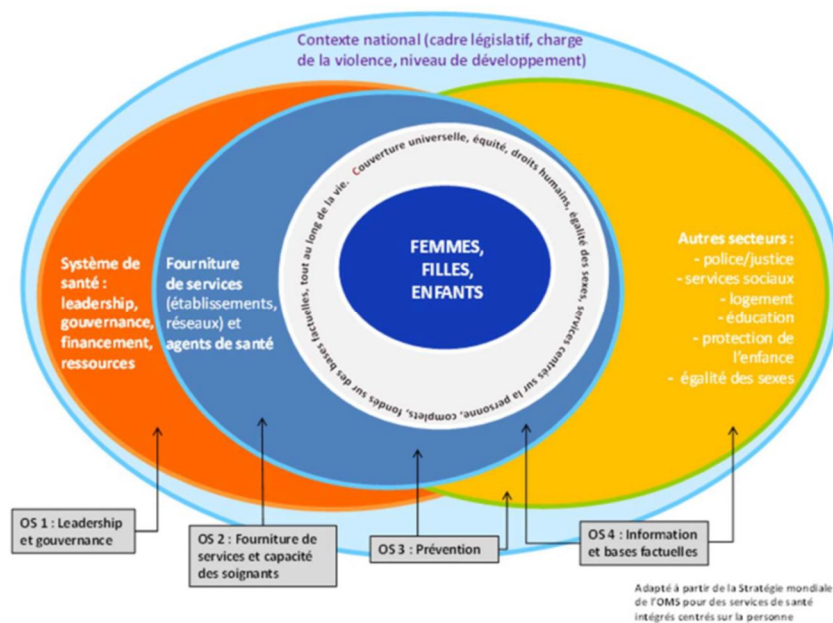


Figure 1 : La stratégie mondiale pour les services de santé, selon l'OMS(13)

L'inceste s'avère dorénavant reconnue comme une souffrance entachée d'innommable, d'indicible lourde de conséquences pour les victimes, ce d'autant plus que ceux-ci sont jeunes.

Dans ce mouvement, les mœurs, les structures familiales, les instances institutionnelles mises en place, le cadre législatif, notamment par des projets et la création de nouvelles lois ne cessent d'évoluer dans le Monde et même au sein de notre pays.

2. En France :

La mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) a été créée le 30 novembre 2012. Elle a comme objectif de créer un plan national de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes avec des outils de formation adaptés, de faire un état des lieux relatives aux violences faites aux femmes et de veiller à la coordination nationale de cette lutte(14).

Des films à visée éducative peuvent être visionnés en accès libre via le site www.stop-violencesfemmes.gouv.fr et téléchargés. Notamment les professeurs des écoles, les professionnels médico-sociaux... peuvent les utiliser comme support pour des formations et discussions.

Par ailleurs, Mme Rossignol Laurence, sénatrice et ancienne ministre de la Famille, de l'Enfance et des Droits des femmes en 2017, en réponse au plan interministériel de l'OMS, a fait appel à l'expérience des médecins, via l'INSERM pour entre autres élaborer des préconisations et traiter cette question des violences envers les enfants relative aux pratiques sexuelles à caractère incestueuses(4).

Le gouvernement a élaboré, par la suite, le 1er mars 2017 un « plan interministériel de mobilisation et de lutte de mobilisation contre les violences faites aux enfants »(1) pour 2017-2019. Celui-ci contient quatre axes principaux :

- Améliorer la connaissance et comprendre les mécanismes des violences,
- Sensibiliser et prévenir Former pour mieux repérer ,
- Accompagner les enfants victimes de violences.

Ce plan a pour but de lutter contre toutes les violences existantes envers les enfants (physiques, psychologiques et sexuelle) et notamment de l'inceste. La problématique de l'inceste y est citée dans différents axes(15) :

- La mesure 3 du 1er axe s'agit de « renforcer les connaissances sur l'inceste ».
- La mesure 9 du 2ème axe est de « diffuser des outils sur les violences sexuelles à destination des parents et des enfants ».
- La mesure 15 du 4ème axe prévoit de « Renforcer la prise en compte des victimes d'inceste et de violences sexuelles durant l'enfance dans le réseau de téléphonie sanitaire et sociale ».
- La mesure 19 souhaite « Repenser une prise en charge des soins spécifiques aux psycho-traumatismes liés aux violences intrafamiliales subies pendant l'enfance ».

Un scandale judiciaire a éclaté en septembre 2017 et a permis de dénoncer certaines failles du Code pénal. En effet, une pénétration sexuelle d'un homme de 28 ans commis sur une fillette de 1 ans a été considérée par le Parquet comme une atteinte sexuelle et non comme un viol ; et ceci à cause de l'absence d'élément mettant en évidence les notions de violence, contrainte, menace ou surprise »(16).

Suite à cette affaire, de nombreuses associations (Collectif Féministe Contre le Viol ...) des artistes, des professionnels divers se sont mobilisés. Notamment Mme Rossignol Laurence, sénatrice et ancienne ministre de la Famille, de l'Enfance et des Droits des femmes est auteur de nouvelles propositions de lois « pour meilleure protection des mineurs victimes de viol et des autres agressions sexuelles »(16) qui viennent d'aboutir à des nouvelles mesures.

Cette nouvelle loi du 3 aout 2018(17) a mis en place 4 principales mesures :

- La prolongation du délai de prescription à 30 ans après la majorité des victimes présumées des crimes sexuels commis sur des mineurs (qui était auparavant de 20 ans),
- L'apparition de la notion d'infraction d' « outrage sexiste » dans le CP pour réprimer le harcèlement dit "de rue". L'outrage sexiste est caractérisé par des propos ou des comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui soit porte atteinte à sa dignité en raison de son caractère dégradant ou humiliant, soit créé à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. La loi sanctionne également le fait d'user de tout moyen pour apercevoir les parties intimes d'une personne à son insu ou sans son contentement.
- L'élargissement de la définition du harcèlement en ligne afin de pouvoir réprimer les cas où une personne est victime d'une attaque coordonnée de plusieurs internautes, même lorsque chacune des personnes n'a pas agi de façon répétée. Le juge pourra distinguer ces différents internautes pour adapter les peines à la gravité de leurs actes.
- La nouvelle mesure où la « contrainte morale sur la personne mineure peut résulter de la différence d'âge existant entre la victime et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur la victime ».

Cette dernière composante de cette nouvelle loi a été le compromis choisi par le gouvernement afin de pouvoir punir les majeurs abusant de certains jeunes mineurs, qui par leur différence d'âge importante ne peuvent pas être en capacité de réagir et d'exprimer leur consentement(ou non) aux actes sexuels. Ceci permet également d'éviter de fixer un âge limite en dessous duquel un mineur ne

peut pas être en capacité d'être consentant (ou non) pour un acte sexuel. Ceci permet de laisser la liberté au juge et de choisir si la différence d'âge entre les deux permet la notion de contrainte morale pour le jugement.

Par exemple, en cas de plainte contre une femme de 18 ans ayant des rapports sexuels avec un jeune garçon de 14 ans, celle-ci ne pourra pas être jugée par la justice pour viol mais pour atteinte sexuelle si le juge en décide ainsi.

A l'opposé, en cas de plainte contre une femme de 28 ans ayant des rapports sexuels avec un jeune garçon de 8 ans, le juge peut considérer, de par cette différence d'âge, qu'il y a eu contrainte morale sur le mineur. L'auteur sera ainsi donc jugé pour une agression sexuelle (et non pour une atteinte sexuelle).

C. Définitions :

Le terme inceste n'est pas défini stricto sensu dans les textes de loi :

- Dans le Code Civil, il n'est pas nommé directement.
- Dans le Code Pénal, seulement le terme « incestueux » est défini.

En fait, plusieurs délits et crimes peuvent être de caractère « incestueux » ; un acte « incestueux » est en soit une circonstance aggravante qui peut entraîner une prolongation de la peine et/ou augmenter l'amende.

Pour situer le contexte des faits pouvant relever de l'inceste, les différentes infractions et crimes sexuels vont être décrits. Seuls les agressions sexuelles, le viol et les atteintes sexuelles peuvent être qualifiés d' « incestueux ».

1. Définition des différents termes de la délinquance sexuelle :

Selon le Ministère de la justice, le champ de la délinquance sexuelle est composée de deux parties: il y a celle des violences sexuelles (comprenant le viol, les agressions sexuelles et le harcèlement sexuel) et celle d'atteintes aux mœurs (constituées de l'atteinte sexuelle, exhibition sexuelle et la prostitution)(18).

a) Les violences sexuelles :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la violence sexuelle englobe « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances 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 »(2).

Il existe plusieurs catégories de violences sexuelles :

- Le viol est un crime défini dans le code pénal par « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol»(3).
- L'agression sexuelle est un délit décrit par le CP comme suivant : « Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise»(19).

- Le harcèlement sexuel est un délit considéré comme « le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. » ; il est également assimilé au « fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers »(20).

A noter : pour que le viol et les autres agressions sexuelles soient reconnus pénalement, il faut qu'ils aient « 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»(4).

b) Les atteintes aux mœurs :

Les différentes atteintes aux mœurs sont:

- L'atteinte sexuelle est un délit reconnu comme le « fait, par un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de quinze ans »(21).
- La corruption des mineurs est le fait de favoriser ou de tenter de favoriser la corruption d'un mineur(22).
- La pédopornographie est « le fait, en vue de sa diffusion, de fixer, d'enregistrer ou de transmettre l'image ou la représentation d'un mineur lorsque cette image ou cette représentation » (23).
- L'exhibition sexuelle est le « fait d'imposer à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public une partie du corps à caractère sexuel ou un acte sexuel »(24).
- La prostitution est le « fait de solliciter, d'accepter ou d'obtenir des relations de nature sexuelle d'une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle, en échange d'une rémunération, d'une promesse de rémunération, de la fourniture d'un avantage en nature ou de la promesse d'un tel avantage »(25).
- L'outrage sexiste a été introduit dans le CP récemment avec la loi du 3 août comme « le fait, d'imposer à une personne tout propos ou comportement à connotation sexuelle ou sexiste qui soit porte atteinte à sa dignité en raison de son caractère dégradant ou humiliant, soit créé à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante – en dehors de l'exhibition sexuelle, le harcèlement et les violences »(26).

2. Définition de l'inceste :

a) Selon les dictionnaires :

Etymologiquement, l'inceste vient du latin « incestus » qui signifie impur.

Selon les époques, les sociétés, les cultures, l'inceste est perçue différemment. D'ailleurs, même les dictionnaires français proposent des définitions différentes :

- L'un d'entre eux a une approche purement pénaliste « une conjonction illicite entre les personnes qui sont parentes ou alliées au degré prohibé par les lois »(27).
- Un autre reprend le code civil y ajoute une dimension plus religieuse « union illicite entre des personnes liées par un degré de parenté entraînant la prohibition du mariage, dans une société donnée »(28).

b) Selon les recommandations de 2011 de l'HAS :

A travers les recommandations de 2011(28) (y compris même dans le titre), l'inceste semble assimilé aux maltraitances sexuelles intrafamiliales.

Ces recommandations ont été écrites dans un contexte particulier, après la promulgation de la loi du 8 février 2010(29) mais celle-ci fut abrogée par la suite en 2011(30). Cette loi de 2010 spécifiait le caractère « incestueux » pour la première fois dans le code pénal ; elle décrivait « l'inceste commis sur les mineurs dans le Code pénal afin d'améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux. » et elle visait à ce que l'inceste « soit identifié, prévenu, détecté et combattu ».

Suite à cette loi et comme le précise l'argumentaire(31), l'objectif de ces nouvelles recommandations était : « l'identification et l'adaptation du Code pénal à la spécificité de l'inceste avec sa prévention et l'accompagnement des victimes » (31).

Dans le chapitre sur « la définition de la notion d'intrafamiliale » de cet argumentaire(31) : seule la définition du terme « incestueux » selon le code pénal est repris avec les termes de la loi du 8 février 2010.

Mais il faut se rappeler que cette loi du 8 février 2010 fut ensuite abrogée suite à la décision du Conseil Constitutionnel car pour les législateurs, il était impossible légalement de désigner « précisément les personnes qui doivent être regardées, au sens de cette qualification, comme membres de la famille » (30).

c) Selon la Loi :

Le terme « inceste » n'est pas réellement défini en tant que tel dans les textes de loi.

(1) Dans le code civil (CC) : la notion de l'inceste dénoncée de manière indirecte :

L'inceste n'est toujours pas défini mais il est dénoncé de manière indirecte :

- En ligne directe, le mariage est prohibé entre tous les ascendants et descendants et les alliés dans la même ligne » (32).
- « En ligne collatérale, le mariage est prohibé, entre le frère et la sœur, entre frères et entre sœurs »(33).
- « le mariage est prohibé entre l'oncle et la nièce ou le neveu ; et entre la tante et le neveu ou la nièce »(art 163 –en 2013) (34).
- « S'il existe entre les père et mère de l'enfant un des empêchements à mariage prévus par les articles 161 et 162 pour cause de parenté, la filiation étant déjà établie à l'égard de l'un, il est interdit d'établir la filiation à l'égard de l'autre par quelque moyen que ce soit » (35).

(2) Dans le Code Pénal(CP), c'est la qualification « incestueux » qui est définie :

L'évolution de l'article 222-31-1 du CP concernant cette question d'inceste montre les difficultés du législateur à aborder la spécificité de l'inceste.

En 2005, la personne titulaire de l'autorité parentale était sanctionnée pour le viol ou agressions sexuelles sur l'enfant par le retrait partiel ou total de cette fonction d'autorité parentale. Echappaient à toute autre condamnation aggravée par le lien familial tous les membres de la famille qui n'avaient pas d'autorité parentale (les frères et sœurs, oncles et tantes, etc).

La nomination, qualification « incestueux » n'apparaît que tardivement dans le CP en 2010. Mais cet article a été abrogé un an et demi après, puis il a été repris en 2016 jusqu'en août dernier avec quelques suppressions ou modifications des termes(36).

Voici la dernière version présentée dans un chapitre intitulé « paragraphe 3 : sur l'inceste », dans la LOI n° 2018-703 du 3 août 2018 « renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes » :

Article 222-31-1 d'août 2018 (29)

« Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis sur la personne d'un mineur 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. »

Quelques remarques concernant le texte de cet article 222-31-1 de 2010 à aujourd'hui :

- Dans la dernière définition de 2018, les notions de « au sein de la famille » et « toute autre personne » de la loi de 2010 ne figurent plus.
- Les enfants ou lien parenté des concubins ou des partenaires déclarés ne sont pas dénoncés dans ce texte.
- Cette nouvelle loi allonge le délai de prescription (à 30 ans) (17).

3. Les différentes condamnations pour les viols et agressions à caractère incestueux dans le code pénal :

Il existe différents types de sanction selon les faits reconnus par la justice :

- La délégation, le retrait de l'autorité parentale,
- Et/ou les amendes,
- Et/ou la réclusion criminelle.

Parfois, l'autorité parentale peut être déléguée (de manière volontaire ou forcée) à un tiers. Depuis mars 2016, la délégation peut être décidée en cas de désintérêt manifeste ou si les parents sont dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de l'autorité parentale(37).

« Un particulier, un établissement ou le service départemental de l'aide sociale à l'enfance qui a recueilli l'enfant ou un membre de la famille peut également saisir le juge aux fins de se faire déléguer totalement ou partiellement l'exercice de l'autorité parentale ».

C'est le juge aux affaires familiales, parfois avec le juge des enfants, qui décerne l'autorité parentale.

A noter : « L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité »(38).

D'autres fois, l'autorité parentale peut être retirée totalement aux parents condamnés, soit comme auteurs, coauteurs ou complices d'un crime ou délit envers leur enfant déjà né(39).

Au niveau de la condamnation, le viol, reconnu comme un crime, est puni à 15 ans de réclusion criminelle et à 20 ans de réclusion criminelle si l'auteur est un ascendant ou toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait (40). Ce lien incestueux sanctionne davantage l'infraction de la loi de l'interdit de l'inceste que le viol commun par cette augmentation des peines (de 15 à 20 ans). Mais ne sont pas concernés dans cette condamnation aggravante les auteurs incestueux que sont les frères, sœurs, oncles et tantes, neveux et nièces, sauf si la victime est un mineur de 15 ans (40).

« Le viol est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie »(41).

« Le viol est puni de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'il a entraîné la mort de la victime »(42).

Pour définir la condamnation des actes d'atteinte sexuelle à caractère incestueux, est pris en compte l'âge:

- S'il s'agit d'un mineur de moins de 15 ans : la condamnation est 7 ans d'emprisonnement et 100000 € d'amende (6).
- S'il s'agit d'un mineur de plus de 15 ans : de 3 ans d'emprisonnement et de 45000 € d'amende (43).

Selon l'Article 227-27-2-1, « Les infractions définies aux articles 227-25 à 227-27 sont qualifiées d'incestueuses lorsqu'elles sont commises sur la personne d'un mineur 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 le mineur une autorité de droit ou de fait».

D. Distinction de la majorité légale et sexuelle :

1. La majorité légale :

La définition de la majorité légale est précise. L'âge de la majorité légale est fixé à 18 ans par le code civil (44). Elle prend en considération la capacité du majeur « d'exercer les droits dont il a la jouissance ». Elle est prise en compte pour l'attribution de l'autorité parentale. Les détenteurs de l'autorité parentale sont responsables de leurs enfants jusqu'à la majorité civile, de 18 ans voire plus, jusqu'à ses 21 ans si le jeune ne peut subvenir à ses besoins.

A noter pour l'inceste, quand il s'agit d'actes incestueux, il est tenu compte du lien filial ou légal et donc il n'est plus question de l'âge de la majorité, ni de la majorité sexuelle.

2. La majorité sexuelle :

La notion de la majorité sexuelle, source de beaucoup de débats actuellement, a introduit les notions de l'âge du consentement sexuel : l'âge de la majorité sexuelle fut fixé à 15 ans depuis 1945. Le Code pénal considère que l'âge de la majorité sexuelle est de 15 ans puisqu'il réprime « le fait, pour un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de moins de 15 ans » (21).

Un peu d'histoire pour rappeler succinctement les lois de 1832, de 1863 et de 1945 qui ont défini pénalement la majorité sexuelle :

- La loi du 28 avril 1832, fixe cet âge à 11 ans.
- Celle du 13 mai 1863 retient celui de 13 ans
- L'ordonnance du 2 juillet 1945 retient celui de 15 ans.
- Il était fait mention avant la fin des années 1970 de la notion de non-consentement chez les mineurs de moins de 15 ans.
- Mais la loi du 2 août 1982 du CP oublie cette disposition du non-consentement et fixe la majorité hétérosexuelle comme homosexuelle à 15 ans.
- Dans la loi récente du 3 août dernier, le critère de l'âge revient en considérant comme « contrainte morale » une différence d'âge importante entre l'auteur et la victime.

Lorsqu'on parle de majorité sexuelle, il faut comprendre qu'il s'agit de l'âge à partir duquel un mineur peut avoir un rapport sexuel avec une personne majeure, sans que celle-ci ne commette une infraction pénale.

3. Qu'implique en pratique cette différence entre la majorité légale et la majorité sexuelle ?

En cas de relations sexuelles entre majeur et mineur de moins de 15 ans : « hors le cas de viol ou de toute autre agression sexuelle, le fait, par un majeur, d'exercer une atteinte sexuelle sur un mineur de quinze ans est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 € d'amende » (21).

De fait, une relation même consentie entre un mineur de moins de 15 ans et un majeur de plus de 18 ans constitue une infraction pénale de la part du majeur et celui-ci pourra comparaître devant la justice pour au moins une atteinte sexuelle sur mineur de moins de 15 ans.

Des relations sexuelles consenties entre un mineur de plus de 15 ans et un majeur ne seront pas reconnues comme une atteinte sexuelle.

A noter : si cette relation n'est pas consentie, il ne s'agit plus d'une « atteinte sexuelle » mais d'une « agression sexuelle » ou d'un « viol », et par conséquent ce n'est pas le même texte de loi qui s'applique. En cas de violences sexuelles, c'est l'âge légal qui permet la dérogation du secret médical, un médecin se doit de faire un signalement pour toute victime de moins de 18 ans (45)

E. Epidémiologie :

1. Prévalence dans le Monde :

Deux méta-analyses retrouvent une prévalence des violences sexuelles chez les mineurs :

- Chez les filles, cette prévalence est estimée à 18% [IC 95% : 16.4-19.7](46) et 15% [IC95% : 9-24](47).
- Chez les garçons, elle est autour de 7.6% [IC 95% : 6.6-8.6](46) et 8% [IC95% : 4-16](47).

