



HAL
open science

Expérience vécue des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon dans la découverte de violences sexuelles subies chez leurs patient(e)s : étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Marion Briffe

► To cite this version:

Marion Briffe. Expérience vécue des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon dans la découverte de violences sexuelles subies chez leurs patient(e)s : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02956119

HAL Id: dumas-02956119

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02956119v1>

Submitted on 2 Oct 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par :

Marion BRIFFE

Le 14 Juin 2018

**EXPERIENCE VECUE DES MEDECINS GENERALISTES DU
LANGUEDOC-ROUSSILLON DANS LA DECOUVERTE DE
VIOLENCES SEXUELLES SUBIES CHEZ LEURS PATIENT(E)S.**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

Directeur de thèse : Dr Lacoste Anne-Sophie

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jorge LOPEZ-CASTROMAN

Madame le Docteur Béatrice LOGNOS

Madame le Docteur Anne-Sophie LACOSTE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par :

Marion BRIFFE

Le 14 Juin 2018

**EXPERIENCE VECUE DES MEDECINS GENERALISTES DU
LANGUEDOC-ROUSSILLON DANS LA DECOUVERTE DE
VIOLENCES SEXUELLES SUBIES CHEZ LEURS PATIENT(E)S.**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

Directeur de thèse : Dr Lacoste Anne-Sophie

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jorge LOPEZ-CASTROMAN

Madame le Docteur Béatrice LOGNOS

Madame le Docteur Anne-Sophie LACOSTE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean
Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy

ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Miche

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline-Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles »

Sénèque.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Philippe Lambert, Professeur universitaire de médecine générale, coordinateur du DES de médecine générale,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Soyez assuré de mon respect le plus sincère et de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jorge Lopez-Castroman, Professeur universitaire de psychiatrie,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet en acceptant de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde considération et de ma sincère gratitude.

Madame le Docteur Béatrice Lognos, Maître de conférences universitaires de médecine générale,

Vous avez accepté de faire partie du jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de tout mon respect.

Madame le Docteur Anne-Sophie Lacoste, Médecin généraliste, et médecin de crèche,

Je te remercie de m'avoir accompagnée au long de ce travail et de l'avoir dirigé. Merci pour ton soutien, sans toi ce travail n'aurait pas été réalisable.

Merci au **Dr Birouste**, médecin généraliste et médecin au département de sciences humaines et sociales, qui m'a aidée à comprendre et mettre en place ce type d'analyse.

Aux médecins ayant participé à cette étude, sans vous ce travail n'existerait pas, merci pour votre disponibilité.

Merci à **toutes les personnes qui ont relu ce travail**. Votre aide a été bénéfique.

A mes parents, à qui je dois tout. Votre amour, votre force, et votre persévérance ont fait de nous trois, des filles heureuses et sereines. Mon bonheur et ma réussite sont le fruit de votre courage. Notre famille est magnifique. **Papa**, mon pilier, je suis tellement fière de tout ce que tu as accompli et réussi. **Maman** tu es la meilleure mère du monde. Je vous aime.

A mes sœurs. Perrine, force de caractère, rassurante et protectrice. Tu es mon modèle et tu me guides à chaque étape de la vie. Tes valeurs font de toi une femme exceptionnelle. **Clarisse**, si audacieuse. J'ai pris exemple sur toi, en t'admirant. Le dépassement de toi-même permanent fait de toi une femme époustouflante. La complicité que nous avons toutes les trois est un trésor. Je vous aime mes sœurs.

A leurs maris. Faris et Alban, vous rendez mes sœurs épanouies. Faris ton recul sur les choses est toujours constructif, comme l'a été ta relecture. Alban ta spontanéité et ton humour rendent chaque évènement festif.

Anis, tu es mon petit soleil, ne grandis pas trop vite. Je t'aime fort.

A mes grands-parents, qui m'envoient leurs énergies positives.

A ma belle-famille. Jean et Marie-Paule, merci pour l'accueil si chaleureux que vous m'avez offert dès les premiers instants. Les séjours à Lisle-Sur-Tarn sont toujours un plaisir. **Marie et Pierre-Nicolas**, vous faites déjà des parents formidables et courageux, les moments avec vous sont toujours beaux. Et à toi **pitit(e) champion(ne)**, j'ai hâte de te connaître.

A Ismaël, tu m'as fait découvrir la médecine générale et tu as été un élément clé dans mon choix d'internat, merci ! **A Claire**, ma cousine rayonnante et cycliste dans l'âme.

A mes amis les Carcassonnais, qui ont rendu mes années d'internat si pétillantes. **Aux pintades**, pour ces innombrables soirées, secrets, fous-rires, et ces débriefs en terrasse. **Marie**, ma coloc, les rires et les larmes font de notre duo une amitié riche en émotions. A tout ce temps partagé, les soirées, le Chili et la Bolivie, les préparations maquillage dans notre immense miroir, les confidences et tous les souvenirs que je n'oublierai jamais. **Jouhanneau**, tes histoires loufoques sont toujours un régal. Tu es une amie géniale sur qui on peut compter.

Tu nous manques ! **A Thibault et Kevin** qui vous font voyager. **Lauranne**, ma championne de course en herbe à moi au caractère si doux. Ton ambition à la hauteur de tes capacités fera de toi une belle gosse de PU. Kiss kiss bang bang. **A Mathieu**, 1000 fois mon chouchou. Entraînant et entier, si drôle et si critique. Ne change rien. **Bastien**, la classe incarnée. Quel plaisir de passer dans les sillons du merveilleux Dr Nicolas. **JBB**, Pinocchio au poker tu bluffes ! A toutes ces parties de coinche, molkky et les colons de catane (interminable), et à toutes les prochaines. **Marie**, créatrice déco, j'ai hâte de voir ce que donnera votre château. **Monet**, mon Monet mon ami ! Tant de soirées endiablées et de taxis recolorés. **Charlotte** ma chach, aux escapades à Berlin et Pragues et aux soirées déjantées à tes cotés. **Aline**, la vibe la pop la pêche ! Si pétillante tu nous réjouis, et tous les vendeurs de manteaux aussi. **Chakir**, en scooter dans toutes les contrées, grâce à ta caméra embarquée tu cherches de quoi nous bananer. **Radia** la radieuse, tu nous raconterais des salades (boulgour) on te croirait. **Lorène**, maîtresse des bonnes manières tu nous montres l'exemple sur ta robe blanche tâchée de vin rouge, tu as ta place à Westminster. **Toto**, pour les numéros que tu nous fais, en duo avec **Juliette**. **Coline et Clément**, plein de bonheur avec votre futur enfant.

Aux Perpignanais. La coloc des mardis œnologie, **Audrey et Valentin** le cœur sur la main, **Estelle et Oscar** le plus grand charrieur, **Côme et Sarah** la joie de vivre, **Guénaëlle** pour son rangement. A **Elisa** la meilleure co-interne, c'était un plaisir de partager ces quelques dribbles avec toi. A **Marion Michel** et ces footings haute intensité. **Annabelle, Yann**, et tous les autres.

A cette équipe de choc d'urgentistes Nîmois, ce semestre reste gravé comme le meilleur. **France** et ton admiration pour Céline Dion, **Ibrahim** et ton sourire charmeur, toujours de bonne humeur. **Marco, Camille, la troupe Carca, les chefs (black-cat !)**, et bien sûr **Pr Richard**, papa des urgences.

Aux fins légistes Dr Rondepierre et Dr Couderc pour leur sens de la dédramatisation.

A Basile, Phileas et Zéphir, vous m'avez accueillie avec tant de sympathie, les soirées Léo® et robots étaient aussi drôles que les soirées films années 80-choucroute.

A Olivia, toujours en couleurs, maître de stage tu es devenue une amie.

Aux marmottes de Poitiers, Yoan et Alice, Rémi, Gérôme, Raph et Elo, cette semaine de randonnée inoubliable post-ECN.

A la triplète bien entendu !! Ces sous-colles de folie nous ont menées là aujourd'hui. **Chloé** et ta spontanéité délirante, tes danses enflammées bras levés. Sauver des enfants ou répondre aux messages, tu ne peux pas tout faire ! **Camille**, ma Cam d'amour, femme de ouf, forte comme un roc, tu es une si belle personne, posée, réfléchie à l'écoute, émerveillée et merveilleuse. Tu mérites le bonheur, que tu trouves auprès de **Gauthier**. **Pauline** chéwie, où que tu sois j'entends ton rire résonner et ta vie enflammée. On se comprend si facilement, pas de manières ni de filtres, quel bonheur de partager ces moments avec toi ma Merenda.

A mes amis d'enfance, Camille et Adrien vous êtes géniaux, à vos réceptions gargantuesques, toujours au poil. **Aurélie**, 1 euro à celle qui viendra au dernier moment, même en courant tu pourrais le faire, j'en suis sûre. **Anatole et Lydie** ma coiffeuse attitrée, ta ponctualité fait que tu es là aujourd'hui. Aux salvatoriens et à notre adolescence à la pyramide.

A la troupe de théâtre, que de bons moments pendant les mardis soir d'improvisation.

A Paul. Mon amoureux, merci pour l'immense aide que tu m'as apportée dans ce travail. La vie avec toi est la plus belle. Le bonheur que nous vivons est le plus grand. L'homme que tu es illumine notre avenir. Je t'aime.

Aux professionnels que j'ai rencontrés durant ces années et **aux patients** qui me font rire et pleurer, qui m'agacent ou me poussent à la réflexion, et qui me font aimer mon métier.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1 Les différentes formes de violences sexuelles	3
1.1 Le harcèlement	3
1.1.1 Scolaire	4
1.1.2 Cyberharcèlement.....	4
1.1.3 Professionnel	4
1.1.4 De rue	5
1.2 Les agressions sexuelles.....	6
1.3 Le viol.....	6
1.3.1 L'inceste.....	7
1.3.2 Le viol conjugal	8
1.3.3 Le viol collectif.....	8
2 Epidémiologie	10
3 Le cadre législatif	12
3.1 Les peines encourues.....	12
3.2 Evolution du Code pénal.....	14
3.3 Les difficultés de la procédure judiciaire	15
3.4 Obligations du médecin.....	16
4 Place du médecin généraliste	17
MATERIEL ET METHODES	18
1 Recherche qualitative, analyse phénoménologique.....	18
2 Bibliographie	18
3 Entretiens individuels semi-dirigés.....	19
4 Guide d'entretien	19
5 Recrutement	19
6 Réalisation des entretiens	20
7 Retranscription des données	20
8 Analyse	20
RESULTATS	22
1 Définition des violences sexuelles	23
2 Expérience vécue	25
3 Manières de découverte.....	27
4 Ressentis.....	30

5 Difficultés rencontrées.....	33
6 Action et rôle	27
7 Impact sur la santé	42
8 Dépistage.....	54
9 Remarques.....	62
DISCUSSION	65
ATOUTS ET LIMITES DE L'ETUDE	65
DISCUSSION DES RESULTATS.....	67
1 Les violences sexuelles, une définition difficile et un sujet sensible.....	67
2 Les expériences vécues :	69
2.1 Les violences sexuelles sont fréquentes	69
2.2 De multiples manières de découvertes	71
2.3 Le ressenti professionnel face au ressenti personnel	71
2.4 A priori pas de difficultés.....	73
2.5 Le rôle essentiel du médecin généraliste	75
3 De nombreux impacts sur la santé des victimes	77
3.1 Les conséquences psychiques	77
3.2 Les conséquences physiques	80
<i>Le Trouble de Stress Post-Traumatique</i>	<i>81</i>
<i>Les mécanismes neurobiologiques dans la fabrication des symptômes.....</i>	<i>82</i>
3.3 Répercussion sur l'examen clinique	85
3.4 Les explorations complémentaires	85
3.5 Les retentissements scolaires et professionnels	85
3.6 Les retentissements familiaux	86
3.7 Tous les cas sont différents	86
3.8 Le soulagement des patients après en avoir parlé.....	87
4 Le dépistage	87
5 La formation des médecins généralistes, indispensable	90
6 Trois grands profils se dégagent	91
OUVERTURE DE LA DISCUSSION	92
CONCLUSION	93
<i>Témoignage</i>	<i>95</i>
BIBLIOGRAPHIE	97

ANNEXES	102
1 Test TSTS-CAFARD	102
2 Epidémiologie	103
3 Guide d'entretien.....	104
4 Critères DSM-V du trouble de stress post-traumatique	105
5 Coordonnées utiles	107
6 Extrait de la grille d'analyse	108
7 Entretien 10.....	110

Liste des abréviations par ordre d'apparition :

DEPP : Direction de l'Evaluation, de la Prospective et de la Performance

HAS : Haute Autorité de Santé

IFOP : Institut Français de l'Opinion Publique

VIRAGE : VIolences et RAports de GENres

AIVI : Association Internationale des Victimes d'Inceste

ITT : Incapacité Totale de Travail

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

CRIAVS : Centre Ressource des Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

CIDFF : Centre d'Information des Droits des Femmes et des Familles

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TSPT : Trouble du Stress Post-Traumatique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

NMDA : N-méthyl-D-aspartate

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

INTRODUCTION

Nous connaissons tous un homme ou une femme qui est, ou a été victime de violences sexuelles, très souvent sans même le savoir.

Autrefois les rois, les seigneurs usaient de leur statut pour assouvir des désirs non consentis. Certaines règles comme le droit de cuissage ou de jambage permettaient à un seigneur d'avoir une relation sexuelle avec la femme d'un vassal ou d'un serf pour la première nuit de noces. Il se réservait ainsi le droit de déflorer. Les violences sexuelles sont aussi vieilles que l'humanité. Peu à peu, l'éducation, la morale, la révolte des victimes feront changer les mœurs et la société commencera à évoluer. Cependant, elles n'en restent pas moins aujourd'hui un fléau et un tabou.

Les violences ou agressions sexuelles regroupent une large catégorie d'actes qui sont punis par la loi. Le harcèlement sexuel verbal en est une et s'exerce au sein même de notre communication. Il n'y a qu'un pas entre le harcèlement et l'attouchement. Celui-ci se caractérise par le contact physique, ou comment exercer un acte répressif sans le consentement d'autrui. Une sorte de transition vers l'infraction sexuelle la plus sévèrement punie par le Code pénal français : le viol.

Contrairement à certaines idées reçues, personne n'est épargné par cette violence. Heureusement, notre société s'attelle de plus en plus à ce problème, consciente certainement qu'il faut engager un travail de prévention et de lutte. La considération du phénomène, les enquêtes, les études réalisées, l'évolution de notre loi française permettent peu à peu de libérer la parole, et de favoriser un climat de sécurité. L'actualité poussée par les récentes révélations survenues aux Etats-Unis a ouvert de nombreux débats, qui n'existaient pas il y a encore quelques années. Ce changement d'attitude permettra-t-il la libération de parole, devenue légitime ?

Ces violences entraînent des conséquences dramatiques sur la santé, souffrances immédiates ou à long terme, troubles psychosomatiques, dépressions, difficultés socio-professionnelles, familiales, suicide. Il s'agit d'un véritable problème de santé publique.

Lors de ma formation médicale et plus particulièrement lors de mon stage en médecine légale à Perpignan, j'ai été confrontée à différentes situations. Je n'avais pas conscience du nombre de cas et des dégâts engendrés sur les victimes et leurs proches. J'ai essayé de comprendre, d'analyser à travers des séries d'interrogations, ce que pourrait être la place du médecin généraliste face à ce danger. Pourquoi de telles violences interhumaines ? Pourquoi autant de conséquences ? Pourquoi de nombreuses victimes restent dans le silence ? Combien sont ceux ou celles qui n'ont rien dit et souffrent chaque jour, seuls ? Pourquoi, les médecins généralistes ne sont-ils pas dans la confiance ? Pourquoi les victimes, nos patients, ne leur en parlent pas ? Comment peut-on les aider ? Pourquoi ne peut-on pas les aider ? Quelle forme de dépistage doit-être mise en place ? Quel accompagnement peut-on leur proposer ?

Le médecin généraliste est une personne de confiance liée au secret médical, et accessible à tous. Il est, pour moi, essentiel dans l'aide qui peut être apportée aux personnes victimes de violences sexuelles, et dans le traitement des désordres médicaux.

Nous avons donc décidé de réaliser ce travail afin de connaître l'expérience vécue des médecins généralistes dans la découverte de violences sexuelles subies chez leurs patients, et donc de comprendre comment gérer cet évènement, en tant que médecin.

1) Les différentes formes de violences sexuelles

L'Organisation Mondiale de la Santé en 2002 définit la violence sexuelle comme « *Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant 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* » et la violence comme « *la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même ou contre autrui, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme ou un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations* » (1).

1.1 Le harcèlement sexuel

De février 2010 à mai 2012, l'incrimination du harcèlement sexuel était « *Le fait de harceler autrui dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende* ». Le Conseil Constitutionnel français a censuré cette disposition : l'incrimination du harcèlement sexuel n'était pas précise de telle sorte qu'elle n'était pas légale. Ainsi, le harcèlement sexuel a été modifié le 6 août 2012 pour être incriminé comme suit (Code pénal article 222-33) :

« *I. - Le harcèlement sexuel est 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.*

II. - Est assimilé au harcèlement sexuel le 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 » (2).

Cette définition est désormais plus précise et circonstanciée, permettant ainsi une meilleure répression du harcèlement sexuel.

Le harcèlement sexuel peut être subi à tout âge.

1.1.1 Dans le système scolaire :

Enfants et adolescents sont confrontés à des attaques répétitives à connotation sexuelle. Le phénomène est grandissant et entraîne des conséquences graves : isolement, indisponibilité psychique, échec scolaire, troubles anxio-dépressifs ou encore le suicide (3). Des actions sont menées au sein de l'éducation nationale afin de prévenir et agir contre le harcèlement scolaire. Il est du rôle des adultes, parents, enseignants, corps médical de détecter précocement ces situations. Une enquête menée en 2013 par la Direction de l'Évaluation de la Prospective et de la Performance (DEPP) auprès de 18 000 collégiens montrait que 6% des élèves étaient confrontés à des violences à caractère sexuel (4). Le questionnaire TSTS-CAFARD (Annexe 1) mis à disposition auprès des professionnels de santé par la Haute Autorité de Santé (HAS) permet une évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent (5).

1.1.2 Cyberharcèlement :

L'usage des nouvelles technologies (smartphones, réseaux sociaux, internet) expose largement les adolescents à d'autres formes d'harcèlement sexuel. Les effets destructeurs, via internet, sont accentués par : l'absence de l'identité de l'agresseur, (anonymat caché derrière l'écran, usurpation d'identité), la rapidité de diffusion en quelques secondes ou quelques clics, le nombre potentiel de cyber témoins et l'incapacité de stopper la diffusion (6). La recherche a montré que la cyberviolence et plus particulièrement le « cyberbullying » ou « cyberharcèlement » peuvent gravement affecter la vie émotionnelle des adolescents, leur scolarité et leur insertion sociale et professionnelle future (7). Il arrive que des adolescent(e)s se suicident après la diffusion à leur insu de photos dénudées.

1.1.3 Au travail :

L'enquête réalisée par l'Institut Français de l'Opinion Publique (IFOP), en mars 2014 montre que le harcèlement sexuel professionnel touche essentiellement les femmes : 1 femme sur 5 en est victime. Les faits sont majoritairement des blagues à caractère sexuel, gestes, propos, messages ou chantages sexuels, et commis par des collègues ou supérieurs hiérarchiques.

Les conséquences sont catastrophiques :

- 33% des femmes interrogées ont subi un impact sur la santé physique et/ou mentale,
- 28% disent avoir eu un « blocage » de carrière (absence d'évolution professionnelle),
- 14% ont vu leur contrat non renouvelé,
- 10% ont été licenciées (8).

Les environnements majoritairement composés d'hommes, les petites structures (moins de 20 salariés) et les emplois précaires sont les plus propices (9). La quatrième enquête européenne réalisée en 2007 sur les conditions de travail déclare la restauration comme le secteur le plus touché, ainsi que le domaine de la santé (10). Actuellement le gouvernement¹ mène un plan de lutte contre le harcèlement sexuel au travail : formations des employeurs et des membres des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail au repérage et à la lutte contre les violences et harcèlement, accompagnement des entreprises à la mise en œuvre de la loi et développement des missions d'alerte des conseillers d'emploi (11).

1.1.4 Dans la rue :

Quotidiennement, les insultes et les remarques à caractère sexuel abîment le climat dans lequel nous évoluons. La vaste enquête VIolences et RAports de GENres (VIRAGE) réalisée auprès de 27 268 personnes remarque que les sifflements et interpellations sous le prétexte de drague sont dans une large majorité (86%) décrits comme sans gravité, tout comme la moitié des femmes insultées (55%) déclarent que cela n'est pas grave. Les faits déclarés comme graves relèvent le plus souvent des violences physiques et sexuelles (12). C'est un phénomène qui semble grandissant, cela devient « presque » habituel, et par conséquent banalisé. Tous les espaces publics sont concernés : transports en commun, rue, parcs... Qui ne s'est jamais fait aborder péniblement ? Tout de même, une lutte s'installe progressivement afin de rendre notre environnement public moins hostile. L'association « stop au harcèlement de rue » s'attache à le définir, propose des campagnes de prévention, et tient un combat ferme auprès du gouvernement afin d'instaurer un climat de sécurité (formation des agents de police, verbalisation) (13).

¹ Les Ministères en charge des droits des femmes, Ministère de l'emploi, Ministère du travail et de la fonction publique

1.2 Les agressions sexuelles

Selon l'article 222-22 du Code pénal français : « *constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* » (14). Au sein des agressions sexuelles est communément cité l'attouchement sexuel. Il est logique d'imaginer que l'attouchement sexuel est le fait d'être touché par une personne avec une partie de son corps notamment sur ses parties génitales. Aucune définition n'est clairement établie. Le Larousse écrit : action de toucher, principalement avec la main et d'une manière délicate, légère; en particulier, toucher causant un plaisir sexuel (15). Cette notion de plaisir vient en totale contradiction avec l'agression sexuelle du Code pénal commise sans consentement de la personne. Les agressions sexuelles englobent toutes sortes d'actes à caractère sexuel : attentat à la pudeur, pincer les fesses, essayer d'embrasser, se glisser dans le lit d'une personne endormie en se faisant passer pour son ou sa partenaire, se frotter le sexe contre quelqu'un... La notion d'agression sexuelle englobe plus que les attouchements. Elles restent souvent impunies car difficiles à prouver et sont toutes aussi traumatisantes pour les victimes qui subissent l'effraction de leur intimité.

1.3 Le viol

L'article 222-23 du Code pénal mentionne : « *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* ». Il peut s'agir d'une pénétration vaginale, anale, buccale ou d'une pénétration par un doigt, un objet, un animal, en l'absence de consentement de la personne. Il apparaît comme l'agression sexuelle la plus grave et provoque des conséquences lourdes sur la santé des victimes. Il touche toutes les cultures, toutes les générations, toutes catégories socio-professionnelles. Dans les consciences, la première idée du viol est souvent représentée à travers un inconnu la nuit, dans une ruelle sombre, alors que cas sont minoritaires (16). Il s'agit pour la plupart des cas de viols de « proximité » : l'auteur est connu et les violences se produisent à répétition, dans les endroits pensés les plus sécuritaires. Les hommes aussi sont atteints par ces violences, surtout dans l'enfance.

1.3.1 L'inceste :

La loi du 8 février 2010 a voulu inscrire l'inceste contre les mineurs dans le Code pénal: selon l'ancienne version de l'article 222-31 du Code pénal « *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* ». Cette loi n'a pas détaillé les termes « au sein de la famille ». C'est pourquoi en février 2012, le Conseil Constitutionnel a considéré qu'elle était contraire à la légalité des délits et des peines. Depuis, le législateur a réintégré la notion d'inceste dans le Code pénal en lui donnant une définition plus précise, ayant le bénéfice d'une répression plus efficace. L'article 227-27-2-1 cite que « *les atteintes sexuelles sont qualifiées d'incestueuses lorsqu'elles sont commises sur la personne d'un mineur par :*

- *Un ascendant ;*
- *Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce ;*
- *Le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées aux 1^{er} et 2^{ème} alinéas ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité avec l'une des personnes mentionnées aux mêmes 1^{er} et 2^{ème} alinéas s'il a sur le mineur une autorité de droit ou de fait » (17).*

Hautement tabou puisqu'il touche à l'environnement familial, le plus proche de la victime, théoriquement le plus confiant. Il met en péril l'équilibre, l'intimité, l'honneur des familles... La réaction de l'entourage lorsqu'un inceste est dévoilé consiste dans la plupart des cas à nier les faits ou rejeter l'enfant. Parmi les victimes, 83% estiment ne pas avoir été protégées par leurs parents, 9 fois sur 10 la famille incestueuse exclue la victime si elle le révèle (18,19). La parole de la victime est bien souvent mise en doute et les menaces verbales et physiques pèsent sur elle « *si tu parles je fais pareil à ta sœur et je te tue* ». L'agresseur exerce une autorité sur l'enfant et le manipule afin d'entraîner une confusion chez lui entre l'amour et la sexualité. L'enfant, vulnérable, n'a aucun moyen de défense et devient objet sexuel. La culpabilité, la honte, la peur, la trahison l'empêchent de parler. La maltraitance sexuelle altère son développement, elle déclenche des conséquences désastreuses à court et long termes pour la construction future de l'enfant. Le temps de révélation est en moyenne de 16 années, et pour un quart des victimes plus de 25 ans (20).

L'inceste concerne toute atteinte sexuelle : agressions sexuelles et viols.

1.3.2 Le viol conjugal :

Il a été longtemps inconsideré et confondu derriere le « devoir conjugal ». Ce n'est que depuis quelques années que la société et la loi reconnaissent ce viol. Les personnes concernées sont elles-mêmes plongées dans une difficulté à savoir si elles sont victimes ou non. Le manque de compréhension et d'information à ce sujet font que les personnes tardent à réaliser que cela s'apparente à du viol. La manipulation de l'autre, le couple, forment une bulle où il peut s'exercer un non-droit. Malheureusement, il est difficile de le faire reconnaître auprès de l'entourage ou des intervenants extérieurs car la relation sexuelle au sein du couple est en temps normal consentie (16). Les mariages forcés, arrangés, exposent des femmes à ces violences, ainsi que les couples où règne de la violence physique ou psychologique.

1.3.3 Le viol collectif :

Il est moins répandu, les enquêtes montrent que souvent l'auteur est unique. Connus sous le terme de « tournante », il met en scène une violence extrême où la victime est face à plusieurs personnes mal intentionnées. Il est utilisé aussi comme arme de guerre, afin de semer la terreur et faire fuir des familles. Détruire l'intimité des femmes détruit l'intimité d'un peuple et son essence même : en violant par exemple les femmes d'une tribu d'une religion A par des personnes d'une religion B, les femmes A mettront au monde des enfants B. Le but est parfois de purger ethniquement et religieusement des tribus. Il existe aussi des viols collectifs commis par des bandes organisées, en public, à but de salir ou de punir une femme. Ce phénomène est plutôt sociétal et est réprimé différemment selon les pays. Cependant ces exemples ne sont pas les cas de tous les viols collectifs.

D'autres formes de violences sexuelles existent mais ne seront pas abordées dans ce travail : l'exhibitionnisme, les mutilations, le proxénétisme, la pornographie.

du harcèlement sexiste → aux violences sexuelles

Sifflements

Que ce soit dans le métro ou le RER, je me fais régulièrement siffler (souvent l'homme est sur le quai d'en face).

Poursuites

Un homme m'a suivie pendant environ une demi-heure, durant laquelle j'ai changé de tram et deux fois de bus avant de réussir à le semer. Que se serait-il passé si j'avais échoué ?

**Avances sexuelles/
invitations insistantes/
insultes**

Je vous regarde, vous êtes mon type, vous êtes trop mignonne, on peut prendre un pot ensemble, allez, je vous donne mon tél, on peut parler ensemble, ne partez pas, allez soyez pas coincée, attendez ... pétasse !

Regards insistants

Il était 15h30, je rentrais du lycée. Un homme me regardait avec insistance dans le train, puis m'a suivie à la sortie, jusque dans la rue.

**Commentaires
sur le physique
et propos obscènes**

Dans la bouche de métro, deux hommes ont commenté mes fesses et ont tenu des propos à caractère sexuel et très obscènes.

Gestes à connotation sexuelle

Un homme me regarde avec insistance et sort sa langue lubriquement.

Propos sexistes

On rigolait dans le métro avec 3 copines (18-19 ans), et un vieux gars nous a crié « vos gueules les pisseuses ». Personne n'a rien dit et nous avons obéi.

Mains aux fesses

Un homme dans le métro m'a mis la main aux fesses lorsque je me suis levée de mon siège. J'ai d'abord voulu croire que c'était involontaire même si je savais bien au fond qu'il l'avait fait exprès

Harcèlements sexuels

Un homme m'a demandé de façon pressante et à de nombreuses reprises de toucher son sexe en érection (dans son pantalon moulant) alors qu'il y avait très peu de monde dans la rame de métro.

Agressions sexuelles ou Viols

Un jour d'août, jeune fille naïve, je sens tout à coup une main qui s'insinue dans ma culotte. Quand j'ai compris ce qui m'arrivait je ne sais comment j'ai eu le courage de prendre le bras de mon agresseur, de le soulever. Aucune réaction des autres passagers ...

Frottements

Dans le métro, un peu bondé, j'ai senti le sexe en érection d'un homme contre mes fesses. Il y avait beaucoup de monde, j'avais peur de ne pas être secourue et de me tromper. J'ai marché sur le pied de l'homme derrière moi, et j'ai frappé sa poitrine avec mon coude, en faisant en sorte que ça passe pour accidentel. Ça l'a fait battre en retraite.

Exhibitions/Masturbations

Un homme se masturbe en face de moi, dans le métro, en me regardant avec insistance.

2) Epidémiologie

Les chiffres concernant les violences sexuelles en France sont estimés sur la base du déclaratif des personnes interrogées. Le sujet étant tabou, et bien souvent gardé secret, il est difficile d'être précis. L'enquête VIRAGE, la plus récente réalisée sur les violences sexuelles en France (2015), s'attache à classer les actes recensés selon des catégories juridiques (viol/tentatives de viol/agression sexuelle ou attouchements)². Le nombre d'interrogés était 27268 personnes : 11712 hommes et 15556 femmes, âgées de 20 à 69 ans³ (12).

Le tableau suivant synthétise les chiffres, en comparaison avec l'enquête « Cadre de Vie et Sécurité 2017 » (CVS) (21).

	VIRAGE⁴	CVS⁵
Nombre de viols par an	- 0,26% femmes = 52 500 - 0,01% hommes = 2 500	- 0,4% femmes = 50 000 (en dehors du ménage)
Autres agressions sexuelles par an	-2,76% femmes = 552 500 -1% hommes = 185 000	
Viols au cours de la vie	- 3,26% femmes - 0,47% hommes	
Au moins une violence sexuelle au cours de la vie	-14,5% femmes -3,9% hommes	- 20,4% femmes

² Les enquêteurs posaient des questions compréhensibles, énonçaient le contenu des catégories à la personne, qui répondait par oui/non. (Exemple : « quelqu'un a-t-il contre votre gré touché vos seins, vos fesses, s'est frotté contre vous [...] » à la place de « avez-vous subi un attouchement ? » Ainsi, les classements faits ne dépendaient pas de la représentation des personnes interrogées.