Ces méta-analyses montrent bien l'hétérogénéité des résultats des différentes études. La première méta-analyse met en plus en évidence que la conception des études influence beaucoup sur la prévalence des violences sexuelles : selon la définition initiale de la violence sexuelle, les critères d'inclusion (comme l'âge des interrogés), le type de support utilisé (plus de réponses papiers que par internet), le nombre de questions, les caractéristiques des répondants, le modèle d'échantillonnage, le taux de réponses, la taille de l'échantillon... les résultats diffèrent ; c'est une des raisons pour laquelle, les intervalles de confiances sont larges (46). De plus, cette différence de résultats peut s'expliquer par différents concepts culturels et législatifs(46).

2. Prévalence en Europe :

Une méta-analyse a estimé, en Europe, les violences sexuelles à 13.4% IC 85% [11,4-15,8%] à l'encontre des filles et 5.7% pour les garçons IC 85% [4.5-7.2]. (48) Les intervalles de confiances sont assez larges car les pays de l'Europe sont hétérogènes. Par exemple, en Roumanie la prévalence des agressions sexuelles est estimée à 3.6% alors qu'en Bosnie à 9.8%(48).

3. Prévalence en France :

a) Selon le Ministère de la Justice en France :

En 2016, selon le ministère de la justice(18), 38301 affaires de violences sexuelles ont été traitées par les parquets en France dont 55.9 % pour des viols ou agressions sur mineurs : 6473 instructions (soit 16.9% des affaires pour violences sexuelles) pour des viols sur mineurs et 14930 instructions (soit 39% des plaintes pour violences sexuelles)) pour des agressions sexuelles sur mineurs.

Les affaires sur mineurs se clôturent en moyenne 33 mois. Des instructions initiées en 2016 n'ont pas pu avoir lieu au moment de l'enquête : seulement 53% des affaires initiées pour viol et 46% des affaires initiées pour agression sexuelle ont pu être clôturées en 2016(18).

Parmi les affaires instruites initialement pour des viols sur mineurs, 48% ont été qualifiées par le parquet comme telles, les autres ont été requalifiées : 25% comme viol sur majeur, 15% comme agressions sur mineurs, 5% comme autre délinquance non sexuelle(18).

Parmi les affaires instruites initialement pour agressions sexuelles sur mineurs, 56% de celles-ci ont bien été qualifiées comme telles mais 44 % ont été requalifiées par le parquet : environ 15% comme viol sur mineur, moins de 10% comme autre délinquance non sexuelle 5% viol sur majeur, un peu moins de 5% en autre type de délinquance sexuelle(18).

Parmi les affaires clôturées instruites pour viol sur mineurs (moins de 18ans), 33% ont fini par un non-lieu et 17% ont été devant le tribunal correctionnel pour une autre infraction.(18)

b) Selon le Ministère de l'Intérieur :

En 2017 au total, selon la base des crimes et des délits enregistrés par la police et la gendarmerie, 40 400 personnes ont été victimes de violences sexuelles dont une sur quatre dans un cadre familial (50). Les données mettent en évidence des fluctuations de la fréquence des violences sexuelles selon les âges.

Pour les viols, l'âge le plus à risque est 16 ans pour les filles et de 6 ans pour les garçons : à 16 ans, il y a 2.3 victimes féminines enregistrées pour 1000 filles de cet âge ; à 6 ans il y a 3 victimes masculines enregistrées pour 1000 garçons de cet âge (50).

Pour les agressions sexuelles, les filles sont le plus exposées entre 12 et 18 ans (avec 2.3 victimes féminines enregistrées pour 1000 filles de cet âge) et les garçons sont le plus à risque entre 4 et 12 ans (avec 0.5 victimes masculines enregistrées pour 1000 garçons de cet âge) (50).

La Normandie est la troisième région de la France où le taux d'incidence des infractions à caractère sexuel est le plus élevé avec 0.62 faits constatés pour 1000 habitants (50).

c) Selon l'enquête VIRAGE:

Elle a été coordonnée par une équipe de recherche de l'Institut national d'études démographiques (Ined). Cette enquête quantitative avait pour but d' « approfondir l'étude des violences interpersonnelles subies par les femmes et les hommes depuis leur enfance jusqu'à l'âge adulte », mais aussi d' « analyser les conséquences de ces violences sur les parcours de vie des personnes dans une perspective de genre »(4). Les informations ont été recueillies au téléphone par des enquêteurs d'un institut de sondage de février à novembre 2015 auprès d'un échantillon représentatif de 27 268 personnes (15 556 femmes et 11 712 hommes(51)(3),(52). Cette étude est l'enquête la plus récente de grande ampleur réalisée en France.

Dans celle-ci, les violences sexuelles subies ont été étudiées selon les divers espaces de vie (professionnel, familial...) et selon l'âge auquel elles ont eu lieu la première fois. 14.41% des femmes et 3.4% des hommes auraient déjà subis (tentatives de) viols ou autres agressions sexuelles dans leur vie ; plus particulièrement 4.9% des femmes et 0.83% des hommes ont subis ces types de violence dans le cadre familial ou de leur proche(52),(2).

93% des viols (ou tentatives) et 94% des autres agressions sexuelles commis sur les femmes au sein de la famille ou de leur entourage proche, se seraient produits pour la première fois entre 0 et 17ans ; 100% des viols (ou tentatives). 94% des autres agressions sexuelles commis sur les femmes au sein de la famille ou de leur entourage proche, se seraient produits pour la première fois entre 0 et 17ans(52),(2).

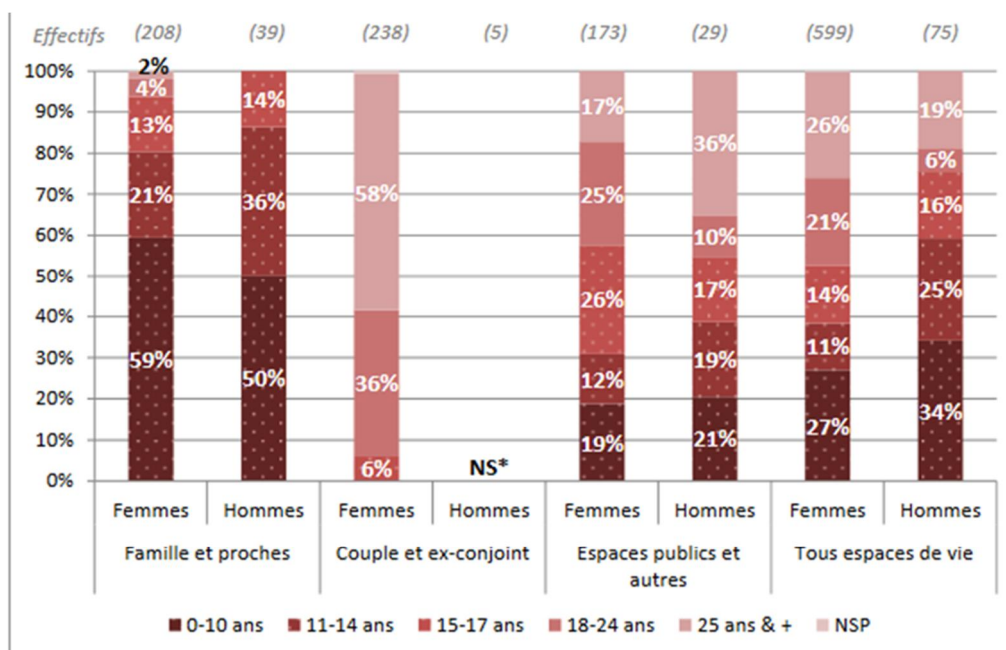
Groupe d'âge	Viol et tentative de viol		Autres agression sexuelle	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
0-10 ans	27,0	34,1	23,3	20,4
11-14 ans	11,3	25,1	15,3	17,8
15-17 ans	14,4	16,3	16,3	12,5
18-24 ans	21,3	5,7	19,5	17,2
25 ans & +	25,8	18,8	25,0	32,0
NSP/NVPD ⁽¹⁾	0,3	0,0	0,6	0,1
Total (Effectif observé)	100,0 (632)	100,0 (77)	100,0 (3 422)	100,0 (567)

Source: Ined, enquête Virage 2015.

Champ: Femmes et hommes âgé.e.s de 25 à 69 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire, ayant subi au moins une violence sexuelle au cours de leur vie.

Note 1. NSP : Ne sait pas ; NVPD : Ne veut pas dire

Tableau 1 : Répartition par groupe d'âge des violences sexuelles (hors harcèlement ou exhibitionnisme) au cours de la vie, selon le sexe de la personne victime, en %.(2)



Source: Ined, enquête Virage 2015.

Champ: Femmes et hommes âgé.e.s de 25 à 69 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire, ayant subi au moins un viol ou une tentative de viol au cours de leur vie.

* Non significatif car effectif trop faible. De même que pour les viols et tentatives de viol dans le cadre des études et du travail pour les femmes et les hommes.

Tableau 2 : Répartition par groupe d'âge des viols et tentatives de viol au cours de la vie selon le sexe de la personne victime et l'espace où a lieu la violence sexuelle.(2)

F. Repérage de l'inceste :

1. Circonstances de découverte et situations à risque :

Il n'existe pas de facteur de risque spécifique d'inceste mais certaines situations sont reconnues comme plus à risque. Souvent, il y a une intrication de plusieurs facteurs de risque. Comme pour le risque de maltraitance infantile générale, celui de l'inceste « naît de la conjonction et de l'accumulation de facteurs individuels environnementaux à un temps donné, aussi bien pour le(s) maltraitant(s) que la personne maltraitée »(53).

Le dernier rapport de l'Observatoire national de l'action sociale(Odas) de 2007 confirmant celui de 2005 met en évidence les principaux facteurs de danger de maltraitance infantile. Les circonstances les plus fréquemment retrouvées sont la carence affective (dans 53% des cas signalés) et des conflits de couple et ou séparation (dans 22% des cas).

Les facteurs de risque de maltraitance infantile et cités par l'Odas 2007 ci-après (54):

Facteurs à l'origine du danger	Nombre d'enfants concernés par le facteur	
Carences éducatives des parents	47 500	soit 50 % des enfants signalés
Conflits de couple et séparation	28 500	soit 30 % des enfants signalés
Problèmes psycho pathologiques des parents	12 350	soit 13 % des enfants signalés
Dépendance à l'alcool ou à la drogue	11 400	soit 12 % des enfants signalés
Maladie, décès d'un parents, chocs affectifs	6 650	soit 7 % des enfants signalés
Chômage, difficultés financières	12 350	soit 13 % des enfants signalés
Cadre de vie, habitat	7 600	soit 8 % des enfants signalés
Errance, marginalité	3 800	soit 4 % des enfants signalés
Autres	11 400	soit 12 % des enfants signalés

SOURCE : ODAS.

Tableau 3 : Facteurs de risque retrouvés parmi les enfants signalés pour de la maltraitance (54)

L'argumentaire des recommandations de 2011(53) a retracé les différents facteurs de risque connus à travers la littérature pour les maltraitances sexuelles intrafamiliales.

Les autres connus sont les suivants :

- la présence d'un père alcoolique(55),
- l'absence d'un confident ou de proche à qui se confier(55),
- l'isolement social(55),
- le décès de la mère(55) l'âge jeune de la mère(56),
- pathologie psychiatrique de la mère(55),
- la pré-existence de violence physique(55),
- antécédent d'agression sexuelle dans l'enfance du parent (57).

Comme le précisent les recommandations pour le repérage des agressions sexuelles intrafamiliales, il faut envisager la possibilité d'inceste quel que soit le niveau socio-économique, l'âge et le sexe de la victime mineure, l'âge et le sexe de l'agresseur présumé.

2. Quels signes doivent nous alerter ?

Les recommandations de l'HAS de 2011 sur « le repérage et signalement de l'inceste par les médecins » ont résumé les différents signes en faveur l'inceste. Dans l'argumentaire(53), les rédacteurs ont utilisé de nombreuses publications de plusieurs auteurs et sociétés savantes de nationalités différentes (E. Josse(25), National Institute for Health and Clinical Excellence NICE(58)...).

Le National Institute for health Clinical Excellence (NICE) en publiant des recommandations en 2009 au Royaume Uni distinguait des signes « évocateurs » et ceux « suspects » d'abus sexuels(58).

Des recommandations américaines(59) de 2007 décrivaient les différents niveaux de spécificité des signes cliniques évocateurs d'abus sexuel.

Les recommandations de l'HAS de 2011(60) sont toujours en vigueur. Elles mentionnent qu'aucun signe d'appel n'est pathognomonique d'une maltraitance sexuelle et mettent en avant polymorphisme des signes cliniques et fonctionnels(60).

Selon ces recommandations, les signes sont d'autant plus évocateurs quand ils sont nombreux, quand ils se répètent, quand ils persistent longtemps et quand aucune explication n'est retrouvée(60).Ceux-ci est d'autant plus vrai quand un état de rupture (changement de comportement, troubles psychologiques nouveau etc) est associé(60).

A chaque consultation, il faudrait observer le comportement des parents et de leurs enfants, la relation parent-enfant afin de déterminer le climat familial.

De la même façon que pour dépister de la maltraitance en générale, Il faut rechercher :

- des discordances et ou incohérences entre les éléments de l'anamnèse et l'examen clinique (61),
- une explication qui ne correspond pas à l'âge de l'enfant(62),
- une explication qui n'est pas compatible avec la lésion(62),
- une explication qui change avec le temps et/ ou l'interlocuteur(61),

Il faut également y penser devant un diagnostic de maltraitance physique ou psychique(63) car ces dernières sont souvent concomitantes à de la maltraitance sexuelle(63).

Les signes à rechercher chez le mineur peuvent être classés en plusieurs catégories : des signes généraux, des signes de la sphère génito-anales, des signes comportementaux du mineur, des troubles psychiques.

a) Les signes généraux :

Devant ces signes, ce qui va être le plus déterminant pour suspecter une maltraitance sexuelle va être surtout le caractère répétitif, l'absence d'explication rationnelle, leur durée dans le temps et leurs associations(64).

Les signes fonctionnels les plus fréquents rapportés sont : les céphalées isolées récurrentes , les douleurs abdominales isolées fréquentes et l'apparition récente d'une énurésie ou d'une encoprésie(64).

Le NICE confirme qu'il faut suspecter une maltraitance devant toute symptomatologie inexplicée : dès que les faits ou les observés ne trouvent pas d'explication plausible(58).

b) Les signes de la sphère génito-anales :

L'HAS a choisi de différencier pour l'examen clinique de la sphère génito-anales des signes « évocateurs » et des signes de « signification incertaine »(64). Le diagnostic devra être évoqué devant un faisceau d'arguments même si certains signes sont reconnus assez évocateurs.

Les signes « évocateurs » « doivent faire penser à une maltraitance sexuelle » mais ils ne sont pas spécifiques de ce type de maltraitance ; Les signes dits « de signification incertaine » peuvent être retrouvés dans ce type de contexte mais également dans d'autres situations(64).

Signe(s) évocateur(s)	Signes de signification incertaine
Lésion anale importante aiguë ou cicatricielle.	Condylomes acuminés
Une IST suspecte de contamination sexuelle en absence d'une contamination périnatale : <ul style="list-style-type: none"> • Trichomonas vaginalis (après 6 mois) ; • Neisseria gonorrhoeae (après l'âge d'un an) ; • Chlamydiae trachomatis (après 3 ans) ; • Syphilis. 	Herpès I ou II (prélèvement, surveillance si pas d'autres signes)
Une infection HIV si la mère est séronégative.	

En pratique, un examen normal n'élimine pas la possibilité d'une maltraitance sexuelle, les lésions très suspectes sont très rares, les IST sont exceptionnelles chez l'enfant, et rares chez l'adolescente dans ces situations.

Aucun examen complémentaire n'est recommandé de façon systématique dans ce contexte, les examens à la recherche d'une infection sexuellement transmissible, d'une éventuelle grossesse ou d'une infection HIV sont à prescrire au cas par cas.

Tableau 4 : Signes évocateurs ou de signification incertaine selon l'HAS.

Les signes génito-anaux principaux retenus par plusieurs ressources(65),(53),(47),(66),(59) sont les suivants :

- Grossesse dont le père est inconnu,
- Présence de sperme ou liquide spermatique sur un corps pré-pubère (très rare),
- Lésion hyménéale aiguë (déchirure, ecchymose, abrasion) et cicatricielle (déchirure totale postérieure) entre 4 et 8h,
- Absence de tissu hyménal,
- Lésion de la fourchette postérieure vulvaire,
- Lésion de la fosse naviculaire aiguë ou cicatrisée,
- Lésion anale importante aiguë ou cicatricielle,
- Certaines infections sexuellement transmissibles.

Findings With No Expert Consensus on Interpretation With Respect to Sexual Contact or Trauma ¹
28. Complete anal dilatation with relaxation of both the internal and external anal sphincters, in the absence of other predisposing factors such as constipation, encopresis, sedation, anesthesia, and neuromuscular conditions
29. Notch or cleft in the hymen rim, at or below the 3 or 9 o'clock location, which is deeper than a superficial notch and may extend nearly to the base of the hymen, but is not a complete transection. Complete clefts/transsections at 3 or 9 o'clock are also findings with no expert consensus in interpretation.
30. Genital or anal condyloma acuminatum in the absence of other indicators of abuse; lesions appearing for the first time in a child older than 5 years may be more likely to be the result of sexual transmission²²
31. Herpes type 1 or 2, confirmed by culture or PCR testing, in the genital or anal area of a child with no other indicators of sexual abuse ²²

Tableau 5: Signes Evocateurs Génito-anaux selon les recommandations Américaines(59).

Findings Caused by Trauma and/or Sexual Contact ³
Acute trauma to external genital/anal tissues, which could be accidental or inflicted
32. Acute laceration(s) or bruising of labia, penis, scrotum, perianal tissues, or perineum
33. Acute laceration of the posterior fourchette or vestibule, not involving the hymen
Residual (healing) injuries to external genital/anal tissues (These rare findings are difficult to diagnose unless an acute injury was previously documented at the same location.)
34. Perianal scar
35. Scar of posterior fourchette or fossa
Injuries indicative of acute or healed trauma to the genital/anal tissues
36. Bruising, petechiae, or abrasions on the hymen
37. Acute laceration of the hymen, of any depth; partial or complete
38. Vaginal laceration
39. Perianal laceration with exposure of tissues below the dermis
40. Healed hymenal transection/complete hymen cleft- a defect in the hymen between 4 o'clock and 8 o'clock that extends to the base of the hymen, with no hymenal tissue discernible at that location.
41. A defect in the posterior (inferior) half of the hymen wider than a transection with an absence of hymenal tissue extending to the base of the hymen.
Infections transmitted by sexual contact, unless there is evidence of perinatal transmission or clearly, reasonably and independently documented but rare nonsexual transmission
42. Genital, rectal or pharyngeal <i>Neisseria gonorrhoeae</i> infection
43. Syphilis
44. Genital or rectal <i>Chlamydia trachomatis</i> infection
45. <i>Trichomonas vaginalis</i> infection
46. HIV, if transmission by blood transfusion has been ruled out
Diagnostic of sexual contact
46. Pregnancy
47. Semen identified in forensic specimens taken directly from a child's body

Tableau 6: Suite des signes Evocateurs génito-anaux selon les recommandations Américaines(59).

Certaines IST sont fortement suspectes de violences sexuelles ; leur signification dépend de l'âge à lequel cela a été découvert. En effet, certaines IST peuvent être transmises par d'autres moyen de transmission(63) soit :

- in utero par voie transplacentaire (par exemple, la syphilis, le VIH),
- au moment de l'accouchement par contact avec le sang et les sécrétions (par exemple, les condylomes à papillomavirus) ,
- en post-partum lors l'allaitement au sein (par exemple, le VIH),
- la transmission parentérale (par exemple, l'hépatite B, VIH...),
- contamination accidentelle de tégument à tégument, par des sous-vêtements ou par des objets de toilette (par exemple, les condylomes à papillomavirus).

Les IST suivantes peuvent être le témoin d'une transmission sexuelle hautement probable selon les conditions ci-dessous (63) :

- primo-infection périnéale à herpès simplex 2 apparue après l'âge de 3 mois (à distance de la période néonatale car transmission périnatale possible),
- présence de Chlamydiae Trachomatis de la région génitale d'un enfant pré-pubère ou du col cervical d'une adolescente après l'âge de 3 ans (âge à partir duquel la transmission materno-fœtale n'est plus possible),
- syphilis acquise (dont la mère est séronégative pour cette IST),
- infection HIV (après élimination de transmission périnatale, par voie sanguine ou contamination par seringue),
- présence de Neisseria Gonorrhoeae après l'âge d'un an (âge à partir duquel la transmission materno-fœtale n'est plus possible),
- présence de Trichomonas Vaginalis après l'âge de 6 mois (âge à partir duquel la transmission materno-fœtale n'est plus possible).