³ Des coefficients de redressement ont été appliqués en comparaison à la population métropolitaine décrite par le recensement de 2012, l'enquête est donc représentative de la population 20 à 69 ans, résidant en France, en ménage ordinaire

⁴ Personnes âgées de 20-59ans

⁵ Personnes âgées de 18-75ans

Les agressions sexuelles ont lieu majoritairement dans l'enfance : 59% avant l'âge de 18 ans (21). Les viols commis dans l'enfance (avant 15 ans) ont lieu pour 80% des femmes et 86% des hommes dans le cadre familial (Annexe 2 : figure 1). Il s'agit de l'inceste. Selon l'Association Internationale des Victimes de l'Inceste (AIVI), 4 millions de français seraient victimes d'inceste (19).

Les viols à l'âge adulte sont majoritairement commis dans l'espace du couple, des études, et des espaces publics. Parmi les femmes en couple, 0,18% ont été violées par leur partenaire (Annexe 2 : figure 2). L'agresseur est connu dans 71% des cas et le viol est commis dans 53% au domicile des victimes (21).

Le plus souvent, les personnes agressées l'ont été à plusieurs reprises.

Seulement 8% des victimes en ont parlé à leur médecin et 85% des victimes ne se rendent pas à la gendarmerie (22).

L'enquête décrit les principaux modes de contrainte utilisés par les agresseurs : profit du jeune âge, abus de confiance, chantage affectif, culpabilisation, chantage économique, intimidation, force physique, menace avec arme, ingestion d'alcool et drogue, endormissement de la victime.

En résumé (selon enquête VIRAGE 2015 et AIVI 2010) :

- 580 000 femmes et 197 000 hommes **par an** sont victimes de violences sexuelles.
- 1 femme sur 30 et 1 homme sur 200 **ont été violés** au cours de leur vie.
- 1 femme sur 7 et 1 homme sur 25 **ont été agressés** sexuellement au cours de leur vie.
- **4 millions de français sont victimes d'inceste**
- Les espaces de vie où se produisent majoritairement les agressions sont **la famille, le travail, et le couple.**

3) Le cadre législatif

3.1 Les peines encourues

- Le viol est **un crime**, jugé en cour d'assises. Il est puni de 15 ans de réclusion criminelle, 20 ans de réclusion en cas de circonstance aggravante, 30 ans si le viol a entraîné la mort de la victime, perpétuité s'il est commis avec acte de torture ou barbarie.
- Les agressions sexuelles autres que le viol sont jugées en fonction du préjudice causé :
 - Si l'Incapacité Totale de Travail (ITT) est inférieure à 8 jours : 1500 € d'amende. (En cas de circonstance aggravante : 3 ans de prison et 45 000€ d'amende.)
 - Si l'ITT est supérieure ou égale à 8 jours : les violences constituent **un délit** (jugé par le tribunal correctionnel) passible de 3 ans de prison et 45 000€ d'amende. (En cas de circonstance aggravante ajoutée : 5 ans de prison et 75 000€ d'amende.)

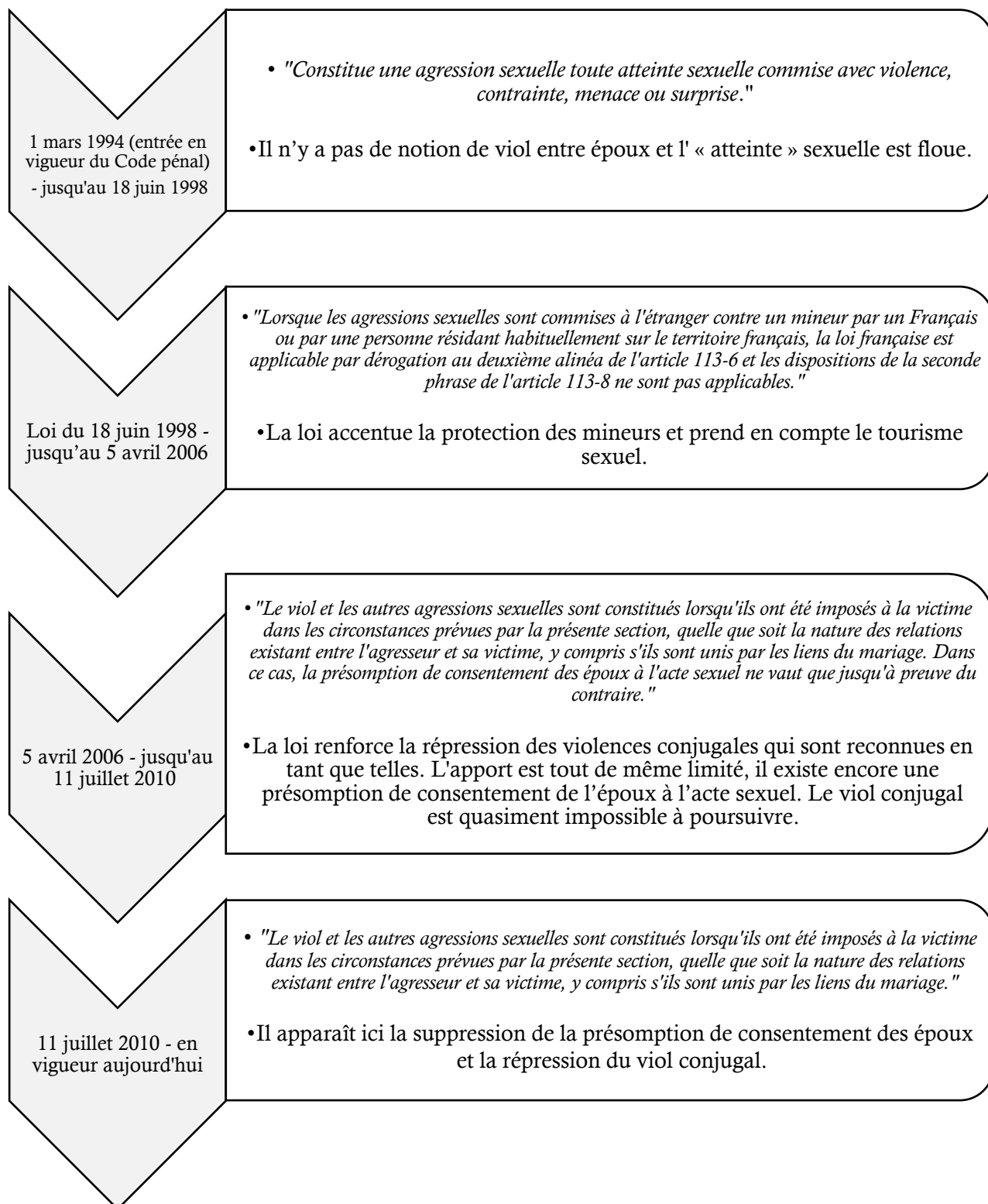
Dans les cas où les violences ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ou bien lorsqu'elles sont **commises sur un mineur de 15 ans par un ascendant ou une personne ayant autorité**, la peine est de 10 ans d'emprisonnement et 150 000€ d'amende.

- Le harcèlement sexuel est puni de 2 ans d'emprisonnement et 30 000€ d'amende, et 3 ans et 45 000 € en cas de peine aggravée.

Le tableau suivant reprend certaines circonstances aggravantes :

	CIRCONSTANCES AGGRAVANTES
Liées à la victime	<ul style="list-style-type: none"> - sur un mineur de quinze ans ; - 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 leur auteur ; - sur un ascendant légitime naturel ou père et mère adoptifs, → <u>inceste, pédophilie.</u>
Liées à l'auteur	<ul style="list-style-type: none"> - par le conjoint, le concubin ou le partenaire pacsé ; - par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; - par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; - par les dépositaires de l'autorité publique ou chargés d'une mission de service public agissant dans l'exercice de leurs fonctions ; → <u>violences conjugales, viol collectif.</u>
Liées au mode opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - lorsque les violences portent sur des mobiles homophobes, hétérophobes, ou transphobes ; - sur une personne en raison de son refus de contracter un mariage ou une union ou par la contraindre à cela ; - avec l'usage ou la menace d'une arme ; - dans les établissements d'éducation ou dans les locaux de l'administration ainsi que lors des entrées et sorties des élèves aux abords de ces établissements locaux ; - dans un moyen de transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à un tel moyen. - par une personne dissimulant volontairement en tout ou partie de son visage pour ne pas être identifié. - 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 ; → <u>violences de rue, scolaire, cyberviolence.</u>

3.2 Evolution du Code pénal



De nombreuses réformes sont adoptées pour lutter contre la criminalité sexuelle. De plus en plus de faits sont recensés, plus de condamnations, plus de circonstances aggravantes : la mentalité de la société évolue. Sur les violences en général, le droit français connaît notamment la circonstance aggravante du fait de la qualité de l'auteur des violences : les violences infligées par le conjoint, le concubin ou le partenaire pacsé. Cela revient à parler des violences conjugales.

3.3 Difficultés de la procédure judiciaire

Le parcours est long et jonché d'étapes pour le plaignant. Avoir honte. Sortir du silence. Aller à la gendarmerie. Affronter le gendarme qui ne voudra peut-être pas recevoir votre plainte. Reparler du viol. Raconter, en détail, tout ce qui s'est passé. Obtenir un rendez-vous avec un médecin légiste. Attendre le rendez-vous avant de se laver. Reraconter, en détail, tout ce qui s'est passé. Se déshabiller, rester nu, écarter les jambes, subir des prélèvements vaginaux, anaux, buccaux. Comprendre que l'examen est non contributif à l'élaboration de la vérité. Attendre les rendez-vous avec le juge, l'avocat. Etre confronté(e) à son agresseur. Voir dans les yeux des gens, que vous êtes finalement peut-être un menteur ou coupable.

Les preuves scientifiques d'une agression sexuelle sont peu retrouvées. Si plusieurs jours se sont écoulés ou si la victime, sidérée, ne s'est pas débattue, le corps peut ne présenter aucune lésion. C'est alors à la justice de prouver l'absence de consentement, immatérielle. Cette procédure judiciaire complexe peut être vécue comme traumatisante. Elle nécessite d'avoir de nombreuses ressources pour affronter ce long parcours de plusieurs années pour être reconnue comme victime, première étape du cheminement de reconstruction.

3.4 Obligations du médecin

Le médecin est tenu au secret médical comme le stipule l'article 226-13 du Code pénal : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* », ainsi que l'article 4 du Code de déontologie : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ».

Cependant, il n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable (article 226-14) :

- 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 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.

Il est donc obligatoire, concernant les mineurs, de réaliser un signalement ou de contacter la Cellule de Recueil d'Information Préoccupante (CRIP).

4) Place du médecin généraliste

Les conséquences des violences sexuelles sur la santé sont multiples : psychologiques, psychiatriques, organiques, familiales, sociales, scolaires et professionnelles. Le médecin généraliste semble avoir une place importante dans la prise en charge des patient(e)s, enfants et adultes ayant subi des violences sexuelles. Il peut être le premier maillon de la chaîne (23). C'est une personne de confiance, un professionnel de santé qui doit prendre en charge la globalité de la personne et être bienveillant.

Une thèse a été réalisée sur les attentes des victimes concernant leur prise en charge : il apparaît qu'elles souhaitent être aidées en médecine générale prioritairement. Elles attendent du médecin une écoute, l'absence de jugement, une orientation psychologique, associative. Elles rapportent le fait d'attendre du médecin qu'il ouvre la parole, et cherche en profondeur d'où vient leur mal-être : le dépistage (24). Le médecin traitant occupe une place primordiale aux côtés des adolescents qui ont besoin d'écoute, de soutien et parfois d'orientation hospitalière (25).

MATERIEL ET METHODES

1) Recherche qualitative, analyse phénoménologique

La recherche qualitative permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? », parallèlement à la méthode quantitative qui répond à « combien ? » (26). Ce travail de thèse est réalisé afin de comprendre, à partir de l'expérience vécue (émotions, représentations, théories subjectives, croyances, évènements de vie personnelle) des médecins, les phénomènes qui interviennent entre lui et le patient victime de violences sexuelles et ce qui empêche l'alliance thérapeutique entre eux. L'approche phénoménologique précise ce qui se passe dans la réalité, analyse les actions, les gestes et les comportements (et non seulement le contenu du discours), selon l'interprétation du chercheur. « C'est une description phénoménologique prenant en compte l'ensemble des données incorporées dans le matériau pour une compréhension holistique de l'expérience vécue », méthode fondée par Husserl (27, 28).

2) Bibliographie

Les recherches ont été réalisées à partir des bases de données Sudoc, bibliothèque universitaire, PubMed, EM premium, google... Des émissions débat de télévision, et radio ont été suivies sur ce sujet, ainsi que des longs-métrages. Une présentation de thèse sur les violences sexuelles à Paris a été suivie lors du Congrès National de Médecine Générale en 2016, ainsi qu'une journée de formation à Montpellier en novembre 2017 organisée par le Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS). Celle-ci permettait une autre approche, centrée sur l'auteur et discutait des nouvelles formes de violence sexuelle. Tous ces éléments ont permis de cerner au mieux le sujet. Plusieurs rendez-vous personnalisés avec les formateurs de la bibliothèque universitaire ont aidé à la recherche et à la rédaction bibliographique.

3) Entretiens individuels semi-dirigés

Deux méthodes étaient possibles : entretiens individuels ou focus groupe. Le sujet de thèse étant délicat, nous avons opté pour la première afin de faciliter les discours des médecins, non observés ni jugés sur leur pratique par d'autres intervenants extérieurs.

Les entretiens ont été semi-dirigés : c'est-à-dire menés par un guide fait de questions ouvertes, qui laissaient libre cours à la parole des médecins, tout en restant dans un cadre prédéfini.

4) Guide d'entretien

Il a été construit autour des différents thèmes à aborder, par des questions ouvertes.

Les différents thèmes étaient :

- Définition (personnelle) des violences sexuelles
- L'expérience vécue de chaque médecin : le ressenti, les actions, les difficultés
- L'impact des violences sexuelles sur la santé des personnes
- Le dépistage des violences sexuelles

Une question finale permettait aux médecins d'ajouter des éléments qui n'auraient pas été abordés, mais pouvant être importants à leur sens. Le questionnaire a été testé et retravaillé après le premier entretien (non intégré à l'étude) afin d'être le plus précis et compréhensible pour la personne interrogée et ne pas influencer ses réponses. Le guide d'entretien final est présenté en Annexe 3.

5) Recrutement

L'étude portait sur les médecins généralistes exerçant dans le Languedoc-Roussillon, hommes et femmes, installés en cabinet. Le recrutement ne cherchait pas à avoir une représentativité exacte de la population étudiée pour extrapoler les résultats, mais l'échantillonnage devait être le plus vaste possible pour percevoir au mieux les différentes réponses et comprendre les comportements.

L'âge, le sexe, l'ancienneté d'installation, la zone d'exercice déterminaient l'échantillonnage.

Chaque médecin a été contacté par téléphone après recherche sur internet au hasard (doctolib, pages jaunes). Deux médecins interrogés étaient des connaissances. Les derniers médecins interrogés ont été suggérés par les premiers, en fonction du sexe et de l'âge.

6) Réalisation des entretiens

Après accord du médecin, un rendez-vous était fixé pour réaliser l'entretien en face à face au cabinet. Le sujet était présenté avec la question de recherche : « quelle est l'expérience vécue des médecins généralistes du Languedoc Roussillon, lors de la découverte de violences sexuelles subies chez les patient(e)s ? ». Il leur était précisé que l'entretien était anonymisé et qu'il s'agissait seulement de connaître leur expérience personnelle, qu'il n'y avait pas de bonnes ou mauvaises réponses. Cela se déroulait dans un climat de non-jugement et de bienveillance. L'enregistrement des discussions s'est fait grâce à un dictaphone. Il n'y a jamais eu de personnes extérieures présentes pendant les entretiens.

La saturation des données a eu lieu au bout du 11^{ème} entretien, confirmée par le 12^{ème} entretien : devant l'absence d'éléments nouveaux de réponse, les entretiens ont été stoppés.

7) Retranscription des données

Les enregistrements ont été retranscrits en « verbatim » sur Word®, mot à mot, en respectant les intonations, silences, rires, hésitations pour être le plus fidèle possible aux données initiales. Afin de garder en mémoire le ressenti global émanant de l'entrevue, la retranscription était réalisée dans la semaine qui suivait. Plusieurs relectures de chaque verbatim permettaient une meilleure imprégnation des réponses avant le début de son analyse.

8) Analyse

Elle s'est déroulée après chaque recueil de données, se basant sur les verbatims mais aussi sur les notes qui ont relevé le non-verbal.

Dans un souci d'apporter de la validité à l'étude, les résultats ont été analysés avec triangulation des données. D'abord une première analyse par l'investigatrice a été faite par

l'intermédiaire d'une grille de codage, réalisée sur tableur Excel®. Une deuxième analyse distincte a été effectuée par la directrice de thèse. Par la suite les résultats ont été mis en commun, et la grille d'analyse modifiée.

Le livre dirigé par P. Paillé indique que « la qualité de la recherche ne se fonde pas sur la reproductibilité des résultats, ni sur leur représentativité », mais dans la transparence de la démarche (29). C. Deschamps explique les 4 étapes de l'analyse phénoménologique (30) :

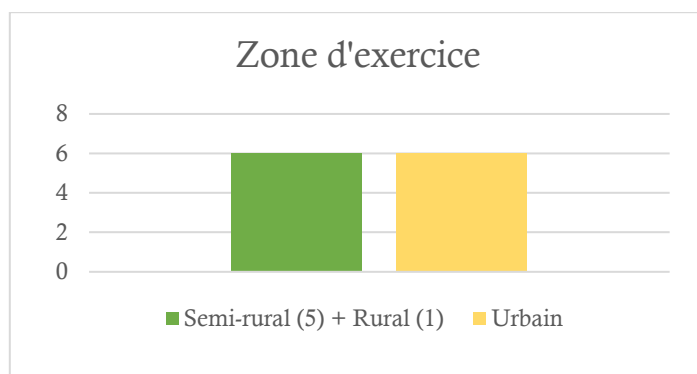
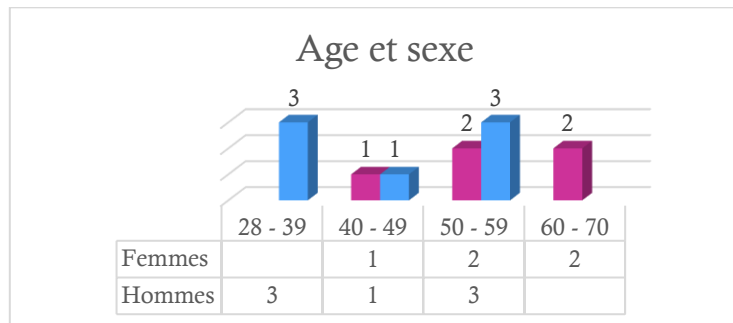
- Tirer le sens général de l'ensemble de la description.
- Reconnaître les unités de signification qui émergent de la description.
- Développer le contenu des unités de signification de manière à approfondir le sens qui est contenu dans le matériel.
- Réaliser la synthèse de tous les développements des unités de signification, dans le respect du phénomène considéré et décrire la structure typique du phénomène.

RESULTATS

Sur les 21 médecins contactés, 12 ont accepté l'entretien :

- 2 n'ont pas rappelé, après plusieurs messages laissés au secrétariat (2 femmes)
- 2 ont répondu qu'ils n'avaient pas le temps pour un entretien individuel (2 hommes)
- 5 ont refusé l'entretien en disant qu'ils n'avaient jamais eu de cas dans leur carrière (2 hommes, 3 femmes)
- 4 médecins contactés au hasard ont accepté l'entretien (1 femme et 3 hommes)
- Les 8 autres médecins ont été contactés sur recommandation des premiers médecins.

Le recueil de données s'est fait entre juin 2017 et janvier 2018. Ils durent entre 10 et 58 minutes, en moyenne 28 minutes. L'âge moyen est de 48,5 ans (de 29 à 62 ans), 7 hommes et 5 femmes ont été interrogés. Un médecin exerce en rural, 5 en semi-rural, et 6 en milieu urbain. Les médecins ont alors été numérotés de 1 à 12 (MG1 = Médecin Généraliste numéro 1). Un entretien est reporté en Annexe 7 (entretien n°10), les autres sont gravés sur le CD joint à la thèse.



ANALYSE DES DONNEES :

1) Définition des violences sexuelles

(Quelle est votre définition des « violences sexuelles » ? A quoi cela vous fait-il penser ? Qu'est-ce que ça vous évoque ?)

Les réponses sont :

- **Il y a 3 catégories d'actes :**
 - MG8 : « *beh ça regroupe les violences sexuelles. C'est-à-dire : harcèlement, touché, pénétré.* »

- **C'est un acte sexuel non consenti :**
 - MG5 : « *Au sens large, les relations ou gestes qui touchent l'intime ou à connotation sexuelle non désirée, [...] surtout la notion de non consenti. Parce que le viol, mais globalement violences sexuelles, au sens large ouais* »
 - MG9 : « *bah toute contrainte euh, sur des relations sexuelles non désirées.* »
 - MG11 : « *c'est toute atteinte sexuelle euh, non, non euh... non, comment dirais-je euh, sans consentement, euh, ou toute atteinte à la ... à l'intégrité de la personne, toute agression euh... étant ciblé, étant centré sur son, sur son..., sur son sexe.* »

- **C'est essentiellement le viol. Il peut être conjugal ou s'agir de l'inceste :**
 - MG 2 : « *Déjà le viol, [...] enfin tout ce qui est pénétration c'est viol* »
 - MG 2 : « *Quand un mari force sa femme c'est un viol* »
 - MG 9 : « *Et donc euh en intra familial aussi hein, et conjugal aussi.* »

- **Ce à quoi s'ajoutent les attouchements :**
 - MG 2 : « *les attouchements* »
 - MG4 : « *ça peut être les simples attouchements* »
 - MG6 : « *les attouchements et les agressions sexuelles à type de viol.* »
 - MG7 : « *bah des antécédents voilà de, de, d'attouchement* »
 - MG12 : « *toutes les agressions euh subies euh par des hommes ou par des femmes euh, avec une connotation sexuelle, ça peut être euh attouchement, ou viol* »

- **Le harcèlement est peu évoqué (un seul médecin) :**
 - MG11 : « *en plus la notion pourrait penser à tout ce qui est, enfin comment dirais-je, tout ce qui pourrait ressembler à du harcèlement, euh... voilà, de la part d'une personne qui est insistante et qui, qui... ne recueille pas un consentement de la personne qu'il a en face de lui ou d'elle.* »
- Il apparaît que **la définition des violences sexuelles est subjective**, en fonction du type de violence et de la gravité :
 - MG1 : « *je parle de violences parce que, bon pour moi de toute façon les gens après y mettent dans « violences » ce qu'ils ont envie de, de dire quoi, ça peut être, ça peut être des coups et blessures, ça peut être violence psychologique, ça peut être...* »
 - MG4 : « *il n'y avait pas, c'était pas des viols. Il n'y avait pas de violences extrêmes. Il y avait éventuellement des attouchements des choses comme ça, mais ils voulaient pas aller au-delà* »

Et en fonction de l'âge des patients :

- MG3 : « *chez l'adulte les violences sexuelles euh c'est aussi bien une réalité professionnelle que en général c'est des relations sexuelles non consenties ou non consentantes [...] et après chez les enfants c'est tout ce qui regroupe après les attouchements, mais tout ce qui s'en suit quoi* »
 - MG4 : « *le problème c'est l'âge des patients.* »
- **Dans plusieurs cas, la réponse est difficile :**
 - MG 2 : « *après la définition du viol c'est assez large hein parce que qu'est-ce qu'un viol quoi hein ? [...] C'est compliqué, [...] c'est toute la problématique, [...] jusqu'où va un viol voilà quoi hein, et à partir de, enfin quand commence – t – il surtout... enfin bon, ça c'est compliqué hein* »
 - MG3 : « *pffiuuuuuu (rire) alors c'est vrai que, que c'est pas... c'est pas évident* »
 - MG11 : « *Plus la notion, bien évidemment, plus la notion de violence. C'est-à-dire que la notion de violence elle est évidente* »
 - MG 10 : « *... ah ! (Rire)..., [...] oui beh... euh... en fait je n'ai pas énormément de, j'ai jamais eu beaucoup de consultations de ce type, euh... ça me fait penser euh... [...] après définition je sais pas trop comment définir ... les violences* »

2) Expérience vécue

(Vous souvenez-vous d'un ou plusieurs cas au(x)quel(s) vous avez été confronté ? Pouvez-vous me raconter ?)

OUI :

- **Cas de viol :**

- MG1 : *« il l'a plus qu'attouchée quoi puisqu'il a rentré les doigts à l'intérieur. »*
- MG3 : *« le mari de sa sœur jumelle, l'avait enfin euh à moitié violée. C'est à dire il y avait eu des relations sexuelles qui étaient pas forcément..., on va dire pas à 100% consenties par cette malade, mais voilà (rires) »*
- MG6 : *« Euh c'est une jeune femme de 30 ans, qui s'est présentée au cabinet, et qui dit avoir subi un viol. »*
- MG8 : *« et puis il y a eu un viol par des rebelles, un matin qui sont venus à la maison et qui l'ont violée à plusieurs euh... »*
- MG9 : *« c'est essentiellement des patientes qui ont pu me révéler des problèmes de viol mais sur des, antérieurs »*

- **Cas de viol conjugal :**

- MG2 : *« qu'un jour son mari qui était très violent avec elle euh... qui était assez autoritaire, un jour l'a carrément violée avec un cintre »*
- MG3 : *« sa femme elle en peut plus elle a tiré les signaux d'alerte parce qu'en fait elle se fait violer tous les soirs par son mari. », « donc ça a remarqué, et euh... donc du coup, ça a marché un peu trop bien, et sa femme qui était plus habituée à avoir des relations très fréquentes, euh elle est venue me voir un jour toute seule, et elle m'a reproché du coup d'avoir prescrit le traitement à son mari, parce qu'après, elle avait des fissures vaginales et compagnie et tout parce qu'elle était ménopausée, et elle m'en a tellement voulu, que en fait elle a changé de médecin. »*
- MG9 : *« sinon dans mes patientes tout venant c'est plutôt quand même un peu du viol conjugal quoi hein, c'est-à-dire des femmes, alors c'est pas du viol dans le sens euh bon euh... mais c'est quand même du viol c'est-à-dire des femmes qui te disent j'ai des rapports non désirés, 'mais il le faut bien'. [...] mais moi je trouve que dans mes patients c'est plus le viol intraconjugal qui me pose problème quoi hein »*
- MG10 : *« et par contre quand ils sont seuls par contre voilà, il y a des violences sexuelles, et ça euh elle en a, elle, elle est venue lundi soir en fait, c'est tout récent, [...] elle a pas, bon... elle est contrainte, euh, elle est contrainte bon au sein de son couple, voilà. »*

- **Cas d'inceste :**
 - MG2 : « *il y avait le père qui a violé la fille ainée et puis après il a violé, il a tenté de violer la petite sœur* », « *une fille qui a 15ans, enceinte de son beau-père, je ne savais pas que c'était son beau-père, il l'a élevée, il a commencé à la violer elle avait 12 ans* »
 - MG3 : « *c'est un jeune garçon qui vit du coup dans une famille ou c'est un peu compliqué, ou il y aurait, d'après la mère, eu des notions d'attouchements sexuels sur ce jeune garçon et sur sa grande sœur qui a 5ans de plus que lui* »
 - MG4 : « *s'est mis à me raconter que dans son enfance il a été euh... violé par son père* »
 - MG7 : « *que euh... elle a eu une histoire de, de ... d'inceste si je me souviens bien, donc de, de, d'abus sexuel par le père [...]. Des attouchements et une relation incestueuse, qu'elle a décrite, pendant plusieurs années de son enfance quoi.* »
 - MG9 : « *c'était une jeune fille qui avait des problèmes de dyspareunie dans son couple, et donc en discutant elle me raconte qu'en fait elle a été violée par son père.* »
 - MG10 : « *Mais elle, elle a dit, elle commençait à parler à dire des choses mais euh pas celle qui était voilà, qui subissait les attouchements (par le père)* »

- **Cas d'attouchements :**
 - MG1 : « *celle qui a été euh... attouchée par le médecin généraliste* »

- **Cas d'harcèlement sexuel professionnel :**
 - MG3 : « *elle a un problème elle m'a raconté un problème de harcèlement sexuel de la part d'un de ses collègues* »

- **Nombreux médecins rapportent plusieurs cas, le plus souvent de femmes et de faits anciens :**
 - MG2 : « *en parlant je me dis mais en fait le nombre de cas !* »
 - MG4 : « *des gens d'un certain âge oui m'en parlent. Voilà. Des gens qui ont maintenant euh 60, 65, 70 ans, en parlent. [...] oui ceux-là oui, j'en ai eu, mais ce sont des gens âgés. Qui en parlent maintenant.* »
 - MG5 : « *beh, pas sur des événements récents, euh c'est plus des patientes qui me racontent avoir été violées ou abusées dans l'enfance* »
 - MG7 : « *plusieurs cas, je dirais inférieur à 10 hein depuis le début de mon exercice* », « *mais sur des paroles rapportées de faits anciens, souvent dans l'enfance, mais rapportées par des adultes* »
 - MG11 : « *Alors violences sexuelles sur des hommes, non.* », « *oui. Alors ça oui par contre j'ai eu des patients qui m'ont dit qu'ils avaient subi des violences sexuelles.* »

- MG12 : « des cas euh oui, oui oui [...]. La plupart des cas auxquels je pense sont pas des cas d'agression récente, euh je n'ai pas souvenir d'avoir dû constater ou voilà de gérer des choses récentes. [...] alors encore une fois, beaucoup de choses anciennes »
- MG12 : « toutes les histoires que j'ai en tête, sont des... des femmes, d'ailleurs je n'ai pas souvenir d'avoir d'hommes victimes d'agression sexuelle »
- MG9 : « (réfléchit) en tout cas j'en ai pas dépisté. Si peut-être des violences psychologiques, des hommes qui te disent 'ma femme elle est barjo j'en peux plus et tout, euh elle est nymphomane elle est', voilà, enfin (rires) je dois pas être très à l'écoute dans ce sens-là. »

3) Manière de découverte :

(Comment a été abordé le sujet ? (par le patient, vous, autrui ?)