A noter que l'examen génital et anal n'est pas recommandé de façon systématique dans un premier temps. Un examen normal n'élimine pas une maltraitance sexuelle, les lésions évocatrices sont, à l'inverse, très rares.

« Les IST sont exceptionnelles chez l'enfant, et rares chez les adolescentes dans ces situations »(63).

c) Les signes psychiques et comportementaux du mineur :

Ces signes sont expliqués par le « processus de la traumatisation sexuelle » comme le nomme Y.H Haesevoets en reprenant le modèle de Finkelhor et Browne(67). Ce modèle repose sur quatre principes et dont en découlent des signes cliniques :

- La sexualisation traumatique est due à une stimulation trop précoce de la sexualité dans le développement psychique de l'enfant. L'enfant peut en conséquence porter une attention inadaptée aux organes génitaux, avoir un comportement d'hypersexualisation, une agressivité et des jeux à connotation sexuelles, avoir des connaissances inadaptées sur la sexualité par rapport à son âge, des attitudes séductrices...
- L'impuissance de l'enfant qui n'a pas pu réagir face à ces faits va induire un sentiment d'insécurité et être source d'anxiété : des peurs, des troubles phobiques, des conduites régressives comme l'énurésie, des somatisations (troubles digestifs)... peuvent s'installer ;
- La stigmatisation qui fait que l'enfant a été le centre des pulsions de l'adultes va provoquer un sentiment de culpabilité, de honte une perte d'estime de soi chez l'enfant ; cela peut se présenter sous forme de dépression, d'idées suicidaires, de comportements antisociaux, addictifs...
- La trahison qui « provient de la désillusion brutale ressentie » va provoquer de la colère, de la haine chez l'enfant, une perte de confiance vis-à-vis des autres : une agressivité, des passages à l'acte, des comportements de dépendance, une méfiance envers les autres peuvent s'installer.

Tous ces signes font partie d'une réaction normale adaptée à un abus sexuel(68).

Dans son ouvrage « l'enfant victime d'inceste : de la séduction à la violence sexuelle », Haesevoets(67) a rassemblé les symptômes évoquant un abus sexuel vers un enfant en plusieurs catégories, en s'inspirant de plusieurs classifications existantes, comme suivant :

- De 0 à 3 ans, il y aurait plutôt des pleurs ou une agitation inexplicables, une régression ou retard du développement psychomoteur, des troubles de l'oralité etc.
- Chez les enfants de 3 ans à la puberté : il y aurait surtout des troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, nombreux cauchemars ...), un retard de développement, une diminution des performances scolaires, une apparition de troubles de comportement par rapport à la nudité (apparition de refus de se déshabiller, gêne inhabituelle au déshabillage devant l'adulte...) et par rapport au corps et à l'hygiène (troubles obsessionnels de lavage ou négligences soudaine), apparition d'un comportement hyper sexualisé et inadapté par rapport à leur âge (jeux sexuels précoces, mots crus...) ou rejet complet de tout ce qui concerne la sexualité, un changement de comportement émotionnel (arrêt de la communication, repli sur soi, perte de confiance en soi...), une apparition de conduites d'évitement, modification du contact relationnel, tentative de suicide(TS) etc
- L'adolescent présenterait plus des signes en faveur d'un état de stress post-traumatique, des actes auto-destructeurs (auto-mutilation, scarification), des passages à l'actes (TS, fugue..), des conduites addictives (toxicomanie, délinquance...), une désocialisation (phobie scolaire, déscolarisation, conduites d'évitement...).

Cependant, chez l'adolescent, il faut se méfier de l'origine de ces troubles car elle n'est pas évidente et peut être confondue. En effet, le fait d'avoir été victime peut favoriser les conduites à risques. Et à l'inverse, les conduites à risque peuvent favoriser les mises en danger à caractères sexuels.

Les recommandations de NICE de 2009(28) et celles de l'HAS(26) insistent sur le fait que « toute modification du comportement habituel du mineur, pour laquelle il n'existe pas d'explication claire, peut-être évocatrice d'une maltraitance ».

G. Les conséquences possibles de l'inceste :

1. Sur le plan somatique :

L'étude Adverse Childhood Experience(ACE) study a étudié les conséquences somatiques des différents traumatismes possibles de l'enfance (violences physiques, psychiques, émotionnelles, négligences)(69).

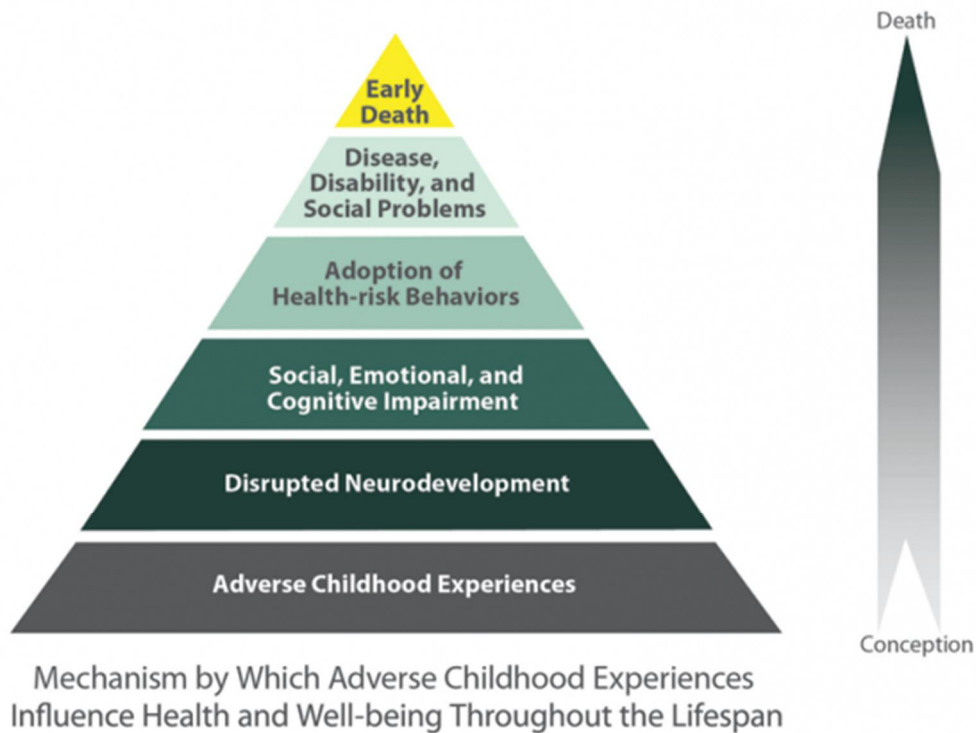


Figure 2 : Les conséquences somatiques à long terme des traumatismes subis dans l'enfance selon l'ACE(69).

Ces chercheurs se sont rendu compte que les risques d'avoir des conséquences ne dépendent pas du type de violence mais surtout du nombre de traumatismes subis ; les conséquences se cumulent ; par exemple les personnes ayant subi d'au moins 4 traumatismes ont en moyenne une espérance de vie écourtée de 20 ans(69).

ACES can have lasting effects on....

-  Health (obesity, diabetes, depression, suicide attempts, STDs, heart disease, cancer, stroke, COPD, broken bones)
-  Behaviors (smoking, alcoholism, drug use)
-  Life Potential (graduation rates, academic achievement, lost time from work)

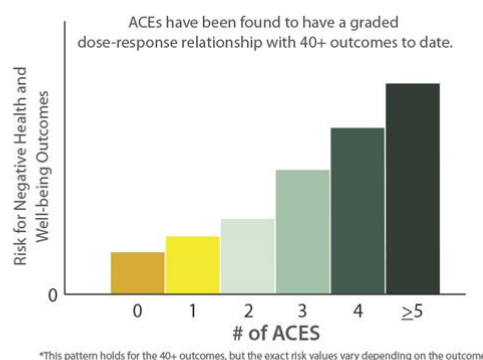


Figure 3 : Les conséquences sur la santé se cumulent en fonction du nombre de traumatismes subis dans l'enfance(69).

2. Sur le plan psychique :

L'inceste a des répercussions majeures sur le psychisme de la victime et la suivra toute sa vie. La conséquence la plus marquante dans l'inceste est le « trouble du stress post-traumatique ».

Tableau 5. TSPT : synthèse des critères diagnostiques du DSM 5

Critère A	Le sujet a été exposé à un événement traumatique directement, comme témoin ou encore en ayant été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles, sans qu'il ait nécessairement ressenti une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. L'exposition à des images d'horreur n'est pas retenue si elle n'est pas liée à des activités professionnelles.
Critère B	Reviviscences constantes de l'événement traumatique par l'une des 5 des façons décrites dans le DSM 5 (souvenirs répétitifs, cauchemars...).
Critère C	Syndrome d'évitement des éléments rappelant ou symbolisant l'événement traumatique.
Critère D	Altération des cognitions et de l'humeur : engourdissement émotionnel – distorsions cognitives négatives par rapport à soi aux autres ou au monde en général – émotions négatives persistantes (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte) – sentiment d'être étranger aux autres – incapacité à ressentir des sentiments positifs.
Critère E	Irritabilité - Comportement autodestructeur ou à risque – Hypervigilance – Sursaut – Trouble du sommeil
Critère F	La perturbation (Critères A, B, C, D et E) dure plus d'un mois
Critère G	La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative
Critère H	Les troubles ne peuvent être attribués à une médication, un abus de substance psychotrope ou à une maladie.

Tableau 7: Définition de l'état de stress post-traumatique selon le DSM V.

Quand à Pr Muriel Salmona psychiatre, psychothérapeute et présidente de l'association Mémoire traumatique et Victimologie, elle parle de la mémoire traumatique dans le cadre des agressions sexuelles.

Lors d'une agression sexuelle, comme dans d'autre traumatisme important, plusieurs phénomènes se mettent en place pour survivre : la sidération, la dissociation et la mémoire traumatique. Leurs mécanismes sont connus depuis plusieurs décennies.

Quelques rappels brefs de physiologie : l'amygdale est l'organe qui gère les émotions et qui est activé en cas de stress aigue ; l'hippocampe sert à stocker la mémoire sous forme de mémoire autobiographique, le cortex cérébral sert pour réagir face à stress et à prendre des décisions.

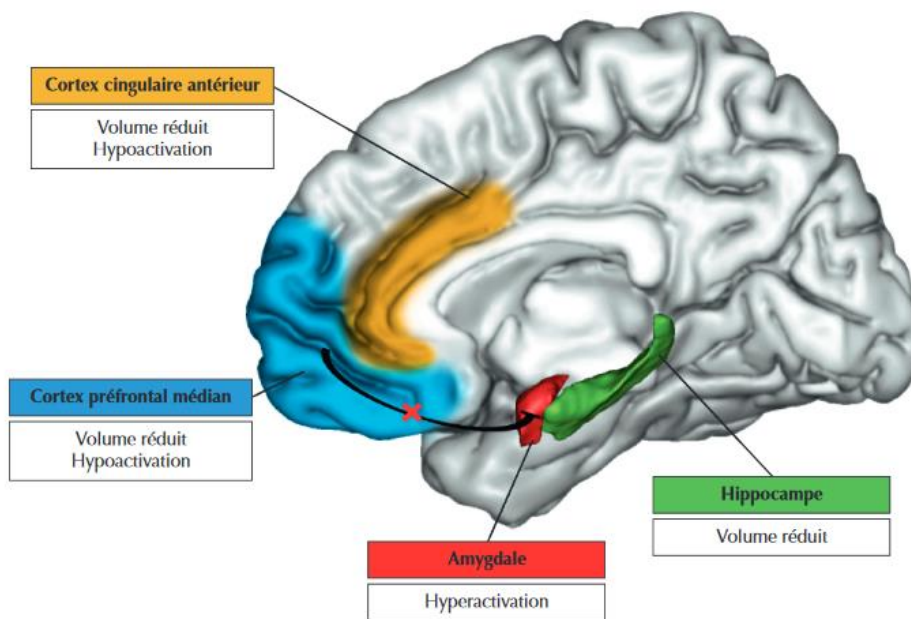


Figure 4: « Altérations cérébrales fonctionnelles et anatomiques liées à l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez l'adulte »

« L'ESPT s'accompagne d'une atrophie de l'hippocampe, d'une réduction du volume et des activations des cortex préfrontal médian et cingulaire antérieur, ainsi que d'une hyperactivation de l'amygdale. La connectivité fonctionnelle entre le cortex préfrontal médian et l'amygdale semble réduite et se traduirait par un défaut d'inhibition du cortex préfrontal sur l'amygdale»(70).

Des recherches américaines ont mis en évidence la physiopathologie de la sidération : en comparant l'activité des IRM encéphaliques de vétérans qui subit ou non du stress, il a été remarqué que les cortex cérébraux des vétérans qui n'ont aucun trouble psychotraumatique s'activent pour répondre à un stimuli stressant. Les zones corticales des vétérans atteints de ces troubles ne s'activent pas et ces derniers sont ainsi sidérés, incapables de réagir et trouver une solution pour gérer leurs émotions(67).

Cette sidération, avec l'amygdale activée et avec cette déconnection du cortex cérébral, est à l'origine de tous les troubles psychotraumatiques et notamment de la dissociation et de la mémoire traumatique(71).

L'activation de l'amygdale et le stress extrême va entrainer la sécrétion importante d'hormones du stress (cortisol et adrénaline) jusqu'à atteindre des taux qui peuvent s'avérer toxique sur le plan cardiovasculaire et neurologique. Face à cela, le cerveau va « disjoncter » le circuit émotionnel à l'aide de neurotransmetteurs (morphine-like, endorphine, kétamine-like et antagoniste de récepteurs de NDMA). Ceci va ainsi engendrer une anesthésie émotionnelle et une analgésie : les douleurs et les émotions sont bien présentes mais elles ne vont pas être intégrées dans le cortex cérébral; il peut y avoir alors un sentiment d'être spectateur ou d'être déconnecté des événements, une sensation de dépersonnalisation, d'irréalité ; l'agresseur peut ainsi imposer son scénario qui sera source de culpabilisation pour la victime(71).

Parallèlement à la disjonction du circuit émotionnel, il va y avoir un dysfonctionnement du circuit de la mémoire. Comme l'amygdale est déconnectée de l'hippocampe, les mémoires émotionnelle et sensorielle vont rester dans l'amygdale cérébrale et ne pourra pas être traitée et transformée en mémoire autobiographique (comme en absence de traumatisme). Il pourra y avoir une amnésie

totale ou partielle des faits. Cette mémoire traumatique pourra parfois se réactiver de façon irrégulière en engendrant des angoisses, des flash-backs, des réviviscences...(71).

Régions cérébrales	Processus cognitifs ou émotionnels	Troubles associés
Hippocampe	Mémoire épisodique Encodage du souvenir Rappel du contexte	Troubles du rappel des souvenirs Fragmentation et décontextualisation des souvenirs
Amygdale	Mémoire des événements émotionnels Détection de la menace Réponse de peur	Hypermnésie des aspects émotionnels Biais attentionnel
Cortex orbitofrontal	Interface entre les systèmes cognitifs et émotionnels Intégration du sens des événements Inhibition et codage de la valeur motivationnelle d'un stimulus, Prise de décisions et contrôle de l'action basée sur la récompense, Contrôle de l'humeur, Comportement social	Trouble de la prise de décision Déconnexion cognitive et affective
Cortex Cingulaire antérieur	Régulation des émotions Sentiment d'identité	Troubles du contrôle des états affectifs et des réponses émotionnelles. Troubles du contrôle attentionnel

Tableau 8: Rappel du fonctionnement des «régions corticales affectées avec la survenue d'événements traumatiques »(4).

Pour tenter de lutter face à cette insupportable mémoire traumatique, des conduites d'évitement, d'hyper vigilance, d'addiction peuvent se développer.

Plus la victime est jeune et plus son agresseur est proche, plus l'amnésie est longue. Celle-ci peut durer parfois jusqu'à plusieurs décennies.

D'autres troubles psycho-traumatiques sont également fréquents :

- des états dépressifs avec un risque majeur de suicide (dans le cadre d'un sondage (72) :98% des survivants de l'inceste déclarent ressentir régulièrement d'être déprimé, 53% des survivants de l'inceste ont tenté de se suicider au moins une fois ; une méta analyse a mis en évidence qu'une agression sexuelle dans l'enfance augmente le risque de tentative de suicide(73)).
- des troubles de conduites alimentaires : 76% des survivants de l'inceste ont déjà souffert de cela.
- des conduites addictives,
- des troubles anxieux, des troubles dissociatifs...

H. Conduite à tenir en cas de suspicion d'inceste :

La conduite à tenir va dépendre du contexte. Ci-dessous, les différentes conduites à tenir recommandées par l'HAS sont détaillées selon les différentes situations.

1. En cas « situations de maltraitances, notamment sexuelles révélées par l'enfant » ou par un proche et en cas de danger imminent:

Il faut faire un signalement sans délai auprès du Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance qui est joignable 24h/24 dont les coordonnées sont disponibles via les services de police nationale ou gendarmerie.

Si l'agresseur est (ou susceptible d'être) au contact de l'enfant prochainement, une hospitalisation en urgence est recommandée avec la rédaction d'un signalement auprès du procureur de la République. Si les parents refusent l'hospitalisation ou si le mineur n'est pas déposé à l'hôpital, prévenir le procureur de la République en urgence.

Ensuite, si les parents refusent le maintien de l'hospitalisation, le procureur de la République établira une ordonnance de placement provisoire en attendant l'enquête.

En cas de danger imminent, il est conseillé de le contacter par téléphone avant de le lui faxer le signalement.

2. En cas de doutes ou de simples questionnements sur le mineur :

Les professionnels de santé peuvent demander un avis auprès des services de Protection Maternelle Infantile (PMI) et de la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) ou de leur rédiger une Information Préoccupante (IP). Si la CRIP juge nécessaire, le Procureur de la République pourra être saisi.

3. En cas de « présomption un peu plus importante et en fonction du contexte et des moyens dont dispose le praticien » :

Les médecins peuvent demander conseil auprès des urgences pédiatriques hospitalières (si possible au pédiatre de garde) ou auprès du Conseil National ou Conseil départemental de l'Ordre des Médecins et demander un avis juridique voir une protection juridique auprès du procureur de la République.

I. Contexte juridique de dérogation au secret médical :

Le code pénal prévoit dans le cadre notamment d'une agression sexuelle chez un mineur une dérogation au secret médical grâce à article 226-14 du Code pénal(45) :

- « A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.
- Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire...»

III. CENTRES D'INTERETS ET OBJECTIFS :

Initialement, je voulais traiter de la mémoire traumatique pour dire aux professionnels d'arrêter de poser la question aux victimes d'agressions sexuelles « mais pourquoi vous n'avez pas réagi ? ». Cette phrase peut être comme « meutrière » pour la victime.

Ainsi, pour aborder ce thème de la mémoire traumatique dans le cadre des agressions sexuelles, j'ai choisi le sujet de l'inceste qui me semble être un des sujets que chaque médecin généraliste devrait dépister car ceux sont les professionnels de santé les proches des familles.

Une formation réalisée par Dr Piet Emmanuelle « prévention des agressions sexuelles à l'encontre des enfants » m'avait permis de découvrir et de prendre conscience de plusieurs notions : de quelques bases en victimologie, de la fréquence non négligeable des agressions sexuelles sur les mineurs, de la mémoire traumatique... Les notions en victimologie semblent essentielles :

- Apprendre à peser nos paroles afin de ne pas faire culpabiliser la victime comme éviter de dire « mais pourquoi vous n'avez pas réagi ? »,
- A reconforter la victime en disant que ce n'est pas de sa faute, qu'elle a été victime d'une agression,
- A la rassurer en affirmant que si elle n'a pas pu réagir ce n'est pas de sa faute et que cela est dû à un mécanisme de survie ; certaines études ont démontré que les victimes qui réagissent le moins ont moins de séquelles,
- Eviter les expressions fréquemment utilisées qui sous entendent la victime un peu comme coupable : éviter « elle s'est faite agressée » et privilégier « elle a été agressé ».

L'état de stress post traumatique est important à connaître : notamment les mécanismes et les conséquences de la mémoire traumatique et de la dissociation traumatique. Ceux-ci sont primordiaux dans les agressions sexuelles mais ils existent également dans de nombreuses autres situations (comme après les attentats).

Par ailleurs, les victimes commencent à parler des agressions sexuelles souvent que quand elles sont majeures alors que les faits se sont généralement passés dans leur enfance. Pourquoi n'en ont-elles pas parlé dans leur enfance? Comment se fait-il que cela n'a jamais été découvert par un professionnel de santé ou par leur médecin de famille?

Les médecins généralistes, souvent médecins de famille, connaissant les contextes familiaux, environnementaux pourraient être des acteurs essentiels dans le repérage des agressions sexuelles chez les mineurs et notamment des cas d'inceste. Mais pour aboutir à cela, ont-ils été sensibilisé et formé?

Ainsi à la fois pour les interpellier et pour connaître leurs connaissances sur les agressions sexuelles chez les mineurs, j'ai choisi de réaliser une enquête centrée sur l'inceste.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la formation des MG de la Normandie Occidentale et leur état de connaissances sur l'inceste chez les mineurs.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer leurs connaissances sur le stress post-traumatique et la conduite à tenir devant l'inceste.

IV. MATERIELS ET METHODES :

Pour cette enquête quantitative observationnelle, un questionnaire a été réalisé en ligne via le logiciel LimeSurvey®. Le questionnaire a été diffusé par l'Union Régionale Des Médecins Libéraux à 1092 de médecins généralistes de la Normandie Occidentale.

La diffusion a eu lieu du questionnaire lieu le 26/06/2018. La collecte des données a été réalisée le 11/07/2018. Les données ont été exportées vers Excel® pour leur exploitation.

A. Elaboration du questionnaire :

Les caractéristiques des médecins demandées dans le questionnaire (sexe, âge, mode d'exercice, durée d'installation) sont les mêmes que celles d'une autre thèse sur la maltraitance infantile dans la Manche (seule thèse retrouvée dans la Région sur un thème similaire)(74).

Des questions sur la formation initiale et sur la formation continue ont été nécessaires pour répondre à l'objectif principal.

Ensuite, les différentes questions sur les facteurs de risques, les signes cliniques et la prise en charge ont repris les différents points des recommandations de 2011 sur « Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur »(60).

Le questionnaire était constitué des quatre parties suivantes:

- les caractéristiques des participants,
- leur formation sur l'inceste,
- l'état de leurs connaissances sur l'inceste (facteurs de risque spécifiques, les signes cliniques, le psycho traumatisme...)
- leur expérience professionnelle par rapport à l'inceste.

Pour la diffusion du questionnaire et pour obtenir un taux de réponses efficaces en peu de temps, il a été choisi de réaliser un questionnaire en ligne attrayant à l'aide du site Lime Survey® :<https://www.limesurvey.com/>

B. La population :

Les critères d'inclusion à cette étude étaient les suivants :

- être médecins généralistes installés ou non,
- exercer dans l'Orne, la Manche ou le Calvados.

C. Les objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la formation des médecins généralistes de la Normandie Occidentale et leur état de connaissances sur l'inceste chez les mineurs.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer les connaissances des médecins vis-à-vis du stress post-traumatique et de la conduite à tenir devant l'inceste.

D. Diffusion et analyse des résultats :

Afin d'obtenir une représentativité des MG de la Normandie Occidentale, le questionnaire a été diffusé par l'URML uniquement.

L'URML a diffusé le questionnaire à 1092 médecins généralistes exerçant selon la répartition géographique suivante :

- 573 du Calvados ;
- 360 de la Manche,
- 159 de l'Orne.

Les résultats anonymisés et recueillis par limesurvey® ont ensuite été exportés vers Excel® pour l'exploitation des données.

Pour les tests statistiques, le test chi2 et le test de Fisher ont été utilisés avec un niveau de significativité de $p < 0.05$. Celui-ci a été calculé à l'aide du site <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests>

V. RESULTATS :

A. Le taux de participation :

Sur les 1092 médecins recevant le questionnaire, 68 ont répondu.

Le taux global de participation à ce questionnaire est de 6.3% avec une participation inhomogène entre l'Orne et le reste de la région. En effet, le taux de participants exerçant dans l'Orne est de 2.5%(n= 4) alors qu'il est de 6.6% (n=38) dans le Calvados et de 6.1% (n=6.1) dans la Manche. A noter que 4 participants n'ont pas précisé leur lieu d'exercice professionnel.

B. Les caractéristiques de la population :

Les participants à ce questionnaire sont des médecins généralistes avec un âge moyen de 48.6ans, essentiellement de sexe féminin (60,3%) et installés (89,7%) avec une activité urbaine (38,2%) ou semi-urbain (44,1%). Le taux de réponses est inégal selon les départements : la majorité des répondants exercent essentiellement dans le Calvados dans 55,9% des cas (n=38), les médecins de La Manche représentent environ 32,4%(n=22) et seulement 5,9% (n=4) médecins proviennent de L'Orne.

La majorité, 55,8% exerce depuis 5 à 30 ans. 22,1% sont installés depuis moins de 5 ans et 10,3% d'entre eux exercent depuis plus de 30ans.

Plus de la moitié de ces professionnels voient plus de 10 enfants par semaine.

Les caractéristiques de la population sont décrites dans le tableau 1 de l'annexe des résultats.

C. La formation de ces médecins généralistes sur l'inceste :

1. Formation initiale :

Malheureusement, au moins 45,6% (n=31) médecins n'auraient pas été sensibilisé à ce sujet lors de leur cursus et 16,2% (n=11) ne s'en souviennent plus. Parmi ceux qui ont été sensibilisé à ce sujet, soit 27% ont juste entendu cette notion mais le sujet n'a pas été approfondi (n=17) ; seulement 8% se souviennent d'avoir eu un cours théorique (n=5).

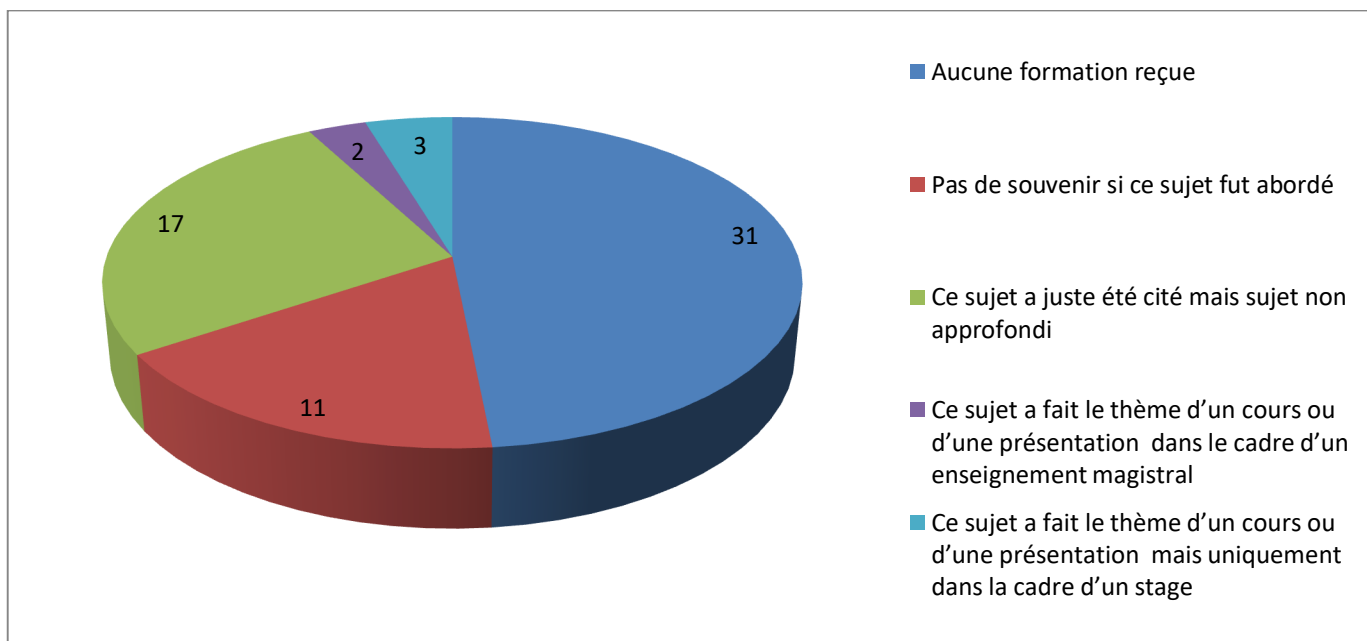


Figure 5: Nombre de MG sensibilisés au sujet de l'inceste pendant leur cursus médical initial.

2. Comparaison entre les médecins ayant reçu une formation initiale ou non :

La moyenne d'âge entre les médecins ayant eu des cours sur l'inceste est un peu plus basse de 5 ans de moins par rapport à celle de ceux qui n'ont pas eu de cours (49,2 ans contre 44,4ans). Les médecins ayant reçu cette formation se sont installés il y a 5 à 30 ans. Aucun médecin qui s'est installé il y a moins de 5 ans et plus de 30 ans n'a pu en bénéficier.

Caractéristiques	Médecins ayant eu des cours dans leur formation initiale	Médecins sans cours dans leur formation initiale
Effectifs	5	63
Age moyen	44,4 (9,2)	49,2 (11,2)
Durée d'installation		
Entre 5 et 15ans	3 (60%)	16(25,4%)
Entre 15 et 30 ans	2(40%)	17(27,0%)

Tableau 9 : Comparaison de quelques caractéristiques entre les médecins ayant eu ou non une formation initiale sur l'inceste

3. L'inceste devrait-il être abordé dans la formation initiale des MG ?

Parmi les 68 répondants, 91,2% pensent que le sujet de l'inceste devrait être approfondi pendant le cursus médical (n=62) ; 4 n'ont pas répondu à cette question et uniquement 2 pensent qu'il n'est pas nécessaire d'aborder ce sujet pendant ces études.

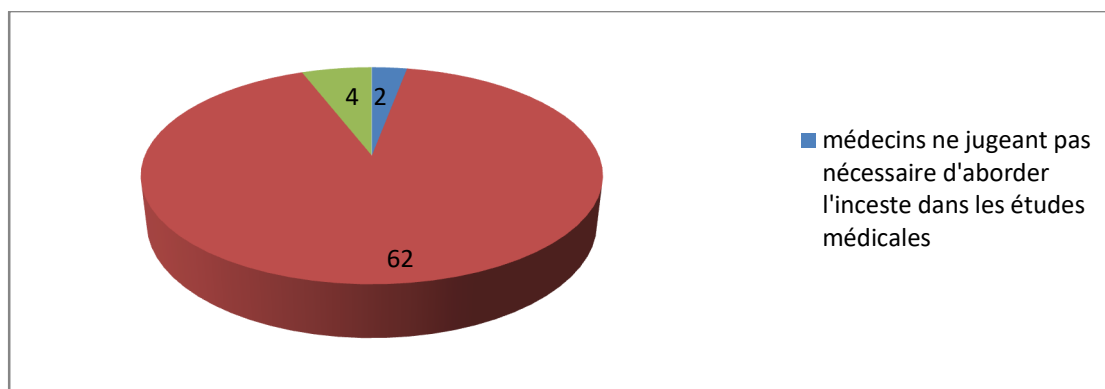


Figure 6 : Nombre de médecins jugeant nécessaires ou non d'aborder la notion d'inceste dans le cursus médical initial.

4. Formation médicale continue des Médecins Généralistes:

38,2% médecins ont déjà lu des articles de revues scientifiques sur ce sujet (n=26).

Mais seulement 11,8% médecins avaient déjà lu les recommandations de l'HAS de 2011 sur ce sujet (n=8). De plus, uniquement 11,8% participants ont déjà assisté à une formation médicale continue où ce thème a été abordé (n=8).

D. Lecture des recommandations de l'HAS de 2010

Seulement 11,8% de ces médecins ont déjà lu les recommandations de l'HAS de 2010 (n=8).

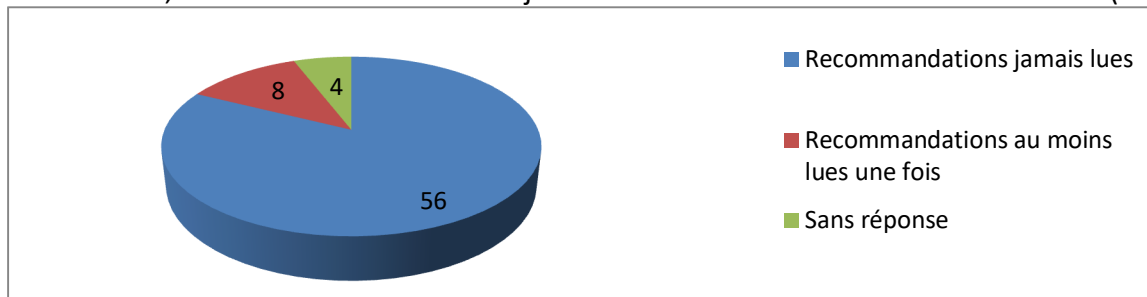


Figure 7 : Nombre des médecins ayant eu connaissance ou non des recommandations de l'HAS de 2010.

E. Etat de leurs connaissances :

1. Leurs connaissances des définitions

a) La définition de l'inceste :

Leurs connaissances sur les définitions de la maltraitance sexuelle et du caractère incestueux:

Parmi les 59 médecins qui ont répondu à cette partie, tous considèrent bien, comme une maltraitance sexuelle, le « fait d'imposer de subir une pénétration orale par un sexe faite et une pénétration anale ou vaginale par un objet sans consentement ».

Mais parmi ces docteurs, 5,1% n'ont pas assimilé le fait d' « imposer de regarder des photos ou vidéos à caractères pornographiques et l'incitation à prostitution » comme une maltraitance sexuelle (n=3). Et pour 3.4% d'entre eux, les « attouchements sans violence par surprise » ne font pas partie d'agressions sexuelles (n=2).

La qualification légale du terme « incestueux » est assez bien connue par les MG : presque tous reconnaissent cette qualification quand les agresseurs sont des ascendants (dans 100%, n=59) ou des frères et sœurs (dans 96.7%, n= 57). Seulement 69,5% de ces médecins semblent avoir eu la connaissance de la loi récente qui étend le caractère incestueux à un fait d'incestueux quand l'agresseur est un beau-parent (n=41).

2. Leurs connaissances sur les notions de la majorité légale et la majorité sexuelle :

(1) L'âge de la majorité sexuelle :

L'âge de la majorité sexuelle en France est encore mal connu :

- seulement 49,1% la fixent bien à 15 ans (n=29),
- 44,1% la surestiment (n=26) (dont 33,9% l'estiment à 16ans),
- 3.4% la sous-estiment.

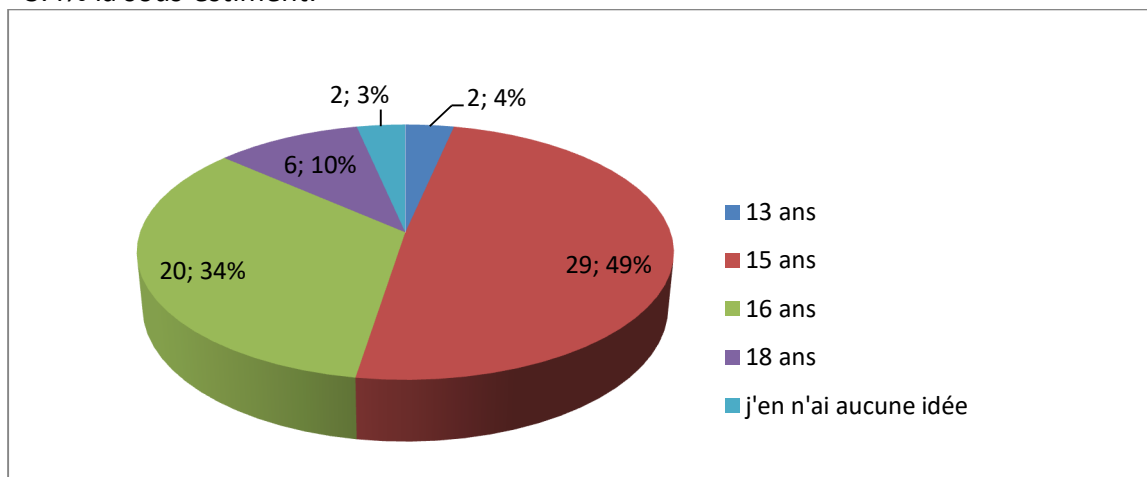


Figure 8: L'âge, selon ces MG, de la majorité sexuelle en France.

(2) L'âge légal de la majorité :

L'âge légal de la majorité (18ans) est également l'âge en dessous duquel le médecin se doit de signaler une maltraitance sexuelle même en absence de consentement du mineur ; mais malheureusement cet âge est encore très mal connu :

- seulement 39 % savent qu'il faut faire un signalement en cas d'agression sexuelle avant 18 ans même en cas d'absence de consentement (n=2) ;
- 59,3% (n=35) sous estiment cet âge dont 20,3% pensent que cette obligation concerne les mineurs de moins de 15 ans (n=12) et 39% songent avant 13 ans (n=23).

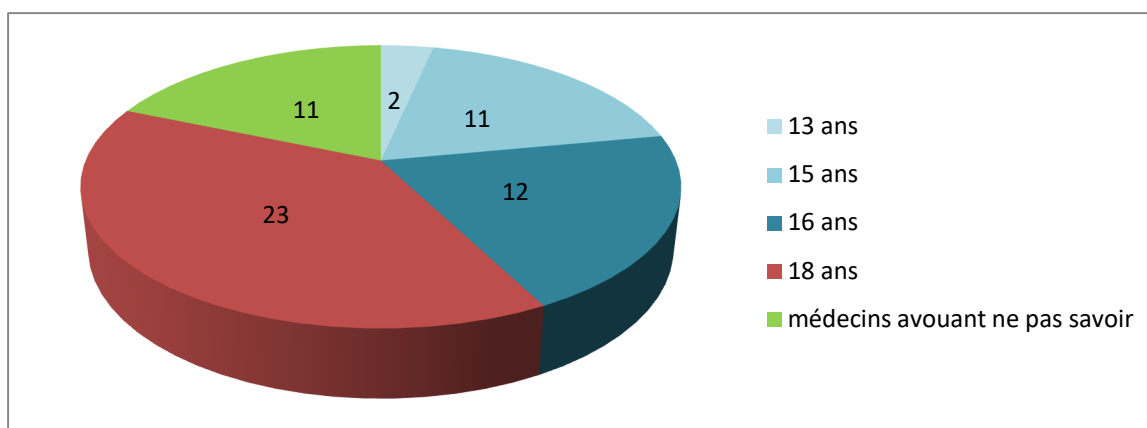


Figure 9 : Selon ces MG, âge en dessous duquel une agression sexuelle doit être signalée même en l'absence du consentement du mineur.

3. Leurs connaissances épidémiologiques :

La prévalence de l'inceste est moyennement connue par les MG.

78,0% des médecins interrogés sous-estiment la proportion des violences sexuelles commises au sein de la famille ou par des proches qui ont lieu avant 18ans.

A l'inverse, presque la moitié (49.1%) connaissent la proportion des hommes et femmes agressés par quelqu'un de leur famille ou de leur entourage.