A : Par le médecin :

- **Après dépistage systématique :**

- MG1 : « eh bien c'était la première fois qu'elle venait, et... dans mon interrogatoire, [...] je pose la question 'est-ce que vous avez subi des violences' ? et là, la personne me répond 'oui', après j'ai demandé 'est-ce que vous voulez en parler' ? et ... 'oui je veux bien en parler'. Et là elle m'a raconté, elle m'a dit donc, que... »

- **Par le contexte :**

- **Socio-familial :**

- MG2 : « On y pense, parfois, des fois on a peur pour les enfants, dans les familles recomposées, ou quand y a des petites filles qu'on m'amène, et qu'elles ont mal à la 'nénette' hein comme on dit »

- **Clinique :**

- MG7 : « je pense que c'était sur l'interrogatoire euh, de la dépression 'est-ce que vous avez déjà eu des épisodes dépressifs dans le passé, ou des hospitalisations ?' que euh... elle a eu une histoire de, de ... d'inceste »
- MG9 : « un coup elle avait une mycose, un coup pas de mycose enfin bref, [...] euh voilà en posant des questions carrément par rapport à sa sexualité, elle me disait qu'elle n'arrivait pas

à avoir des rapports corrects sans avoir mal etc. donc en questionnant, en fait faut poser les questions hein, si tu les poses t'as les réponses, donc je lui ai demandé si elle avait été violente, euh petite ou plus grande, et c'est là qu'elle m'a dit que oui, elle avait vécu un viol. »

- *MG 12 : « Euh beh je pense que je lui ai posé la question. [...] oui le fait qu'il y ait ces, ces symptômes euh voilà, différents de douleurs chroniques, de tableau dépressif associé, de voilà, bon ça m'évoquait un antécédent d'agression sexuelle. »*
- *MED 3 : « Quand voilà il y a une infection génitale chez un enfant, ou un adulte, homme ou femme, ou un truc voilà qui nous montre, qui commence à traîner, qui ne rentre pas dans l'ordre, on se dit comment c'est arrivé, ou alors une IST chez un adulte, ou une MST, voilà on se dit c'est un petit peu bizarre quoi, comment ça s'est passé, c'est vrai que quand même on... souvent on essaie d'évoquer la question avec les parents si c'est un enfant, et le patient si c'est un adulte quoi »*

- **Après plusieurs échanges :**

- *MG2 : « on avait beaucoup parlé, et à un moment donné je me suis rendu compte que son patron lui demandait des... des petites gâteries sexuelles, [...] bah voilà je suis tombée le jour où je sais pas on a, c'était le moment, où elle a pu sortir »*
- *MG7 : « je n'ai pas posé la question comme ça, maintenant mes questions l'ont amenée voilà sur les antécédents dépressifs, est-ce qu'il y avait un suivi psychologique en cours, euh lors des premiers épisodes dépressifs est-ce qu'il y a eu un évènement traumatisant déclencheur ? »*
- *MG12 : « ça a eu un retentissement dans leur euh, dans leur santé, dans leur vie, et on a été du coup amené à en parler. »*

B : Par le patient :

- **Spontanément :**

- *MG3 : « ... c'est vrai que des fois ça arrive que des femmes nous en parlent »*
- *MG4 : « la démarche est venue de lui. »*
- *MG5 : « parce qu'elle m'a dit 'je sais pas si je vous ai déjà dit mais j'ai subi des violences sexuelles dans l'enfance' »*
- *MG8 : « Et elle m'a raconté ça comme ça. Euh brutalement. [...] Elle m'a raconté son viol. En détails. [...] Elle m'a raconté tout en détails. Sans oublier le moindre petit détail. Et depuis c'est fini. Voilà. »*
- *MG7 : « mais je me souviens d'une patiente que j'ai dû voir peut-être que 2 ou 3 fois sur des consultations de nutrition, euh... et qui me l'avait évoqué, émis spontanément pareil, quand j'ai*

interrogé sur euh les antécédents de suivi... diététique, plus jeune, euh ça a été émis euh, voilà, dans les antécédents généraux mais j'avais pas précisément questionné précisément là dessus non plus. »

- MG4 : *« ça venait comme un cheveu sur la soupe, c'est-à-dire que c'est vraiment, lors, il n'est pas venu pour ça hein ! il est pas venu pour ça, lors de la consultation, boum c'est parti là-dessus un moment. Sans question particulière de ma part. »*
- MG9 : *« Elle me dit 'mais écoutez, j'en peux plus, parce qu'avec le cialis il est euh, voilà, il veut tout le temps et moi j'en peux plus, je n'ai pas envie je n'en peux plus' »*

• **Après plusieurs années de suivi médical :**

- MG2 : *« une patiente que j'ai suivie depuis longtemps et qui a fini par me dire au bout de pas mal d'années parce que bon, à force de me parler »*
- MG3 : *« C'est elle qui m'en a parlé, et qui m'a avoué ya pas très longtemps euh en disant que c'est euh, elle m'a dit 'docteur faut que je vous dise quelque chose' »*
- MG10 : *« c'est une patiente que je connais depuis des années et des années, et qui, qui en a jamais parlé [...]. Parce qu'en fait, pour dire 'j'ai, je vous en ai jamais parlé, ça fait très longtemps qu'on se connaît, je l'ai jamais dit à personne à part à une amie voisine chez qui je me suis réfugiée plusieurs fois' en fait, mais elle n'en avait jamais parlé »*
- MG4 : *« que je soigne depuis très longtemps, oui très longtemps, [...] donc ce patient, au fur et à mesure, alors, c'est venu de lui hein ce n'est pas venu de moi bien sûr, euh, enfin bien sur... donc s'est mis à me raconter euh »*
- MG7 : *« oui, avant qu'elle m'en parle oui. Enfin longtemps, oui plusieurs années. »*
- MG11 : *« elle était venue progressivement à en parler en disant qu'elle avait un secret, et bon je lui ai proposé, comment dirais-je, de parler de ce secret quand elle le souhaiterait, quand elle serait prête, et un jour elle m'a dit ce qu'il en était. »*

• **Par l'intermédiaire de sa famille :**

- MG3 : *« c'est la mère qui s'est plainte, la dame de 90 ans qui s'est plainte aux deux filles de 60 ans en disant 'j'en ai marre parce que votre papa là tous les soirs il remet le couvert'. »*
- MG8 : *« 'quand vous verrez mon mari la prochaine fois essayez d'en parler avec lui parce que j'ai l'impression qu'on s'éloigne au niveau sexuel, et je sais que son premier divorce était lié aussi à ça.' »*
- MG10 : *« alors elle est venue en parler euh... parce qu'elle a été incitée par sa plus jeune fille à porter plainte en fait. »*

- MG10 : « *jusqu'au jour où c'est sa sœur qui a commencé à parler en disant que euh leur papa euh... les euh [...]la maman m'a dit 'mais ya des choses qui se passent chez leur père'.* »

C : Par hasard :

- MG2 : « *où on s'est rendu compte qu'une famille qu'on connaissait finalement [...] et vous apprenez que cette gamine que vous connaissez depuis des années est enceinte de son beau-père qui l'a violée* », « *bah on apprend euh... on apprend par hasard* », « *j'ai jamais découvert par moi-même* »
- MG8 : « *dont on a découvert les violences malheureusement après son suicide. Par les écrits suicidaires. [...] quand on est allés voir les écrits, il racontait qu'il avait été abusé sexuellement par le curé qui l'avait communié. [...] On a découvert ça ce jour-là.* »

4) Ressenti :

(Qu'avez-vous ressenti ? pensé ?)

Nous avons pu décrypter deux types de ressenti : professionnel et personnel. (MG11 : « *alors qu'est-ce que j'ai ressenti en tant que médecin ? ou en tant que personne ?* »)

➤ Ressenti professionnel :

- Certains médecins font part d'une **remise en question** :
 - MG3 : « *c'est vrai peut-être que c'est ce que j'aurais dû faire mais, euh voilà quoi moi j'ai traité le, je croyais que le monsieur en avait parlé avec sa femme, [...] et du coup la patiente elle a changé de médecin elle m'a reproché de pas lui en avoir parlé à elle quoi...* »
 - MG10 : « *et que, c'est ce que je n'aurais pas dû écrire* »
- D'autres médecins perçoivent la révélation comme une **marque de confiance** :
 - MG5 : « *Euh... gêné non pas forcément, quelque part c'est aussi une marque de confiance qu'ils en parlent spontanément* »
 - MG12 : « *bah une confiance supplémentaire* »

- Plusieurs prennent du **recul** :
 - MG4 : « *Faut surtout pas, enfin à mon avis faut surtout pas être traumatisé, mijoré, enfin faut aller, avoir le même ton de dialogue et de conversation avec le patient. [...] Pour montrer que on est sur la même longueur d'onde voilà.* »
 - MG10 : « *on est un peu habitué des fois à des histoires sordides (sourire) aussi. Donc euh je crois que j'ai une grande barrière (rire) entre, entre tout ce que j'ai pu entendre en 30 ans, et voilà. [...] par rapport à un adulte, je pense que j'arrive à avoir suffisamment de recul, à essayer bah oui d'orienter, mais à ne pas ressentir quoi que ce soit par rapport à ça* »
 - MG12 : « *euh... (silence). Je pense, ..., je ne pense pas grand-chose parce que c'est quelque chose dont je me doutais enfin, si j'allais lui poser la question en fait je le supposais, donc ça a confirmé mon, ... voilà mon impression, mon doute.* »

- Jusqu'à **ne rien ressentir** :
 - L'enquêtrice (relance) : « *est-ce que vous avez été vous-même gêné ou choqué ?* MG 5 : *euh non* »
 - MG4 : « *non ! ah non non non, du tout ! ah non moi ya rien qui me choque. Il ya rien qui me choque.* »
 - MG6 : « *(silence) bah ... rien.* »

➤ **Ressenti personnel :**

- Il apparaît que ces situations provoquent **un choc** chez les médecins :
 - MG2 : « *j'ai une histoire terrible qu'on a vécu ici au cabinet [...] ça m'a marqué* », « *bah c'est choquant, [...] ça m'a bien choquée aussi quoi parce que c'était des gens qu'on connaissait bien, on n'aurait jamais imaginé* »
 - MG10 : « *Donc c'est vrai que pfffff. Oui oui c'est fou hein. Mais vous avez vu tout ce qu'elle a subi !* »
 - MG8 : « *Ça a été un peu, un peu trash..., [...] elle a vidé son sac, un peu trash, trash. [...] Donc ça remue un peu un moment et puis voilà.* »
 - MG11 : « *alors le cas le plus marquant euh... que j'ai en tête, c'est une dame de 50 ans* »
 - MG2 : « *on est un peu... sidérés. [...] On est dans un état de sidération, on y pense beaucoup nous aussi, c'est vrai que ça fait peur* »

- Allant parfois jusqu'au **traumatisme** :
 - MG2 : « *une autre histoire plus récente qui m'a traumatisée* »
 - MG10 : « *ah oui, ça je peux pas oublier (rire).* »
 - MG5 : « *ça marque, on garde dans le coin de la tête que cette patiente, là, a livré qu'elle était victime de violences* », « *euh voilà c'est le genre de chose qu'on oublie pas aussi, quand on le dit une fois je pense que bon* »
 - MG8 : « *c'est des histoires qui doivent remonter à 17, 18 ans, euh... et encore aujourd'hui quand même j'y pense. Donc pour vous dire que ça on n'oublie pas après.* »

- Certains font part d'une **projection personnelle** :
 - MG8 : « *beh on projette toujours hein euh, ça pourrait être ma sœur, mon frère, ma mère, on projette toujours, on est quand même dans l'empathie avec ces gens-là, on est dans l'empathie automatiquement, on peut pas faire différemment, voilà* »
 - MG10 : « *J'ai été beaucoup plus déstabilisée une fois par un problème de, d'attouchements sur des enfants. Voilà. Là par contre j'ai été beaucoup plus déstabilisée, j'ai eu une réaction plus de mère que de médecin, euh ...* »
 - MG11 : « *et les parents n'y ont vu que du feu quoi ! je veux dire c'est c'est, ça c'est, alors après on se pose, quand on est confronté à ça, on se pose la question notamment en tant que parents, nous-mêmes, si ce genre de chose pourrait nous passer sous le nez si vous voulez. Voilà. Ça paraît, ça paraît inimaginable quand même.* »

- Plusieurs **doutent de la véracité des faits**, et s'interrogent :
 - MG2 : « *est-ce que c'est vrai, est-ce que c'est pas vrai, est-ce que cette fille..., je sais pas ...* »,
 - MG3 : « *elle racontait ça comme on raconte un livre, comme on raconte une histoire quoi. Donc ça ça m'a un petit peu choqué, voilà parce qu'elle avait quand même sur l'avant-bras en particulier à gauche, une entaille d'à peu près 7 cm, qui était superficielle mais qu'on voyait bien, qu'on ne pouvait pas louper ; mais voilà elle parlait de ça limite comme si c'était la normale* », « *Alors après voilà, est-ce que la mère elle est bien nette ?* »
 - MG10 : « *Alors c'était un problème de divorce. Donc c'est toujours très très compliqué de dire est-ce que c'est vrai, est-ce que c'est pas vrai ? est-ce que c'est la maman qui se fait des idées, euh bon* »

- Quelques médecins sont **surpris** :
 - MG5 : « *oui surpris, parce que c'est pas quelque chose à laquelle je m'attendais forcément* »

- MG11 : « bah écoutez j'ai été interpellé par le fait que cette dame avait une profonde blessure et souffrance qu'elle avait trainées toute sa vie et que ça lui était arrivé quand elle avait 15 ans et qu'elle n'avait pas eu de prise en charge à ce moment-là »

5) Difficultés :

(Avez-vous ressenti des difficultés ? Lesquelles ?)

Globalement, les médecins répondent en premier lieu ne pas ressentir de difficultés :

• NON :

- MG2 : « non, des difficultés non parce que euh... la personne, ben le jour où elle vous le dit ben c'est qu'elle est en confiance donc euh... Voilà... Non. »
- MG3 : « Oh non ! non parce que c'est vrai que c'est une jeune fille avec qui le courant passe bien, euh... que je connais depuis un petit moment, euh et c'est vrai que, elle, elle met cartes sur table, moi je lui réponds, c'est vrai qu'avec elle ya pas trop de... c'est vrai que ça, ça dépend, c'est assez patient dépendant, mais avec elle ya pas de tabou ou de questions que, elle je pense pas qu'elle me cache des choses »
- MG4 : « Non, il y a rien qui me choque, c'est-à-dire qu'à partir du moment où on me dit des choses, euh ah non non moi je continue, sur la même lancée »
- MG5 : « non pas particulièrement parce que c'était pas... c'était pas l'objet de la consultation », « les orienter non c'est pas forcément le problème parce que, parce que ya entre la médecine légale, le pôle solidarité de l'Hérault, ya des intervenants soit pour les recevoir soit au moins pour avoir des conseils pour les orienter, là ça va je me sens pas complètement dans le brouillard »
- MG8 : « non... non, non. »
- MG9 : « ce cas-là il était plutôt facile parce que la fille elle avait déjà fait la démarche quoi hein, donc elle en parlait plus ou moins facilement, [...] non j'ai pas eu trop de difficultés mais c'était facile parce que la démarche était déjà commencée. »
- MG10 : « non pas particulièrement puisque c'était plus, c'était plus, j'étais plus témoin en fait hein, à l'écoute donc c'était pas si difficile que ça. [...] Il n'y avait pas de demande de la part de la patiente, [...] elle demandait qu'à être entendue là-dessus donc la consultation du coup était pas, était pas complexe dans le sens où voilà, à part dire 'oui je me doutais pas de tout ça' mais sinon oui c'était pas compliqué. »

En revanche, des difficultés sont fondues dans leurs discours :

➤ **Difficultés inhérentes au médecin :**

• **Manque de compétence :**

- MG5 : « *je me sentirais peut-être plus démuni si on venait me livrer ça, euh pour une première fois éventuellement, soit pour une patiente qui aurait subi des violences euh des années avant euh, qui aurait plus ou moins besoin d'un soutien, ou d'aide, parce que le soutien psychothérapeutique fait pas partie des choses les plus naturelles et c'est pas avec ça que je me sens le plus à l'aise* », « *c'est plus sur le, la prise en charge psychologique, psychothérapeutique quoi. J'ai encore du travail à faire.* »
- MG3 : « *Parce que c'est vrai que voilà finalement, à part essayer de dépister, qu'est-ce qu'on fait en pratique ? sauf chez les enfants, quand on sait après, tout ce qui est saisie de justice et compagnie, mais chez l'adulte, comment aborder le truc ? quelles sont les conséquences, quoi faire, ... (soupir), ce n'est pas évident quoi.* »
- MG4 : « *pour ce qui est des enfants alors là c'est plus compliqué, parce que en effet là on a, on doit en référer éventuellement à la justice, euh mais c'est pas, ce n'est pas évident à mon avis hein.* »
- MG9 : « *Là où c'est plus compliqué, où t'es plus mal à l'aise c'est quand euh on vient te le sortir et que ya rien qui est mis en route quoi.* »
- MG10 : « *je pense que c'était une bonne solution d'aller voir ces associations parce que je lui ai dit 'vous serez aidée, conseillée' en fait, sur les démarches à suivre, ce que je ne suis pas vraiment capable de lui dire de toute façon, je sais pas trop.* », « *Et arrivée à la gendarmerie du coup ils l'ont adressée à la psychologue de la gendarmerie en fait. Je ne savais même pas que ça existait.* »
- MG11 : « *est-ce que j'ai ressenti des difficultés, beh écoutez il est certain qu'il y avait, elle m'amenait du matériel, euh, du matériel de, comment dirais-je, euh sur lequel il aurait fallu faire des élaborations euh, comment dirais-je euh, en ayant une formation de psychiatre. [...] Ça c'est pas, euh moi je lui ai toujours dit depuis le début, moi j'étais complètement transparent en lui disant 'moi je suis pas psychiatre, je peux vous écouter mais je peux pas vous faire faire un travail psychothérapeutique, je n'ai pas la formation.'* »

• **Impuissance :**

- MG2 : « *Je sais pas ce qui se passe dans leur tête, ça c'est quelque chose de, je pense que c'est difficile d'en parler.* »

- MG3 : « *mais ce qui nous interpellait, enfin moi et l'étudiante qui était avec moi, qui a suivi aussi l'affaire, c'est que on a du mal à comprendre pourquoi l'infection voilà à chaque fois récidive. [...] Donc voilà c'est un peu ambigu quoi, [...]. Ça fait partie des trucs voilà, des fois ya des consultations comme ça où on a l'impression qui y a quelque chose qui nous échappe, et ça ça en fait partie quoi. »*
 - MG10 : « *euh bah j'avais été juge là-dedans, si vous voulez avec le recul je le comprends, mais immédiatement, je disais mais c'est pas possible, on va pas la remettre avec son père maintenant, dire qu'il peut la reprendre alors que, enfin, elle commence à parler quoi voilà. »*, « *bah vous voyez moi j'ai eu exactement le même réflexe mais euh, beh en fait, on ne peut rien faire, rien dire. On peut pas, voilà. »*
- **Sujet tabou :**
 - MG2 : « *on en a jamais reparlé, j'ai jamais osé, euh... parce que je me dis on va peut-être pas remettre ça sur le tapis »*
 - MG4 : « *à mon avis c'est très difficile pour le médecin, à part d'avoir une écoute, mais d'aller le chercher quoi. D'aller le chercher. »*
 - MG5 : « *je me suis dit que je lui en parlerai, je sais plus si j'ai réussi à lui poser la question dans l'entretien. Après le problème a été réglé, par la suite on n'a pas reparlé de ça, et je l'ai pas trop revue depuis. Mais je suis pas sûr de lui avoir poser la question simplement. »*
 - MG7 : « *oui moi je me suis sentie certainement en difficulté oui. Pour poursuivre justement sur comment aborder la suite de la consultation »*
- **Difficulté de l'examen clinique :**
 - MG9 : « *quand elle m'a dit ça je me suis dit que j'allais pas l'examiner quoi hein. Donc euh parce que c'est violent quoi, c'est violent, en plus je savais qu'elle était suivie par une gynéco, donc je me suis assurée qu'elle avait pas de pertes qu'elle avait pas d'infection et tout, mais moi je, moi en l'occurrence, je fais pas d'examen gynéco dans ces cas-là. »*
 - MG10 : « *Bon après c'est toujours embêtant parce qu'examiner cette enfant en permanence, enfin si déjà elle souffrait de ça c'était un peu enquinquant aussi. [...] Alors, voir les lésions si vous voulez c'était, voilà c'est pas non plus évident, c'est pas si évident que ça, euh pfff, c'est vrai que moi aussi je voulais pas trop tout le temps être, finalement c'est embêtant d'examiner la petite ! une fois ça va, mais après, à répétition on se dit 'bon sang déjà tout ce qu'elle subit c'est peut-être pas la peine d'être là euh', alors bon bien sûr on était que des femmes [...] Donc c'est vrai que ça c'est difficile »*

➤ **Difficultés inhérentes aux patients :**

• **Lorsqu'il est difficile de voir le patient seul :**

- MG3 : *« la mère est partie chercher la carte vitale tout ça dans une autre pièce, et euh on a commencé à poser la question au garçon, et 1 minute après quand la mère est revenue, c'est la mère qui répond à la place du garçon. Donc c'est vrai que c'est un peu compliqué, alors le garçon il nous parle quand même un petit peu, mais c'est vrai que on sent quand même ne serait-ce que poser une question simple sur, on disait par exemple 'mais est-ce que les boutons sont prurigineux, est ce que ça te gratte ?' et le garçon il commence à dire 'oh non pas trop' et puis après la mère dit 'ah si si si ça le gratte ! dis-le au docteur !!' »*

• **Lorsque les symptômes sont chroniques :**

- MG12 : *« la prise en charge elle était difficile parce que voilà c'est des, voilà, euh... on aurait, on pourrait se dire bah tient une fois qu'on a mis les mots et puis voilà on va s'attaquer à ça et puis le reste euh en l'occurrence ces symptômes inexpliqués vont disparaître. [...]. Ça reste la même prise en charge difficile de symptômes chroniques »*

➤ **Difficultés par le manque de moyens :**

- MG4 : *« en plus c'est pas remboursé donc, allez voir un psychiatre. C'est là où le problème se pose c'est que psychiatre on, yen n'a pas quoi. [...] Donc il y a un soutien psychologique, et le soutien psychologique je sais pas si euh les psychiatres ont le temps et euh, de voir ce genre de choses. [...] Dans le domaine de soin, ya pas grand-chose quoi je veux dire voilà. »*

Ces difficultés sont traduites par le fait que **nombreux médecins n'aient jamais reparlé** de l'antécédent de violences sexuelles :

- MG1 : *« Mais c'est vrai que j'ai pas eu l'occasion de lui reposer la question ensuite. Euh si elle lui parlait ; parce que ça s'est pas trouvé. »*
- MG4 : *« on en a plus reparlé. Euh..., je ne sais pas s'il y a un intérêt à en reparler »*
- MG7 : *« ça nous est arrivé une fois je crois, quand elle a refusé de euh, elle est sous anti déprimeur mais elle refuse un suivi psy. Et c'est plutôt elle qui n'a pas souhaité en reparler quand j'en ai reparlé. Donc euh... oui c'est difficile d'en reparler je pense. »*

- MG8 : « *Et puis voilà et puis depuis elle en a plus reparlé, [...] mais quand on veut en reparler, c'est le blackout complet. [...] Quand je la revois là quand elle vient au cabinet et que je la revois, j'avoue qu'on n'y pense pas quand même, moi j'y pense pas.* », « *C'est fini maintenant on n'en parle plus.* »
- MG9 : « *donc bon moi quand je la vois je vais pas lui reposer à chaque fois les questions.* »
- MG5 : « *J'ai pas forcément creusé plus loin, ou elle m'en avait pas forcément parlé avant, bon, voilà. C'est pas... c'est pas quelque chose qu'elle dévoilait ce jour-là, ou qui lui remontait donc j'ai pas... j'ai pas rebondi dessus à ce moment-là.* »

Par ailleurs, un médecin partage le fait que la révélation d'une violence sexuelle a, au contraire, **facilité** la prise en charge de la patiente :

- MG12 : « *En fait ça m'a, ça m'a permis, du coup de faire un pas de côté dans la relation qu'on avait, dans la prise en charge que je lui proposais de si elle était d'accord euh, mon idée qui était que voilà cette agression pouvait être la, la, la cause ou en tous cas, le traumatisme qui répond, enfin qui entraîne toutes ses plaintes, et de ne plus être dans cette, euh... pas forcément escalade parce qu'elle n'était plus non plus dans le, dans une demande d'examen mais elle était quand même voilà, des symptômes, elle avait des questions, et du coup on pouvait aborder autre chose quoi.* »

6) Action/rôle :

(*Qu'avez-vous fait ? Quel rôle avez-vous tenu ?*)

Après analyse par triangulation des données, nous avons décidé de mêler les deux questions concernant les actions des médecins généralistes et les rôles en les intégrant dans la grille de codage. En effet, les réponses sont étroitement liées, nous les présentons donc ensemble.

Le médecin tient un **rôle important** auprès des patients victimes de violences sexuelles :

- MG11 : « *donc ça voulait dire que soit je lui parlais moi, soit personne ne lui parlait. [...] C'est un rôle clé.* »
- MG9 : « *Moi je reste persuadée que le médecin généraliste a un rôle primordial là-dedans, les gynécos s'occupent de la vie sexuelle, mais si nous on le fait pas qui le fera ?* »
- MG2 : « *logiquement on est les premiers interlocuteurs* »

Il permet un **soutien immédiat** :

- **Par l'écoute :**

- MG2 : *« j'ai simplement écouté et euh... c'est tout, qu'est-ce que vous voulez que je fasse de plus »*
- MG4 : *« donc moi j'étais plus là en tant qu'écoute, voilà, mais pas là à lui demander des détails graveleux »*
- MG8 : *« d'écoute. Oui d'écoute. »*
- MG10 : *« en fait j'ai surtout écouté, j'ai très peu parlé moi en fait hein, je l'ai surtout écoutée, je crois qu'elle avait surtout besoin d'en parler »*

- **Par le dialogue :**

- A visée empathique :

- MG1 : *« c'est vrai que je lui ai renvoyé en disant 'ça a dû être terrible pour vous' euh enfin bon euh, je lui ai parlé du fait que c'était infâme quoi d'avoir fait une chose pareille, quoi... que... »*
- MG7 : *« donc oui j'ai dû lui demander de préciser euh voilà euh quel âge elle avait, si ça s'était produit plusieurs fois, sur quelle durée etc. euh si elle avait été, ça avait été connu dans la famille, euh si elle avait été prise en charge psychologiquement pour ça, j'ai, j'ai continué euh... par le biais de l'interrogatoire hein mais euh »*
- MG10 : *« ... je me suis plus demandé là est-ce qu'elle rentrait chez elle, est-ce qu'elle avait une autre solution, est-ce qu'elle a... [...] Et en fin de consultation plutôt demandé ce qu'elle allait faire, où elle allait euh, bon. »*

- Avec but de recadrer la personne :

- MG2 : *« je l'ai engueulée hein, je lui ai dit vous n'avez pas à vous laisser faire. [...] Je lui ai dit mais il est hors de question que vous vous laissiez faire, faut surtout pas se laisser faire, c'est pas possible, enfin c'était la première fois que j'intervenais comme ça parce que je me disais non elle est perdue et elle pense qu'il faut le faire alors. »*
- MG11 : *« Parce qu'il y a des schémas qui se reproduisent aussi. Après c'est, dans la discussion que je peux avoir avec des patientes qui donnent ce type d'élément, je leur dis, j'essaie de, de, bien sûr de les soutenir mais en leur donnant les éléments en leur disant que si un homme les bat, ya extrêmement peu de chances que ça cesse. »*
- MG9 : *« parce que je lui ai parlé du viol conjugal. 'Vous me dites que vous avez des relations non désirées c'est quand même ce qu'on appelle du viol conjugal ?' [...]. Donc je pense que ça l'a choquée que je lui dise ça, mais je pense que ça va faire son chemin. »*

- MG9 : « *et moi c'est plusieurs fois qu'on m'a dit 'faites-moi un certificat'. Alors tu penses bien que je le fais pas bien sûr ! mais dans ces cas-là tu rediscutes avec la femme en disant 'vous n'êtes pas capables de dire non je ne veux pas, je ne peux pas, j'ai une infection je ne veux pas'. [...] Je leur dis 'mais attendez mais vous pouvez pas le dire ? c'est pas à moi de le dire ! c'est à vous de le dire !' »*
- Pour la rassurer :
- MG4 : « *elle me dit voilà, 'je vous téléphonais que pour ça, je voulais entendre vos paroles, je voulais être rassurée'. Voilà c'est tout. »*
- MG12 : « *oui. Partager ces plaintes presque. S'assurer qu'il n'y ait rien de grave. »*
- **Par une personne de confiance, accessible :**
 - MG4 : « *pour tout ce qui est européen, caucasien c'est qu'ils disent 'bon autrefois en gros on avait euh la famille les voisins et le curé !' et maintenant c'est fini, donc on sait plus à qui parler. Donc du coup euh je ne dis pas qu'ils testent, mais à partir du moment où ils se sentent en confiance avec quelqu'un, et ben... il reste plus que le médecin généraliste, on va pas en parler à son boucher à son charcutier hein, donc il reste plus que le médecin généraliste. », « là aussi c'est un problème parce que les psychiatres les délais d'attente sont hyper longs, y compris pour les pédopsychiatres quand on a affaire à un enfant, donc euh bon courage hein je veux dire... [...] nous on a une possibilité d'être joints rapidement, et facilement, le psychiatre euh pff ! voilà c'était pas possible. »*
 - MG2 : « *je crois qu'il faut une relation de confiance, »*
 - MG9 : « *mais je suis persuadée qu'on a un pouvoir en tant que médecins généralistes par rapport à ça, par rapport à la confiance avec les femmes qu'on a, avec nos patientes, c'est-à-dire que, voilà il y en a elles vont te dire non pendant plusieurs années et puis un jour elles diront 'ah...'* »
 - MG11 : « *Mais c'était ça ou rien de toute façon donc. Ça s'est passé comme ça. [...] C'est-à-dire que on est vraiment la personne qui va recueillir euh la, la, la personne au moment où ça arrive »*

Deux médecins ont dû adresser leur patient à l'hôpital :

- MG3 : « *Ah beh d'abord je les ai envoyés du coup à l'hôpital pour qu'ils puissent bilancer les troubles démentiels qui étaient de plus en plus marqués, et du coup ça, ça en faisait partie du coup des troubles »*
- MG10 : « *un dimanche soir quand elles rentraient et que la petite pleurait, elle était, elle était mal donc j'ai dit à la maman de l'amener, elle m'avait appelé j'ai dit 'amenez la aux urgences'.*

[...] Parce que je lui avais dit 's'il y a la moindre chose emmenez la aux urgences de toute façon, qu'ils l'examinent aux urgences' ».

Par ailleurs, trois médecins ont rédigé **des certificats** :

- MG3 : *« bah j'ai fait son certificat de coups et blessures, je l'ai examinée, et j'avais quand même des traces assez marquées au niveau du dos en particulier, »*
- MG10 : *« donc-moi si vous voulez j'y suis allée, voilà, j'ai mis dans mon certificat en disant que. »*
- MG11 : *« de faire les certificats, bien évidemment de coups et blessures et d'établissement d'ITT. Puisque c'est ça qui est quand même la base de la, de la comment dirais-je, de la prise en charge »*

Le médecin généraliste est aussi un **soutien à long terme** :

- MG12 : *« après il y avait la question bah du coup après du qu'est-ce qu'on en fait quoi ! c'était plutôt ça, de tout de suite se projeter dans la prise en charge. »*

• **Soutien psychologique** :

- MG1 : *« je lui demanderai de revenir pour, pour euh, pour continuer, pour, voilà. C'est un lien que... qui ... reviendra ensuite dans les consultations quoi hein je pense. »*
- MG5 : *« on peut en reparler plus tard éventuellement, ou tendre la perche si besoin », « bah un rôle de soutien psychologique déjà d'emblée »*
- MG7 : *« Pour moi elle était identifiée comme une personne euh... plus fragile psychologiquement, chez laquelle il fallait doublement soutenir et suivre psychologiquement. », « ... moi je pense que oui en continuant à interroger à savoir ce qui avait été mis en place et à proposer éventuellement si ça n'avait pas été fait ou si ça ne l'était plus, à remettre en place un soutien psychologique, oui j'ai proposé un soutien. »*
- MG9 : *« quand je la vois je lui demande si elle va bien, si elle va toujours voir son psy si ça avance, [...]. Moi je lui ai toujours dit 'même si vous êtes suivie par un psy vous pouvez toujours venir si ça va pas' », « bah là par exemple c'est plus le soutien »*
- MG4 : *« elle elle vient régulièrement pleurer le soir dans mon bureau, mais euh ou elle m'appelle sur mon téléphone, mais euh bon elle me dit 'je vais pas voir un psychiatre, je viens vous voir [...], mais vous, vous me parlez tout ça, vous voulez pas être mon psychiatre ?' voilà. »*
- MG6 : *« et puis après l'accompagnement psychologique »*

- **Orientation vers un psychologue :**
 - MG1 : *« j'ai dit mais faudrait peut-être que vous alliez voir un psy, et même maintenant », « je lui ai demandé la prochaine fois d'en parler avec sa psy, qu'elle en avait parlé avec moi, et que sa psy pouvait l'entendre aussi, et qu'il faudrait absolument qu'elle en parle quoi hein. »*
 - MG5 : *« Et puis de conseil par rapport à l'orientation, à la prise en charge éventuellement, spécialisée auprès de psychologie »*
 - MG7 : *« je lui ai reproposé bon euh, un soutien euh, un nouveau suivi psychologique. »*
 - MG9 : *« Euh moi j'avoue que j'envoie beaucoup au CIDF parce qu'il y a des psychos qui sont là, et que donc ça permet un accès plus facile que leur dire d'aller voir une psychologue ou un psychiatre. »*
 - MG12 : *« je lui redonne des coordonnées de, de, de gens qui pourraient l'aider. »*

- **Ou vers un psychiatre :**
 - MG 4 : *« Et là on peut éventuellement parler de soutien psychologique, de les emmener voir un psychiatre »*
 - MG11 : *« En lui disant que je n'étais pas psychiatre et qu'elle avait besoin d'un avis psychiatrique »*

- Ces patients nécessitent une **surveillance accrue :**
 - MG10 : *« après c'est pas quelqu'un qui est dans la plainte, jamais, donc euh oui je pense que ça changera au sens où si elle consulte c'est que voilà, ou que si elle appelle euh pour, alors que le planning est plein, euh la secrétaire dit 'il y a cette dame qui voudrait vous voir aujourd'hui' oui je pense qu'effectivement, ne peut pas le remettre au lendemain ça c'est certain. »*
 - MG11 : *« beh écoutez c'est une chose qui est importante, enfin on va dire que c'est un élément de fragilité donc on va en tenir compte. »*

Les médecins interrogés mettent également l'accent sur l'**orientation sociale :**

- **Orientation juridique :**
 - MG1 : *« voilà les orientations, s'il faut porter plainte »*
 - MG4 : *« on a un devoir de de d'expliquer aux patients juridiquement ce qu'ils peuvent faire »*
 - MG9 : *« les convaincre à porter plainte. »*
 - MG10 : *« donc j'ai dit à la maman qu'il fallait qu'elle porte plainte de toute façon, »*

- MG11 : *« je lui ai dit que ça pourrait, qu'elle avait encore la possibilité d'essayer de faire une action en justice », « Ça veut dire qu'il est évident que si violences importantes il y a, on a la possibilité d'envoyer euh au CHU en médecine légale, de, et d'orienter les personnes sur les démarches »*
- **Orientation associative :**
 - MG1 : *« [...]si euh il y a quand même pas mal d'associations »*
 - MG9 : *« elle est repartie avec l'adresse du CIDF, centre d'information du droit des femmes »*
 - MG 10 : *« je pense que c'était une bonne solution d'aller voir ces associations »*
 - MG12 : *« je lui ai redonné des, voilà des coordonnées des, de correspondants. », « oui plutôt un rôle d'orientation »*

7) Impact sur la santé :

(Y a-t-il eu un impact sur la santé des personnes que vous avez vues ?)

Nous pouvons extraire des entretiens qu'il existe de nombreux impacts négatifs sur la santé des personnes. Il s'agit d'impacts médicaux, scolaires, professionnels, familiaux.

Les citations suivantes montrent **l'importance** de ces impacts :

- MG1 : *« ça fait partie de la santé. D'ailleurs c'est décrit dans euh... dans la description de la bonne santé dans l'OMS, la santé sexuelle fait partie aussi. »*
- MG3 : *« Ah oui, bah oui ! »*
- MG4 : *« euh donc euh c'est pas, la différence avec le viol où vraiment le viol c'est vraiment contre la volonté de la personne, voilà. Et là par contre ça laisse plus de traces oui ça c'est sûr. »*
- MG5 : *« oui c'est sûr que ça laisse des marques »*
- MG6 : *« bien évidemment. »*
- MG8 : *« elle m'a dit mais je sais d'où viennent mes problèmes, ces problèmes elle m'a dit voilà ils viennent de là. [...], et oui ça fait partie d'un antécédent. »*
- MG9 : *« oh bah oui ! »*
- MG 12 : *« elle vit toujours avec ses symptômes, comme elle vit avec cette agression »*

➤ Impacts médicaux :

Premièrement, il existe des **impacts psychiques** :

• Psychologiques :

- MG3 : *« j'imagine enfin que ce soit des viols ou des sévices sexuels, les dégâts principalement sur le plan psychologique »*
- MG10 : *« Bon ça, par contre elle, ben finalement ce qui était le plus visible c'était la psychologie en fait... beaucoup plus que... »*
- MG11 : *« ça avait marqué profondément son, enfin en tout cas, c'est ce qu'elle disait, ce qu'elle exprimait. C'est que ça avait profondément déstabilisé son psychisme et toute sa vie. », « Après euh, elle a des troubles psychologiques euh importants. »*

- Traumatisme :

- MG2 : *« marquée à vie »*
- MG4 : *« le plus important je pense c'est ce monsieur qui lui a vraiment été, été violé euh, avec des objets des choses comme ça aussi c'est un peu ... traumatisant voilà. »*
- MG5 : *« C'est une agression c'est un traumatisme, »*
- MG9 : *« sur son état à elle, oui, je pense que c'est destru enfin elle va mettre des années à s'en remettre, si elle s'en remet quoi. »*
- MG12 : *« a eu des suivis psychologiques et avec chaque fois une sorte d'abandon d'échec de la prise en charge et toutefois bien consciente que ça reste un véritable traumatisme qui est vraisemblablement à l'origine de toutes ces euh, de tous ces symptômes et son mal être général »*

- Mauvaise image de soi :

- MG5 : *« que ce soit sur l'estime de soi, [...], sur la vision du corps, l'intimité, la relation à l'autre, la confiance, c'est pas quelque chose à négliger. »*

- Culpabilité :

- MG3 : *« bien souvent comme c'est le cas, des harcèlements autres que sexuels, elle s'est retrouvée déjà le, le, la victime et en plus du coup... [...] culpabilisée quoi. »*

- Rancune :

- MG1 : *« et en même temps une colère... terrible, terrible contre ce médecin hein. [...] je suis bien contente qu'il soit mort, c'est bien fait pour lui' »*

- Secret :

- MG1 : « on avait l'impression qu'elle avait un secret qu'elle avait enfoui »
- MG2 : « les gens parlent pas comme ça hein... Ils osent pas et puis en plus c'est un peu tabou et puis ils ont toujours peur que malgré qu'on ait le secret professionnel, ils ont peur que voilà, qu'on en parle, que ça se sache, ou que on intervient auprès de quelqu'un d'autre de la famille »
- MG4 : « en m'expliquant qu'il ne l'avait jamais dit, j'étais le seul. A savoir même sa femme, il est marié, a des enfants, personne n'est au courant dans la famille »
- MG8 : « je suis sûr qu'elle peut avoir une vie avec son mari et tuti quanti, peut-être souffrance, pas de souffrance, sans lui en parler. »
- MG10 : « Mais les sœurs n'étaient pas au courant pour autant. Alors que de ses deux sœurs autour d'elle, elle était proche et elle en avait jamais parlé. [...] et elle en avait jamais parlé à personne en fait. »
- MG11 : « c'était une personne justement qui voulait garder son secret »

- Déni :

- MG8 : « C'est euh : 'c'est bon non non je sais vous savez on sait c'est bon ça c'est oublié pour moi' donc elle fait un déni de ce, elle fait un déni complet de cette histoire. »

- Peur :

- MG1 : « elle était complètement, elle était complètement terrorisée quoi hein, [...] elle a été complètement affolée, elle a pris ses affaires et s'est rhabillée, elle est sortie en courant et elle est rentrée chez elle »
- MG2 : « Je pense qu'ils ont peur »

- Honte :

- MG1 : « qu'il y avait de la honte quoi hein, qu'il y avait de la honte »
- MG2 : « elle avait une honte !! »

- Emprise :

- MG3 : « c'est toujours très très compliqué parce que les gens rentrent dedans petit à petit, et du coup se retrouvent coincés et puis après rapport de force tout ça c'est vrai ils disent vrai, et ils subissent. Malheureusement ils subissent oui dans tous les cas. »
- MG9 : « mais elle est sous emprise de cet homme-là quoi. »

- Souffrance :

- MG 2 : « *beaucoup beaucoup de, de souffrance* », « *j'avais une patiente qui allait pas bien du tout* »
- MG6 : « *elle était en pleurs, accompagnée de sa mère.* »
- MG10 : « *'mais quand j'ai raccroché par contre euh j'ai pleuré, et c'est là que je me suis dit j'aurais dû être heureuse et je ne l'étais pas'* »

- Isolement :

- MG10 : « *oui mais par contre là-dedans ya ce côté isolement en fait, et donc le fait qu'il y ait des affiches ou qu'on en parle ils se disent 'ah bon mais ça arrive aux autres, je suis pas toute seule'* »

• **Psychiatriques** :

- Dépression :

- MG2 : « *elle était dépressive depuis très longtemps et ça allait pas avec son mari* »
- MG3 : « *mais dans la majeure partie des cas du coup y a pas de traces ; et c'est malheureusement le harcelé qui déprime* »
- MG6 : « *chez l'adulte euh, on peut avoir également des signes de syndrome anxio- dépressif ou atteinte psychiatrique qui se révèlent par la suite.* »
- MG7 : « *et euh donc avec un syndrome dépressif traité en parallèle* »
- MG11 : « *dépression* »
- MG12 : « *des épisodes dépressifs récurrents.* »

- Anxiété :

- MG3 : « *espèce de syndrome anxieux* », « *C'était plus un problème de syndrome anxieux généralisé en fait.* »
- MG5 : « *c'est une patiente qui a une cinquantaine d'années, qui a une anxiété chronique* »

- Etat de Stress Post-Traumatique (reviviscence, dissociation) :

- MG1 : « *Voilà et ça, ça l'a suivie, et quand elle m'a raconté ça elle était vraiment, elle était vachement, vachement émue, elle était vachement, elle vivait le truc quoi hein. Vous avez l'impression que ça faisait 18 ans, qu'elle était encore euh... « hhhannn » (mime la peur), [...] qu'elle était très, euh, très très très perturbée quoi euh, par ce qu'elle avait vécu* »

- MG3 : « *quelque chose qui me hante depuis euh très très très très très très longtemps et j'ai ça en moi et il faut que je le dise à quelqu'un parce que quand même ça me mine, ça me ronge, c'est régulièrement les idées et les images me reviennent dans la tête* »
- MG6 : « *il peut y avoir un impact psychologique important avec des épisodes de stress post traumatique importants, des phénomènes dissociatifs* »
- MG8 : « *'on en parle trop à la télévision, ça m'a fait revenir en tête mon vécu* », « *Comme s'il elle y était* »
- MG11 : « *il y avait toute une partie de, ça me revient au fur et à mesure, une partie de Montpellier qu'elle évitait, parce qu'elle savait que la personne était, ou risquait d'être toujours à cet endroit-là en fait. [...] parce que, parce que, parce que ça la terrorisait et qu'elle avait une distorsion de la réalité vis-à-vis de ça quoi.* »

- Phobie :

- MG11 : « *et il y avait une phobie, elle avait des aspects phobiques hein donc il y a... par la suite j'ai souvent proposé de rencontrer des psychiatres aussi.* », « *elle a toujours exprimé, comment dirais-je, ces phobies qu'elle avait vis-à-vis des hommes* »

- Hystérie :

- MG11 : « *donc euh en définitive euh il y avait quand même un tableau euh... d'hystérie voilà.* »

- Troubles du Comportement Alimentaire :

- MG7 : « *la patiente avait... comment dire elle, elle euh..., elle formulait bien un lien, elle, entre ce souvenir traumatisant et ses compulsions alimentaires. Quand elle était moins bien psychologiquement, elle avait des compulsions alimentaires et ça la ramenait à ça quoi.* »

- Comportement addictif :

- MG2 : « *qui allait vraiment pas bien, mais son frère aussi a pas été bien, et il a touché à la drogue, même plus que touché d'ailleurs. [...]et elle a touché à la drogue et elle était mais dans un état dépressif, et elle a été hospitalisée et sur le compte rendu apparemment il dit qu'elle aurait eu subi des attouchements par un compagnon de sa mère il y a quelques années* »

- Idées suicidaires, et passage à l'acte :

- MG11 : « *euh suicidaire, euh de façon extrêmement importante qui voilà, bon j'étais présent dans toute cette période-là, ce qui fait qu'elle s'est, enfin c'est ce qu'elle disait hein, mais ce qui*

fait qu'elle ne s'est pas suicidée, mais ça a été vraiment, extrêmement juste. », « alors elle a fait [une tentative de suicide] juste après le viol, me semble-t-il »

- MG8 : *« j'ai été appelé par l'épouse pour me dire 'mon mari s'est pendu', [...], et quand on est allés voir les écrits, il racontait qu'il avait été abusé sexuellement par le curé qui l'avait communié. Voilà. »*

De plus, il existe des **impacts physiques** :

- **Douleurs :**

- MG7 : *« un syndrome douloureux chronique articulaire qui avait été exploré euh voilà sur lequel on n'avait pas fait de diagnostic de rhumatisme, on avait évoqué la fameuse fibromyalgie... [...] Oui je le fais, je pense que c'est un élément qui participe à sa douleur chronique, à son seuil douloureux plus bas. »*
- MG8 : *« tout ce qui est chronique hein, à la limite. C'est pas que les troubles abdominaux, ça peut être des douleurs thoraciques »*
- MG12 : *« alors elle a des céphalées chroniques, qui sont inexplicables », « elle a des douleurs, douleurs articulaires type rachialgies euh chroniques également »*

- **Coups :**

- MG3 : *« voyant que cette jeune fille elle répondait pas aux avances du collègue, là ça en est venu aux mains et du coup elle a été euh à plusieurs reprises frappée, elle a été frappée, a eu des coups de poings, dans le dos, dans la face, plusieurs fois, là, ces derniers jours. C'est pas juste une fois, et des lacérations avec une pointe de couteau sur les avants bras »*
- MG11 : *« des pulsions auto et hétéro-agressives »*

- **Troubles sexuels :**

- MG3 : *« après sur le plan sexuel dans leur vie au quotidien et compagnie, mais enfin voilà les dégâts que ça peut faire quoi. »*
- MG6 : *« la pénétration était traumatique. »*
- MG9 : *« C'est-à-dire qui n'ont pas de désir, mais qui le font parce que 'il le faut'. Donc elles viennent vous voir, parce qu'elles ont mal », « elle en a pas envie et elle a mal... », « des problèmes de dyspareunie dans son couple »*
- MG10 : *« une fois elle me l'a amenée en me disant 'il y a une lésion au niveau de la vulve' »*

- **Complications infectieuses :**
 - MG3 : « à type d'infection bactérienne, impétigo anal et qui après s'est propagé au sillon inter fessier, et après au niveau des parties génitales, des bourses, euh balanite et compagnie »
 - MG6 : « après il peut y avoir d'éventuelles infections sexuellement transmissibles contractées lors du viol, qui sont responsables de complications »
 - MG9 : « Regarde son dossier, les motifs. - MB : vaginite, vaginite, mycose, vaginite, herpès, vaginite, ohlala ! - MG9 : [...] Elle est arrivée, elle avait encore une poussée d'herpès plus une espèce de mycose aux fesses, au niveau péri anal. [...] »
 - MG10 : « Donc euh, euh effectivement elle avait une petite lésion, après j'ai reçu à chaque fois qu'elles partaient chez leur père, elles avaient été vues soi-disant par un médecin généraliste qui euh avait mis des crèmes antifongiques, parce que on les avait amenées pour des problèmes d'irritations vulvaires enfin toujours la même des deux jumelles hein, toujours la même. »

- **Troubles fonctionnels intestinaux :**
 - MG8 : « si elle a des troubles fonctionnels intestinaux, elle a quelques troubles chroniques, des sinusites chroniques enfin euh... voilà. »
 - MG12 : « euh elle a des... troubles fonctionnels intestinaux »

- **Troubles du sommeil :**
 - MG12 : « des troubles du sommeil »

- **Evènements cardio-vasculaires :**
 - MG3 : « qui a eu aussi fait un infarctus, enfin plusieurs infarctus et tout ça, qui a pas mal d'antécédents cardiovasculaires »

- **Incurie :**
 - MG2 : « elle ne mangeait plus, elle était décatie physiquement, [...] elle se sentait obligée de le faire et se sentait sale »

- **Cancers :**
 - MG2 : « il a tenté de violer la petite sœur et quand la petite sœur a crié la fille aînée est intervenue, enfin bon il s'est fait inculper, il a été mis en prison, la mère a déclenché un ... enfin, suite à ça elle a eu un cancer du sein, et puis ce mec en prison est ressorti. »

- MG4 : « y a une bonne relation qui s'est établie entre nous, voilà bon. Il s'avère qu'il a maintenant une pathologie avec un cancer, [...] euh mais s'est mis à me raconter que dans son enfance il a été euh... violé par son père »
- MG11 : « elle a fait un cancer du sein. Enfin quand je dis voilà pendant cette période où je l'ai prise en charge et, et où je l'ai suivie elle a déclenché un cancer du sein très volumineux, dont elle a survécu, ça fait une dizaine d'années de ça donc euh, il y avait vraiment enfin, ya un lien on peut toujours se poser la question de savoir s'il y avait un lien entre son vécu et cette espèce de, cette maladie qui arrivait quand même de façon assez étonnante hein euh, enfin bon assez étonnante, de façon euh... on s'est posé la question. »

La complexité des symptômes présentés par les patients sont source d'**explorations complémentaires** :

- **Examens complémentaires :**

- MG3 : « donc j'ai demandé des radios et compagnie »
- MG10 : « et puis après euh, après euh, elle a eu une IRM encéphalique »
- MG12 : « fait des examens complémentaires, euh... »

- **Avis spécialisés :**

- MG10 : « elle était suivie donc maintenant à l'hôpital par la neuro pédiatre, elle avait eu des bilans orthophoniques, des bilans psychologiques, motricité, enfin je veux dire elle était suivie énormément. [...] -MB : et là orthophonie, cardio, psychiatrie, - MG10 : ah oui oui, elle a été vue dans toutes les spés »
- MG12 : « elle avait déjà vu beaucoup de spécialistes, [...] moi j'ai dû la voir, l'envoyer voir un correspondant neurologue je crois pour ses céphalées, euh ce qui n'avait évidemment rien donné. »

Par ailleurs, les médecins généralistes rapportent qu'il est **plus compliqué de réaliser un examen clinique** sur ces personnes :

- MG5 : « et elle était inquiète sur le fait que j'allais l'examiner ou pas. [...] C'était pas forcément nécessaire pour un premier examen, parce qu'elle m'a dit 'je sais pas si je vous ai déjà dit mais j'ai subi des violences sexuelles dans l'enfance'. [...] Ça... j'ai compris un peu son... un certain, pas résistance mais un certain frein par rapport au déshabillage ou autre, voilà »
- MG9 : « quand elle m'a dit ça je me suis dit que j'allais pas l'examiner quoi hein. Donc euh parce que c'est violent quoi, c'est violent, en plus je savais qu'elle était suivie par une gynéco, donc

je me suis assurée qu'elle avait pas de pertes qu'elle avait pas d'infection et tout, mais moi je, moi en l'occurrence, je fais pas d'examen gynéco dans ces cas-là. »

- MG11 : *« alors de façon très concrète elle ne supportait, j'étais sûrement un des rares médecin homme qui avait, qui l'avait approchée quoi. Déjà d'emblée, enfin au niveau d'interaction médecin patient si vous voulez effectivement, elle, elle, c'est en train de changer un petit peu maintenant, mais elle n'a jamais supporté les médecins hommes. C'était hors de question. [...] Mais pour elle effectivement, quand je veux l'envoyer chez le spécialiste, quand j'essaie de l'envoyer chez le spécialiste, systématiquement il faut que je cherche des femmes. Voilà. Ça c'est un exemple. »*
- MG12 : *« je vous avoue que je crois que je l'examine très peu. »*

➤ **Impacts scolaires et professionnels :**

Les enfants peuvent présenter des **troubles de l'apprentissage ou du développement** :

- MG6 : *« une modification du comportement chez l'enfant, comportement inadapté, il est ... il change brusquement d'attitude, les résultats scolaires baissent, etc. »*
- MG10 : *« 'ainsi qu'un soutien psychologique régulier par un professionnel compétent dans les problèmes liés aux sévices sexuels et troubles des apprentissages' [...]. Voilà parce qu'ils parlaient d'efficiency intellectuelle diminuée, tout ça au début hein, en fait hein, les premiers bilans psychométriques qu'elle a eus », « et que le fait d'être à nouveau en contact avec son père risquait de, d'altérer en fait ses progrès »*

Ces violences **entravent les adultes dans leur vie professionnelle** :

- MG3 : *« un arrêt de travail d'au moins une semaine le temps qu'on la revoie qu'on refasse le point », « l'intention de quitter cet hôtel restaurant où elle travaille en ce moment quoi. », « qui n'arrive plus à travailler, et qui est obligé de quitter son... c'est vrai que c'est bien souvent c'est la double peine quoi »*
- MG10 : *« Et divorcer c'est une chose mais en fait le contexte familial est un peu compliqué là, le fait que ce soit, qu'ils travaillent tous les deux dans la même entreprise, qu'ils aient créé une entreprise, euh qu'elle est gérante, que son mari en fait est son salarié donc c'est à mon avis assez complexe d'un point de vue juridique »*

- MG11 : « *Donc elle a repris le travail au bout de, donc elle avait 45 ans, ça faisait 20 ans qu'elle ne travaillait pas. Et elle travaille toujours donc elle s'assume totalement alors que voilà, il y avait tout son entourage qui l'infantilisait un petit peu en disant cette dame elle ne s'en sortira jamais toute seule de toute façon elle est incapable de faire quoi que ce soit* »

Ce qui provoque un **impact financier** :

- MG3 : « *Et puis c'est vrai j'imagine que le viol conjugal explique, enfin admettons le mari de la femme, la femme travaille pas, le mari ramène les sous à la maison il fait vivre le foyer, peut-être que la femme elle ose pas en parler parce que voilà, d'aller porter plainte à la police contre son mari ça va être compliqué quoi* »
- MG10 : « *Sauf qu'elle elle a 58 ans, si c'est le cas il faudra qu'elle retrouve du travail et donc c'est pas très simple d'un point de vue social quoi.* »

➤ **Impacts familiaux :**

Souvent cet évènement est source de **problèmes familiaux** :

• **Rejet familial :**

- MG1 : « *elle a raconté ça à ses, à ses parents. Euh qui ne l'ont pas crue, qui lui ont dit qu'elle racontait des bobards* »
- MG4 : « *il en a parlé un petit peu à, à ses parents, à sa mère ou à son père, euh là ça va être un petit peu plus compliqué parce que là, là il se sent jugé par les parents, et euh et tout de suite ça prend une ampleur plus importante.* »
- MG11 : « *mais qui a été minimisé par la famille. Qui n'a pas compris, euh, elle n'a même pas consulté à ce moment-là.* »
- MG9 : « *ce qui lui posait problème c'est qu'en fait elle s'était fâchée du coup avec sa mère. Parce que sa mère avait jamais voulu euh, voulu l'entendre.* »

• **Rupture familiale :**

- MG10 : « *sauf qu'elle dit 'je ne veux plus jamais voir papa', [...]. Elles voient leur père une fois par mois en milieu sécurisé, les grands-parents elles ne les ont plus jamais vus.* », « *Et plus ou moins, parce qu'en fait, la maman par contre a eu, elle elle a eu des contraintes, c'est-à-dire qu'elle*

a eu un éducateur qui venait toutes les semaines chez elle, elle a eu voilà, voir si elle s'en occupait bien, automatiquement hein ! [...] donc euh ça a pas été facile à vivre. Ni pour la maman, ni, et... bon évidemment elle a tout accepté parce que c'était pour les protéger, mais euh c'était pas simple hein quand même de toute façon. »

- MG11 : *« Donc après, des conséquences sur son choix de couple, elle a choisi un mari... tout à fait particulier avec qui ça s'est très mal passé, qui la trompait, euh donc elle a sûrement reproduit des schémas tout à fait pathologiques pendant toute sa vie quoi. »*

Cependant, **ce constat est nuancé** en fonction de la personnalité des victimes :

- MG4 : *« si c'est médiatisé par exemple comme tout ce qui se fait maintenant, avec euh je vais dire dans notre monde moderne, où les médias ont un poids très important, si c'est pris en relais, alors là par contre psychologiquement il faut être costaud, là il faut être costaud. », « je pense pas, lui ya pas de, je pense que psychologiquement il y a quelque chose qui peut un petit peu changer mais euh, ça dépend du tempérament de la personne. Et ça, ça se commande pas ça. »*
- MG5 : *« après tout dépend de comment les gens l'ont appréhendé sur le moment, si..., s'ils ont essayé de le prendre en charge entre guillemets, de faire un travail psychologique, physique si besoin, comme tout accident, comme toute cicatrice quoi. »*
- MG12 : *« ya pas forcément, vous vous rendez compte qu'il y a aussi des femmes qui ont eu une agression, euh mais voilà qui... qui vous disent que voilà ya pas... en tous cas elles vous rapportent pas de, de plaintes à ce jour, que ce soit psychologique ou autre, mais voilà elles vous le disent. »*

Par ailleurs, certains médecins **minimisent** les impacts :

- MG3 : *« nos collègues psychiatres à chaque fois ils disent 'oh mais s'il est comme ça c'est parce qu'à l'âge de 5 ans ya ça qui s'est passé', après moi j'y crois pas forcément (rire) »*
- MG4 : *« Non... c'était quelqu'un qui avait, comme beaucoup de pathologies, maintenant ils sont tous très anxieux et tout ça, mais alors à savoir si, l'anxiété est venue de là euh... pfff non. Non, sincèrement non, non, euh ya pas de, j'ai pas de choses comme ça hein voilà. Après euh... tous les gens qui développent des pathologies éventuellement psychologiques n'ont pas forcément été tous violés hein, je veux dire euh... », « Voilà bon apparemment ces enfants-là, euh n'en ont pas souffert psychiatriquement, mais voilà c'était euh, ça a pas fait, ça a pas nécessité un soutien psychologique parce que je pense que ... c'était un peu presque pfff, normal, c'était, c'était voilà euh, euh... lui était ami, enfin était aimé de la paroisse et de la famille, donc euh beh c'était,*

c'était un peu normal, et y avait rien de méchant voilà finalement, c'était toujours fait par gentillesse, voilà et pas de violences »

Nous pouvons également tirer des entretiens des informations sur **l'état de santé des patients, après révélation des faits** :

- **Soulagement :**

- MG1 : *« je pense qu'elle était soulagée de voir que, que, quelqu'un s'intéressait à elle quoi hein. Je pense que ça... je pense que ça lui a fait du bien de, de, de... »*
- MG4 : *« voilà donc, il ne euh, bon apparemment il le dit d'une façon euh très détendue hein. Donc ça lui faisait du bien de le dire, [...] je pense que ça lui a fait du bien au moment de le dire, après ça change rien au problème »*

- **Amélioration des troubles :**

- MG2 : *« j'ai trouvé qu'elle allait de mieux en mieux, [...] quand je la vois maintenant qu'est-ce qu'elle va mieux physiquement on sent qu'elle est épanouie »*
- MG9 : *« par contre la dernière fois que je l'ai vue ça allait mieux sa dyspareunie. »*
- MG10 : *« c'est qu'il est ressorti plein de choses familiales et autres qu'elle avait complètement occultées hein en fait. Elle le savait de toute façon mais euh, elle en parlait pas et là maintenant elle a besoin d'en parler. »*
- MG11 : *« Nettement moins suicidaire. Toujours des difficultés avec les hommes mais bon ça c'est pas... [...] Il y a des éléments d'hystérie mais qui sont moins présents maintenant. »*
- MG12 : *« en fait je sais pas ce qui a changé son comportement. Est-ce que c'est la relation de confiance, est ce que c'est le fait d'en parler, est-ce que voilà, je sais pas ... »*

- **Réorganisation sociale :**

- MG11 : *« quand elle a eu si vous voulez un petit peu de soutien de ma part elle s'est rendu compte qu'effectivement c'était pas du tout la personne qui lui convenait. Euh ça s'est trouvé comme ça, moi j'avais pas de volonté de la faire divorcer hein. Mais euh à partir de là donc elle a repris la maison familiale pour elle, et elle s'est remise au travail. [...] et euh au jour d'aujourd'hui elle fait quand même, elle a quand même nettement moins besoin de moi, donc euh... elle mène sa vie. »*

- **Développement psycho-moteur :**

- MG10 : *« le papa n'a plus eu le droit de les recevoir, et à partir de ce moment-là, du mois de décembre jusqu'au mois de juin, euh la petite elle a fait énormément de progrès. Elle a fait des progrès à l'école, elle a fait des progrès euh, elle ne savait pas faire du vélo elle s'est mise à faire du vélo, elle a fait plein de progrès. », « Et moi j'avais le compte rendu même de la psychomotricienne qui disait que les progrès qu'elle avait fait en si peu de temps, l'orthophoniste aussi, ne pouvaient, ne se voyaient que chez les enfants qui avaient eu euh des sévices sexuels. [...] Voilà pour qu'ils fassent des progrès aussi, aussi rapidement, y avait que ça. [...] Alors c'est pareil, elle a grandi, elle est aussi grande que sa sœur alors qu'elle était plus petite, (rire) enfin, tout, tout est clair, ya eu un rattrapage, voilà, on voit bien que maintenant elle va bien. [...] : 'T. fait preuve depuis quelques mois de gros progrès dans tous les domaines, non explicables par l'évolution naturelle de ses troubles ni par la rééducation des troubles bien conduite, mais plus probablement lié à un déblocage psycho affectif, suite à l'accalmie de la situation familiale observée depuis longtemps. Très certainement des difficultés cognitives citées ci-dessus mais l'hétérogénéité de ses résultats et de son évolution ne peut être expliquée que par un rapport psycho affectif important' »*

8) Dépistage :

(Que pensez-vous d'un dépistage systématique chez tous vos patients ? Pensez-vous que cela est réalisable ?)