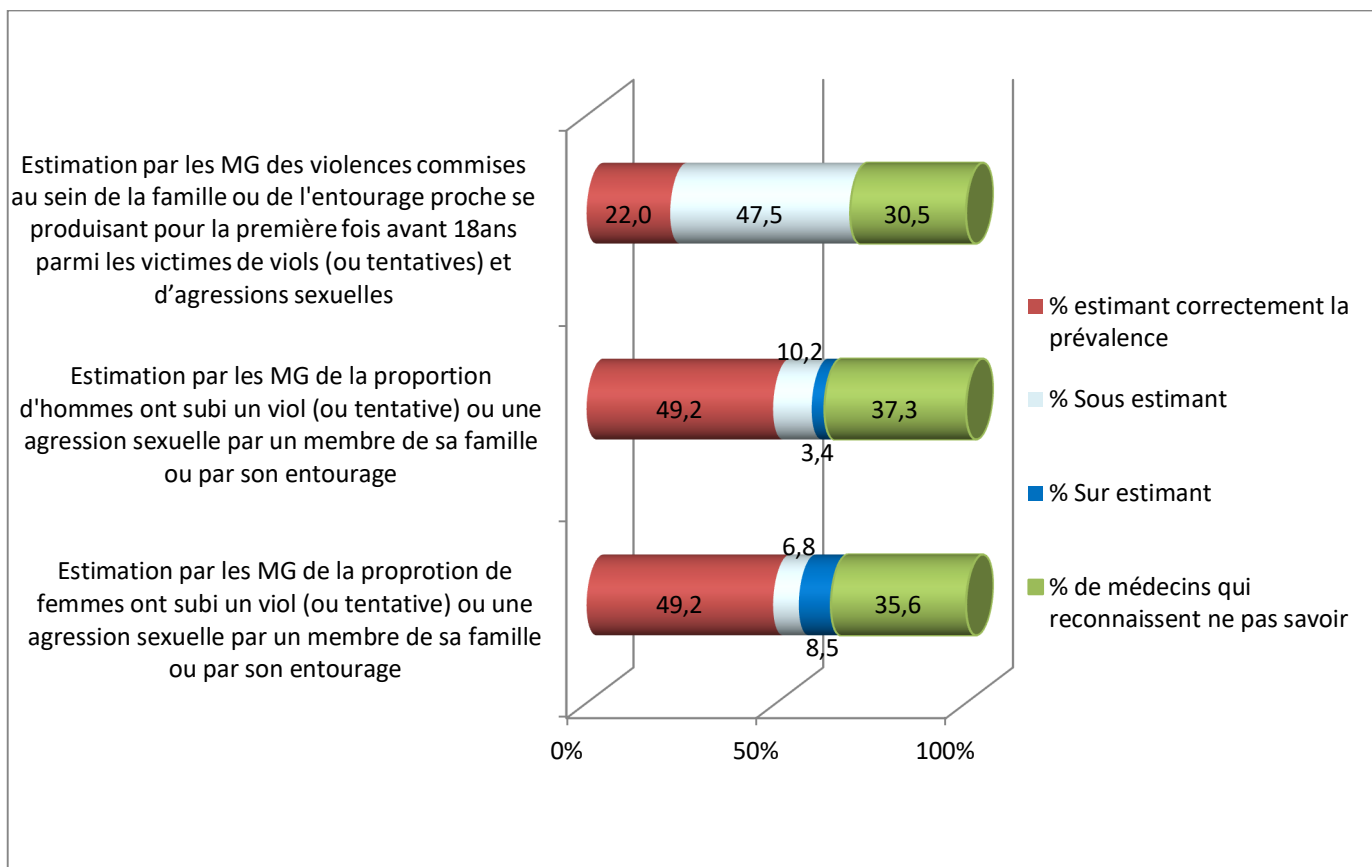


Figure 10: Leurs connaissances sur la prévalence: pourcentage des bonnes ou mauvaises réponses.

4. Leurs connaissances sur les facteurs de risque :

La majorité des médecins (60,3%) savent qu'il existe des facteurs de risque de maltraitance infantile. Mais, à tort, 48,5% pensent aussi qu'il existe des facteurs de risque spécifiques d'inceste.

5. Leurs connaissances sur les signes cliniques de l'inceste :

14 médecins (soit 20.6%) n'ont pas répondu à cette partie. L'analyse des résultats suivants sur leurs connaissances sur les signes cliniques a été réalisée que par rapport aux médecins répondants (soit n=54) à cette partie.

a) Les signes généraux :

Plus de 80% de ces praticiens y pensent quand des symptômes se répètent, quand aucune explication somatique n'est retrouvée. Moins de médecins ont le réflexe d'y penser devant l'association de plusieurs signes généraux et devant leur persistance dans le temps.

Circonstances	Nombre de médecins se méfiant de l'inceste dans ces conditions(%) :
L'association de plusieurs signes	35(64,8%)
Leur répétition	47(87,0%)
Leur persistance dans le temps	41(75,9%)
L'absence d'étiologie somatique retrouvée	50(92,6%)

Tableau 10 : Nombre de médecins se méfiant de l'inceste selon les circonstances suivantes.

b) Les signes génito-anaux :

L'HAS différencie dans les recommandations des signes génito-anaux « évocateurs » qui « doivent faire penser à une maltraitance sexuelle bien qu'ils ne soient pas spécifiques » et des signes de « signification incertaine » « qui peuvent être retrouvés dans un contexte de maltraitance sexuelle mais dont l'interprétation n'est pas univoque ».(31)

Globalement les médecins généralistes ont bien distingué les signes évocateurs et les signes de signification incertaine sauf pour la fissure anale et pour l'herpès génital. Tous les signes évocateurs ont bien été identifiés. La fissure anale (dans 60,3%) et l'herpès génital (66,2%) ont été reconnus en excès comme signes évocateurs alors que selon les recommandations de l'HAS, ils ont une signification incertaine.

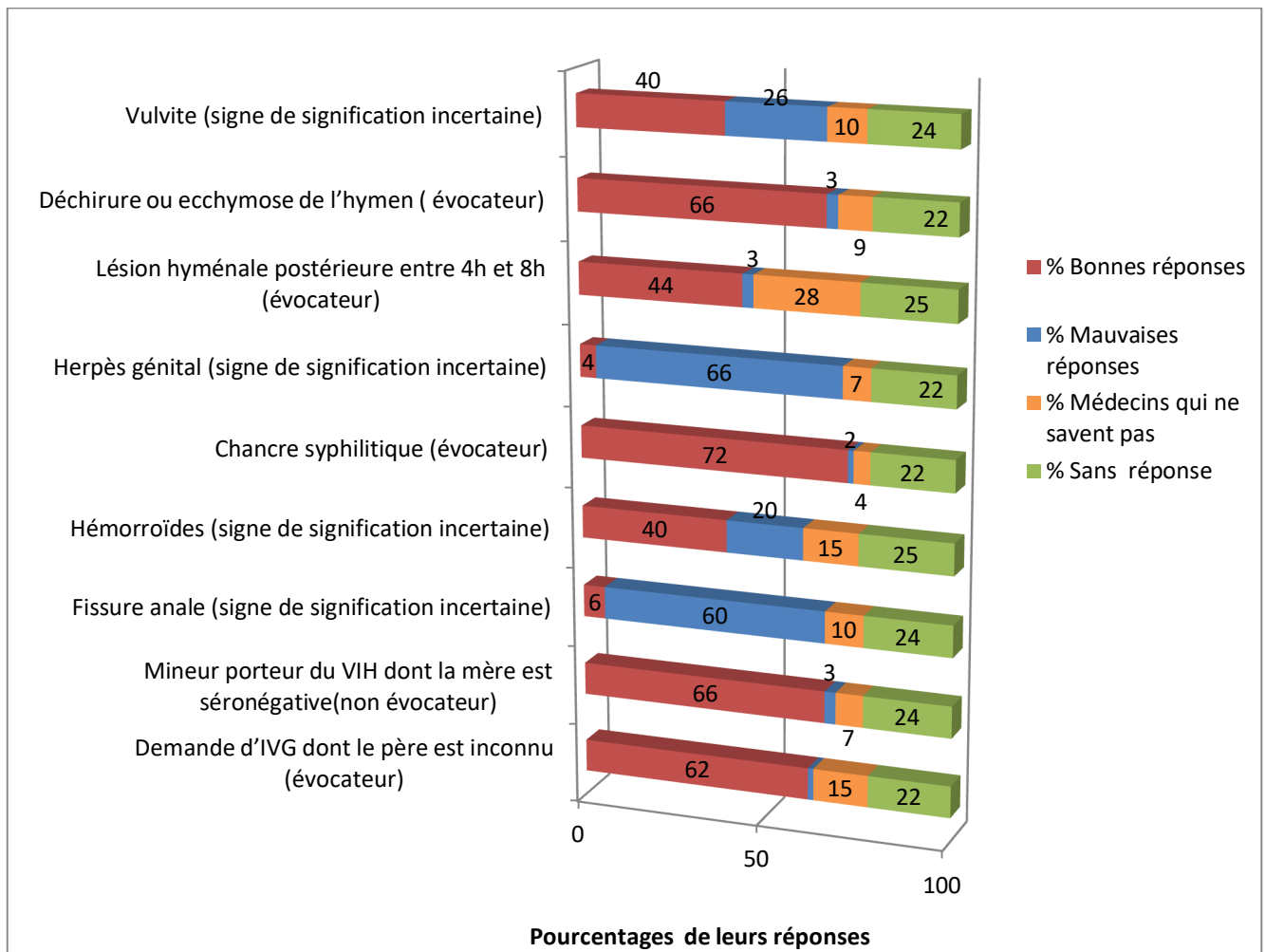


Figure 11: Etat des connaissances (pourcentage de bonnes ou mauvaises réponses) des MG sur les signes génito-anaux évocateurs ou non d'une maltraitance sexuelle.

6. Connaissances des MG sur une conséquence grave de l'inceste : l'état de stress psycho-traumatique :

Le psycho-traumatisme est insuffisamment connue par les MG de la Normandie Occidentale.

Pour la mémoire traumatique, même si 67,6%(n=46) ont déjà entendu cette notion, seulement 19.1% (n=13) connaissent les mécanismes de la mémoire traumatique.

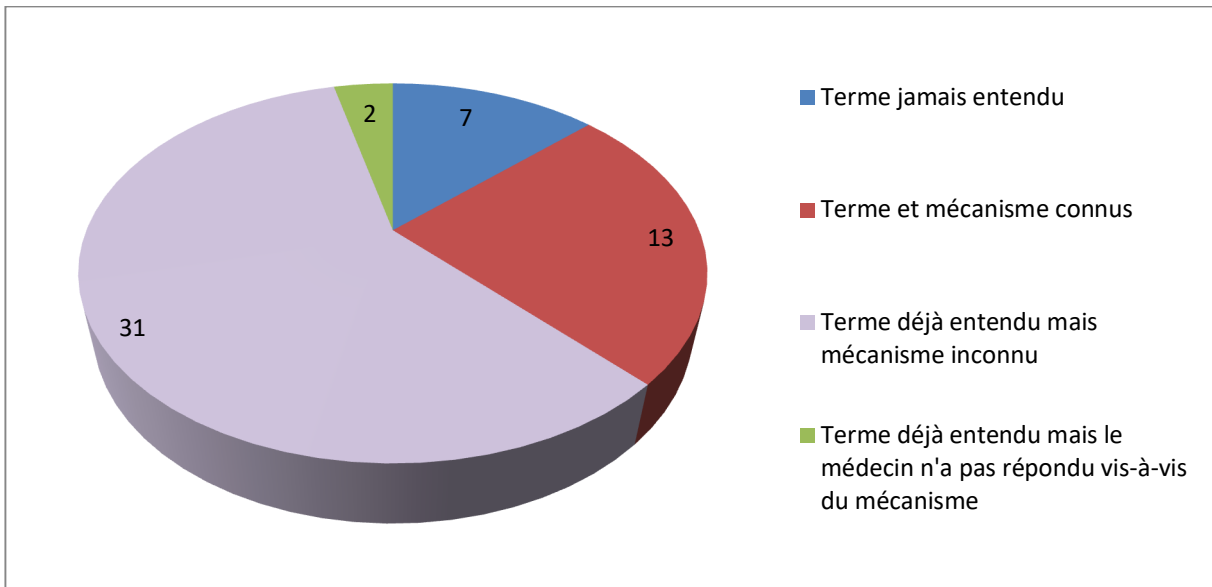


Figure 12: Nombres de MG connaissant la mémoire traumatique.

Pour la dissociation traumatique, seulement 33,8%(n=13) connaissent ce terme et uniquement 13.2% (n=9) connaissent le mécanisme de la dissociation traumatique.

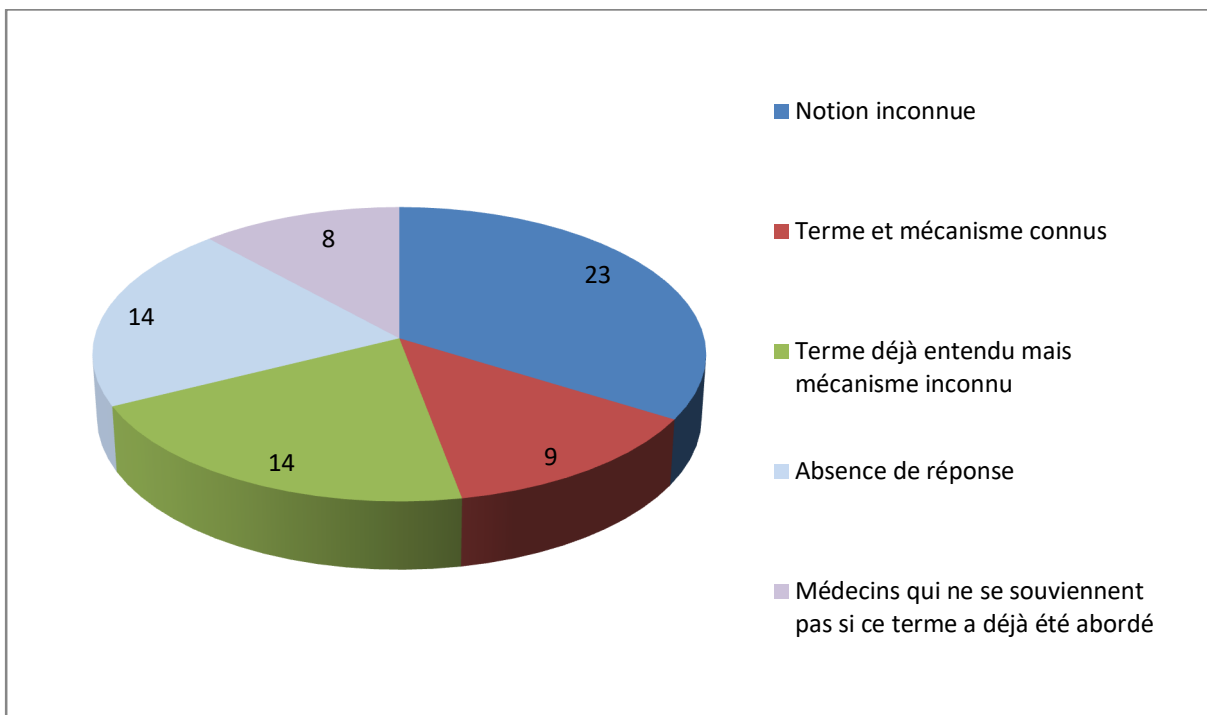


Figure 13: Nombre de MG connaissant la dissociation traumatique.

28 médecins (soit 41,2%) ont cité au moins trois symptômes ou conséquences témoignant d'un psycho traumatisme, ils ont énuméré les points suivants du plus fréquemment cités au moins cités qui furent regroupés en plusieurs catégories :

- trouble de l'humeur(16) : syndrome dépressif, tristesse, tentative de suicide, névrose, perte de confiance en soi ,
- troubles anxieux (10) généralisés, trouble panique aigue, syndrome anxio-dépressif
- troubles de sommeil (10) : cauchemars, insomnies,
- signes génito-urologiques (6): encoprésie, énurésie, troubles de la libido, vaginisme
- troubles somatoformes (6): somatisation, douleurs abdominales, douleurs chroniques, douleur dorsolombaire, constipation,
- conduite et comportement d'évitement(5): retrait, isolement social, phobie sociale, désocialisation,
- troubles du comportement alimentaire (5): anorexie, trouble de l'alimentation,
- trouble de comportement (5): comportement sexuels inappropriés, agressivité,
- conduites addictives(5) : toxicomanie, prostitution,
- culpabilité(1).

Les médecins citent bien les troubles de l'humeur, les troubles paniques, les troubles de sommeil avec insomnie et cauchemars. Ils n'ont pas nommé les flash-back ni la reviviscence des souvenirs.

Ils ont également cité des symptômes physiques qui sont des conséquences de ce psycho-traumatisme.

7. Connaissances sur la prise en charge :

a) *Conduite à tenir initiale :*

La conduite à tenir initiale semble bien assimilée par les MG de la Normandie Occidentale. En effet, en cas de suspicion de maltraitance sexuelle chez un(e) mineur(e), et parmi les répondants (54 sur 68) à cette partie:

- 64,8%d'entre-deux (n=35) savent que le médecin généraliste n'est pas obligé de réaliser une inspection complète des organes génitaux externes.
- 88,9% (n=48) ont conscience que si l'agression date de moins de 5 jours, il est possible d'essayer d'obtenir des preuves d'ADN de l'agresseur et il faut adresser le (la) patient(e) en urgence dans un service de médecine légale (aux urgences médico-judiciaires).
- tous, les 100% savent qu'un examen gynécologique normal n'élimine pas une maltraitance sexuelle.
- 96,3% (n=52) ont bien conscience que les examens biologiques de dépistage contre les IST et une contraception d'urgence ne doivent pas être systématiques mais ils doivent être adaptés à la situation.
- 72,2%(n=39) de ces professionnels ont bien la notion, comme le préconisent les recommandations de l'HAS, qu'une hospitalisation est recommandée en cas de suspicion d'agression sexuelle chez un mineur.

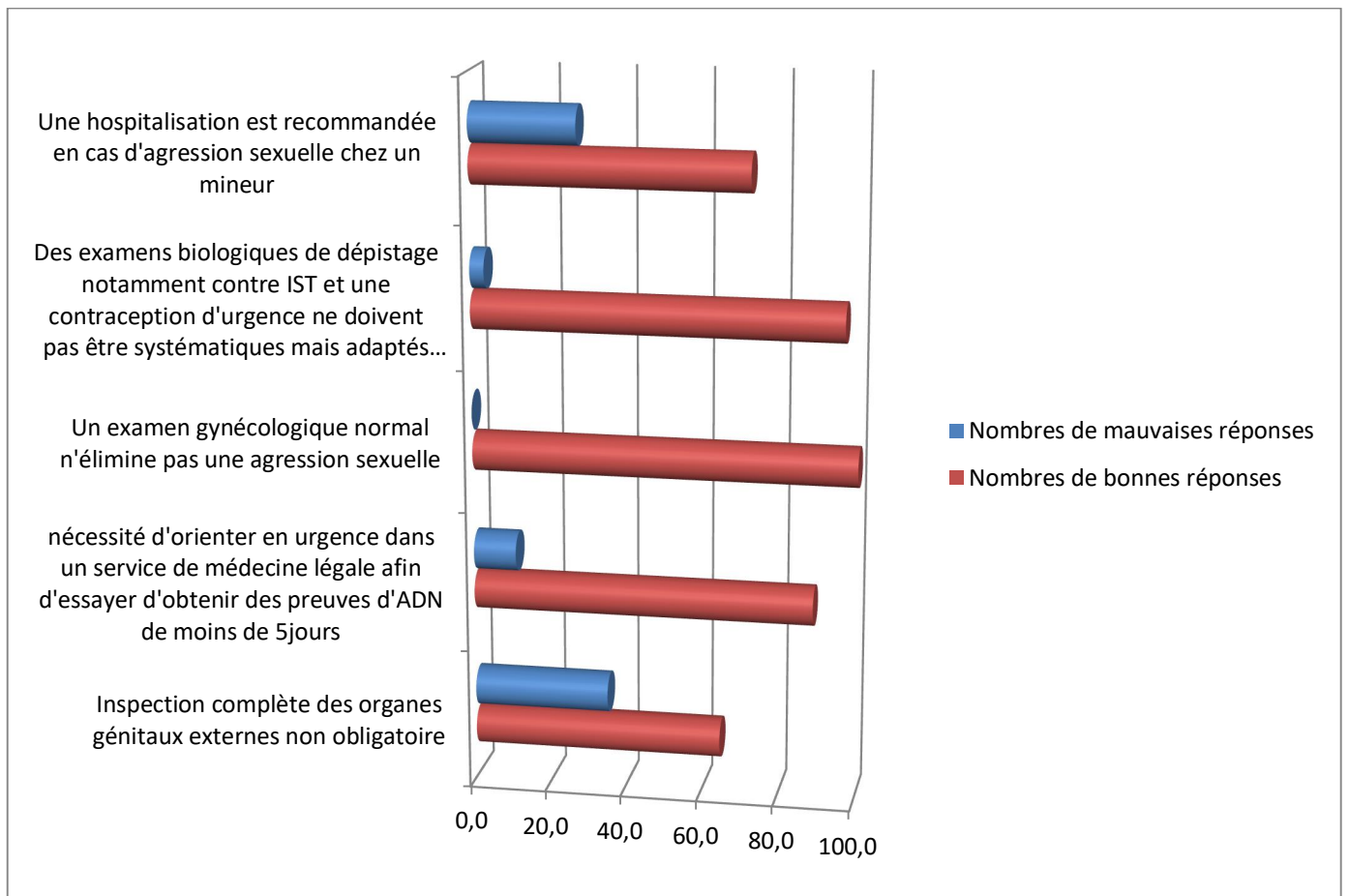


Figure 14 : Connaissances des MG sur la prise en charge initiale d'une agression sexuelle.

b) Démarches administratives à réaliser :

Les médecins semblent confondre dans quels cas faire un signalement et rédiger une information préoccupante. En effet, parmi 53 répondants à cette partie:

- 83,0%(n=44) ont bien notion qu'en cas de doute d'une agression sexuelle, le médecin doit faire un signalement auprès du Procureur de la République.
- Mais 79,2% (n=42) pensent à tort qu'en cas de maltraitances révélées par l'un de ses proches, la rédaction d'une information préoccupante doit être faite alors qu'il faudrait rédiger un signalement.