Certains médecins pensent que le **dépistage systématique n'est pas réalisable**, pour plusieurs raisons :

- **Manque de temps :**

- MG1 : *« voilà, et que je pensais qu'à partir du moment où tu poses cette question, si tu laisses pas... si tu laisses pas le temps de parler, tu poses pas la question quoi hein. »*
- MG2 : *« je pense qu'on n'a pas le temps », « mais après voilà tout ça demande du temps »*
- MG4 : *« S'il faut à chaque fois qu'on recherche toutes les pathologies, [...] on est que médecins généralistes on n'a pas, on peut pas passer 2 heures avec un patient en particulier ! »*

- MG6 : « on ne va pas demander à toutes les patientes qui rentrent dans une consultation si elles ont été victimes d'agression sexuelle si on a aucun élément, [...]. Non c'est pas ça c'est que déjà ça prend beaucoup de temps, et euh... le temps c'est de l'argent... ça prend trop de temps. »
- MG8 : « euh c'est-à-dire que s'il y a des symptômes, donc dès que, faudrait découvrir, enfin faudrait une liste de symptômes ou de plaintes qui nous disent 'hop celle-là on va l'interroger sur ses violences subies quand elle était enfant'. Non c'est ingérable. [...]. Non c'est chronophage, c'est le temps. [...]. Si en plus, si moi je vais rajouter un 4ème motif, 'et au fait au niveau des violences ?' non non mais faut, pour chaque patient ? non c'est pas gérable. »
- MG9 : « pfff bah après c'est le problème de temps, [...] je suis persuadée que je pose plus assez la question sur le viol, chez les jeunes filles, parce que voilà c'est un peu la routine [...] Et la routine, on est débordés »
- MG10 : « on pourrait faire encore plus de dépistage, ce qu'on fait pas forcément parce qu'on le voit pour une chose, que peut-être on est déjà en retard, que peut-être il y a d'autres choses qui s'est passé et qu'on sait qu'on a encore d'autres personnes à voir »

Sauf un médecin qui le contredit :

- MG11 : « ah ce n'est pas une question de temps hein, pour le coup ça serait pas forcément une histoire de temps »
- **Cette question serait mal perçue par les patients :**
 - MG2 : « poser ce type de questions je suis pas sûre qu'on ait une réponse hein, au final hein, parce que les gens est-ce qu'ils ont envie de parler, est-ce que c'est le moment ? [...], systématiquement regarder les femmes et leur dire 'ouais alors on va faire un petit test pour savoir si vous avez' Non je ne crois pas »
 - MG3 : « c'est vrai que quelqu'un qui est déjà pas bien et compagnie, euh, c'est vrai que c'est pas forcément la question qu'on pose en premier »
 - MG4 : « oui bon d'accord mais je vais pas demander aux gens si sexuellement parlant tout va bien », « qu'il faut quand même expliquer aux patients pourquoi on est arrivés à poser ce genre de questions, voilà, donc sans, sans le traumatiser non plus, parce qu'il peut se dire 'mais qu'est-ce qu'il a ce médecin à me poser des questions comme ça, ça peut choquer ! », « je vois pas comment on peut aborder ça, euh avec le patient, euh de but en blanc quoi je veux dire euh, même en ayant des moyens détournés, euh la personne elle est pas bête au bout d'un moment si vous posez des questions, voilà. [...] pfff nous aussi on a, on a une certaine retenue hein je veux dire voilà. Et

puis après on a peur aussi de de de la mauvaise question, de ... de l'avis du patient sur le médecin, donc il y avait une relation qui s'était établie, euh voilà donc il y a. C'est un peu compliqué quoi, c'est un peu compliqué comme démarche. »

- MG7 : *« est-ce que ça me fait peur à moi, de poser la question (rire), ou est-ce que j'ai peur de la réaction peut être étonnée parfois de certains patients »*
- MG8 : *« le médecin il faut oser en parler de ça au patient mais bon c'est compliqué en fait. C'est compliqué en fait. C'est pas évident hein, moi d'aller au-devant des gens c'est. [...] et 'je vais vous interroger si vous avez eu des violences, voir si vous avez été violée dans l'enfance, maltraitée' euh... c'est délicat ! c'est difficile hein ! je pense que c'est difficile. »*
- MG9 : *« par exemple moi j'ai des femmes que je connais depuis 25ans, à qui j'ai pas posé la question, si d'un seul coup d'un seul je leur pose la question tu vois ça fait bizarre, mais il faudrait que je le fasse. »*
- MG10 : *« alors que quand ça arrive pas très souvent, bon ou que c'est plus caché, on y pense moins et on le dit moins. [...] je crois qu'effectivement ici globalement il y a un niveau social assez élevé, et du coup voilà ya ce vernis d'éducation qui fait qu'on n'en parle pas. »*
- MG11 : *« C'est une vaste question ! euh... ça pourrait être intrusif si vous voulez. [...] Je crois que quelqu'un, une femme qui vient voir pour un certificat de sport je ne vais peut-être pas lui demander si elle a subi des violences sexuelles quoi. Ça serait un petit peu, ça serait hors de propos mais, après... », « c'est tellement, c'est un sujet tellement sensible, que si on pose la question de façon systématique j'aurais peur de la banaliser un petit peu »*

- **Manque d'outils :**

- MG2 : *« dépistage systématique, euh Faudrait vraiment que y ait un outil rapide et super sensible et spécifique quoi. [...] à moins que vous ayez un truc en 3 questions »*
- MG4 : *« Ce n'est pas un manque d'intérêt mais c'est, c'est, ya pas des questions euh typiques qui vont hop soulever tout de suite un lièvre. C'est ça qui est compliqué, ya que dans les réunions de spécialité où on a l'impression que c'est très facile hein, c'est voilà. »*

- **Ce n'est pas le rôle du médecin généraliste :**

- MG4 : *« c'est très facile peut-être pour un psychiatre, dans une réunion de dire 'mais allez chercher les problèmes et tout ça', euh... »*
- MG5 : *« je veux dire on est là aussi pour écouter ce que les gens nous livrent et pas forcément aller chercher, aller gratter. »*

- MG8 : « *Alors si aux hommes qui ont des problèmes, on leur demande s'ils bandent s'ils bandent pas, leur femme a des problèmes on leur demande sil elles ont été violées, à un moment donné c'est plus de la consultation de médecine générale, c'est nous qui allons au-devant des problèmes! je veux dire le patient il est capable à un moment donné de parler, nous on est là pour écouter les plaintes des patients, mais pas pour les créer les plaintes.* », « *après c'est évident que si on devait interroger, après les gens parlent pas trop quand même hein les gens ils... après c'est limite notre rôle hein, soit ils parlent pas trop soit / / tout le monde a des problèmes !* »

- **Inutile :**
 - MG3 : « *Après si malheureusement le mal a été fait il y a plus de 20 ans je ne sais pas si ça va changer grand grand chose* »
 - MG4 : « *Il y a le pas avant où euh, où on en parle au médecin de famille, et euh mais ça va pas aller plus loin, voilà. Ça va pas déboucher sur une plainte. Voilà, et euh, et lui à aucun moment il parlait d'aller déposer plainte et tout ça, et en plus ils le disent, à quoi ça sert ? à quoi ça sert oui c'est ça* »
 - MG5 : « *Après du systématique et creusé, des choses que les gens sont pas forcément prêts à livrer c'est pas forcément utile non plus, ça peut être contre-productif.* », « *ou on pose pas forcément la question d'emblée comme ça parce que ça n'a pas forcément d'intérêt médical à ce moment-là.* »
 - MG8 : « *moi je pense que la patiente si elle a pas envie d'en parler elle en parlera pas.* »
 - MG11 : « *Mais euh plus le fait que euh de toute façon quand une femme n'a pas envie de parler de ce genre de chose elle en parlera pas.* »

- **Prise de risque :**
 - MG4 : « *... donc si une relation euh s'est établie depuis longtemps, voilà, euh il ne faut pas casser cette relation.* », « *et puis on peut se tromper hein ! [...] Bah après il y a des choses qui peuvent orienter, mais faut pas se tromper hein ! parce que voilà.* »
 - MG11 : « *mais aller demander spécifiquement en connaissant les gens 'est-ce que vous avez subi des violences sexuelles' euh... ça voudrait déjà dire, comment dirais-je, que je suspecte quelque chose, si vous voulez, de la part du conjoint que je connais vous voyez. Et bon, c'est un petit peu... et surtout que des fois on est surpris hein.* »

Néanmoins **plusieurs médecins pratiquent ce dépistage** :

- MG1 : *« je me dis que ça peut être une porte ouverte à la parole, en fait que je peux l'accepter, que je peux l'écouter, que je peux l'entendre. Maintenant euh... j'ai pas forcément de retours par la suite »*
- MG9 : *« en fait faut poser les questions hein, si tu les poses t'as les réponses, », « bah elle elle a répondu à mes questions quoi hein donc je constate que quand on pose les questions les gens répondent, alors pas forcément la première fois, mais au moins tu ouvres la porte. Tu ouvres la porte, ils savent que, tient, t'as posé cette question-là alors ils vont te dire non d'abord et après bon. Moi ça m'est arrivé de revoir des femmes en me disant 'je reviens parce que la dernière fois vous m'aviez demandé si euh il n'y avait pas de la violence et tout ça, je vous avais dit non mais en fait si.' voilà. Donc la première fois ça les choque un peu que tu poses la question et puis en fait ils reviennent. »*
- MG11 : *« Après c'est vrai que, j'arrive, j'essaie d'avoir un temps de parole avec mes patients, où ils sont censés avoir la possibilité de me dire ce genre de choses. C'est-à-dire que je leur demande si moralement ça va, si, comment ça se passe dans leur couple, voilà je... surtout quand ils ne sont pas bien si vous voulez hein. »*
- MG12 : *« on s'est aperçu effectivement que dès qu'on posait la question on avait beaucoup de réponses. On a des réponses positives. »*

Ce qui paraît plus réalisable est le **dépistage ciblé** :

- MG3 : *« mais après peut-être que ce soit ciblé en fonction voilà des ... des symptômes quoi. [...] Axer sur certaines pathologies euh qui peuvent orienter vers un problème de ce genre. »*
- MG5 : *« Systématique peut-être pas, ciblé peut-être plus. [...] un peu ciblé oui. »*
- MG6 : *« c'est toujours délicat, euh... mais on ne peut pas demander à chaque personne s'il a été victime de viol ou de choses comme ça, il faudrait avoir quelques, quelques signes évocateurs au préalable avant de pousser un peu plus les investigations... »*
- MG7 : *« ... moi je dirais plutôt chez certains patients, dans certains cas particuliers, euh voilà de symptômes cliniques ou psychologiques qui nous font évoquer ça, », « ciblé. »*
- MG9 : *« et j'avoue qu'après cette formation là j'ai essayé de le faire systématiquement, je ne le fais plus systématiquement. [...] maintenant je pense qu'il faut euh, ya pas de, j'aime pas trop les trucs systématiques euh voilà, donc je pense que c'est en fonction de la personne que t'as en face de toi, si tu vas la revoir, si tu vas pas la revoir, si c'est quelqu'un de passage non tu poses pas la question, voilà »*

- MG12 : « *je le ferais si ya des choses qui vont m'évoquer euh un antécédent de violence.* »
- **En fonction des signes physiques :**
 - MG2 : « *après évidemment quand on voit une femme en pleurs avec des bleus, ou qu'elle ne va pas bien évidemment on se pose des questions si y a eu des violences conjugales, on peut penser* »
 - MG9 : « *sauf si les gens ils viennent pour un hématome pour un truc comme ça, si vous voulez, si ya un risque évident de violence je vais le poser.* »
- **En fonction des signes gynécologiques :**
 - MG2 : « *et qu'elles ont mal à la 'nénette' hein comme on dit, ou euh... évidemment que bon on essaie de comprendre quel est le type de symptômes* »
 - MG3 : « *Mettons, je sais pas, mettons une femme qui a des troubles sexuels, une dyspareunie ou des trucs comme ça, enfin ça en général par contre on y pense un peu plus souvent* »
 - MG5 : « *Ça m'est arrivé notamment chez une jeune de 21 22 ans, euh qui brutalement a eu des problèmes d'incontinence un peu inexplicables, physiquement en tout cas, organiquement. [...] Et euh... je sais plus si je lui ai posé la question ou pas. Ça m'a vraiment traversé l'esprit* »
 - MG9 : « *Par contre, moi quand je fais un examen gynéco je pose la question systématique. Les filles pour renouveler leur pilule je vais leur poser la question systématique. Mais c'est une consultation ciblée.* »
- **En fonction des signes psychologiques :**
 - MG2 : « *évidemment quand les gens vont pas bien, je pose la question de s'il se passe quelque chose dans leur vie hein* », « *elle allait tellement pas bien, que oui alors moi je pose des questions, 'qu'est-ce qui va pas, ça va pas dans votre couple, ça va pas au boulot'* »
 - MG3 : « *sauf si des fois ça peut arriver, voilà qu'on soit orienté, chez quelqu'un qui a une dépression chronique, qu'on demande 'est-ce que il ya eu des problèmes sexuels et compagnie' et tout, mais euh...* », « *Chez des gens qui ont des espèces de tableaux polyalgiques, dépressifs chroniques et compagnie, on ne sait jamais trop d'où ça vient, euh leur poser un petit peu plus précisément les questions quoi* », « *mais par contre pour des, pour moi des gens qui d'un coup tombent dans la dépression, se pose la question si l'origine serait pas de cette nature quoi.* », « *mais chez des gens qui ont une dépression chronique c'est vrai que ça fait pas partie des questions forcément auxquelles ont posent, on leur demande 'est-ce que vous dormez', souvent 'est-ce que vous mangez' tatatata... 'est-ce que ya eu un élément traumatisant ?' c'est vrai que c'est pas des questions qu'on pose forcément et qui pourraient être licites.* »

- MG5 : « *Sur des problèmes soit d'accès à l'intimité, soit sur des problèmes psychologiques d'anxiété, de dépression, parce que ça permet de libérer la parole et des fois essayer de poser la question finalement pour que les gens se livrent.* »
- MG8 : « *alors après évidemment, si on sent qu'elle veut dire quelque chose et qu'elle ose pas, là on peut y aller, [...] enfin je pense que je suis assez à l'écoute, pour comprendre si un patient a envie de dire quelque chose et qu'il ose pas. Et là je peux être direct. Je peux être, moi, direct.* »
- MG11 : « *beh il est certain qu'un syndrome dépressif, un état de fatigue chronique, une maladie chronique etc.* »

Mais des médecins généralistes **n'y pensent pas spontanément** :

- MG3 : « *alors c'est vrai que nous, nous peut-être qu'au niveau médecine générale on y pense pas assez, par contre c'est vrai que quand on adresse nos patients à nos confrères soit psychologue, psychanalyste ou psychiatre c'est vrai que c'est quelque chose auquel ils pensent beaucoup plus fréquemment voir de manière systématique* »
- MG10 : « *ah je sais pas si je poserais la question. [...] bah peut-être, si en fonction du contexte, ces contextes de difficulté familiale, de famille éclatée oui c'est possible. Après c'est souvent des fois des proches, autour de la famille hein, des amis, voilà donc euh, je sais pas si j'y penserais j'en sais rien. Je sais pas.* », « *je vous dis c'est pas quelque chose finalement qui fait partie trop de, c'est pas, c'est pas tous les jours quoi voilà donc on n'y pense peut-être pas trop.* »

Un médecin rapporte le fait que **certaines personnes peuvent attendre qu'on leur pose la question** :

- MG9 : « *je me souviens d'une femme pour te donner un exemple, euh qui est une femme que je connaissais depuis longtemps, oh c'était une cadre supérieure euh une intello du coin et puis un jour elle est venue et elle m'a dit : 'il y a une question que vous m'avez jamais posée depuis que je vous connais', alors moi je commence à (grimace) flipper... elle me dit 'vous m'avez pas demandé si je buvais' et elle me dit 'et bien je bois. Je bois 4 whisky tous les soirs'. Alors là ça m'a scotchée, effectivement je la voyais pas du tout picoler, et je n'ai pas pensé lui poser la question, à chaque fois que je la voyais euh bon voilà... et je lui ai pas poser la question ! et elle m'a reproché de lui pas avoir poser la question. Et pour le viol je pense que c'est pareil. [...] j'ai un problème avec l'alcool. J'ai besoin de mes 4 whisky pour dormir. Vous m'en avez jamais parlé'. Donc ce genre de femme je pense qu'elle pourrait me reprocher si je posais pas la question 'est-ce que vous estimez avoir été victime de violence ?' »*

Cependant certaines **solutions sont envisagées** :

- **Reformuler l'interrogatoire d'une personne :**

- MG7 : « *ce que j'ai envie de dire c'est que je vais peut-être repenser mes questionnaires sur ma population ciblée, (rire).* »

- **Reproposer un rendez-vous :**

- MG8 : « *soit on parle que de ça, soit j'ai un doute, effectivement, je peux poser la question, 'mais peut être ça a un rapport avec vos souffrances infantiles', il me dit oui effectivement, donc là on est d'accord, on reprend rendez-vous dans une semaine, demain, et on va parler que de ça. Ça à la limite c'est gérable.* »
- MG9 : « *par contre il faut demander aux gens de revenir et il faut leur dire 'ça m'intéresse d'en discuter avec vous, revenez je vous bloque un créneau pour en parler'* »

- **Mettre une affiche en salle d'attente :**

- MG10 : « *euh mais c'est vrai que les affiches dans les salles d'attente, des choses comme ça, ça peut aider. [...] Alors que quand ya des fois une affiche dans la salle d'attente, euh des gens nous disent 'ah au fait aussi je voulais vous dire euh'. Voilà. Et ça parfois ça permet de libérer et c'est ce qui se passe là actuellement parce qu'on en parle à la télévision* »

Les médecins poseraient comme question de dépistage :

- **Une question directe :**

- MG1 : « *est-ce que vous avez subi des violences ?* »
- MG2 : « *moi à part leur dire 'est-ce que vous avez déjà subi des violences sexuelles?', une question directe, bon euh...* »
- MG3 : « *est-ce que vous avez vécu un évènement traumatisant au niveau sexuel voilà. Aussi bien après pour les femmes que pour les hommes hein.* »
- MG6 : « *hum, pour en venir à ça ? euh... si ya eu euh dans l'enfance ou auparavant euh des situations un petit peu particulières, d'attouchements ou d'agression sexuelle.* »
- MG9 : « *'est-ce que vous considérez avoir été violentée dans votre vie au niveau sexuel', [...] c'est différent parce qu'en plus tu remets, tu remets à la personne le droit de choisir si elle a été violentée ou pas.* »

- **Compréhensible :**

- MG5 : *« je pense que là pour le coup je commencerai d'emblée par une question plutôt fermée, 'est-ce que vous avez subi, par le passé ou récemment, des violences sexuelles' euh..., je pense que c'est déjà une question assez simple et globalement compréhensible par chacun, après chacun y met aussi son son ressenti, son vécu, et le, voilà. Que les patients disent oui/non, après on peut bâtir dessus, et faire des questions plus ouvertes mais, quelque chose d'assez simple oui. »*

- **Question plus globale :**

- MG11 : *« je pense qu'effectivement euh moi ça serait plus des questions ouvertes que je poserais, à savoir 'est-ce que tout va bien dans votre vie, dans votre couple, est-ce que vous n'avez pas de problèmes sexuels, est-ce que la libido est normale' »*

9) Remarques :

(Avez-vous des remarques ou éléments à ajouter qui n'auraient pas été abordés ?)

➤ **Concernant la formation des médecins :**

- Plusieurs médecins soulèvent que la formation à ce sujet est **insuffisante pendant les études :**

- MG3 : *« on a quand même une formation théorique, on va dire, euh..., [...]. C'est vrai que je pense que, enfin, moi je me rappelle quand on avait fait les études psychologiques psychiatrie et tout ça, c'est quelque chose qui revenait un peu plus fréquemment quoi, »*
- MG4 : *« non parce que, parce que les études sont faites autour de la maladie à proprement dit, alors euh ya pas une grande place à toutes ces choses-là »*
- MG9 : *« ah pas du tout ! alors ça moi j'ai débuté ma formation de médecin généraliste on m'avait jamais parlé de violences sexuelles. Ah non ça c'est un truc, alors je sais pas si maintenant on vous en parle, mais nous la psycho on a jamais rien fait. », « donc c'est pour ça que c'est hyper important d'avoir ça en formation pendant tes études hein. Et après d'avoir surtout un réseau et de pouvoir orienter hein. »*
- MG10 : *« non pas vraiment »*

- Certains médecins se forment grâce à la **formation médicale continue** :
 - MG1 : « *j'ai fait des formations oui, sur les violences avec la SFTG* »
 - MG3 : « *une formation après officielle post universitaire c'est rarissime, enfin j'en ai jamais eu sur ce thème en particulier hein, [...]. Alors sur des sujets là-dessus... comme c'est un truc un peu spécifique euh voilà ... [...] finalement des fois ça peut intéresser les médecins de réévoquer un truc au sujet de questions qu'ils se posent tous les jours dans la pratique, voir un petit peu un organigramme comment, quelle conduite à tenir, à adapter devant une suspicion de sévices sexuels.* »
 - MG5 : « *j'en ai retenu surtout euh, ... entre guillemet qu'il n'y a pas de, ya pas de remède miracle, ya pas de bonne ou mauvaise manière, l'important c'est d'être à l'écoute, d'être disponible, de prendre le temps, euh... d'avoir une attitude qui ouvre le dialogue, avec des questions ouvertes, avec une attitude bienveillante, et puis laisser les gens parler et puis de toute façon c'est déjà une partie du soutien de laisser les gens parler de toute façon donc euh.* »
 - MG9 : « *voilà la première formation que j'avais fait c'était violence sexuelle avec viol, avec ce gars à Paris là il y a une dizaine d'années, j'avais jamais entendu parler de ça moi, enfin t'en entends parler mais pas dans ma formation quoi. [...] c'est hyper important la formation continue mais c'est un peu biaisé parce que, en fait, tu t'inscris à cette formation parce que ça t'intéresse* »
 - MG10 : « *il commence à y avoir des formations là-dessus, mais c'est pas très vieux en fait hein, moi je les ai vues passer, bon je ne l'ai pas faite, mais ya des formations là-dessus mais c'est tout à fait récent finalement en fait hein* », « *Parce que, et du coup aussi sur les praticiens (sourire) puisque si on est confronté plus souvent, on va être beaucoup plus ... intéressé par le problème et aller au-devant de formations comme ça* »

La formation se fait aussi sur le terrain, **en fonction des parcours de chacun** :

- MG2 : « *le DU de santé et développement de l'enfant quand j'ai travaillé en pmi, j'ai été médecin de crèche et médecin de pmi, évidemment qu'on parlait beaucoup de..., de, de violences et éventuellement oui de rechercher, surtout des recherches de violences sur l'enfant, alors les violences sexuelles oui ben on y est toujours confronté* »
- MG9 : « *quand je suis arrivée à Montpellier avant de m'installer j'ai bossé au planning familial aussi. Donc euh j'étais quand même sensibilisée* »
- MG12 : « *euh... non je me souviens plus je sais plus. Je me souviens d'avoir été sensibilisé sur les mutilations sexuelles, mais euh pas sur les violences. [...] alors c'est quand j'étais externe en*

gynéco obs à Angers, il y avait un chirurgien qui était spécialisé dans la chirurgie reconstructrice donc voilà on avait été sensibilisé »

➤ **Concernant la fréquence du problème :**

- MG3 : *« Et voilà et puis le-le, le, le on disait les relations sexuelles non consenties entre mari et femme, ça à mon avis qui sont beaucoup plus fréquentes, mais ya pas de statistiques de chose comme ça, ... »*
- MG4 : *« moi vu le nombre de gens que je vois, euh et vu la population aussi que je vois, je pense qu'il doit y en avoir pas mal. Mais..., ce n'est pas écrit sur le front... »*
- MG5 : *« même si euh, dans l'histoire des gens forcément il y a un certain nombre de patients ou patientes qui ont subi des violences sexuelles et qui en parlent pas forcément »*
- MG8 : *« Après, mais c'est sûr, je suis sûr que, je suis sûr hein. Que beaucoup de femmes ont été abusées. Et elle le disent pas. C'est les statistiques qui le montrent hein. »*
- MG9 : *« moi j'estime qu'il y a beaucoup de femmes qui subissent des viols conjugaux. C'est-à-dire qui n'ont pas de désir, mais qui le font parce que 'il le faut'. Donc elles viennent te voir, parce qu'elles ont mal »*
- MG11 : *« Alors c'est aussi le souvenir qu'on peut garder des choses parce que c'est vrai qu'on voit tellement de consultations mais c'est vrai qu'en discutant avec vous, assez rapidement j'ai un certain nombre de femmes, de consultations qui sont revenues. Et il y a, j'en ai quand même effectivement, je devrais pouvoir en faisant une recherche sur le logiciel je devrais pouvoir trouver une petite vingtaine de personnes à qui j'ai fait un certificat médical pour coups et blessures. Je pense. »*

DISCUSSION

ATOUPS ET LIMITES DE L'ETUDE :

Ce travail a été mené avec le plus de rigueur et de soin possible, afin d'en assurer sa validité. Il existe malgré tout, des biais liés à plusieurs paramètres.

1) Choix de la méthode qualitative :

La méthode qualitative était parfaitement appropriée pour étudier les comportements humains et les expériences vécues, qui ne sont pas quantifiables. L'étude n'avait pas d'hypothèse à priori, puisqu'il s'agissait d'une exploration des vécus personnels et des pratiques.

Les résultats ne peuvent pas être généralisés car ils sont issus d'une infime proportion de médecins généralistes. Le recueil des expériences des médecins n'est pas exhaustif, mais chacune de leurs histoires nous a apporté des éléments très riches.

2) Elaboration du guide d'entretien :

Les questions ont été choisies afin d'aborder les thèmes importants à nos yeux. Nous avons veillé à poser des questions ouvertes qui poussaient la discussion sans influencer la réponse du participant. Des questions subsidiaires étaient posées en cas de mauvaise compréhension de la question, de réponse approximative ou absence de réponse (relances).

L'entretien a été testé une fois, et n'a pas été intégré à l'étude puisque le guide a ensuite été remodelé pour une meilleure compréhension des questions.

3) Recueil des données :

La première étape consistait à sélectionner des médecins généralistes exerçant en Languedoc-Roussillon. Ils étaient contactés au hasard, leurs coordonnées figurant sur

internet. Un biais de sélection s'est installé après de nombreuses réponses négatives, nous poussant à interroger des médecins sur recommandations ou connaissance des premiers.

Cinq médecins ont justifié le refus d'un entretien par l'absence de cas pratiques de violences sexuelles vécus au sein de leur exercice.

Nous avons interrogé 5 femmes et 7 hommes, la moyenne d'âge est de 48,5 ans. L'âge moyen est en accord avec le chiffre de l'Ordre National des Médecins (51,2 ans) (31). Les proportions de médecins exerçant en urbain et en semi-rural étaient équivalentes. Le panel de médecins interrogés nous a semblé diversifié et équilibré, de plus deux docteurs avaient suivi une formation sur les violences sexuelles.

La deuxième étape était la réalisation de l'entretien. Les médecins ont été interrogés individuellement à leur cabinet, sans aucune personne extérieure. Il était précisé au départ l'anonymisation de la retranscription et l'absence de jugement afin de mettre l'interviewé dans des conditions optimales pour exprimer toutes ses opinions. L'attitude bienveillante et l'écoute attentive de l'enquêtrice étaient un atout pour mettre à l'aise le médecin et recueillir des réponses au plus proche de la réalité. Il existait néanmoins un biais de méthodologie car les premiers entretiens ont sans doute été plus influencés que les derniers, ceci lié à une maîtrise progressive de l'entretien semi-dirigé.

Nous avons mis un point d'honneur à recueillir les faits réels, les actions.

4) Analyse des données :

Le processus d'analyse a été rigoureux. Chaque retranscription avait lieu peu de temps après l'entretien afin de ne pas oublier l'atmosphère et éviter un biais de mémoire. Chaque intonation, mot, hésitation, mimique ont été conservés par écrit.

Plusieurs relectures ont été faites pour chaque entretien.

La triangulation des données a ajouté un véritable atout, une validité supplémentaire au travail limitant ainsi le biais d'interprétation.

DISCUSSION DES RESULTATS :

1) Les violences sexuelles, une définition difficile et un sujet sensible :

La première question avait pour but de connaître les représentations personnelles des violences sexuelles et de définir le cadre de l'étude. Nous donnions la définition précise du Code pénal après la réponse de l'interrogé pour ne pas l'influencer.

La définition est **difficile** à donner pour plusieurs médecins. Des hésitations, des questions posées en retour « *qu'est-ce qu'un viol quoi hein ? quand commence-t-il ?* » manifestent cette difficulté, tout comme la verbalisation directe de la complexité « *c'est pas évident* », « *je sais pas comment on dit* ». Tous appréhendent au moins partiellement la définition avec les termes d'absence de consentement, l'agression à connotation sexuelle, l'atteinte à l'intime, le harcèlement, les attouchements, le viol conjugal et l'inceste.

Il n'apparaît pas de définition médicale unanime, connue de tous. Les recherches bibliographiques ont pu extraire les définitions claires des agressions sexuelles en fonction des types : juridiques, celles du Code pénal. Mais correspondent-elles aux violences sexuelles entendues par le secteur médical ? La Haute Autorité de Santé définit en 2011 la maltraitance sexuelle sur mineur comme « *le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle. Ceci constitue une atteinte à son intégrité physique et psychique, le mineur n'ayant pas la maturité et le développement suffisants pour en comprendre le sens et / ou les conséquences* ». L'activité sexuelle est déterminée non seulement par la pénétration caractérisée mais par les attouchements, les incitations sexuelles avec emprise psychologique, (imposer à un mineur de regarder ou de participer à des photographies ou des vidéos à caractère pornographique, imposer à un mineur d'observer des relations sexuelles). Cela comprend bien évidemment aussi les actes avec pénétration anale ou génitale par un sexe mais aussi par un doigt ou par un objet, les actes avec pénétration orale par un sexe, faite sur le mineur, le fait d'inciter des mineurs à pratiquer des actes sexuels, l'exploitation sexuelle d'un mineur, à des fins de pornographie, l'incitation à la prostitution, etc. (32).

Le caractère **subjectif** de la violence rajoute une part d'ombre à la description. Nous repérons parfois une minimisation des faits de la part du médecin : « *rien de bien grave* », ou encore « *l'avait enfin euh à moitié violée* ». Un médecin interrogé dit : « *mais c'était pas des viols, il*

n'y avait pas, c'était pas des viols. Il n'y avait pas de violences extrêmes. Il y avait éventuellement des attouchements des choses comme ça, mais ils voulaient pas aller au-delà. [...] Voilà bon apparemment ces enfants-là euh n'en ont pas souffert psychiatriquement, mais voilà c'était euh, ça a pas fait, ça a pas nécessité un soutien psychologique parce que je pense que ... c'était un peu presque pfff, normal, c'était, c'était voilà euh, euh... lui était ami, enfin était aimé de la paroisse et de la famille, donc euh beh c'était, c'était un peu normal, et y avait rien de méchant voilà finalement, c'était toujours fait par gentillesse, voilà et pas de violences [...] voilà pas de violences physiques, c'était pas, y avait pas des gifles, c'était pas sous la contrainte, voilà c'est ça. Donc à partir du moment où c'est pas sous la contrainte déjà c'est différent. Voilà. Euh donc euh c'est pas, la différence avec le viol où vraiment le viol c'est vraiment contre la volonté de la personne ». Ce passage illustre la subjectivité de la violence sexuelle. Où place-t-on le curseur de l'acceptable, du normal... ?

Ceci soulève une problématique de prise en charge. Une bonne approche du sujet et donc du patient paraît compromise lorsqu'il n'y a pas de définition médicale précise connue des médecins généralistes. Il est important de définir un cadre objectif afin d'homogénéiser les pratiques et ne pas laisser la prise en charge au bon vouloir ou à la considération personnelle de chaque médecin.

Par ailleurs, nous remarquons que cette question provoque **une gêne** chez les médecins. Le malaise se manifeste par des rires, des silences, des tics verbaux « euh... », « en fait », « voilà », « et compagnie ». Selon le sociologue Pierre Merle ces mots « béquilles » utilisés à répétition permettent de remplir un discours bancal, et signent une frilosité (33). Plusieurs mots ou phrases répertoriés tels que : « je vais pas vous dire de façon triviale euh... », « la nénette », « touche-pipi », « des petites gâteries » remplacent des mots visiblement gênant à prononcer comme sexe, attouchement, ou fellation. Les changements de sujet, ou les phrases non terminées sont aussi utilisés pour sortir d'une zone d'inconfort. Nous supposons que la gêne est due au thème sensible d'une part et à l'absence de connaissances précises d'autre part.

→ La définition est partiellement appréhendée par les médecins généralistes et emprunte de subjectivité. La première problématique soulevée est l'absence de définition médicale précise connue. Ne pas connaître la définition du sujet compromet la prise en charge des victimes de violences sexuelles.

2) Les expériences vécues en consultation :

2.1) Les violences sexuelles sont fréquentes

Tous les médecins interrogés décrivent une ou plusieurs situations de violences sexuelles traitées en consultation. Tous les types de violences sexuelles sont abordés lors des 12 entretiens : harcèlement sexuel professionnel, agressions sexuelles (par un médecin généraliste, par un prêtre), viol collectif à domicile, incestes, viols conjugaux (jusqu'à l'âge de 94 ans). Nous remarquons qu'au fil des entretiens, plusieurs médecins se remémorent d'autres cas. Ceci démontre la fréquence du problème. Les cas rapportés sont majoritairement intra-familiaux : l'inceste et le viol conjugal, ce qui correspond aux données de l'enquête VIRAGE (12). Un médecin insiste sur la fréquence des viols conjugaux qu'elle rencontre au cabinet : « *mais moi je trouve que dans mes patients c'est plus le viol intraconjugal qui me pose problème quoi hein.* ». Le médecin généraliste expose le fait que de nombreuses femmes ne désirent pas de rapports sexuels avec leur mari mais n'ont pas le choix. Ces femmes souvent n'apparentent pas ceci à du viol : « *Donc pour elle c'est pas du viol, elle se laisse faire ! mais elle en a pas envie et elle a mal...[...] mais elle le dit 'j'ai pas le choix'* ». La relation sexuelle au sein du couple est parfois considérée comme le devoir conjugal. L'absence de menace physique dans le contexte du couple implique un consentement par défaut. Il est encore plus effrayant pour ces femmes de penser que celui avec qui elle partage sa vie les viole. Or, rappelons qu'une atteinte sexuelle sous la contrainte qu'elle soit physique ou morale est un viol. Le rôle du médecin est aussi l'éducation : informer les patients, et rappeler qu'il faut savoir dire non. Ces situations sont fréquentes et très délicates pour le médecin qui connaît les deux membres du couple : « *ça voudrait déjà dire, comment dirais-je, que je suspecte quelque chose, si vous voulez, de la part du conjoint que je connais vous voyez. Et bon, c'est un petit peu... et surtout que des fois on est surpris hein* ». Intervenir au sein d'un couple est complexe et l'implication du médecin ne doit pas dépasser une certaine limite. Ceci est illustré dans la situation où des patientes réclament des certificats lors d'infections génitales ou mycoses : « *faites-moi le certificat pour mon mari en disant qu'il faut pas de rapport pendant 15jours* ». Par ailleurs, deux cas similaires à propos d'une prescription d'un traitement contre les troubles de l'érection sont retrouvés dans les entretiens. Les épouses des hommes concernés souffraient du désir inassouissable et des rapports traumatiques. Dans les deux cas elles se sont exaspérées de l'action du médecin, en considérant qu'il était en quelque sorte complice.

L'inceste est aussi prédominant dans les situations rencontrées. « [...] Elle a été violée par son père. Voilà, truc classique ». Cette remarque exprimée sur le ton de la banalité est paradoxalement criante. La fréquence de l'inceste entraînerait-elle une confusion dans les pensées collectives ? Peut-on y voir une sorte d'acceptation ?

Les cas de violences sexuelles rapportés ne concernent pas exclusivement les femmes. Celles-ci sont plus nombreuses comme le montrent toutes les études épidémiologiques. Néanmoins deux situations de violences sexuelles sur des hommes ont été décrites dans les entretiens. Il ne faut pas oublier que les hommes (surtout enfants) peuvent y être confrontés. Cet aspect n'est peut-être pas encore assez ancré dans les mentalités comme le montre l'exemple : « en tout cas j'en ai pas dépisté. Si peut-être des violences psychologiques, des hommes qui disent 'ma femme elle est barjo j'en peux plus et tout, euh elle est nymphomane elle est', voilà, enfin (rires) je dois pas être très à l'écoute dans ce sens-là ». Le tabou est encore plus grand pour eux. La perception du viol sur un homme est encore trop limitée dans notre société et exclut que l'auteur puisse être une femme. L'agression sexuelle masculine concerne aussi les attouchements, les fellations sous contrainte (donnée et reçue) et les pénétrations anales. L'idée que l'érection de l'homme prouve une excitation ou un consentement est fautive, tout comme celle qu'une femme est consentante lorsqu'elle se laisse pour morte lors d'un viol et ne se débat pas. Les mécanismes cérébraux dans ce genre d'agression sont dépassés. Une étude américaine publiée dans l'American Journal of Public Health bouscule les idées et inclut une nouvelle catégorie de violence sexuelle « contrainte à pénétrer » (victimes forcées à pénétrer quelqu'un avec des parties de leur propre corps, par la force physique ou la contrainte, ou quand la victime était ivre, droguée, ou autrement incapable d'exprimer son consentement). Avec la prise en compte des violences sexuelles en milieu carcéral, les chiffres relevant des contacts sexuels non consentis sont équivalents entre les sexes aux Etats-Unis (34, 35).

→ Il est frappant de voir que sur l'infime partie de médecins généralistes interrogés (12 sur 6742 inscrits à l'Ordre dans le Languedoc-Roussillon en 2017, et 136600 en France (31)), nous relevons une multitude de cas de violences sexuelles : enfants, adultes, personnes âgées, hommes, femmes. Cela laisse présager du nombre incalculable de personnes victimes de violences sexuelles en France, des cas non diagnostiqués que nous voyons pourtant dans nos cabinets.

2.2) Les multiples manières de découvertes

Un des médecins interrogés a détecté une violence sexuelle en posant la question lors d'une première consultation afin de compléter au mieux les antécédents. La patiente n'en avait jamais parlé, ni même à la psychologue qui la suivait depuis 3 ans. Une question ciblée par le médecin lui a permis de révéler les faits pour la première fois. Ceci a découlé sur une prise en charge adaptée. D'autres médecins décèlent des violences sexuelles via des « indices » : contexte socio-familial difficile ou contexte clinique en faveur, ou bien après plusieurs échanges lorsqu'une relation de confiance est installée. La démarche vient parfois du patient ou par l'intermédiaire de sa famille, bien souvent après plusieurs années de suivi, sans que le médecin ne se doute d'un tel passé. Il semble que l'existence d'une relation de confiance soit essentielle à la libération de la parole. Malheureusement cela implique un délai de plusieurs années et autant de retard de prise en charge. *« On s'est rendu compte qu'une famille qu'on connaissait finalement [...] il s'est fait inculper, il a été mis en prison, [...] bah on a appris un de ces quatre que voilà il a été inculpé et puis après de fil en aiguille [...] vous apprenez que cette gamine que vous connaissez depuis des années est enceinte de son beau-père qui l'a violée »*. Le ton et l'attitude employés sur cette phrase peuvent laisser transparaître une forme d'échec de la prise en charge. Aucun médecin n'a détecté l'inceste malgré le suivi régulier de cette jeune fille. Le fait de l'apprendre par hasard rend l'abord du sujet plus complexe.

→ La façon de découvrir une violence sexuelle positionne le médecin différemment : celui-ci est actif lorsqu'il interroge directement son patient. Il est passif lorsqu'il l'écoute et devient totalement extérieur lorsqu'il l'apprend par hasard. Les manières de découvrir les violences sexuelles sont multiples et tous les leviers sont bons pour y parvenir. Il est important pour un médecin généraliste d'être attentif.

2.3) Le ressenti personnel face au ressenti professionnel :

Plusieurs émotions ou états d'esprits sont perçus lors des entretiens, triés en deux grandes catégories : un ressenti personnel et un ressenti professionnel.

Certains expriment des émotions fortes comme **le choc**, **le traumatisme**. Plusieurs projettent la situation sur leur vie personnelle, notamment leur famille et plus particulièrement

leurs enfants. Nous pouvons nous interroger sur la conséquence directe de tels ressentis au niveau de la prise en charge. La sidération d'un médecin altère ses capacités de raisonnement et de clairvoyance, ce qui rend très difficile la suite de la consultation. Elle l'affecte sur le plan intime, ce qui peut représenter un danger. Ces bouleversements ressentis par le médecin révèlent une sympathie : il souffre avec le patient. Le ressenti personnel peut se manifester par **le doute**. Plusieurs docteurs s'interrogent quant à la véracité des faits : « *Alors après voilà, est-ce que la mère elle est bien nette ?* ». Le doute peut être interprété comme un déni ou une protection face à l'horreur ou la gravité des situations. Il place le médecin dans une zone d'inconfort où le soignant devient aussi enquêteur.

Dans les deux cas de figure ci-dessus, la prise en charge peut ne pas être optimale.

Face aux violences sexuelles, d'autres docteurs abordent les cas de manières différentes. Leurs ressentis s'éloignent du personnel, pour se diriger vers le professionnel. Ils se **remettent en question** : « *c'est vrai peut être que c'est ce que j'aurais dû faire* », ils prennent du **recul** : « *Faut surtout pas, enfin à mon avis faut surtout pas être traumatisé, mijoré, enfin faut aller, avoir le même ton de dialogue et de conversation avec le patient* ». Dans ces cas-là les médecins expriment de l'empathie : ils se mettent à la place de, sans pour autant souffrir avec le patient. Ils ne mettent donc pas leur propre affect en jeu et se préservent personnellement. Cette démarche protectrice poussée à l'extrême aboutit parfois à une **absence totale de compassion**. « *(silence) bah ... rien* ». Cette herméticité peut malheureusement entraver au soutien dont a besoin le patient.

Les réactions diffèrent en fonction de l'expérience professionnelle, des vécus personnels ou encore de l'éducation que chacun reçoit. Les stratégies élaborées sont différentes en fonction de chaque médecin pour faire face aux situations difficiles. Un médecin contacté par téléphone a refusé l'entretien en disant « *En 35 ans de médecine générale je n'ai jamais vu ça !* ». Force est de constater que certains médecins sont totalement étanches à ce sujet. Sont-ils dans le déni face à l'horreur ?

→ **Le médecin est avant tout humain et se retrouve parfois lui aussi traumatisé. Il est fondamental de trouver l'attitude adéquate pour aider au mieux son patient, sans mettre en jeu son affect personnel.**

2.4) A priori, pas de difficultés :

A cette question, 10 médecins sur 12 répondent ne pas avoir rencontré de difficultés. Paradoxalement, 8 d'entre eux n'ont jamais reparlé du sujet avec leur patient. Ne pas réaborder le sujet n'est-il pas révélateur de l'existence de contraintes ? En effet nous relevons plusieurs obstacles à la gestion de ces consultations.

Certains médecins ont exprimé **un manque de compétences** : « *c'est plus sur le, la prise en charge psychologique, psychothérapeutique quoi. J'ai encore du travail à faire* », notamment en termes de psychologie. Il apparaît également qu'ils n'ont pas la connaissance de réseaux ou structures adaptés, spécialisés dans le traitement des violences sexuelles. Ils rencontrent des difficultés au moment d'orienter le patient : « *Et arrivée à la gendarmerie du coup ils l'ont adressée à la psychologue de la gendarmerie en fait. Je ne savais même pas que ça existait* ». En revanche, deux médecins orientent leurs patients vers des structures connues : Centre d'Information des Droits des Femmes et des Familles (CIDFF) ou psychologue victimologue. Chacun d'entre eux ont suivi dans leur parcours une formation sur les violences sexuelles. La notion de **tabou** semble représenter une autre difficulté par les médecins interrogés. Le tabou coexiste chez le patient et chez le médecin. « *On en a jamais reparlé, j'ai jamais osé, euh... parce que je me dis on va peut-être pas remettre ça sur le tapis* ». La présence chez chacun d'entre eux entraîne un malaise, ce qui complique l'échange voire l'interrompt. Le manuel Canadien « de pratique sensible à l'intention des professionnels de la santé : leçons tirées des personnes qui ont été victimes de violence sexuelle durant l'enfance » (36) recommande aux professionnels de ne pas ignorer leur propre malaise. Le patient risque de le ressentir et d'éprouver encore plus de culpabilité et de honte. Il semble que ce soit la gêne des médecins ou leur absence de gêne à poser les questions qui conditionne l'aisance des patients à y répondre (37). Le **sentiment d'impuissance** du médecin face à la prise en charge des différentes violences sexuelles apparaît comme une nouvelle difficulté. La frustration prédomine dans ces situations. « *On ne peut rien faire, rien dire. On peut pas, voilà.* ». Les médecins interrogés veulent mettre en place un suivi mais le manque d'outil, d'expérience, les freinent dans l'accompagnement. Deux médecins évoquent **la réticence à examiner** ces personnes. L'examen clinique atteint les pudeurs du patient, et du médecin : « *on se dit 'bon sang déjà tout ce qu'elle subit' c'est peut-être pas la peine d'être là... euh* ». Une thèse réalisée à Montpellier montre que les médecins d'aujourd'hui sont soucieux du regard sur leur actes. Alors qu'il est convenu que le médecin doit soigner le corps et l'intime, sa pudeur peut le limiter dans ses gestes ou paroles et donc

limiter le soin. Néanmoins les médecins ont envie de proposer une médecine humaine, sensible, qui respecte les limites d'une situation, d'un vécu (38). Il convient de composer avec la pudeur du patient et celle du médecin pour trouver un équilibre humain dans le soin.

Le **tableau clinique** d'un patient qui a subi des violences sexuelles est bien souvent **complexe**, il associe divers symptômes, sans syndrome clair décrit dans les ouvrages de médecine : « *on avait évoqué la fameuse fibromyalgie... est-ce qu'elle existe ? ...* ». Il est difficile de traiter le symptôme lorsqu'on ne connaît pas la cause. Par ailleurs le patient ne consulte pas toujours seul. Une **tierce personne**, souvent un membre de la famille, peut être un frein à l'évocation du sujet. Il apparaît délicat de faire sortir un parent qui accompagne son enfant en consultation, tout comme demander à un membre du couple, de sortir de la pièce. Cette situation peut entraîner un malaise chez les personnes concernées et le médecin est vu comme suspicieux. Néanmoins le médecin doit tenir un rôle d'impartialité et de protection, faire sortir les parents d'un adolescent par exemple peut faciliter la confiance.

Un médecin souligne le **manque d'accessibilité et de disponibilité** des médecins psychiatres dans un délai court. Il est le spécialiste compétent dans la prise en charge des troubles développés après une agression sexuelle (nous y reviendrons dans le chapitre Impact sur la santé). Il peut instaurer un traitement médicamenteux si nécessaire, mettre en place des thérapies cognitivo-comportementales et suivre l'évolution clinique du patient. L'intermédiaire est la prise en charge par un psychologue. Il est accessible plus vite et étudie spécifiquement les relations interhumaines, les activités mentales et comportementales en fonction du vécu. Il apporte une aide dans la gestion et la compréhension des émotions. La problématique se situe au niveau du coût des consultations chez un psychologue. Cette dépense n'est pas abordable par tous. Ce manque doit être compensé par les médecins traitants. Un des médecins interrogés semble atterré par la **charge de son activité** : « *donc tout le monde balance sur nous, donc on récupère tout. On récupère tout. [...] en médecine générale on a de plus en plus de choses qui nous retombent sur les épaules là. C'est pfff, c'est affolant quoi* ». Il est important de pouvoir se former une toile de professionnels avec qui nous pouvons partager les prises en charge.

→ **L'absence de difficultés annoncées par les médecins lors des entretiens est remise en question à travers les exemples ci-dessus. Il apparaît plus difficile que prévu de mener ce type de consultation.**

2.5) Le rôle essentiel du médecin généraliste :

Nous mettons un point d'honneur à connaître les actions des médecins dans le but d'apporter une analyse pertinente du réel. Il est très intéressant de voir comment les médecins ont mené ces consultations.

Immédiatement, les praticiens apportent **une écoute**. Leurs attitudes bienveillantes permettent aux patients de se livrer et se libérer d'un poids. « *Je pense sincèrement qu'elle voulait être entendue qu'elle avait besoin de, de l'exprimer, quelque chose qu'elle a gardé pour elle pendant des années et des années* ». C'est le premier rôle que tient le médecin. Il laisse le patient s'exprimer, verbaliser et s'apaiser de ses maux. Il s'agit de la première étape du soin. **Le dialogue** est ensuite engagé. Un échange se crée et le médecin adopte des stratégies différentes en fonction des personnes. L'empathie permet le soutien direct, tandis que d'autres utilisent un ton plus ferme pour recadrer et guider ; rassurer les patients fait partie également du champ d'action des médecins. Tout ceci est permis grâce à la **relation de confiance ou l'alliance thérapeutique** entre un patient et un médecin. Le médecin est tenu au secret médical, le patient partage son secret sans peur qu'il soit divulgué. Il peut s'avérer être le premier interlocuteur, c'est le professionnel de santé qui prend en charge la personne dans sa globalité, avec un suivi dans le temps. La simplicité de prise de rendez-vous auprès d'un médecin généraliste est un atout dans le cheminement. **L'accessibilité** financière spatiale et temporelle est facilitante pour le patient.

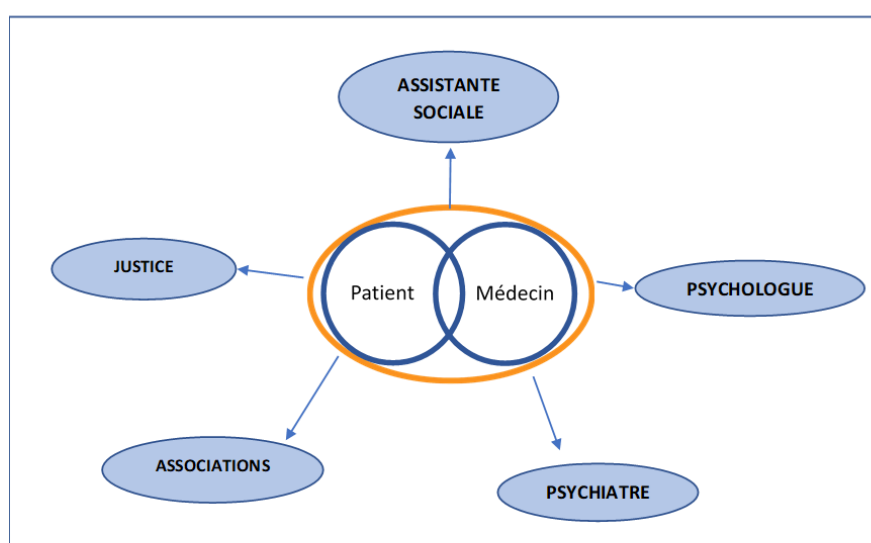


Figure 1 : alliance thérapeutique au centre de la prise en charge.

Il est arrivé dans deux cas que le médecin adresse la personne à l'hôpital : aux urgences pour permettre une consultation rapide par un pédiatre et un médecin légiste, et en consultation gérontologique à la recherche d'une démence frontale.

Le médecin rédige aussi un **certificat de coups et blessures**. Ce papier constitue une pièce du dossier juridique. Il doit être parfaitement objectif, relater les faits et décrire les lésions. Un médecin interrogé a été avisé par le Conseil de l'Ordre qu'une plainte contre elle était en cours, suite à la rédaction d'un certificat. *« J'ai mis dans mon certificat en disant que. Et puis beh après j'ai été convoquée par le conseil de l'ordre, parce que le père avait porté plainte contre moi. Voilà »*. Cette situation est percutante : l'intention du médecin généraliste était de protéger l'enfant qui subissait l'inceste par son père. La rédaction du certificat mettait en jeu son avis personnel et portait donc un jugement sur la culpabilité du père, ce qui est interdit par le Code de déontologie médicale (article 28). Avec le recul, ce médecin décrit la démarche de celle d'une mère. Son affect a dépassé ses droits et devoirs professionnels. Au vu des éléments médicaux, le signalement auprès du Procureur était la priorité. Une autre thèse réalisée à Montpellier montre que la démarche de signalement est vécue négativement par les médecins et souligne la crainte d'engendrer une rupture du lien familial. Ceux-ci méconnaissent les cellules de recueil des informations préoccupantes qui est un intermédiaire entre la non intervention et le signalement judiciaire (39). L'association mémoire traumatique et victimologie émet dans ses recommandations en 2015 qu'il serait nécessaire d'instaurer une protection des professionnels de santé (contre les attaques en justice ou devant le Conseil de l'Ordre) qui signalent des maltraitances et qui établissent des certificats médico-légaux pour des victimes de violences (40).

A long terme le médecin engage une démarche de **soutien psychologique**. Le passé violent d'un patient est à prendre en compte dans son suivi. Il peut expliquer certains agissements, certains symptômes et fragilise la santé psychologique et physique du patient. Celui-ci doit pouvoir recourir à son médecin lorsqu'il a besoin d'une ressource stable. Les médecins accentuent également l'intérêt de la prise en charge par un psychologue. **L'orientation vers un psychiatre** survient lorsque le patient présente des symptômes d'ordre pathologique. L'altération de sa santé est telle, qu'il n'arrive plus à mener sa vie familiale, sociale et professionnelle normalement. Le médecin estime qu'il doit **redoubler de vigilance** car le patient est fragile : *« Pour moi elle était identifiée comme une personne euh... plus fragile psychologiquement, chez laquelle, qu'il fallait doublement soutenir et suivre psychologiquement »*. Le médecin généraliste est au cœur de la prise en charge puisqu'il oriente vers les différents

acteurs. En parallèle au soutien psychologique, il dirige le patient **vers une aide sociale**. Les associations sont des moyens efficaces dans la lutte contre l'isolement. Il informe également le patient des **démarches juridiques** : les droits, les devoirs, les procédures. La démarche est souvent fastidieuse et le patient doit être fort pour l'affronter. *« Je lui ai dit déjà que sur un plan légal ça pourrait, elle avait des possibilités d'agir et que moi je pouvais la soutenir dans cette démarche »*. La reconnaissance juridique de la violence sexuelle permet une meilleure reconstruction des victimes.

→ Le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié et occupe un rôle primordial dans l'accueil de cette révélation (41). La mise en confiance et en sécurité du patient permet ensuite de l'orienter vers des professionnels et structures compétents dans le traitement des différents troubles. L'accessibilité du médecin généraliste est un véritable atout.

3) Les nombreux impacts sur la santé :

Tous les médecins interrogés listent des conséquences sur la santé des personnes vues en consultation.

3.1. Les conséquences psychiques :

a) Psychologiques :

« Que ce soit des viols ou des sévices sexuels, les dégâts principalement sur le plan psychologique ».

Nous relevons dans les différents récits les sentiments éprouvés par les victimes :

- La dévalorisation : par la honte, la mauvaise estime de soi.
- La culpabilité.
- Le choc : le traumatisme, la peur.
- L'isolement : le déni, le secret, l'emprise.

Ces souffrances vécues quotidiennement altèrent au bonheur, à la confiance en soi et à la qualité de vie.

b) Psychiatriques :

Les éléments suivants se rapportent à la maladie (42).

▪ Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) :

Il apparaît à la suite d'un événement traumatique et perturbe le fonctionnement social, affectif ou professionnel. Il associe un syndrome de répétition (les reviviscences et les ruminations de l'évènement), les conduites d'évitement de tout ce qui évoque l'évènement, une hypervigilance (état d'alerte permanent et réactions intenses) et un émoussement affectif (réduction d'intérêt pour les activités habituelles). « *Quelque chose qui me hante [...] ça me ronge, c'est régulièrement les idées et les images me reviennent dans la tête* ». Vivre un attentat, une guerre ou un viol sont facteurs prédictifs de développer un TSPT. Nous reviendrons sur cette entité ci-dessous. (Critères diagnostiques DSM-V en Annexe 4).

▪ L'épisode dépressif majeur :

C'est le trouble de l'humeur dominé par la tristesse et un ralentissement global de la psychomotricité. Il est d'origine multiple : neurobiologique, endocrinienne, génétique, et sociologique. Les événements de vie comme un abus sexuel sont des facteurs précipitants. Il existe plusieurs formes de dépressions : trouble bipolaire, trouble anxiodépressif, mélancolie, qui nécessitent une connaissance précise pour mieux les traiter. Les études démontrent un lien significatif entre l'antécédent d'abus sexuel et le développement d'une pathologie dépressive (43, 44, 45).

▪ Les troubles anxieux :

○ Le trouble anxieux généralisé

L'anxiété de fond est permanente. L'appréhension, l'inquiétude sont excessives et le patient ne peut pas les contrôler. Il s'accompagne de symptômes tels que l'irritabilité, l'agitation, la tension musculaire, les troubles du sommeil.

○ La phobie

La phobie sociale est un sentiment de crainte ou de honte lorsque le sujet est exposé à l'attention d'autrui. Sa peur intense l'amène parfois à éviter ces situations et trouble son fonctionnement social. La phobie simple est une peur excessive déclenchée par la présence ou l'anticipation d'un stimulus précis.

- Les troubles somatoformes :

La personne présente des symptômes somatiques : douleurs, troubles fonctionnels intestinaux, troubles d'allure neurologique, cardiaque. Elle ne simule pas, néanmoins il n'est pas retrouvé d'affection organique sous-jacente : « *tout le cortège de symptômes physiques qui vont avec, gastrique, douleurs abdominales, maux de tête et tout ça, à cause d'un truc de ce genre, qui s'est produit il y a même x années en arrière* ».

- Les troubles de la personnalité : hystérie

Il s'agit de l'histrionisme : théâtralisme et exagération des attitudes. Elle regroupe aussi un égocentrisme, une superficialité des affects, une intolérance à la frustration et une hyperréactivité émotionnelle.

- Les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) :

L'anorexie mentale est une restriction volontaire de l'alimentation. Une restriction drastique des apports associée à des rites alimentaires, des tris, des vomissements provoqués, une hyperactivité sportive. La dysmorphophobie est un trouble de la perception de l'image de son corps et se manifeste par le dégoût. La boulimie est un craving où l'individu ressent une sensation irréductible oppressante de faim. « *Elle formulait bien un lien, elle, entre ce souvenir traumatisant et ses compulsions alimentaires* ». Il ingère des quantités anormalement élevées, très caloriques en un temps restreint. La culpabilité de la crise entraîne ensuite un vomissement provoqué. Ce trouble accompagne souvent le sentiment de faible estime de soi, d'autodépréciation. Une étude montre que les personnes atteintes de TCA ayant eu une enfance traumatisée en souffrent plus précocement. La forme est plus grave et les purges sont excessives (46).

- L'addiction.

C'est l'utilisation incontrôlable d'une substance. Celle-ci altère l'état de santé, rend incapable la personne de remplir ses obligations professionnelles, entraîne des problèmes judiciaires. La personne cherche à ressentir un bien être. La dépendance se crée peu à peu et fait sombrer la personne. Les femmes, plus souvent que les hommes, consomment des drogues pour faire face aux souvenirs d'évènements traumatisants (47).

- Le comportement suicidaire.

Le suicide est une intention volontaire de mort. La détresse est telle qu'aucune autre solution n'est utile pour soulager les souffrances. L'association d'abus durant l'enfance (violence

émotionnelle, physique, sexuelle) et de diagnostic de TSPT dans la vie d'un patient entraîne un risque accru de tentatives et d'intentionnalité suicidaire (48,49). Aussi, l'antécédent de conduite suicidaire familiale associé à une maltraitance infantile provoque des tentatives de suicides plus fréquentes, plus sévères et plus violentes (50).

Une revue de la littérature fait le point en 2017 et prouve que l'antécédent d'agression sexuelle est un facteur de risque majeur de toutes les formes de psychopathologies, trouble du stress post-traumatique et conduite suicidaire (51).

3.2. Les conséquences physiques :

Les abus sexuels provoquent chez les victimes :

- Des douleurs chroniques. Elles peuvent s'intégrer dans le trouble somatoforme et sont dues aussi au seuil douloureux plus bas des personnes dépressives. Les personnes abusées dans l'enfance courent un risque accru de souffrir de douleur chronique à l'âge adulte (52).
- Les troubles du sommeil (53), en lien avec le TSPT.
- Les troubles neurologiques : céphalées, vertiges... (54).
- Les troubles fonctionnels intestinaux : douleurs gastriques, vomissements, nausées, indigestion, douleurs et ballonnements abdominaux, troubles du transit (diarrhée, constipation) ... Les antécédents d'abus sexuel sont statistiquement associés à un nombre accru de symptômes gastro-intestinaux fonctionnels (55).
- L'obésité et les troubles métaboliques, le diabète sont reconnus en lien avec le passé traumatique. L'affect négatif, l'alimentation désordonnée et l'inactivité physique (pouvant être liée aussi à la dépression) sont 3 composantes de l'obésité (56).
- Les abus sexuels exposent aussi à des risques infectieux : les infections sexuellement transmissibles (VIH, hépatite B, hépatite C, syphilis, gonocoque, chlamydiae, herpès), ainsi que les impétigos, les mycoses.
- Les troubles gynécologiques et sexuels sont fréquents : absence de libido, vaginisme, dyspareunie, anorgasmie, ou dans le cas inverse hypersexualité, désinhibition.
- Certaines personnes reçoivent des coups : hématomes, fractures. Et certaines développent aussi des pulsions hétéro ou auto-agressives.
- Un cas d'abus sexuel rapporté dans un entretien avait engendré une grossesse.