De plus, les modalités de la rédaction de ces documents ne semblent pas connues par tous : 69,8% des répondants (n=37) savent que lors de la rédaction du signalement ou d'une information préoccupante, il ne faut pas qualifier l'infraction (viol, agression sexuelle).

D. Leurs expériences professionnelles :

53 médecins ont répondu à cette partie du sondage.

Parmi eux, 35,8% (n=19) ont déjà été confrontés à des révélations d'agressions sexuelles chez un mineur et 22,6% (n=12) ont déjà suspecté des cas d'agressions sexuelles chez un mineur mais sans avoir pu le prouver, ni avoir eu des révélations directes.

1. Les médecins ayant eu des cas de révélations d'inceste ont-ils des caractéristiques différentes (notamment au niveau de leur formation) que les autres ?

Ces répondants ont eu peu de révélations:

- La majorité (64%, n=34) n'en a jamais eu ;
- Parmi ceux qui ont des révélations, 73,7% n'en ont eu qu'un ou deux cas (n=14).

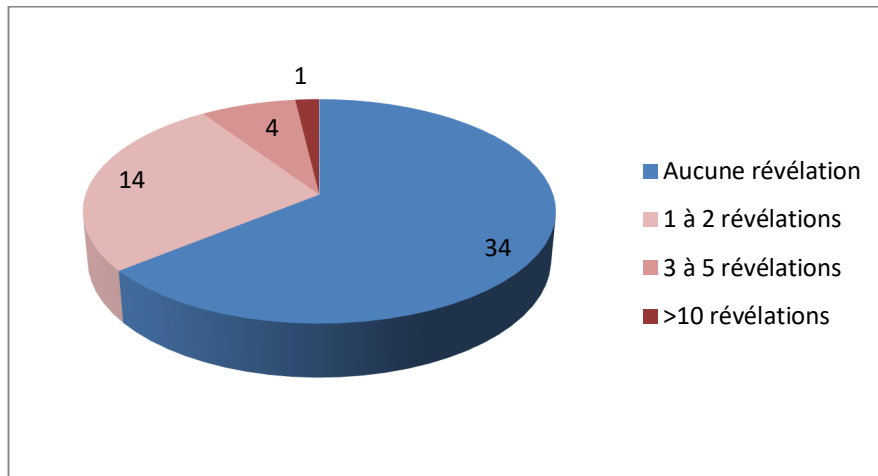


Figure 15: Nombre de MG ayant déjà eu des révélations d'inceste chez un mineur en fonction de nombre de cas rencontrés.

Les caractéristiques des médecins qui ont eu des révélations d'inceste chez les mineurs sont pour la plupart similaires à celles des répondants à l'enquête :

- Leur sexe, leur type d'exercice n'ont pas de différence significative.
- Il n'y a pas de différence significative entre la répartition de ces deux groupes entre ceux travaillant la Manche et dans le Calvados ($p=0.2$).
- A noter : les médecins installés depuis plus de 15ans semblent plus fréquemment avoir eu des révélations même s'il n'y a aucune différence significative.
- Leurs formations médicales initiales sur ce sujet n'impacteraient pas de manière significative sur les révélations ($p=0.2$).

La prise en charge par ces médecins pour ces situations difficiles semble adaptée.

En effet, la majorité d'entre eux a hospitalisé le(s) mineur(s) et/ou rédigé un signalement auprès du procureur :

- 5 ont uniquement faits des signalements au procureur ;
- 1 ont hospitalisé l'enfant et mis en place un suivi spécifique (soit PMI, CMPEA, CAMS..) ;
- 2 ont rédigé un signalement et hospitalisé le mineur ;
- 2 ont fait un signalement et crée un suivi spécifique ;
- 1 a rédigé une IP, un signalement et orienté vers un suivi spécialisé.

Au moins 7 médecins n'ont ni fait d'écrit ni hospitalisé l'enfant. Cependant, parmi eux :

- 5 médecins ne l'ont pas fait car ils étaient déjà suivis par la gendarmerie ou les éducateurs.

- 1 professionnel ne l'a pas fait mais l'inceste avait débouché sur interruption médicale de grossesse.
- 1 a orienté uniquement vers une prise en charge spécifique mais sans autre mesure.

1 personne n'a pas répondu à cette question.

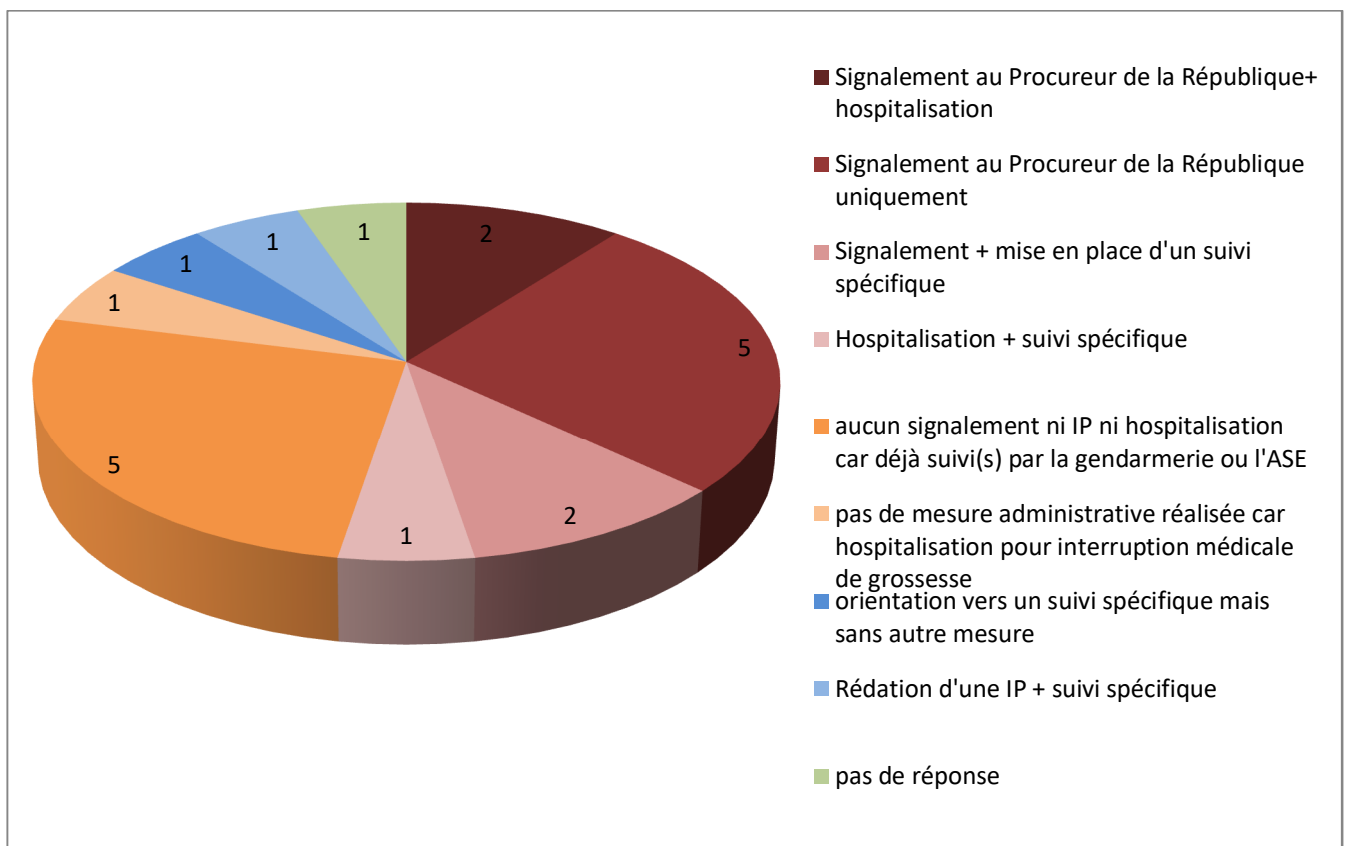


Figure16 : Les différentes mesures prises par les 19 médecins.

Normalement, le médecin se doit de rédiger un signalement. Or, selon cette enquête seulement 8 d'entre eux (soit 42,1%) l'ont fait. 3 (soit 15,8%) docteurs ont eu le réflexe d'hospitaliser le(s) victimes.

2. Les médecins ayant suspectés des cas d'inceste ont-ils des caractéristiques différentes (notamment au niveau de leur formation) que les autres ? Quels signes leur ont permis ces suspicions ?

12 médecins (soit 17,6% des répondants) ont déjà suspecté des cas d'inceste sur des mineurs sans pouvoir le prouver.

Les caractéristiques de ces docteurs sont pour la majorité similaire à celles de tous les autres répondants à l'enquête :

- Leur sexe, leur type d'exercice n'ont pas de différence significative.

- En comparant la répartition entre ceux exerçant dans le Calvados et la Manche, il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes ($p=0.2$). A noter qu'aucun professionnel de l'Orne n'a suspecté des cas d'inceste.
- Le fait d'avoir été sensibilisé dans leur cursus médical initial n'augmente pas de façon significative le nombre de doute d'inceste ($p=0.8$).
- De même, le fait que ce sujet soit abordé dans la FMC ne modifie peu leur repérage : 25% de ceux qui ont ce thème dans leur FMC ont suspectés des cas. A l'opposé, parmi ceux qui n'ont pas eu de cours dans leur FMC, 14.8% ont quand même déjà suspecté des victimes.

Dans l'enquête, 10 médecins ont cité les signes qui leur ont fait suspecter des cas.

Le tableau 14 dans l'annexe ci-dessous met en avant les signes à l'origine de leur suspicion et la prise en charge décidée par ces 10 médecins généralistes.

E. Annexes aux résultats :

Tableau 11 : Caractéristiques des répondants.

	Valeurs (% , écart type)	Données manquantes
Femme	41(60,3%)	4(5,9%)
Homme	23(33,8%)	
	48,6 ans (9,5)	
Calvados	38(55,9%)	4(5,9%)
Manche	22(32,4%)	
Orne	4(5,9%)	
Médecin remplaçant	1(1,5%)	6(8,8%)
Médecin installé	61(89,7%)	
Moins de 5ans	15(22,1%)	8 (11,7%)
Entre 5 à 15 ans	19(27,9%)	
Installé entre 15 à 30 ans	19(27,9%)	
Plus de 30 ans	7(10,3%)	
Urbain(> 10000 habitants)	26(38,2%)	7(10,3%)
semi-urbain(2000 et 10000 habitants)	30(44,1%)	
Rural (<2000 habitants)	5(7,4%)	
Moins de 10 par semaine	24(35,3%)	4(5,9%)
Plus de 10 par semaine	40(58,8%)	

Tableau 12 : Comparaison des caractéristiques des patients ayant eu ou non des révélations de cas d'inceste.

p-value =différence significative calculée avec test Chi2 (sauf si indiqué* : calcul fait avec test de Fisher)

Caractéristiques	Des médecins ayant eu des cas révélations d'inceste sur mineur(s)		Des Médecins n'ayant jamais assisté à des révélations d'inceste sur mineur		Totaux	p
	Valeurs (% ou écart type)	Données manquantes	Valeurs (% ou écart type)	Données manquantes		
Total effectif	19		49		68(100%)	
Sexe		0		4		0.3
Femme	10 (24.4%)		31 (75.6%)		41(100%)	
Homme	9 (39.1%)		14(60.9%)		23(100%)	
Spécialité médicale	Médecin	19 (27.9%)		45 (66.2%)	64(100%)	
Généraliste						
Département d'exercice		0		4		
Calvados	9 (23.7%)		29 (76.3%)		38(100%)	
Manche	8(36.4%)		14 (63.6%)		22(100%)	
Orne	2 (50%)		2 (50%)		4(100%)	
Installation		0		6		
Médecin remplaçant	0 (0%)		1(100%)		1(100%)	
Médecin installé	19 (31.1%)		42 (69.9%)		61(100%)	
Durée installation		2		6		0.2
Moins de 15ans	7 (20.6%)		27(79.4%)		34(100%)	
Plus de 15ans	10(38.5%)		16(61.5%)		26(100%)	
Type d'exercice		1		6		1
Urbain	8 (26.7%)		22(73.3%)		30(100%)	
Semi-urbain Ou rural	10 (28,6%)		25(71,4%)		35(100%)	
Nombre moyen d'enfants vus par semaine		0		4		0.8
Moins de 10 par semaine	8(33.3%)		16 (66.7%)		30(100%)	
Plus de 10 par semaine	11 (27.5%)		29(72.5,7%)		40(100%)	
Pendant les études médicales, l'inceste a-t-il été abordé ?	Jamais abordé	8(25.8%)		23(74.2%)	31(100%)	0.7
Ou ne se souvient pas						
Cours (cité ou approfondi)	8(34.8%)		15(65.2 %)		23(100%)	
Inceste abordé dans la FMC	Thème abordé	1(12.5%)		7(87.5 %)	8(100%)	0.4*
Non abordé	16(28.6%)		40(71.4%)		56(100%)	

Tableau 13: Comparaison des médecins ayant suspecté ou non sans le prouver des cas d'inceste

p-value =différence significative calculée avec test Chi2 (sauf si indiqué* : calcul fait avec test de Fisher)

Caractéristiques	Des médecins ayant suspectés des cas d'inceste		Des Médecins n'ayant aucune suspicion		Totaux	p
	Valeurs(% ou écart type)	Données manquantes	Valeurs(% ou écart type)	Données manquantes		
Total effectif	12		56			
Sexe		0		4		0.4
Femme	6 (14,6%)		35(85.4%)		41(100%)	
Homme	6(26.1%)		17(731%)		23(100%)	
Spécialité médicale	Médecin Généraliste	12	52			
Département d'exercice				4		
Calvados	6(15.8)		32(84.2%)		38(100%)	
Manche	6(27.3%)		16(72.2%)		32(100%)	
Orne	0(0%)		4(100%)		4(100%)	
Installation		0		6		
Remplaçant	0(0%)		1(100%)			
Médecin installé	12(19.7%)		49(87,5%)			
Durée installation		2		0		0.7*
Moins de 15ans	3(8,8%)		31(91.2%)		34(100%)	
Plus de 15ans	5(13.9%)		31(86.1%)		36(100%)	
Type d'exercice		1		7		0.7*
Urbain	4(15.4%)		22(84.6%)		26(100%)	
Semi-urbain ou rural	7(20%)		28(80%)		35(100%)	
Nombre moyen d'enfants vus par semaine		0		4		1*
Moins de 15par semaine	4(16.7%)		20(83.3%)		24(100%)	
Plus de 15 par semaine	8(20%)		32(80%)		40(100%)	
Inceste dans les études médicales	Jamais abordé	6(14.6%)	35(85.4%)	4	41(100%)	0.3*
« Inceste » cité mais sujet non approfondi	6(26.1%)		17(73.9%)		23(100%)	
		2(16,7%)	3(3,6%)			0.6*
Inceste abordé dans la FMC	Thème abordé	2(25%)	6(75%)		8(100%)	
	Non abordé	8(14.8%)	46(85.2%)		54(100%)	

Tableau 14 : prise en charge décidée par les MG en fonction des signes cliniques suspects.

Signes d'alerte (nombre de cas suspects)	Prise en charge choisie par le MG
Tristesse, état dépressif (1)	Hospitalisation(1)
Troubles et changement du comportement (3)	<ul style="list-style-type: none"> - Plainte(1) - Suivi spécifique(1) par PMI, CMPEA, CAMS... - Consultation chez consœur gynécologue(1)
« Douleurs abdominales répétées »(1),	Rédaction d'une IP
« Douleurs pelviennes chroniques »(1)	Hospitalisation en gynécologie
« Encoprésie »(1)	Mise en place d'un suivi spécifique (PMI, CMPEA...)(1)
« Fissures anales »(1)	« rien car l'interrogatoire de l'enfant n'était pas en faveur »(1)
« Troubles génitaux »(1)	Surveillance, écoute(1)
« balanite chez un garçon de 5 ans, impression bizarre à propos du père sans plus »(1)	« prélèvement urétral à la recherche d'une IST ; en cas de positivité j'aurais fait une déclaration à la CRIP ; c'était négatif »(1)

VI. DISCUSSION :

A. L'originalité du thème:

La force principale de l'étude est son sujet en lui-même.

En effet, tout d'abord, l'inceste est un fléau et un tabou(75) qui est sous dénoncé dans notre société : « Les violences sexuelles commises dans le cercle familial sur des mineur(e)s ne sont que partiellement révélées à la justice. »(4)

De plus, l'attitude, la prise en charge, les connaissances etc des MG vis-à-vis de l'inceste ou des agressions sexuelles intrafamiliales sont peu étudiées sur le plan national et non abordé en Normandie Occidentale :

- Au niveau national, Il n'y a pas d'enquête quantitative qui essaye d'étudier la formation et les connaissances des MG face à ce fléau ; les études abordant l'inceste ou les agressions sexuelles intrafamiliales sont soit des enquêtes auprès des victimes (réalisées à partir de dossiers médicaux(76) ou d'instruction(77)), soit des enquêtes qualitatives auprès des MG
- Au niveau national, de nombreuses recherches(78),(79) étudient les différents champs possibles entre la maltraitance infantile et le MG ; mais elles ne traitent pas de l'inceste.
- En NO, la seule étude(74) avec un sujet similaire évalue essentiellement la prise en charge des MG de la Manche face à la maltraitance infantile. La spécificité de l'inceste n'y est pas traitée.

Par ailleurs, ce sujet est d'actualité : le gouvernement actuel a élaboré en mars 2017 un « plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants »(15) avec notamment le but de lutter contre l'inceste. De plus, le gouvernement a créé une nouvelle loi pour « une meilleure protection des mineurs victimes de viol et des agressions sexuelles ». Cette loi récente du 3 août permet désormais de pouvoir juger un majeur ayant des rapports sexuels (consentant ou non) avec un mineur (avec une différence d'âge importante) pour une agression sexuelle (et non comme une atteinte sexuelle) selon l'appréciation du juge d'instruction. Cette requalification marque un tournant majeur pour les nouvelles affaires juridiques instruites pour des agressions sexuelles.

B. Critiques de la méthode :

1. Les forces :

Pour faire un premier état des lieux sur une région vaste et sur ce thème large, une étude quantitative semblait adaptée. Afin d'essayer d'obtenir un échantillon aléatoire sur une population bien définie, il a été choisi de diffuser le questionnaire par l'intermédiaire de l'URML. En effet, l'URML a pu le diffuser à 1092 médecins généralistes de la NO. A la fois pour obtenir un meilleur taux de réponses possible et pour balayer les différents champs de l'inceste, un questionnaire attractif en ligne (avec des questions à choix multiples et peu de réponses ouvertes et obligatoires) a été choisi.

Pour éviter les biais de recrutement et une mauvaise représentativité, nous avons veillé à ce qu'aucun autre moyen de diffusion (notamment par mails entre confrères) ne soit réalisé (en dehors de la diffusion par l'URML).

2. Les limites :

Le taux de participation est faible. Ceci est peut-être une des raisons pour laquelle aucune différence significative n'a été retrouvée et à l'origine du manque de puissance de l'étude. Une ou même plusieurs relances l'auraient probablement améliorée. Cependant, aucune relance n'a pas été faite pour deux raisons : pour ne pas submerger plus les MG avec des questionnaires de thèse et parce que l'URML normalement ne diffuse qu'une thèse par mois (cette année l'URML a eu de nombreuses demandes).

Il y a un biais de sélection puisque les professionnels qui ont répondu aux questionnaires sont probablement plus intéressés et déjà sensibilisés à ce sujet ; cela a alors pu notamment entraîner une surévaluation des connaissances des MG.