- Les troubles cardio-vasculaires sont secondaires aux troubles métaboliques, addictions, et sédentarité, liés eux-mêmes aux pathologies psychiatriques décrites ci-dessus. Une étude a démontré le risque cardio-vasculaire significativement augmenté chez les femmes victimes d'abus sexuels (45).
- Dans 3 entretiens, le patient abusé sexuellement avait déclaré un cancer à l'âge adulte. Une étude américaine publiée dans le Plos One a démontré en 2014 que l'abus sexuel est un facteur de risque d'apparition de cancer (57).

LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE :

L'American Psychiatric Association publie en 2013 la cinquième et dernière version du DSM, référence mondiale de la psychiatrie (58). Les états de stress aigu et de stress post-traumatique évoluent ne constituent plus une catégorie des troubles anxieux, mais des entités individuelles : troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. Le DSM-V élargit ses critères diagnostiques jugés trop restrictifs dans le DSM-IV (Annexe 4). « La recommandation reflète la reconnaissance accrue du traumatisme comme précipitant » (59) .

Sa prévalence après un viol est élevée, variant en fonction des études. Une victime de viol a entre 60 et 80 % de risque de le développer alors qu'une victime d'un traumatisme autre a 24% de risques (54,60,61). Le nombre important d'études apporte des preuves et démontre que la charge allostatique⁶ associée au TSPT provoque une morbidité physique sous la forme de douleurs musculo-squelettiques chroniques, d'hypertension, d'hyperlipidémie, d'obésité et de maladies cardiovasculaires. Ceci suggère que les effets du TSPT (et donc la violence sexuelle) doivent être considérés comme un problème de santé publique mettant en péril la santé physique et psychologique de l'individu (63).

⁶ « L'allostasie est le processus par lequel le cerveau, qui interprète les événements de la vie quotidienne et produit des réponses physiologiques et « comportementales », tente de promouvoir l'adaptation à court terme. Elle peut se définir comme la capacité à maintenir la stabilité à travers le changement de variables biologiques au sein de systèmes adaptatifs complexes. Par l'allostasie, le système nerveux autonome, l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien et les systèmes cardiovasculaire, métabolique et immunitaire protègent l'organisme des effets du stress, interne ou externe.

La charge allostatique, en revanche, résulte d'un excès ou d'un déficit chronique d'activité de ces systèmes adaptatifs ou encore d'un défaut de régulation de ces systèmes. La répétition d'états allostatiques (états prolongés d'activité stimulée des médiateurs de stress tels que glucocorticoïdes, catécholamines, neurotransmetteurs et cytokines), quelle qu'en soit la cause, conduit au développement de la « charge allostatique », qui peut encore se définir comme le prix payé par l'organisme (cerveau et autres organes et tissus) pour tenter de maintenir l'allostasie. » (62)

MECANISMES NEUROBIOLOGIQUES DANS LA FABRICATION DES SYMPTOMES :

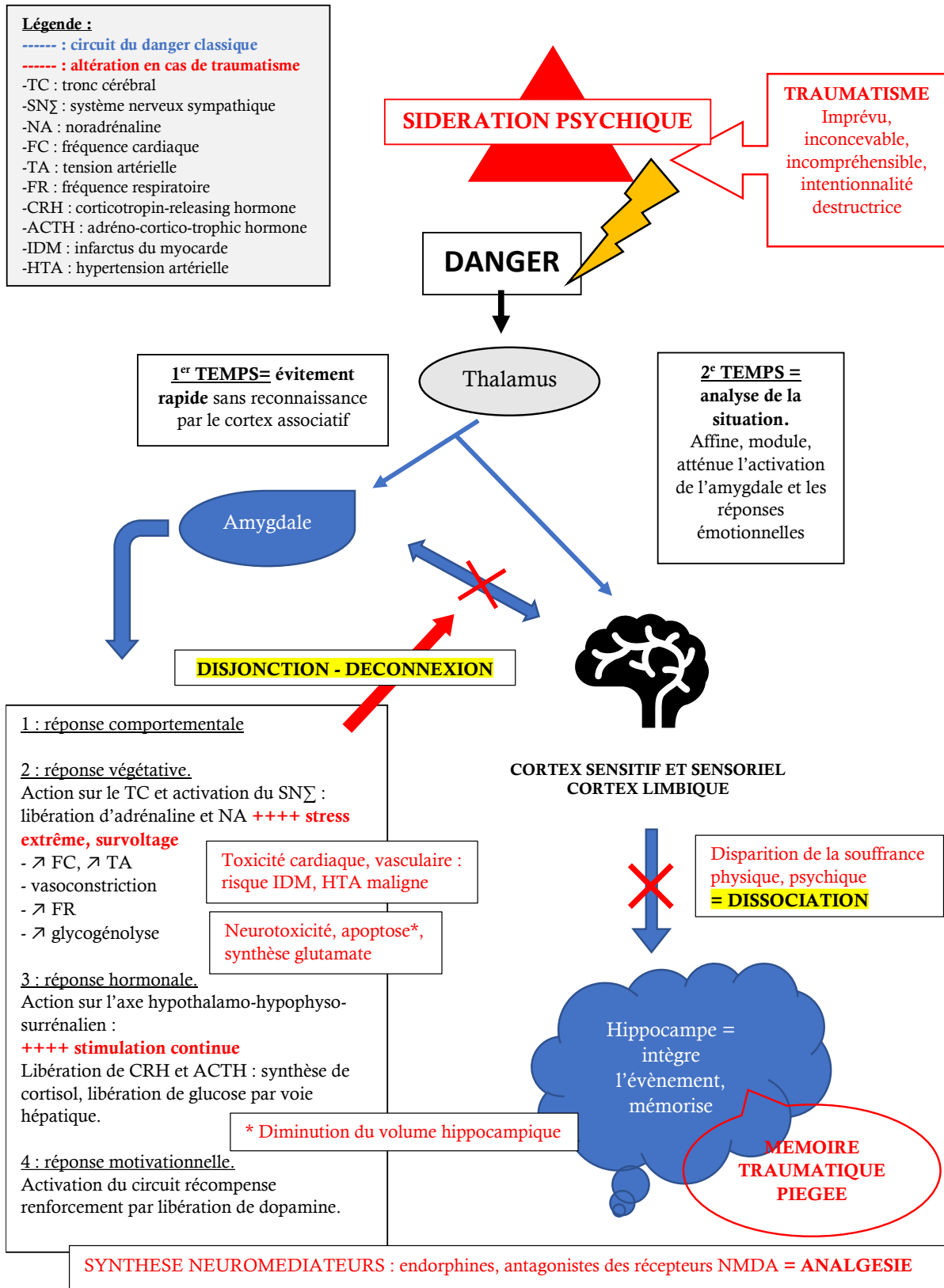
Le Dre Salmona, psychiatre victimologue, étudie et publie sur la mémoire traumatique (60). Elle développe dans le chapitre 2 du livre noir des violences sexuelles, « la fabrique des psycho traumatismes », les mécanismes neuropsychiques créés lors d'une agression sexuelle, qui inscrivent les conséquences cliniques à long terme. Nous avons tenté de schématiser ces réactions cérébrales.

Lorsque nous sommes exposés à un danger, le thalamus (noyau gris central cérébral) envoie d'abord l'alerte à l'amygdale, source d'une réaction émotionnelle de survie automatique et inconsciente. Le corps est capable d'un effort plus intense de par la sécrétion d'hormones du stress (adrénaline, noradrénaline) pour échapper au danger. Dans un deuxième temps, l'hippocampe (centre régulateur de la mémoire, de l'apprentissage) et le cortex sensoriel associatif analysent l'évènement et adoptent des stratégies afin de moduler cette réponse au stress et assurer le meilleur comportement. Les trois structures : hippocampe, amygdale et cortex associatif constituent le système limbique. L'hippocampe mémorise les informations, les stocke et les réutilise lors de l'évocation de l'évènement, ou en cas de répétition de l'évènement. Ceci nous permet de mieux appréhender le potentiel futur danger. Lors d'un évènement traumatisant nous mettant face à la mort ou à l'inconcevable violence, ces mécanismes sont sidérés. Le cortex et l'hippocampe sont comme paralysés et incapables de moduler et analyser cette information. L'amygdale est donc stimulée de façon inappropriée et permanente. Ceci entraîne une suractivation du système nerveux sympathique et la sécrétion d'hormones de stress potentiellement toxiques pour l'organisme (infarctus, toxicité neuronale), conduisant à un « survoltage » du système et disjonction. L'amygdale s'éteint, déconnectée de l'hippocampe et du cortex (64). Des neurotransmetteurs, endorphines et drogues "kétamine-like" (des antagonistes des récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA) du système glutamatergique) sont relarguées afin « d'apaiser » le cerveau, c'est l'analgésie. L'évènement persistant ne sera plus ressenti comme douloureux ou insupportable, l'hippocampe déconnecté aura piégé l'information (mémoire traumatique), le cortex ne recevra plus l'information émotionnelle (anesthésie émotionnelle), ce qui donnera cette sensation d'étrangeté, de dissociation de l'esprit et du corps (dépersonnalisation) (65). L'excès de cortisol entraîne une mort des cellules (apoptose) neuronales. Un échec de l'activation de l'hippocampe et un volume hippocampique diminué de 16% ont été observés chez les femmes abusées souffrant de TSPT par rapport aux femmes abusées sans TSPT. Ces résultats sont en accord avec les déficits de la fonction et de la structure de l'hippocampe dans le TSPT lié à

l'abus (66, 67, 68). Dans le TSPT le circuit neuronal amygdale-hippocampe est altéré et n'analyse plus correctement les informations. Les réactions de peur sont excessives face à des stimuli discrets (69). La neuro-imagerie montre que la sensibilité de l'amygdale est associée à la sévérité des symptômes du TSPT, que le cortex préfrontal médial semble être volumétriquement plus petit et hypo réactif (68).

Les recherches scientifiques s'affinent et vont plus loin. L'étude récente publiée dans l'American journal of Psychiatry associe des antécédents de violence infantile à des changements spécifiques dans la méthylation de l'ADN des gènes des oligodendrocytes et donc à une altération globale du programme transcriptionnel lié à la myéline. Une réduction sélective et significative de l'épaisseur des gaines de myéline autour des axones de petit diamètre est retrouvée chez des personnes ayant des antécédents de maltraitance, ce qui altère à la connectivité cérébrale. Ces effets sont absents chez les personnes dépressives non maltraitées dans l'enfance (70). L'abus sexuel est lié à une deuxième modification génétique : l'hyperméthylation du gène de la monoamine oxydase A (MAOA). L'hyperméthylation du premier exon de la MAOA induit l'association de l'abus sexuel avec la dépression des participantes (71).

Schéma 1 : mécanismes neurobiologiques en réponse au danger et au traumatisme



3.3. Répercussion sur l'examen clinique :

L'antécédent de violences sexuelles chez une personne peut la rendre réfractaire à l'examen clinique. « *Elle était inquiète sur le fait que j'allais l'examiner ou pas. [...] j'ai compris un peu son... un certain, pas résistance mais un certain frein par rapport au déshabillage ou autre* ». Le médecin atteint l'intimité du patient. L'examen clinique comprend l'inspection (la vue), la palpation (le toucher), l'auscultation et la percussion (l'ouïe). Le contact peut leur être pénible. Or l'examen clinique du patient est fondamental à l'élaboration d'un diagnostic et au suivi d'une maladie chronique.

3.4. Des explorations complémentaires :

Les symptômes chroniques nécessitent de réaliser des examens complémentaires afin d'éliminer une pathologie organique. Plusieurs médecins demandent de l'aide à des médecins spécialistes, sans grand résultat. « *Elle avait déjà vu beaucoup de spécialistes, [...] moi j'ai dû la voir, l'envoyer voir un correspondant neurologue je crois pour ses céphalées, euh ce qui n'avait évidemment rien donné* ». Le cas de la petite fille de 5 ans (entretien n°10) est frappant. Elle a été suivie par un neuropédiatre, cardiologue, psychiatre, orthophoniste et psychomotricien. Des bilans ont été pratiqués, une IRM encéphalique réalisée et malgré toutes les explorations, ses troubles du développement restaient inexpliqués. Il est alarmant de constater que la cause de ce problème était l'abus sexuel, découvert après plusieurs années de retard psychomoteur.

3.5. Les retentissements scolaires et professionnels

Les enfants victimes de violences peuvent se retrouver en échec scolaire. Il est important de pouvoir détecter une situation de violences chez un enfant ou étudiant. Des bases scolaires bouleversées peuvent entraîner des choix professionnels par défaut, une absence de projet professionnel, ou encore l'isolement du réseau amical. Ce cercle vicieux si jeune a un impact sur la vie d'adulte. Dans le cadre du travail, certaines situations notamment le harcèlement sexuel poussent les adultes à démissionner, avec pour conséquence la paupérisation et la désocialisation. La victime se trouve donc « sanctionnée », c'est la double peine. Cet exemple l'illustre : « *elle en avait parlé à son patron, depuis que le harcèlement sexuel existait tout ça et son patron euh... il en avait pas trop tenu cas quoi, il a dit 'de toute façon l'autre collègue ça fait 30ans qu'il est en CDI dans la boîte, toi t'es la depuis 6 mois, euh... imagine bien que je vais pas*

le licencié, voilà si je vais licencié un des deux, si ya des conflits entre mes employés ça serait plutôt toi' ». Par ailleurs nous relevons dans les entretiens, le cas d'un médecin qui a dû imposer un arrêt de travail à la personne qui était en danger. L'exclusion temporaire du milieu professionnel est parfois nécessaire, malheureusement.

3.6. Le retentissement familial

L'équilibre familial est souvent très perturbé lorsqu'un membre subit une agression sexuelle, et d'autant plus lorsqu'elle est intra-familiale. La réaction de l'entourage, choqué par cette annonce, consiste souvent à nier les faits. *« Elle a raconté ça à ses, à ses parents. Euh qui ne l'ont pas crue, qui lui ont dit qu'elle racontait des bobards ».* L'absence de croyance plonge la victime dans le silence et l'isolement. Les relations deviennent conflictuelles. *« Elle s'était fâchée du coup avec sa mère. Parce que sa mère avait jamais voulu euh, voulu l'entendre ».* La famille peut se retrouver éclatée suite aux différentes accusations. Les personnes violentées, fragiles, culpabilisent d'un tel cataclysme, se taisent, comme le disait cette patiente violentée par son mari : *« par rapport à mes filles de toute façon je voulais garder l'unité familiale donc je n'en ai jamais parlé ».*

→ Les répercussions des violences sexuelles sur la santé des victimes sont nombreuses. Les différents champs de leur vie sont bouleversés : santé psychique, physique, vie socio-professionnelle et vie familiale. Il nécessite donc un suivi rapproché et une attention particulière de la part du secteur médical.

3.7. Tous les cas sont différents

Plusieurs médecins interrogés signalent qu'il n'y a pas obligatoirement de répercussions et nuancent la relation de cause à effet. *« Ya pas forcément, vous vous rendez compte qu'il y a aussi des femmes qui ont eu une agression, euh mais voilà qui... qui vous disent que voilà ya pas... en tous cas elles vous rapportent pas de, de plaintes à ce jour, que ce soit psychologique ou autre », « mais alors à savoir si, l'anxiété est venue de là euh... pfff non ».* Chaque cas est différent, la démarche de départ peut être identique mais la prise en charge varie en fonction de l'état du patient.

3.8. Le soulagement des patients après en avoir parlé.

Sept médecins affirment avoir remarqué des améliorations chez leurs patients. Une patiente a retrouvé son apparence physique. Une autre a retrouvé un travail. Une d'entre elles souffrait moins de dyspareunie, une autre avait vaincu ses idées suicidaires et une petite fille avait rattrapé le retard psychomoteur accumulé depuis des années. « *[Elle] fait preuve depuis quelques mois de gros progrès dans tous les domaines, non explicables par l'évolution naturelle de ses troubles ni par la rééducation des troubles bien conduite, mais plus probablement lié à un déblocage psycho affectif, suite à l'accalmie de la situation familiale observée* ».

→ Ces observations, plus que positives, ne peuvent qu'encourager les médecins à ouvrir la discussion avec leurs patients.

Nous nous sommes donc intéressées à l'avis des médecins concernant le dépistage des violences sexuelles.

4) Le dépistage des violences sexuelles :

Nous avons pris le parti d'utiliser le terme dépistage dans son sens commun plutôt qu'en son sens médical (le dépistage organisé). Les études épidémiologiques montrent que les victimes de violences sexuelles sont nombreuses, et cela sans compter celles qui se terrent dans le silence. Les conséquences multiples et individuelles ont aussi une répercussion économique et sociale. Il s'agit d'un problème de santé publique. Le dépistage systématique des violences sexuelles pourrait permettre à des victimes de sortir du silence et aux soignants de mieux répondre à leurs besoins. Nous avons questionné les médecins généralistes sur la faisabilité d'un tel dépistage.

Tout d'abord il ressort que le dépistage systématique paraît difficilement réalisable en pratique : « *Mais chez tous les patients ? poser la question systématiquement lors de l'interrogatoire au premier contact ? euh...* ». Plusieurs freins au dépistage systématique sont retrouvés dans les différents entretiens. Le premier est le **manque de temps**. La charge de travail quotidienne laisse peu de place au dépistage des violences sexuelles. Cela entraînerait un motif

supplémentaire à traiter, une consultation trop longue engendrant la prise de retard. Trois médecins considèrent que **ce n'est pas leur rôle**. Celui-ci doit être à l'écoute des plaintes mais ne pas questionner au-delà. L'antécédent de traumatisme par violences sexuelles relève de la psychiatrie et non de la médecine générale. Huit médecins trouvent que cette question est **déplacée et choquante** pour le patient. Leur poser la question est « *intrusif* ». Le médecin généraliste à travers ce refus, peut laisser sous-entendre que le sujet des violences sexuelles n'est pas un problème médical mais plutôt personnel, et que ce n'est pas de son ressort de traiter le cas. En parler ouvertement : « *ça ne se fait pas* ». Ce sujet est encore très tabou dans notre société. Deux médecins se trouvent **démunis en termes d'outil de dépistage**. Ils cherchent un test ou une question scientifique qui prouverait une réponse fiable : un test sensible et spécifique. « *À moins que vous ayez un truc en 3 questions* ». Deux médecins perçoivent le dépistage comme une **prise de risque**. Ils ont peur de se tromper et appréhendent les conséquences. Ils redoutent donc de poser la question aux patients dont ils connaissent le conjoint, la famille. Ils seraient alors confrontés à la fois à la victime et à l'agresseur. Enfin, le dépistage systématique paraît **inutile** pour certains. Un médecin pense que lorsque les faits sont anciens il est trop tard pour agir. Trois médecins estiment qu'une victime restée dans le silence jusque-là, n'en parlera pas malgré la question éventuelle. Un médecin pense qu'aborder ce type d'évènement ne change pas le passé et ne répare pas les dégâts. Ces points de vue sont donc limitants dans le dépistage, perçu comme vain.

Ces difficultés ne sont pas retrouvées chez tous les médecins : un médecin exprime que le temps n'est pas un problème. Il laisse à ses patients des moments de parole, et réorganise des temps de consultations. Trois des médecins interrogés ont l'habitude de dépister les violences sexuelles et décrivent tous de nombreuses réponses positives. « *On s'est aperçu effectivement que dès qu'on posait la question on avait beaucoup de réponses. On a des réponses positives.* ». Ils se sont constitués un réseau de professionnels afin de pouvoir proposer une aide et orienter les personnes qui nécessitent une prise en charge et un soutien adaptés. A priori aucun patient n'a été surpris ou même choqué par la question. Il ressort des entretiens que certains patients peuvent être dans l'attente d'une question posée par leur médecin, qui pourrait les aider à se livrer.

En contrepartie, les médecins réfractaires au dépistage systématique soumettent une possibilité de dépistage ciblé. Une approche au cas par cas est envisageable en fonction des symptômes que présente la personne. La suspicion la plus évidente repose sur des signes physiques comme des hématomes. La question peut être posée aussi devant des signes

gynécologiques évocateurs de violences sexuelles, ou devant des signes somatiques et psychiatriques : l'anxiété, la dépression et les douleurs chroniques. Ces cas de figures peuvent laisser présumer d'une éventuelle existence de violences sexuelles. Ces questions cibles de choix peuvent alors permettre au médecin de se sentir plus à l'aise dans l'abord du sujet.

Dépister les violences sexuelles signifie qu'il faut y penser. En effet, certains symptômes comme ceux décrits dans le chapitre Impact sur la santé ne sont pas spécifiques aux violences sexuelles. Les médecins sensibilisés au sujet y pensent plus spontanément. Un médecin souligne un manque de sensibilisation des médecins généralistes par rapport aux psychologues et psychiatres : *« alors c'est vrai que nous, nous peut-être qu'au niveau médecine générale on y pense pas assez, par contre c'est vrai que quand on adresse nos patients à nos confrères soit psychologue, psychanalyste ou psychiatre c'est vrai que c'est quelque chose auquel ils pensent beaucoup plus fréquemment voir de manière systématique »*. Il nous apparaît essentiel d'accentuer la formation des médecins généralistes, nous y reviendrons dans la partie dédiée.

Il est encourageant de voir que des solutions pour mieux dépister ont été proposées. Les médecins cherchent et proposent des moyens concrets pour améliorer la détection des violences sexuelles. Pour 2 médecins, la problématique de temps est solutionnée par la proposition de nouveaux rendez-vous. Un médecin a l'intention de modifier son interrogatoire lors de ses prochaines consultations. Un autre médecin émet l'idée d'afficher un poster explicatif des violences sexuelles en salle d'attente. Cela laisse signifier que le médecin est ouvert à la discussion, attentif au sujet, et qu'il peut s'agir d'un véritable problème de santé publique. Les médecins nous font part de la question qu'ils poseraient : une interrogation directe, simple et compréhensible : *« est-ce que vous avez subi des violences »*, ou encore *« est-ce que vous considérez avoir été violentée dans votre vie au niveau sexuel »* ce qui laisse au patient le choix de l'interprétation des violences.

Une étude réalisée par le Dr Lazimi (37) porte sur le repérage systématique des violences faites aux femmes. Les médecins qui ont acquis une pratique de dépistage systématique reconnaissent leur réticence initiale non justifiée. Ils ont pu poser la question facilement et les patientes n'ont eu aucune difficulté pour y répondre. Le bénéfice du questionnement systématique est double : les patientes peuvent être mis en relation avec le réseau de soutien adéquat et le praticien peut faire le lien avec les tableaux cliniques présents, passés et futurs. Cette étude rapporte que 70% des médecins interrogés sont demandeurs de formation.

5) La formation des médecins généralistes, indispensable :

Tous les médecins interrogés affirment avoir eu une formation insuffisante sur le sujet lors du cursus universitaire (externat et internat), quelles que soient les facultés. Un item « accueil d'une victime d'agression sexuelle » fait partie du programme d'externat et cible l'accueil d'urgence : prélèvements biologiques à réaliser dans les 48 heures, traitement des infections sexuellement transmissibles et instauration d'une thérapie prophylactique d'exposition au VIH le plus précocement possible, prise en charge du stress aigu et orientation judiciaire avec certificat. Nous nous apercevons que cette prise en charge n'est pas celle du médecin généraliste au cabinet, et encore moins celle du long terme. Aucun item ne figure sur les conséquences humaines des violences sexuelles : les mécanismes psychiques du choc psycho-traumatique, les impacts sur la santé, la prise en charge de ces troubles. Comment comprendre le diabète, savoir le traiter lorsqu'on ne l'apprend pas ? Comment dépister ses complications secondaires lorsqu'on les ignore ?

Trois des médecins interrogés ont pu se former sur le sujet après leur cursus universitaire, en formation continue. Mais celle-ci s'effectue sur la base du volontariat et dépend des motivations, des intérêts personnels et des sujets proposés. Il paraît essentiel de former les étudiants avant le doctorat, afin que tous soient sensibilisés au sujet. La considération des violences sexuelles serait celle d'un problème de santé publique, et les troubles liés seraient connus, reconnus et mieux traités. D'ailleurs, 81% des victimes jugent importants que les professionnels soient formés à la réalité des violences sexuelles et aux conséquences (40).

La société de psychiatrie (72) insiste sur l'importance de repérer les antécédents de maltraitance. Ce dépistage devrait faire partie du bilan initial afin de sortir les patients du silence, mais encore faut-il y penser. La HAS a émis en 2011 des recommandations de bonne pratique sur le repérage et le signalement de l'inceste par les médecins. Dans sa conclusion, ressort le fait que l'amélioration des compétences dans ce domaine est tributaire des connaissances acquises par les médecins et de leur sensibilisation (32). Deux médecins ont été sensibilisés par l'entretien et ont exprimé une volonté de mieux faire.

6) Trois grands profils se dégagent :

Après les multiples relectures des entretiens, nous avons pu dégager trois profils de médecins :

- Les médecins considérant ce problème comme hors du champ de la médecine générale. Ils sont prêts à écouter une personne mais pas à la dépister, et méconnaissent les différentes prises en charge possibles. (4 médecins)
- Les médecins conscients du fléau mais gênés par le sujet tabou et démunis par le manque de connaissances. (4 médecins)
- Les médecins à l'aise avec ce sujet, qui dépistent déjà les violences sexuelles et savent orienter leurs patients. Ces médecins sont sensibilisés ou formés. (4 médecins)

Par ailleurs, contrairement aux idées reçues, nous n'avons pas remarqué que les femmes médecins sont plus sensibles et plus à l'aise avec ce sujet.

OUVERTURE DE LA DISCUSSION :

- Une étude évaluant l'expérience vécue, ou le ressenti des patient(e)s, victimes, survivants, concernant la prise en charge par leur médecin généraliste serait complémentaire et fort intéressante. Les deux vécus pourraient être comparés et d'autres hypothèses et solutions seraient tirées afin d'améliorer nos pratiques.
- Par ailleurs, il nous paraît indispensable d'appuyer la formation initiale des étudiants en médecine sur les différents types de violence sexuelles, les mécanismes psychiques à l'origine des symptômes, les conséquences en santé, et la prise en charge. Il nous semble plus approprié de réaliser cette formation lors de l'internat, troisième cycle des études médicales. En effet la sélectivité du concours et la masse de connaissances médicales à connaître par cœur en fin de 6^e année laisse peu de place à ce thème. Les internes, plongés dans les hôpitaux ou cabinets et côtoyant les patients toute la journée découvrent à leurs débuts une approche plus pratique, au contact de l'humain. C'est à ce moment-là, peut-être, que la formation à ce sujet serait la plus efficiente.
- Ce travail et tous les autres à ce sujet doivent faire prendre conscience aux médecins que la violence sexuelle, quel qu'en soit le type est un problème de santé publique et de demande de soins. Nous devons prévenir, agir et traiter les conséquences.

CONCLUSION

Données épidémiologiques à l'appui, tous les médecins généralistes sont confrontés régulièrement à des patients ayant vécu l'horreur de la violence sexuelle. Aborder la sexualité n'est pas quelque chose de simple : dévoiler l'intime et se mettre à nu... Cela met en jeu la pudeur de chacun. Affronter le thème des violences sexuelles en consultation est problématique pour de nombreux médecins. Pourtant habitués aux corps, à la nudité, à la sexualité mise en exergue sur les murs des internats, les médecins sont étrangement gênés d'en parler. Ont-ils peur de heurter les patients ou ont-ils peur de voir la réalité en face ?

La définition des violences sexuelles n'est appréhendée que partiellement par les médecins généralistes interrogés et n'est pas unanime. La subjectivité prend place dans les degrés de violence, dans la représentation du viol, et parfois ne considère pas le harcèlement comme violence sexuelle. Autant de diversité se retrouve dans les pratiques. Tous les médecins interrogés se souviennent d'un ou plusieurs patients victimes de violences sexuelles. Dans notre étude, tous les types de violences sexuelles ont été abordés : harcèlement sexuel professionnel, agression à type d'attouchement, viol en réunion, viol conjugal, inceste, hommes, femmes, enfants, adultes. Les manières de découverte sont multiples. Dans ce but le médecin doit rester attentif et actif. Les révélations sont favorisées par l'ancienneté de suivi du médecin auprès du patient, et par sa sensibilisation au sujet. Les ressentis des médecins sont hétérogènes, passent du choc à l'absence totale de compassion, de la projection personnelle à la prise de recul. Aucun médecin ne signale avoir eu de difficulté à gérer la consultation, paradoxalement dans chaque discours émanaient plusieurs problématiques. Malgré les expériences différentes il apparaît que le médecin généraliste occupe un rôle fondamental dans la prise en charge des victimes. Il est l'acteur central, accessible, qui les accompagne et les oriente vers les diverses structures de soin. Il permet l'écoute, le soutien et le suivi. Les conséquences de tels évènements sont ravageuses sur la vie des victimes. De loin le plus commun : le trouble du stress post-traumatique les isole dans un corps qui n'est plus le leur. Les autres troubles psychiatriques comme la dépression, les addictions, sont entremêlés et la résultante irréversible peut en être le suicide. Les patients souffrent de douleurs chroniques, de troubles cardiovasculaires, métaboliques, gynécologiques, sexuels, neurologiques, infectieux... Ils poussent les portes de nos cabinets, demandent des soins, subissent des examens complémentaires sans que la cause ne soit retrouvée. Le repérage de telles violences est encore très peu réalisé par les médecins généralistes, réfractaires au

dépistage systématique. En revanche un dépistage ciblé en fonction des contextes, symptômes, est proposé par certains d'entre eux. Des médecins pratiquent déjà ce dépistage et nous montrent qu'il est positif : il est facilitateur pour le médecin qui comprend mieux les symptômes, et qui peut enfin répondre aux vrais besoins du patient. Il est aussi très positif pour la victime, qui attend simplement que quelqu'un lui pose la question. La formation des médecins généralistes au travers de l'apprentissage des mécanismes psycho-traumatiques, des conséquences psychiques et des différents moyens thérapeutiques est la clé de l'amélioration de nos pratiques. Les médecins ont besoin d'être sensibilisés au sujet, dès leur internat.

Les recherches en médecine progressent. Les avancées scientifiques nous permettent de comprendre de plus en plus précisément les mécanismes psycho-traumatiques touchant les patients. La grande prévalence des violences sexuelles au sein de la société doit amener à une prise de conscience collective et à lever le tabou.

TEMOIGNAGE, issu du Livre Noir des Violences Sexuelles.

« Je suis un petit garçon de 8 ans, ma mère « la vieille sorcière », comme je l'appelle depuis que je sais, utilise mes doigts, ma bouche pour son plaisir dans son lit depuis plusieurs années déjà.

Que les choses sont dures à dire, les victimes se sentent toujours seules, sales et coupables.

Allons-y. Cela dure depuis bien longtemps déjà, j'ai 11, 12ans, et ce dimanche d'automne elle m'a violé avec un objet dans mes fesses et elle m'a laissé pour mort après m'avoir étranglé avec ses mains.