Il existe peut-être un biais de diffusion : comme le questionnaire a été anonymisé et diffusé par l'URML, il n'a pas été possible de vérifier la bonne diffusion aux 1092 médecins. Par exemple, il est possible que certains mails aient été bloqués par les anti-virus ou que certains médecins aient bloqué les messages provenant de cette association.

De plus, le biais de mémoire a pu modifier les résultats sur leurs formations et sur leurs expériences professionnelles. En effet, les études médicales étant longues, il se peut que ces médecins généralistes aient oublié que ce sujet ait été traité. De même, si le sujet a été abordé au début de leurs études (par exemple avant d'avoir réalisé des stages), il se peut que ce thème ne les intéressait pas à ce moment-là. Pour être sensible, peut-être qu'une expérience professionnelle a minima (comme avoir fait un stage en pédiatrie ou en médecine générale) serait nécessaire.

C. Critiques des résultats :

1. Taux de participation faible : à la fois une faiblesse et un point fort pour cette étude.

Le taux global de participation à ce questionnaire est de 6.3% avec une participation inhomogène entre l'Orne et le reste de la région. En effet, le taux de participants exerçant dans l'Orne est de 2.5%(n= 4) alors qu'il est de 6.6% (n=38) dans le Calvados et de 6.1% (n=6.1) dans la Manche.

Ce taux de participation est faible. Certes, il aurait pu être plus important en relançant le questionnaire. Mais ce taux témoigne peut-être du désintérêt ou de la crainte que peuvent avoir les médecins généralistes à dépister ce fléau. De plus, cette non-participation peut être liée au fait que ces professionnels soient très sollicités pour des questionnaires de thèses et à cause de leur surcharge de travail.

2. Médecins peu formés face à l'inceste :

Les médecins généralistes exerçant en Normandie Occidentale ont peu été sensibilisés sur ce thème dans leurs études médicales: parmi eux, seulement 8% se souviennent d'avoir travaillé réellement sur ce sujet et seulement 27% se souviennent que ce thème fut cité sans explication. Pourtant, presque tous ces professionnels (91,2%) pensent qu'il serait nécessaire de l'étudier.

La sensibilisation à l'inceste dans le cursus initial de médecine n'augmente pas de façon significative le nombre de révélations ($p=0.2$) et de suspicions de cas d'inceste ($p=0,8$) : soit il n'y a pas de réelle différence significative car les cours ont apporté peu d'éléments nouveaux et utiles pour rendre plus efficient ce dépistage ; soit cela est dû au manque de puissance à cause du faible effectif de cette étude.

Les données en rapport avec leur formation médicale initiale sont probablement sous-estimées à cause du biais de mémoire : par exemple, si ce thème a été abordé trop tôt dans leur cursus, il est possible qu'ils ne s'en souviennent pas. En effet, pour être sensible à ce thème, il faut certainement avoir déjà eu de l'expérience pratique, tout au moins en pédiatrie. Il serait bien que ce thème soit abordé en fin de cursus, plutôt en fin d'internat après avoir fait plusieurs stages pratiques.

De même, le fait que ce sujet soit abordé dans la FMC ne modifierait peu leur repérage : 25% de ceux qui ont ce thème dans leur FMC ont suspecté des cas alors que 14.8% de ceux qui n'ont pas eu de cours dans leur FMC, ont quand même déjà suspecté des victimes.

Les conférences dans le cadre de la formation médicale continue abordent également peu l'inceste : seulement 11,8% des personnes ont assisté à des cours où ce thème était discuté.

De plus, seulement 38,2% de ces MG se souviennent d'avoir lu des articles scientifiques à ce sujet et uniquement 11,8% avaient déjà pris connaissances des recommandations de l'HAS.

3. Bonne connaissance de la définition de l'inceste mais mauvais acquis des définitions juridiques :

La définition de l'inceste est bien connue par ces MG. Par contre, ils semblent méconnaître la majorité sexuelle ainsi que les enjeux juridiques de la majorité légale. Seulement 49.1% de ces MG fixent bien la majorité sexuelle à 15 ans. Il est important de la connaître car cette majorité sexuelle implique que si un majeur a un rapport sexuel consentant avec un mineur de moins de 15ans, un signalement par un médecin ou par un parent peut être fait car cela constitue une atteinte sexuelle.(42) 33,9% la surestiment à 16ans mais peut-être que cette confusion est secondaire au fait qu'ils pensent qu'il s'agit des 15 ans révolus.

Par ailleurs, la définition de la majorité légale(19) est importante sur le plan juridique car en dessous de cet âge 18ans, un médecin peut signaler toute agression sexuelle même en absence de l'accord (et non 15ans)(43).

Il se pourrait que ces MG confondent ces deux définitions de majorité ; cela pourrait expliquer les sous estimations : seulement 39 % savent qu'il faut faire un signalement en cas d'agression sexuelle avant 18 ans même en absence de consentement ($n=2$) ;59,3% ($n=35$) sous estiment cet âge dont 20,3% pensent que cette obligation concerne les mineurs de moins de 15 ans ($n=12$) et 39% le situent à 13 ans ($n=23$).

4. Acquis suffisants sur la prévalence et sur les signes de repérage de l'inceste :

Les connaissances de ces MG de la NO sur la prévalence et les signes cliniques de l'inceste sont globalement satisfaisantes. Presque la moitié des MG ont bien estimé la prévalence de l'inceste mais peu ont conscience que les premiers faits se passent avant 18ans. Dans plus de 75% des cas, ils ont conscience qu'il faut y penser devant la répétition, la persistance dans le temps et l'association de plusieurs signes généraux, et notamment quand aucune étiologie somatique n'est retrouvée. En s'appuyant recommandations de l'HAS(31), ces MG différencient assez bien les signes génito-anaux évocateurs et ceux de signification incertaine. Les erreurs concernent surtout les lésions d'herpès génital (dans 66.2%) et les fissures anales (60.2%) en les désignant comme évocatrices alors qu'elles ne le sont pas selon ces recommandations.

De plus, les erreurs concernant les lésions d'herpès génital et les fissures anales sont discutables. Certes l'HAS et d'autres sociétés savantes(80) considèrent ces lésions comme non évocatrices, mais il faudrait, quand même, garder le réflexe de penser aux agressions sexuelles devant ce type de lésions. Il est vrai qu'une fissure anale peut être secondaire, par exemple à une constipation, mais si celle-ci est importante ou que l'enfant ne présente pas de trouble de transit de ce type, il faudrait le suspecter, surtout si d'autres signes sont présents. De même, à distance de la période néonatale, des lésions herpétiques génitales devraient alerter car la transmission indirecte est rare ; l'orientation vers un confrère pédiatrie ou gynécologue serait peut-être souhaitable.

Malgré le manque de formation, ces médecins connaissent les principaux signes cliniques utiles au repérage de l'inceste. Ceci est certainement dû à la transversalité du thème dont les principaux signes sont communs à ceux de la maltraitance infantile (chapitre important du programme des études médicales). Et les signes peuvent être déduits de la logique médicale de déduction que les médecins acquièrent dans leur cursus.

5. Leurs connaissances sur la prise en charge théorique à adapter :

La conduite à tenir initiale est bien connue par ces MG : la recommandation d'une hospitalisation en cas de suspicion d'agression sexuelle chez un mineur (72.2%) et l'orientation vers l'Unité Médico-Judiciaire (88,9%) en urgence semblent acquises. Cependant, le questionnaire n'a pas vérifié si ces médecins connaissaient les modalités d'accès à l'Unité Médico-Judiciaire en Normandie Occidentale, et notamment le fait que l'accès à ce service se fait quasi-exclusivement sur réquisition. Très peu de consultations libres auprès de l'UMJ existent dans cette région. Devant une suspicion d'une agression sexuelle chez un mineur, en Normandie Occidentale, il serait préférable d'adresser le patient vers les services de pédiatrie ou des urgences, qui rédigeront si nécessaires un signalement. Et, si besoin, le Procureur de la République demandera sur réquisition à un médecin de l'unité médico-judiciaire d'effectuer les examens nécessaires.

Les médecins généralistes ont bien conscience qu'un examen gynécologique normal n'exclut pas une agression sexuelle.

Malheureusement, certains médecins ont encore des lacunes en ce qui concerne les démarches administratives. D'une part, les indications de rédaction d'une IP ou signalement semblent confondues : même si 83,0%(n=44) ont bien notion qu'en cas de doute d'une agression sexuelle, le

médecin doit faire un signalement auprès du Procureur de la République. 79,2% (n=42) pensent à tort qu'en cas de maltraitances révélées par l'un de ses proches, la rédaction d'une information préoccupante doit être faite alors qu'il faudrait rédiger un signalement. D'autre part, les règles de rédaction pour les signalements ou IP ne sont pas encore connues de tous : notamment certains (30,2%) ne savent pas qu'il ne faut pas qualifier les infractions.

6. Leur méconnaissance sur l'état de stress post-traumatique :

Cette étude met en avant la méconnaissance des MG envers l'ESPT. En effet, peu ont déjà entendu parler de la notion de la mémoire traumatique (67,6%) et de la dissociation traumatique (33%) ; et encore, moins de docteurs n'en connaissent leurs mécanismes (19,1% et 13,2%). Pourtant l'état de stress post-traumatique pourrait être utile à tous les médecins puisqu'il peut se retrouver dans de nombreuses circonstances (suite à des attentats, suite à un accident brutal de la voie publique, suite à une agression non sexuelle...) Il semble important de l'identifier puis de le nommer et de l'expliquer aux patients. Le fait d'avoir un mot sur leurs symptômes est important pour les patients. La reconnaissance du ESPT permet par la suite de mettre en place une prise en charge adaptée et spécifique. L'ESPT devrait être approfondi pendant les études médicales pour que les MG soient à même de les identifier. De même, des bases en victimologie (comme les mots à dire et à éviter) devraient être enseignées.

D. Leurs expériences professionnelles :

1. Témoignage marquant parmi les répondants :

Tout d'abord, à travers les différentes expériences professionnelles, le témoignage d'un médecin a été marquant car il a eu une dizaine de témoignages de cas d'incestes. Pour ces différents cas, il a hospitalisé et/ou fait des signalements comme il l'est conseillé par l'HAS. Il s'agit d'un professionnel exerçant en zone semi-urbaine qui est installé depuis plus de 30ans ; pendant ses études médicales, il avait juste entendu parler de l'inceste mais sans réel cours, il n'a jamais participé à une formation médicale continue où ce sujet a été abordé ; il n'avait jamais lu les recommandations de l'HAS mais avait déjà lu des articles scientifiques à propos.

2. Suspensions de cas d'inceste :

Cette étude met bien en avant une des raisons de la difficulté du repérage de ce fléau : la non-spécificité des signes. En effet, les signes cliniques amenant ces médecins à suspecter des cas d'inceste étaient bien aspécifiques et sont des motifs fréquents de consultations en médecine générale.

Les médecins ayant suspecté des cas d'inceste ont les mêmes caractéristiques (sans différence significative) que les autres : ce résultat est censé puisque tout médecin peut être confronté un jour à des cas d'inceste (quelque que soit son sexe, son âge, sa durée d'installation...).

Le fait que ce sujet soit abordé dans la FMC n'a pas modifié de façon significative leur repérage : 25% de ceux qui ont ce thème dans leur FMC ont suspecté des cas. A l'opposé, parmi ceux qui n'ont pas eu de cours dans leur FMC, 14,8% ont quand même déjà suspecté des victimes.

3. Inceste probablement sous dépisté par les médecins généralistes de Normandie Occidentale :

Cette étude fait penser que l'inceste est sous dépisté en Normandie Occidentale. En effet, parmi les 53 professionnels qui ont accepté de partager leurs expériences professionnelles, seulement 35,8% d'entre eux ont déjà eu au moins un cas de révélation par un proche d'inceste chez un mineur et 22,6% ont déjà suspecté des cas d'inceste parmi les professionnels. Et parmi eux, $\frac{3}{4}$ n'ont eu qu' 1 ou 2 cas uniquement. En prenant compte la prévalence estimée en France des violences sexuelles, le nombre moyen national de patients par MG (qui est de 824(81)), un nombre plus important de dénonciations aurait pu être retrouvé avec le témoignage de ces 53 MG. De plus, ce chiffre est probablement surestimé car les répondants au questionnaire sont des professionnels sensibles à ce sujet, et peut-être sont plus aptes à repérer des cas d'inceste.

VII. CONCLUSION :

Les formations sur le thème de l'inceste proposées aux médecins généralistes sont insuffisantes en Normandie Occidentale. Malgré ce manque, ces médecins connaissent les principaux signes permettant son repérage. Cependant, les démarches administratives et juridiques ainsi que leurs modalités ne semblent pas complètement acquises.

De plus, cette étude met en évidence leur méconnaissance de l'état de stress post-traumatique. Tout médecin généraliste étant susceptibles à rencontrer des patients présentant état de stress post traumatique devrait connaître cette notion afin de pouvoir déceler ces patients et les orienter vers une prise en charge adaptée

Le faible taux de réponse de cette étude laisse suggérer plusieurs explications :soit les médecins de la Normandie Occidentale manquent d'intérêt envers ce thème (car ils ont peu été sensibilisés au préalable) ; soit ce sujet leur ai tabou ; soit ils craignent les démarches juridiques et administratives qu'entraînent le signalement d'un cas d'inceste.

Un renforcement des formations (formation initiale et formation médicale continue) des Médecins généralistes sur l'inceste seraient nécessaires pour améliorer son repérage en Normandie Occidentale. Des formations médicales continues abordant des bases en victimologie pourraient être utiles aux médecins généralistes de cette région en abordant quelques notions de droit juridique, les règles de rédaction des signalement et des IP, l'attitude à adapter devant une victime, l'état de stress post-traumatique...

III. Bibliographie

1. 9789242511536-fre.pdf [Internet]. [cité 24 août 2018]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254897/9789242511536-fre.pdf;jsessionid=17A2AE796C043B6ABFBE95E02DAAB5C0?sequence=1>
2. Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A, et al. Enquête Violences et Rapports de genre (Virage) : Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. :67.
3. doc.travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.virage_1.fr.fr.pdf [Internet]. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/20838/doc.travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.virage_1.fr.fr.pdf
4. violences-sexuelles.pdf [Internet]. [cité 18 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrs.fr/inshs/recherche/docs-actualites/violences-sexuelles.pdf>
5. Dokhan M. Les avatars de la puissance paternelle. La lettre de l'enfance et de l'adolescence. 2002;no 48(2):91-100.
6. Fiche Pater familias et patria potestas - Antiquitas - Université de Fribourg [Internet]. [cité 18 mars 2018]. Disponible sur: <https://elearning.unifr.ch/antiquitas/fr/fiches/202>
7. Harlé P (1929-), Pralon D (1943-), Harl M (1919-), Harlé P, Pralon D, Harl M. La Bible d'Alexandrie. [3], Le Lévitique / trad. et annot... sous la dir. de Marguerite Harl [Internet]. Éd. du Cerf. Paris; 1988 [cité 18 mars 2018]. 224 p.; 20 cm; br. (LXX (Paris)). Disponible sur: <http://documentation.unicaen.fr/Default/doc/FLORA/70789/la-bible-d-alexandrie-3-le-levitique-trad-et-annot-sous-la-dir-de-marguerite-harl>
8. Jaspard P. Idéologies et droits de l'enfant. Enfances & Psy. 2002;no18(2):122-7.
9. Romano H. Protection de l'enfance : définition et repères historiques. La Revue de Santé Scolaire et Universitaire. janv 2013;4(19):8-10.
10. Giuliani F. Le Crime sans nom, The crime with no name: Incest telling in nineteenth French society (1791-1898). Sociétés & Représentations. 8 déc 2016;(42):31-44.
11. convention-des-droits-de-lenfant.pdf [Internet]. [cité 19 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
12. Ambroise-Rendu A-C. Briser le tabou, Breaking a taboo: From secret to public discussion; the watershed of the 1970-1990. Sociétés & Représentations. 8 déc 2016;(42):59-72.
13. Krug et Weltgesundheitsorganisation - 2002 - World report on violence and health.pdf [Internet]. [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf
14. MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) [Internet]. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. [cité 24 août 2018]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/le-secretariat-d-etat/instances/miprof-mission-interministerielle-pour-la-protection-des-femmes-victimes-de-violences/>

15. PlanVIOLENCES_-ENFANTS_2017-2019.pdf [Internet]. [cité 7 nov 2018]. Disponible sur: https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_-ENFANTS_2017-2019.pdf
16. proposition de loi pour une meilleure protection des mineur.e.s victimes de viol et des autres agressions sexuelles [Internet]. [cité 14 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/leg/ppl17-053.html>
17. LOI n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes - Article 1. 2018-703 août 3, 2018.
18. Juillard M, Timbart O. Violences sexuelles et atteintes aux mœurs : les décisions du parquet et de l'instruction. :8.
19. Code pénal - Article 222-22. Code pénal.
20. Code pénal - Article 222-33. Code pénal.
21. Code pénal - Article 227-25. Code pénal.
22. Code pénal - Article 227-22. Code pénal.
23. Code pénal - Article 227-23 | Legifrance [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418095>
24. Code pénal - Article 222-32. Code pénal.
25. Code pénal - Article 225-12-1. Code pénal.
26. Code pénal - Article 621-1 | Legifrance [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000037287956&dateTexte=&categorieLien=cid>
27. Littre - inceste - définition, citations, étymologie [Internet]. [cité 25 août 2018]. Disponible sur: <https://www.littre.org/definition/inceste>
28. Dictionnaire [Internet]. [cité 25 août 2018]. Disponible sur: https://www.universalis.fr/dictionnaire/?q=inceste&btn_search=Rechercher
29. Code pénal - Article 222-31-1. Code pénal.
30. Décision n° 2011-163 QPC du 16 septembre 2011.
31. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. La Revue Sage-Femme. déc 2011;10(6):289-93.
32. Code civil - Article 161. Code civil.
33. Code civil - Article 162. Code civil.
34. Code civil - Article 163 | Legifrance [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006422133&dateTexte=&categorieLien=cid>
35. Code civil - Article 310-2. Code civil.

36. LOI n° 2010-121 du 8 février 2010 tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux. 2010-121 févr 8, 2010.
37. Code civil - Article 377. Code civil.
38. Code civil - Article 371-1 | Legifrance [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000027432064>
39. Code civil - Article 378 | Legifrance [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426993&dateTexte=&categorieLien=cid>
40. Code pénal - Article 222-24. Code pénal.
41. Code pénal - Article 222-26 | Legifrance [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417687>
42. Code pénal - Article 222-25. Code pénal.
43. Code pénal - Article 227-27. Code pénal.
44. Code civil - Article 414. Code civil.
45. Code pénal - Article 226-14. Code pénal.
46. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*. mai 2011;16(2):79-101.
47. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. juin 2013;58(3):469-83.
48. Sethi D, World Health Organization, éditeurs. *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013. 115 p.
49. Juillard et Timbart - Violences sexuelles et atteintes aux mœurs les d.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_infostat_160.pdf
50. l'Intérieur M de. *Insécurité et délinquance en 2017 : premier bilan statistique* [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2017-premier-bilan-statistique>. [cité 17 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2017-premier-bilan-statistique>
51. Debauche et al. - *Enquête Violences et Rapports de genre (Virage) .pdf* [Internet]. [cité 21 mars 2018]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf
52. Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, et al. *Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage*. 2016;4.
53. *maltraitance_sexuelle_argumentaire.pdf* [Internet]. [cité 6 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/maltraitance_sexuelle_argumentaire.pdf

54. 200511_RapportEnfance_2005.pdf [Internet]. [cité 9 nov 2018]. Disponible sur: http://odas.net/IMG/pdf/200511_RapportEnfance_2005.pdf
55. Fleming J, Mullen P, Bammer G. A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse Negl.* janv 1997;21(1):49-58.
56. Are Children Born to Young Mothers at Increased Risk of Maltreatment? | Articles | Pediatrics [Internet]. [cité 4 juill 2018]. Disponible sur: <http://pediatrics.aappublications.org/content/91/3/642>
57. Mian M, Marton P, LeBaron D, Birtwistle D. Familial risk factors associated with intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of three to five year old girls. *Can J Psychiatry.* août 1994;39(6):348-53.
58. child-maltreatment-when-to-suspect-maltreatment-in-under-18s-pdf-975697287109.pdf [Internet]. [cité 4 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg89/resources/child-maltreatment-when-to-suspect-maltreatment-in-under-18s-pdf-975697287109>
59. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology.* avr 2016;29(2):81-7.
60. maltraitance_sexuelle_recommandations_2011-06-30_11-12-0_519.pdf [Internet]. [cité 6 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/maltraitance_sexuelle_recommandations_2011-06-30_11-12-0_519.pdf
61. Grenoble et al. - COMMISSION DE CONSENSUS.pdf [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/TEXTE_LONG_EN_LIGNE_AD040105.pdf
62. maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
63. josse E. Déceler les violences sexuelles faites aux enfants. :26.
64. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitements sexuelles intrafamiliales chez le mineur. *La Revue Sage-Femme.* déc 2011;10(6):289-93.
65. Adams et al. - 2016 - Updated Guidelines for the Medical Assessment and .pdf [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188\(15\)00030-3/pdf](https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(15)00030-3/pdf)
66. Child abuse and neglect | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [cité 4 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng76>
67. Haesevoets Y-HL, Van Gijsegem H, Jaffé PD. L'enfant victime d'inceste: de la séduction traumatique à la violence sexuelle. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck supérieur, DL 2015; 2015. 361 p.
68. Haesevoets Y-H. L'enfant victime d'inceste. De la séduction traumatique à la violence sexuelle [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2003. 296 p. (Oxalis; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-enfant-victime-d-inceste--9782804143701.htm>
69. PubMed Central Full Text PDF [Internet]. [cité 13 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5353114/pdf/npa-52-4-393.pdf>
70. Dégeilh et al. - 2013 - Altérations mnésiques dans l'état de stress post-t.pdf [Internet]. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: https://www.jle.com/download/nrp-296491-alterations_mnesiques_dans_letat_de_stress_post_traumatique_resultats_comportementaux_et_neuro_imagerie--W@Gzfn8AAQEAAAogpX0AAAAE-a.pdf

71. Salmona DM. LA DISSOCIATION TRAUMATIQUE ET LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : OU COMMENT DEVIEND-ON ÉTRANGER À SOI-MÊME. :19.
72. aivi_-_linceste_mai_2010.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: https://aivi.org/jdownloads/Etudes%20sondages/aivi_-_linceste_mai_2010.pdf
73. Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, Lim DY, Yeo W-S. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 1 avr 2018;99:129-41.
74. Favez C. Le médecin généraliste et la protection de l'enfant en danger: état des lieux dans le Nord-Cotentin : guide pratique à l'intention des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2013.
75. Ambroise-Rendu A-C. Briser le tabou, Breaking a taboo: From secret to public discussion; the watershed of the 1970-1990. *Sociétés & Représentations*. 8 déc 2016;(42):59-72.
76. Thezan M de. Accès à la maternité des femmes victimes d'inceste: étude théorique et pratique et réflexions sur le rôle du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2005.
77. Bergeret M. Les victimes d'inceste face à leur médecin traitant: ententes et attentes : étude qualitative auprès de 10 patients suivis en consultation de psychotraumatisme en 2013 et 2014 à la Réunion [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2014.
78. Fogel S. Capacité du médecin généraliste à dépister une maltraitance infantile [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2013.
79. Lestienne F. Expériences et attentes d'anciennes victimes de maltraitance infantile sur la place du médecin généraliste dans leurs parcours de vie: le médecin généraliste, un lien pour penser et panser la maltraitance [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2015.
80. Felitti et al. - 1998 - Relationship of Childhood Abuse and Household Dysf.pdf [Internet]. [cité 26 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(98\)00017-8/pdf](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/pdf)
81. 160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf [Internet]. [cité 3 nov 2018]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf

IV. Annexes

Annexes 1 :

Questionnaire utilisé pour l'enquête :

Evaluation de la formation et des connaissances des Médecins Généralistes de la Normandie Occidentale vis à vis du repérage de l'inceste sur les mineurs.

[Charger un questionnaire non terminé](#) [Sortir et effacer vos réponses](#)

Evaluation de la formation et des connaissances des Médecins Généralistes de la Normandie Occidentale vis à vis du repérage de l'inceste sur les mineurs.

Dans le cadre de ma thèse, je fais une enquête auprès des Médecins Généralistes libéraux (remplaçants ou installés) de la Normandie Occidentale pour étudier leur formation et leurs connaissances vis-à-vis de l'inceste chez les mineurs.

Mon but est essentiellement de vouloir vous sensibiliser sur ce sujet qui me semble encore peu connu. A la fin de cette enquête, vous aurez à disposition des références qui pourront vous servir si vous y êtes confrontés. Et par la suite, je vous enverrai par mail un résumé avec les informations principales à retenir sur l'inceste.

Remarque sur la protection de la vie privée
Ce questionnaire est anonyme.

L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement. Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code à vos réponses sur ce questionnaire.

Suivant

Votre sexe:

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez choisir ...

Quel est votre âge?

Quel est votre département d'exercice professionnel ?

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez choisir ...

* Quelle est votre spécialité médicale?

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Médecine Générale
 Autre spécialité

Etes-vous médecin généraliste remplaçant ou installé?

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez choisir ...

Quel est votre type d'exercice?

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez choisir ...

Combien d'enfants (mineurs) par semaine voyez-vous en consultations en moyenne ?

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- moins de 5 enfants par semaine
 entre 5 à 10 enfants par semaine
 entre 10 et 30 enfants par semaine
 plus de 30 enfants par semaine
 Sans réponse

Suivant

11%

VOTRE FORMATION :



Pendant vos études de Médecine, avez-vous déjà été sensibilisé à l'inceste sur les mineurs ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- non, jamais
- Je ne m'en souviens plus
- Oui, cela a juste été cité mais sujet non approfondi
- oui, ce sujet a fait le thème d'un cours ou d'une présentation dans le cadre d'un enseignement magistral
- Oui, ce sujet a fait le thème d'un cours ou d'une présentation mais uniquement dans la cadre d'un stage

Pensez-vous qu'il soit nécessaire d'aborder ce sujet pendant les études de médecine?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Dans le cadre de votre Formation Médicale Continue, avez-vous déjà participé à une formation où ce thème a été abordé ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Avez-vous déjà lu des articles de revues scientifiques sur ce sujet ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous



Avez-vous déjà lu les recommandations de l'HAS sur « le repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitements sexuelles intrafamiliales chez le mineur ? »

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

Suivant

22%

ETAT DE VOS CONNAISSANCES SUR L'INCESTE : définition et prévalence

Parmi les propositions ci dessous, quelle sont-elle qui sont reconnues comme de la maltraitance sexuelle chez un mineur :

👉 Cochez la ou les réponses

- Pénétration anale ou vaginale par un objet sans consentement
- Imposer de subir une pénétration orale par un sexe faite sur le mineur
- Imposer de regarder des photos ou vidéos à caractères pornographiques
- Attouchements sans violence par surprise
- Incitation à prostitution

*

Quel est l'âge de la majorité sexuelle en France ?

👉 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

*

En dessous de quel âge, une agression sexuelle doit être signalée par le professionnel de santé même en l'absence du consentement du mineur ?

👉 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

*

Les agressions sexuelles sont qualifiées d'incestueuses ou intrafamiliales si l'agresseur est :

👉 Cochez la ou les réponses

- un ascendant
- un frère cadet
- une soeur aînée
- une belle mère

Environ combien de femmes ont subi un viol (ou tentative) ou une agression sexuelle par un membre de sa famille ou par quelqu'un de son entourage proche :

👉 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Environ combien d'hommes ont subi un viol (ou tentative) ou une agression sexuelle par un membre de sa famille ou par quelqu'un de son entourage proche :

👉 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Parmi les victimes de viols (ou tentatives) et d'agressions sexuelles, quelle est la proportion estimée commise au sein de la famille ou de l'entourage proche qui se produisent pour la première fois entre 0 et 17ans : (cocher la bonne réponse)

👉 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Suivant

33%

ETAT DE VOS CONNAISSANCES SUR L'INCESTE : facteurs de risques et signes cliniques :

Existe-t-il des facteurs de risque spécifiques de maltraitance sexuelle intrafamiliale ?

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez choisir ...

Existe-t-il des facteurs de risque de maltraitance infantile ?

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez choisir ...

Suivant

ETAT DE VOS CONNAISSANCES SUR L'INCESTE : facteurs de risques et signes cliniques :

* Quand est-ce que des signes fonctionnels généraux aspécifiques peuvent être évocateurs d'inceste ? (cochez la ou les bonnes réponses)

Cochez la ou les réponses

- quand plusieurs signes s'associent entre eux
- quand les symptômes se répètent
- quand les symptômes persistent longtemps
- quand aucune explication somatique n'est retrouvée

Cochez la ou les bonne(s) réponses:

Cochez la ou les réponses

- Les signes généraux les plus fréquents retrouvés dans l'inceste sont les suivants : les douleurs abdominales répétées, les céphalées récurrentes, l'énurésie et l'encoprésie récentes.
- En cas de suspicion de maltraitance sexuelle chez un(e) mineur(e), le médecin généraliste doit faire une inspection des organes génitaux externes complète .
- Un examen gynécologique normal élimine une maltraitance sexuelle.
- En cas de suspicion de maltraitance sexuelle chez un mineur, les examens à la recherche d'IST ou d'une éventuelle grossesse doivent être systématiques, quelque soit l'âge et le contexte.

Les signes cités ci-dessous, doivent-ils faire suspecter de la maltraitance sexuelle ?

	Oui	Non	Je ne sais pas.	Sans réponse
Demande d'IVG dont le père est inconnu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Découverte d'un mineur porteur du VIH dont la mère est séronégative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Fissure anale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hémorroïdes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Chancres syphilitiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Herpès génital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Lésion hyménale postérieure entre 4h et 8h	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Déchirure ou ecchymose de l'hymen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Lésion de la fourchette vulvaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Vulvite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

En cas d'agression sexuelle chez un(e) mineur(e). (Cochez la ou les bonnes réponses) :

Cochez la ou les réponses

- Si l'agression date de moins de 5 jours, on pourra essayer d'obtenir des preuves d'ADN de l'agresseur et il faut adresser le(la) patient(e) en urgence dans un service de médecine légale (aux urgences médico-judiciaires).
- Le risque de grossesse doit être dépisté et une contraception d'urgence doit être délivrée si besoin.
- Un bilan sérologique initial à la recherche d'IST (VIH, hépatite B, hépatite C, syphilis) chez la victime n'est pas nécessaire .
- Un état de sidération ou un état de détresse psychologique aiguë peuvent nécessiter une prise en charge psychologique en urgence.

Suivant

55%

ETAT DE VOS CONNAISSANCES SUR L'INCESTE : le psychotraumatisme

Avez-vous déjà entendu parler de la mémoire traumatique?

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
 non
 Sans réponse

Connaissez-vous son mécanisme physiologique ?

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
 non
 Sans réponse

Avez-vous déjà entendu parler de dissociation traumatique ?

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
 non
 Je ne sais pas
 Sans réponse

Connaissez-vous son mécanisme physiologique ?

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez choisir ...

Citez au moins trois symptômes ou conséquences pouvant être en lien avec le psychotraumatisme de l'inceste :

Suivant

66%

ETAT DE VOS CONNAISSANCES SUR L'INCESTE : prise en charge

*

Chez le mineur : (Cochez la ou les bonnes réponses)

👉 Cochez la ou les réponses

- En cas de doute d'une agression sexuelle, le médecin doit faire un signalement auprès du Procureur de la République ;
- En cas de maltraitances révélées par l'un de ses proches, la rédaction d'une information préoccupante doit être faite ;
- En cas d'agression sexuelle, l'hospitalisation est recommandée de façon systématique;
- Lors de la rédaction du signalement ou d'une information préoccupante, il ne faut pas qualifier l'infraction (viol, agression sexuelle).

Suivant

77%

VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE :

* Avez-vous déjà été confronté à des révélations d'agressions sexuelles chez un mineur ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
 Non

Combien de fois environ depuis votre exercice en libéral?

Quelle a été votre prise en charge ?

📌 Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

- Hospitalisation avec accord de la famille
- Signalement au procureur
- rédaction d'une information préoccupante
- mise en place d'un suivi spécifique (PMI, CMPEA...)
- autre:

* Avez-vous déjà suspecté des cas d'agressions sexuelles chez un mineur mais sans en avoir pu le prouver, ni avoir eu des révélations directes ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
 non

quels étaient les éléments vous le faisant suspecter?

Quelle a été votre prise en charge ?

📌 Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

- Hospitalisation avec accord de la famille
- Signalement au Procureur de la République
- Rédaction d'une Information Préoccupante
- Mise en place d'un suivi spécifique (PMI, CMPEA...)
- Autre, réponse libre

Suivant

88%

COMMENTAIRES ET ANNEXES :

Voici quelques références accessibles par internet qui peuvent être utiles:

1. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/reco2clics_reperage_et_signalement_inceste_par_les_medecins.pdf
2. <https://www.cnrs.fr/inshs/recherche/docs-actualites/violences-sexuelles.pdf>
3. <https://www.memoiretraumatique.org>
4. https://virage.site.ined.fr/fichiers_rubrique/20638/pop_soc_na_538.fr.pdf
5. http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_observatoire_novembre_2017_no12.pdf

Vous pouvez marquer ci-dessous vos commentaires ou questions éventuels :

Envoyer

ANNEXE 2 : Loi du 3 aout 2018

Loi du 3 aout 2018

Chapitre I

Article 8

« Ce schéma régional de santé comprend *un programme relatif à la prévention des violences sexuelles et à l'accès aux soins des victimes de ces violences.* »

Article 9

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les dispositifs locaux ***d'aide aux victimes d'agressions sexuelles, permettant à ces victimes d'être accompagnées et de réaliser les démarches judiciaires au sein même des centres hospitaliers universitaires.***

Chapitre II

Chapitre II : Dispositions relatives à la répression des infractions sexuelles sur les mineurs

Article 2

« Lorsque les faits sont **commis sur la personne d'un mineur, la contrainte morale** mentionnée au premier alinéa du présent article ou la surprise mentionnée au premier alinéa de l'article 222-22 peuvent résulter de ***la différence d'âge existant entre la victime et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur la victime, cette autorité de fait pouvant être caractérisée par une différence d'âge significative entre la victime mineure et l'auteur majeur.***

« Lorsque les faits sont commis sur la personne d'un mineur de quinze ans, la contrainte morale ou la surprise sont caractérisées par ***l'abus de la vulnérabilité de la victime ne disposant pas du discernement nécessaire pour ces actes.*** »

Art. 227-25.-Hors le cas de viol ou de toute autre agression sexuelle, le fait, par un majeur, d'exercer une atteinte sexuelle sur un mineur de quinze ans est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 € d'amende. »

Section 1 paragraphe III

Paragraphe 3 : ***De l'inceste commis sur les mineurs***

Article 222-31-1

Modifié par [LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 2](#)

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.

Article 222-31-2

Modifié par [LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 44 \(V\)](#)

Lorsque ***le viol incestueux ou l'agression sexuelle incestueuse est commis contre un mineur par une personne titulaire sur celui-ci de l'autorité parentale***, la juridiction de jugement doit se prononcer sur le retrait total ou partiel de cette autorité en application des [articles 378](#) et [379-1](#) du code civil.

Elle peut alors statuer sur le retrait de cette autorité en ce qu'elle concerne les frères et sœurs mineurs de la victime.

Si les poursuites ont lieu devant la cour d'assises, celle-ci statue sur cette question sans l'assistance des jurés.

Paragraphe 1 : Du viol

Article 222-23

Modifié par [LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 2](#)

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.

Le viol est puni ***de quinze ans de réclusion criminelle***.

Article 222-24 Modifié par [LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 13](#)

Modifié par [LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 3](#)

Modifié par [LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 7](#)

Le viol est puni de vingt ans de réclusion criminelle :

1° Lorsqu'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;

2° Lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans ;

3° Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur ;

3° bis Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité ou dépendance résultant de la précarité de sa situation économique ou sociale est apparente ou connue de l'auteur ;

4° Lorsqu'il est commis par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;

5° Lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;

6° Lorsqu'il est commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

7° Lorsqu'il est commis avec usage ou menace d'une arme ;

8° Lorsque la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de communication électronique ;

9° (abrogé)

10° Lorsqu'il est commis en concours avec un ou plusieurs autres viols commis sur d'autres victimes ;

11° Lorsqu'il est commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;

12° Lorsqu'il est commis par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ;

13° Lorsqu'il est commis, dans l'exercice de cette activité, sur une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle ;

14° Lorsqu'un mineur était présent au moment des faits et y a assisté ;

15° Lorsqu'une substance a été administrée à la victime, à son insu, afin d'altérer son discernement ou le contrôle de ses actes.

Article 222-25

Le viol est puni de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'il a entraîné la mort de la victime.

Les deux premiers alinéas de [l'article 132-23](#) relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Article 222-26

Le viol est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie.

Les deux premiers alinéas de [l'article 132-23](#) relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

ANNEXE 3: Textes des lois spécifiant l'inceste de 2010 à aujourd'hui

(Les termes modifiés ou supprimés sont mis en évidence en caractère surligné et gras)

loi 8 février 2010 tendant à *inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux*

IDENTIFICATION ET ADAPTATION DU CODE PENAL A LA SPECIFICITE DE L'INCESTE

« Art. 222-31-1.-Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis **au sein de la famille** sur la personne d'un mineur

par un ascendant,

un frère, une sœur

ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur **la victime** une autorité de droit ou de fait.

intitulé du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (1)

AMELIORER LA GOUVERNANCE NATIONALE ET LOCALE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

« Art. 222-31-1.-Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis sur la personne d'un mineur 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 **le mineur** une autorité de droit ou de fait. »

Loi 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes

Paragraphe 3 : De l'inceste

« Article 222-31-1 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.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

*VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973*

*Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O*

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNEE DE SOUTENANCE : 2018

GIOT Adeline

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Formation et état des connaissances des Médecins Généralistes de la Normandie Occidentale vis à vis du repérage de l'inceste chez les mineurs.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

L'inceste est un enjeu de santé publique. Le but était d'évaluer la formation et l'état des connaissances des médecins généralistes (MG) de la Normandie Occidentale (NO) vis-à-vis de l'inceste. Pour ce faire, une étude observationnelle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire diffusé en ligne par l'Union Régionale Des Médecins Libéraux à 1092 MG de la NO. Le taux de réponses est de 6.3% avec 68 répondants. Cette enquête a montré que l'inceste a peu été abordé au cours de leurs formations médicales initiale et continues. La définition de l'inceste est bien connue par ces MG. Cependant, certains semblent méconnaître la définition juridique de la majorité sexuelle ainsi que les enjeux juridiques de la notion de la majorité légale. Malgré le manque de formation mis en évidence par l'enquête, ces MG connaissent les principaux signes cliniques utiles au repérage. La recommandation d'une hospitalisation en cas de suspicion de violences sexuelles chez un mineur est connue chez 72% des répondants. Certains ont encore quelques lacunes concernant les démarches administratives et juridiques à effectuer. La majorité de ces MG méconnaissent la mémoire traumatique (67,6%) et de la dissociation traumatique (33%) ainsi que leurs mécanismes. Le nombre de cas de révélations et de suspicions d'inceste qui se seraient présentés à ces MG semble faible par rapport aux chiffres nationaux estimés sur l'inceste et au nombre potentiel de patients suivis par ces MG. Un renforcement de la formation des MG sur l'inceste et le stress post-traumatique pourraient améliorer leur repérage et permettre une prise en charge adaptée.

MOTS-CLÉS : inceste, mineurs, violences sexuelles, formation, place du médecin généraliste, maltraitance infantile

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

The training and the state of knowledge of the General Practitioners of western Normandy on incest.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Incest is a public health's challenge . The goal was to evaluate the training and the state of knowledge of the General practitioners (GP) of western Normandy (WN) on incest. To do so, an observational investigation was made with the help of an online questionnaire from the Regional Union of doctors who have their own practice to 1092 GP of WN. The answering rate as 6.3% with 68 persons answering. This investigation has shown that Incest was little tackled during their initial and continuous medical training. The definition of incest is well-known by these GP. However, some don't seem to know perfectly the legal sexual majority age, as well as the juridical aims of legal majority age. Despite the lack of training showed in this investigation, these GP know the main clinical signs useful to notice incest . The recommendation of hospitalization in case of suspicion of sexual aggression on a minor is well-known at 72.2% guarantors. But some still have a few lacks as far as required administrative and legal procedures are concerned. The majority of these GP badly know traumatic memory (67.6%) and « traumatic dissociation » (33%) as well as their mechanisms. The number of cases of revelation and suspicion of incest which would have appeared to these GP seems low with regard to the national figures estimated on incest and to the number of potential patients followed by these GP. The strengthening of the training of the GP could improve their location and allow an adapted care.

KEY WORDS :incest, children, sexual abuse, General practitioners, medical training, Child maltreatment