Seul dans la pièce, couché par terre contre la table j'ai mal aux fesses, l'air rentre avec difficulté dans mes poumons, j'ai envie de repartir en arrière juste avant quand je m'endormais, quand elle me serrait le cou et que cela anesthésiait la douleur.

Il faut bien bouger retirer l'objet d'entre mes fesses remonter mon slip remettre a chemise dans ma culotte, bouger, surtout ne pas pleurer, ne pas pleurer, me lever pour aller où ?

Dans la pièce d'à côté elle est là, de dos, l'air pèse des tonnes, je vais dans un coin, elle se retourne, dans son regard il y a encore la fureur, la folie, la mort et puis la menace. De toute façon il ne s'est rien passé, l'enfant est mort. Demain il aura tout oublié, amnésie post-traumatique.

L'enfant est mort. L'homme a 50ans. Il a rencontré des femmes, il a aimé, une petite fille est née. Sa dernière compagne pressentant l'indicible a insisté pour qu'il se soigne, depuis près de 15ans il suit une thérapie, car malgré l'amour leur relation est décevante.

L'homme a 50ans, depuis que l'enfant est mort il vit en dehors de sa vie, depuis qu'il fait un travail sur lui il pressent des choses qu'il ne veut pas surtout pas connaître, il sent des choses bien plus fortes que les mots, bien plus effrayantes que la mort, des choses qui poignent le cœur vous saisissent l'âme et vous détruisent physiquement. La vérité remonte.

Ces choses que je vous raconte sont de l'ordre du dérisoire, du banal. Cette destruction de l'être, ce mal au corps, cette pourriture de l'âme, ce dédoublement, cette absence, cette solitude, les douleurs physiques sans explication, ce mal-être sexuel, les victimes d'inceste le vivent toutes.

La survie ou le suicide sont souvent que l'unique choix, la vraie vie, elle, a disparu, mais jamais, jamais il ne faut lâcher il faut se battre, se battre contre le grand foutoir, le désordre incroyable que la vieille sorcière avait fait de moi.

Quand l'amnésie a disparu cela a été terrible...

Je n'entrevois même plus la vie, les chemins du possible étaient coupés, place était faite au néant et à la folie. Combien de fois sans jamais oser j'ai voulu demander à ma thérapeute de me faire interner...

Et puis peu à peu les morceaux se sont recollés, la force est venue. Il fallait choisir entre l'amour ou le néant, l'espoir ou l'ennui, la passion de la vie ou le rien, et j'ai choisi la vie l'amour et l'espérance.

Ce n'est pas une vie paisible mais elle a du goût, ce n'est pas l'amour d'un cœur simple, non tout est compliqué et combien délicat et fragile ! Et l'espoir là-dedans ? C'est souvent de la désespérance mais elle est vécue comme un bonheur, celui de vivre malgré tout !

Vous toutes, vous tous, associations, thérapeutes, travailleurs sociaux, juges, avocats, policiers qui œuvrez par votre écoute pour la libération de notre prison intime, pour vous toutes, vous tous, victimes de l'inceste, ce triple meurtre de l'innocence, de l'âme et du plus intime de notre corps, je voudrais donner un message d'espoir :

Ces choses horribles de notre enfance c'est la toile toute barbouillée sur le chevalet de notre pauvre histoire, donnons-nous la force de la regarder, et de la montrer et nous deviendrons la main, le pinceau, les couleurs, et l'artiste. Alors là, enfin, demain sera plein de lumière et nous permettra de rendre le tableau vivant.

Sans vous toutes et tous qui nous écoutez, sans un changement d'état d'esprit de la société face à ces violences intimes, notre vie de victime restera une vieille boule-de-neige sale et noircie qui saignera au soleil.

La parole des victimes n'existe qu'écoutée. Et là enfin de douloureuse elle deviendra riche de promesses.

Merci ! »

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. Genève ; 2002 [cité 7 févr 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/
2. Code pénal | Legifrance [Internet]. [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=EA211882FB96A432A2625A9B55DA23C9.tplgfr26s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006165281&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180114
3. Catheline N, Debarbieux E, Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et de la Vie associative. Paris. FRA. Le harcèlement entre élèves : le reconnaître, le prévenir, le traiter. Paris: Ministère de l'Education Nationale; 2011. 39p.
4. Canopé : le réseau de création et d'accompagnement pédagogiques. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Direction générale de la cohésion sociale. Comportements sexistes et violences sexuelles. Prévenir, repérer, agir. [Internet]. 2014 nov [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: http://cache.media.education.gouv.fr/file/11_Novembre/02/9/Violences_sexuelles_Guide-PDF_2014_Canope_370029.pdf
5. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique. 2014 p. 274p.
6. Debarbieux Blaya C. Les ados dans le cyberspace : Prises de risque et cyberviolence [Internet]. De Boeck Supérieur; 2010 [cité 11 janv 2018]. 241p. Disponible sur: <http://univ.scholarvox.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/book/88841198>
7. Shariff S, Churchill AH. Truths and myths of cyber-bullying: international perspectives on stakeholder responsibility and children's safety. New York, Etats-Unis d'Amérique: P. Lang; 2010. 301p.
8. Institut Français Opinion Publique. Enquête sur le harcèlement sexuel au travail [Internet]. Paris: Défenseur des droits; 2014 mars [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=2551
9. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. Les chiffres clés du harcèlement sexuel au travail [Internet]. 2014 [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/egalite-professionnelle/lutte-contre-le-harcelement-sexuel-au-travail/les-chiffres-cles-du-harcelement-sexuel-au-travail/>
10. Parent-Thirion A, Fernandez Macias E, Hurley J, Vermeylen G. Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail [Internet]. Luxembourg: Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail; 2007 [cité 12 janv 2018]. 142p. Disponible sur: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2006/98/fr/1/ef0698fr.pdf
11. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. 5ème plan de mobilisation et de lutte contre les violences (2017-2019) [Internet]. Paris: Ministère de l'intérieur; 2016 nov [cité 17 janv 2018] p. 78. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/SG-CIPDR/CIPDR/Actualites/5eme-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-les-violences-2017-2019>
12. 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 [Internet]. Paris: Institut national d'études démographiques; 2017 p. 64. Disponible sur:

- https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles_en_quete.fr.pdf
13. Stop harcèlement de rue. Rencontre avec Marlène Schiappa [Internet]. 2017 [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.stopharcelementderue.org/2017/07/rencontre-avec-marlene-schiappa-13-juin-2017/>
 14. Article 222-22. Code pénal.
 15. Larousse. Définitions : attouchement. In: Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attouchement/6299>
 16. Le Viol. Aspect sociologique d'un crime [Internet]. France Culture- Le Bien Commun / 13-14. 2011 [cité 2 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/le-bien-commun-13-14/le-viol-aspect-sociologique-dun-crime>
 17. Article 227-27-2-1. Code pénal.
 18. Aubry I, Lopez G. L'inceste: 36 questions-réponses incontournables. Malakoff, France: Dunod; 2017. 316 p.
 19. Association Internationale des victimes de l'inceste. Qu'est-ce que l'inceste ? [Internet]. 2017 [cité 1 févr 2018]. Disponible sur: <https://aivi.org/vous-informer/inceste-ce-qu-il-faut-savoir/linceste-definition.html>
 20. Association Internationale des victimes de l'inceste, Ipsos. Etat des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste : vécu, état de santé et impact sur la vie quotidienne [Internet]. 2010 mai [cité 2 févr 2018]. Disponible sur: <https://aivi.org/vous-informer/inceste-ce-qu-il-faut-savoir/les-chiffres.html?id=1640>
 21. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, Institut national de la statistique et des études économiques. Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » 2017 [Internet]. Paris: Ministère de l'intérieur; 2017 [cité 2 févr 2018] p. 177. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-cadre-de-vie-et-securite-2017>
 22. Bajos N, Bozon M, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Institut National d'Etudes Démographiques. (I.N.E.D.). Equipe Contexte de la Sexualité en France. (C.S.F.). Paris. FRA. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Popul Sociétés. mai 2008;(445):4p.
 23. Mokdad B, Dufour D. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sur mineurs [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]; 2013.
 24. Vignocan L, Monti M. « Que puis-je faire pour vous ? »: la consultation de médecine générale : attentes des femmes ayant vécu des violences sexuelles [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]; 2016.
 25. Horcholle L. Le vécu des adolescents victimes de harcèlement scolaire et leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste : à partir d'une étude qualitative auprès de 12 adolescents rhônalpins [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]; 2016.
 26. Isabelle Aubin-Auger. Introduction à la recherche qualitative. 2008 [cité 6 févr 2018];exercer 2008;84:142-5.(84). Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf
 27. Agnès Oude-Engberink, Béatrice Lognos, Bernard Clary, Michel David, Gérard Bourrel. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. 2013;exercer 2013;105:4-11.(105):4-11.

28. Husserl E. Idées directrices pour une phénoménologie. Paris : Gallimard. 1963. 567p.
29. Paillé P. Chapitre 10. In: La méthodologie qualitative: postures de recherche et travail de terrain. Paris: Armand Colin; 2010.
30. Deschamps C. L'approche phénoménologique en recherche: comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine. Montréal, Canada: Guérin Universitaire; 1993. 111p.
31. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/mobile.php#ficindic>
32. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitements sexuels intrafamiliaux chez le mineur. 2011 p. 91p.
33. Psychologies.com. Ce que nos tics de langage disent de nous [Internet]. 2011 [cité 2 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.psychologies.com/Moi/Se-connaître/Personnalite/Articles-et-Dossiers/Ce-que-nos-tics-de-langage-disent-de-nous>
34. Michele C. Black, Kathleen C. Basile, Matthew J. Breiding, Sharon G. Smith, Mikel L. Walters, Melissa T. Merrick, Jieru Chen and Mark R. Stevens, National Center for Injury Prevention and Control. National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2010 Summary Report. 2010 p. 124.
35. Stemple L, Meyer IH. The Sexual Victimization of Men in America: New Data Challenge Old Assumptions. Am J Public Health. 17 avr 2014;104(6):e19-26.
36. Services publics et Approvisionnement Canada Direction générale des services intégrés. Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de la santé : leçons tirées des personnes qui ont été victimes de violence sexuelle durant l'enfance / par Candice L. Schachter ...[et al.]. : HP20-11/2009F-PDF - Publications du gouvernement du Canada - Canada.ca [Internet]. 2002 [cité 3 mai 2018]. Disponible sur: <http://publications.gc.ca/site/fra/329305/publication.html>
37. Lazimi G, Pie E, Casalis MF. Violences faites aux femmes en France & rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. In 2011 [cité 2 mai 2018]. Disponible sur: http://www.gabrielperi.fr/assets/files/pdf/gp_cahier_sante_3.pdf
38. Mach C. Le médecin et sa pudeur: de l'obstacle à la redéfinition du rôle : enquête qualitative auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2009.
39. Nicolas B. Maltraitance de l'enfant de moins de six ans: quel rôle pour le médecin généraliste ? : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
40. Association mémoire traumatique et victimologie. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge : enquête nationale auprès des victimes. [Internet]. 2015 [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: http://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/memoire-traumatique-victimologie_impact_violences_sexuelles.pdf
41. Meslin J. Rôle du médecin généraliste dans la révélation tardive d'abus sexuels par les patients. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2011.
42. Chatillon O, Galvao F. Psychiatrie Pédopsychiatrie 2e édition -,Filipe Galvao [Internet]. Vernazobres-Gregg. 2011 [cité 13 avr 2018]. (Médecine KB). Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/psychiatrie-pedopsychiatrie-9782818302606.html>

43. Roustit C. Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression : analyses à partir des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. :5.
44. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mai 2004;184:416-21.
45. Batten SV, Aslan M, Maciejewski PK, Mazure CM. Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. *J Clin Psychiatry.* févr 2004;65(2):249-54.
46. Molendijk ML, Hoek HW, Brewerton TD, Elzinga BM. Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychol Med.* 19 janv 2017;1-15.
47. Simmat Durand L. Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques. Numéro Thématique Femmes Addict. 10 mars 2009;(10-11):86-9.
48. Lopez-Castroman J, Jaussent I, Guillaume S, Beziat S, Olié E, Baca-Garcia E, et al. 1102 – Suicidal intent is increased in suicide attempters with posttraumatic stress disorder after childhood abuse. *Eur Psychiatry.* 1 janv 2013;28:1.
49. Lopez-Castroman J, Jaussent I, Beziat S, Guillaume S, Baca-Garcia E, Olié E, et al. Posttraumatic Stress Disorder following childhood abuse increases the severity of suicide attempts. *J Affect Disord.* 1 janv 2015;170:7-14.
50. Lopez-Castroman J, Jaussent I, Beziat S, Genty C, Olié E, de Leon-Martinez V, et al. Suicidal phenotypes associated with family history of suicidal behavior and early traumatic experiences. *J Affect Disord.* 15 déc 2012;142(1-3):193-9.
51. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* août 2017;56:65-81.
52. Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ. Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clin J Pain.* oct 2005;21(5):398-405.
53. Zaghzi K. Les troubles du sommeil chez les enfants et les adolescents victimes d'abus sexuels: à propos de 48 cas à l'Hôpital d'enfants de Nancy [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2009.
54. Thomas J-L. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. *Rev Fr Dommage Corpor.* 2015;253-69.
55. Baccini F, Pallotta N, Calabrese E, Pezzotti P, Corazziari E. Prevalence of sexual and physical abuse and its relationship with symptom manifestations in patients with chronic organic and functional gastrointestinal disorders. *Dig Liver Dis Off J Ital Soc Gastroenterol Ital Assoc Study Liver.* avr 2003;35(4):256-61.
56. Midei AJ, Matthews KA. Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literature and proposed pathways. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* mai 2011;12(5):e159-172.
57. Brown MJ, Thacker LR, Cohen SA. Correction: Association between Adverse Childhood Experiences and Diagnosis of Cancer. *PLOS ONE.* 29 janv 2014;9(1):10.1371/annotation/bd99c401-8d86-465a-a930-bd84bb662657.
58. American psychiatric association, éditeur. DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington (D. C.)etc., Etats-Unis d'Amérique, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord: American Psychiatric Publishing; 2013. xliv+947.

59. Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Strain J, Horowitz M, Spiegel D. Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*. sept 2011;28(9):737-49.
60. Salmona M. *Le livre noir des violences sexuelles*. Paris, France: Dunod; 2013.
61. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. mars 1991;48(3):216-22.
62. Centre des Troubles Anxieux et de l'Humeur. Stress et charge allostatique [Internet]. CTAH. [cité 4 mai 2018]. Disponible sur: <http://ctah.eu/espaces.php?ref=1450>
63. McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. févr 2010;9(1):3-10.
64. Rauch SL, Shin LM, Phelps EA. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research--past, present, and future. *Biol Psychiatry*. 15 août 2006;60(4):376-82.
65. Salmona M. La mémoire traumatique en bref [Internet]. [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/memoire-traumatique.html>
66. Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E, Southwick SM, McGlashan T, Nazeer A, et al. MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. mai 2003;160(5):924-32.
67. Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *J Psychiatr Res*. févr 2006;40(1):1-21.
68. Shin LM, Rauch SL, Pitman RK. Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Ann N Y Acad Sci*. juill 2006;1071:67-79.
69. Kaouane N, Porte Y, Vallée M, Brayda-Bruno L, Mons N, Calandreau L, et al. Glucocorticoids can induce PTSD-like memory impairments in mice. *Science*. 23 mars 2012;335(6075):1510-3.
70. Lutz P-E, Tanti A, Gasecka A, Barnett-Burns S, Kim JJ, Zhou Y, et al. Association of a History of Child Abuse With Impaired Myelination in the Anterior Cingulate Cortex: Convergent Epigenetic, Transcriptional, and Morphological Evidence. *Am J Psychiatry*. 01 2017;174(12):1185-94.
71. Checknita D, Ekström TJ, Comasco E, Nilsson KW, Tiihonen J, Hodgins S. Associations of monoamine oxidase A gene first exon methylation with sexual abuse and current depression in women. *J Neural Transm Vienna Austria* 1996. 29 mars 2018;
72. Conséquences des maltraitances sexuelles les reconnaître, les soigner, les prévenir: Conférence de consensus 06 et 07 novembre 2003. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 mai 2004;52(3):182-9.

ANNEXES

ANNEXE 1 : TSTS-CAFARD

Les questions d'ouverture : TSTS

- **Traumatologie** – As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ?
- **Sommeil** – As-tu des difficultés à t'endormir le soir ?
- **Tabac** – As-tu déjà fumé ? (même si tu as arrêté)
- **Stress scolaire ou familial** – Deux questions en une : es-tu stressé par la vie de famille et/ou par le travail scolaire ?

Les clés de gravité : CAFARD

- **Difficultés de sommeil. Cauchemars** : fais-tu souvent des cauchemars ?
 - **Antécédents traumatiques. Agression** : as-tu été victime d'une agression physique ?
 - **Tabac. Fumeur** : fumes-tu tous les jours au moins 5 cigarettes ?
 - **Stress lié au travail scolaire. Absentéisme** : es-tu souvent absent ou en retard à l'école/au collège/au lycée ?
 - **Stress lié à la vie de famille. Ressenti Désagréable** : dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ?
- S'enquérir systématiquement d'antécédents d'idées ou d'actes suicidaires chez tout adolescent répondant positivement à au moins 3 questions du test.

ANNEXE 2 : EPIDEMIOLOGIE

Figure 1 : 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.

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.

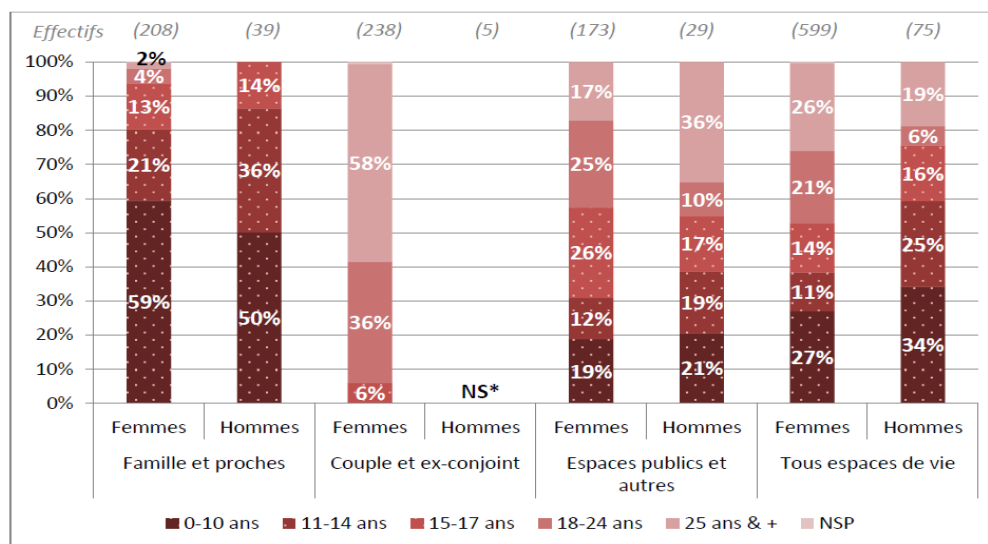


Figure 2 : proportions des violences sexuelles (hors harcèlement et exhibitionnisme) par catégorie juridique, par espace de vie et par sexe dans les 12 derniers mois, en %.

Source : Ined, enquête Virage 2015. Champ : femmes et hommes âgé.e.s de 25 à 69 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire. Notes : 1. La première question sur les attouchements des seins et des fesses (femmes), les baisers extrorqués (femmes) et le pelotage (femmes et hommes) n'était pas posée pour les espaces couple et ex-conjoint.e. Le code NC indique les enquêté.e.s non concerné.e.s par la modalité. 2. La catégorie Autre acte ou pratique sexuel.le forcé.e regroupe plusieurs modalités de violences sexuelles qui ne peuvent être classées dans les catégories juridiques au vu des informations disponibles.

Catégorie juridique	Espace de vie					
	Famille et proches	Études	Travail	Couple	Ex-Conjoint.e	Espaces publics et autres
FEMMES						
Viol	0,02	0,41	0,00	0,18	0,09	0,05
Tentative de viol	0,02	0,00	0,00	0,14	0,09	0,02
Autre agression sexuelle ⁽¹⁾	0,10	1,78	1,05	0,18	0,09	1,90
- Dont « attouchement des seins et des fesses, baiser forcé et pelotage »	0,10	1,78	1,05	NC	NC	1,90
- Dont « attouchement du sexe »	0,02	0,41	0,01	0,18	0,09	0,07
Autre acte ou pratique sexuel.le forcé.e ⁽²⁾	0,00	0,00	0,00	0,01	0,05	0,01
Effectif observé	15 556	610	9 430	10 285	506	15 556
HOMMES						
Viol	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00
Tentative de viol	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00
Autre agression sexuelle ⁽¹⁾	0,03	1,63	0,50	0,07	0,03	0,47
- Dont pelotage	0,03	1,63	0,49	NC	NC	0,47
- Dont « attouchement du sexe »	0,00	0,00	0,06	0,03	0,01	0,01
Autre acte ou pratique sexuel.le forcé.e ⁽²⁾	0,00	0,00	0,00	0,08	0,02	0,01
Effectif observé	11 712	510	7 903	8 193	316	11 712

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN

- Sexe
- Age
- Années d'exercice
- Lieu
- DU, formations

DEFINITIONS/ CHAMP SEMANTIQUE

1) Quelle est votre définition des « violences sexuelles » ?

- A quoi cela vous fait-il penser ? Qu'est-ce que ça vous évoque ?

VECU DES MEDECINS GENERALISTES

2) Vous souvenez-vous d'un ou plusieurs cas au(x)quel(s) vous avez été confronté ?

- Pouvez-vous nous raconter ?
- Comment a été abordé le sujet ? (par le patient, vous, autrui ?)
- Qu'avez-vous ressenti ? pensé ? fait ?
- Avez-vous ressenti des difficultés ?

2bis) Si vous n'avez pas été confronté à ce sujet : pourquoi ? Quels sont les freins ou les barrières pour aborder ce sujet ? (craintes ? hésitations ?)

- Quelles circonstances, raisons, situations pourraient vous faire suspecter l'existence de violence sexuelle vécue ?

IMPACT DES VIOLENCES SEXUELLES

3) Y a-t-il eu un impact sur la santé des personnes que vous avez vu ?

4) Y a-t-il eu un impact, une conséquence sur votre pratique ?

- Sur la prise en charge de la personne ? sur l'examen clinique ? dans la relation médecin/patient ?

(ROLE DU MEDECIN GENERALISTE

5) Quels rôles avez-vous tenu dans cette situation ?)

DEPISTAGE

6) Que pensez-vous d'un dépistage systématique chez tous vos patients ?

- Pensez-vous que cela est réalisable ?

AUTRES

7) Avez-vous des remarques ou éléments à ajouter qui n'auraient pas été abordés ?

ANNEXE 4 : CRITERES DIAGNOSTICS DU DSM-V

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE :

▪ Critère A :

Avoir été exposé à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou menace, à des violences sexuelles ou menace, d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant⁷

▪ Critère B :

Présence de symptôme(s) d'intrusion associés à un ou plusieurs événements traumatisants :

1. reviviscences : souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements.
2. cauchemars, rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse.
3. réactions dissociatives (rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait.
4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant.
5. réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

▪ Critère C :

Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.
2. évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

⁷ par exemple : premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants.

▪ **Critère D :**

Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques⁸.
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde.
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui.
4. État émotionnel négatif persistant⁹
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.

▪ **Critère E :**

Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant se soit produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère.
2. Comportement imprudent ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagéré.
5. Problèmes de concentration.
6. Troubles du sommeil.

▪ **Critère F :**

Les symptômes décrits aux critères B, C, D et E durent plus d'un mois.

▪ **Critère G :**

La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, relationnelle.

▪ **Critère H :**

La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (médicament ou alcool) ou à une autre affection.

⁸ Typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues

⁹ Peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte

ANNEXE 5 : COORDONNES UTILES

- SOS violences conjugales :
 - Numéro national : 3919
 - Numéro local Montpellier : 04 67 58 07 03

- Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles – CIDFF :
 - Aude : 04 68 72 47 37 (Carcassonne), 04 68 42 51 30 (Narbonne), 04 68 45 94 46 (Lézignan), 04 68 40 37 45 (Port la nouvelle)
 - Gard : 04 66 38 10 70 (Nîmes)
 - Hérault : 04 67 72 00 24 (Montpellier)
 - Lozère : 04 66 49 32 65 (Mende)
 - Pyrénées-Orientales : 04 68 51 16 37 (Perpignan)

- Planning familial :
 - Aude : 04 68 27 30 65 (Lézignan Corbières)
 - Hérault : 04 67 64 62 19 (Montpellier),
 - Gard : 04 66 86 19 85 (Nîmes)
 - Lozère : 04 66 32 86 94 (Mende)
 - Pyrénées-Orientales : 04 68 51 09 68 (Perpignan)

- Centre Elisabeth Bouissonnade - CCAS Montpellier (centre d'accueil et d'hébergement) : 04 67 12 80 16

- Association d'aide aux victimes (ADIAV) Montpellier : 04 67 60 61 78

- Direction de la protection maternelle infantile et de la santé Montpellier : 04 67 67 63 92

- Institut de victimologie du Languedoc-Roussillon-Montpellier : 04.67.56.54.90

ANNEXE 6 : EXTRAIT DE LA GRILLE D'ANALYSE

Action : Qu'avez-vous fait ?

Rôle primordial	MG9 : "Moi je reste persuadée que le médecin généraliste a un rôle primordial là-dedans, les gynécos s'occupent de la vie sexuelle, mais si nous on le fait pas qui le fera ?" MG11 : "donc ça voulait dire que soit je lui parlais moi, soit personne ne lui parlait.", "c'est un rôle clé."
Soutien immédiat	Écoute
	MG2 : "j'ai simplement écouté et euh... c'est tout, qu'est-ce que vous voulez que je fasse de plus", "on fait beaucoup d'écoute hein" MG4 : "donc moi j'étais plus là en tant qu'écoute, voilà, mais pas là à lui demander des détails graveleux" MG10 : "en fait j'ai surtout écouté, j'ai très peu parlé moi en fait hein, je l'ai surtout écoutée, je crois qu'elle avait surtout besoin d'en parler", "Elle demandait, alors elle veut surtout pas non plus de médicaments d'anxiolytiques ou quoi que ce soit, c'était aussi exprimé hein, elle disait qu'elle ne voulait pas de médicaments, voilà donc moi je l'ai surtout écoutée," MG2 : "puisqu'on est quand même à l'écoute hein", "D'écoute, automatiquement" MG4 : "c'est surtout l'écoute," MG8 : "d'écoute." MG10 : "Elle demandait, alors elle veut surtout pas non plus de médicaments d'anxiolytiques ou quoi que ce soit, c'était aussi exprimé hein, elle disait qu'elle ne voulait pas de médicaments, voilà donc moi je l'ai surtout écoutée, ", "ya pas de lésions de plaie de quoi que ce soit hein donc c'est... je pense sincèrement qu'elle voulait être entendue qu'elle avait besoin de, de l'exprimer, quelque chose qu'elle a gardé pour elle pendant des années et des années, "
	Dialogue
	*recadrage
	MG9 : "parce que je lui ai parlé du viol conjugal. « Vous me dites que vous avez des relations non désirées c'est quand même ce qu'on appelle du viol conjugal ? », "Donc je pense que ça l'a choquée que je lui dise ça, mais je pense que ça va faire son chemin. " MG9 : "Je leur dis « mais attendez mais vous pouvez pas le dire ? c'est pas à moi de le dire ! c'est à vous de le dire ! »" MG9 : "et moi c'est plusieurs fois qu'on m'a dit « faites-moi un certificat ». Alors tu penses bien que je le fais pas bien sûr ; mais dans ces cas-là tu rediscutes avec la femme en disant « vous n'êtes pas capables de dire non je ne veux pas, je ne peux pas, j'ai une infection je ne veux pas ». " MG 2 : "je l'ai engueulée hein, je lui ai dit vous n'avez pas à vous laisser faire", "je lui ai dit qu'il fallait absolument pas qu'elle réponde, mais voilà parce qu'elle se sentait coupable, il était hors de question qu'elle se laisse faire", "je lui ai dit mais il est hors de question que vous vous laissiez faire, faut surtout pas se laisser faire, c'est pas possible, enfin c'était la première fois que j'intervenais comme ça parce que je me disais non elle est perdue et elle pense qu'il faut le faire alors." MG11 : "Parce qu'il y a des schémas qui se reproduisent aussi. Après c'est, dans la discussion que je peux avoir avec des patientes qui donnent ce type d'élément, je leur dis, j'essaie de, de, bien sûr de les soutenir mais en leur donnant les éléments en leur disant que si un homme les bat, ya extrêmement peu de chances que ça cesse."
	*empathique
	MG1 : "c'est vrai que je lui ai renvoyé en disant « ça a dû être terrible pour vous » euh enfin bon euh, je lui ai parlé du fait que c'était infame quoi d'avoir fait une chose pareille, quoi... que..." MG10 : "... je me suis plus demandé là est-ce qu'elle rentrerait chez elle, est-ce qu'elle avait une autre solution, est-ce qu'elle a", "et en fin de consultation plutôt demandé ce qu'elle allait faire, où elle allait euh, bon." MG7 : "donc oui j'ai dû lui demander de préciser euh voilà euh quel âge elle avait, si ça s'était produit plusieurs fois, sur quelle durée etc. euh si elle avait été, ça avait été connu dans la

		<p>famille, euh si elle avait été prise en charge psychologiquement pour ça, j'ai, j'ai continué euh... par le biais de l'interrogatoire hein mais euh,"</p> <p>MG4 : "elle me dit voilà, « je vous téléphonais que pour ça, je voulais entendre vos paroles, je voulais être rassurée ». Voilà c'est tout."</p> <p>MG12 : "oui. Partager ces plaintes presque. S'assurer qu'il n'y ait rien de grave."</p>
		<p>Car le MG est une personne de confiance, proximité, accessible</p>
		<p>MG2 : "je crois qu'il faut une relation de confiance,"</p> <p>MG9 : "mais je suis persuadée qu'on a un pouvoir en tant que médecins généralistes par rapport à ça, par rapport à la confiance avec les femmes qu'on a, avec nos patientes, c'est-à-dire que, voilà il y en a elles vont te dire non pendant plusieurs années et puis un jour elles diront « ah... »"</p> <p>MG4 : "là aussi c'est un problème parce que les psychiatres les délais d'attente sont hyper longs, y compris pour les pédopsychiatres quand on a affaire à un enfant, donc euh bon courage hein je veux dire... donc ça nous retombe dessus quoi enfin. C'est pas méchant mais ça nous retombe dessus parce que euh... beh, c'est nous qu'on voit en premier lieu et puis et puis quand ils voient qu'ils ont rendez-vous dans 3 mois ou dans 6 mois, euh qu'est-ce qu'ils font ?"</p> <p>MG4 : "nous on a une possibilité d'être joints rapidement, et facilement, le psychiatre euh pfff ! voilà c'était pas possible."</p> <p>MG11 : "Mais c'était ça ou rien de toute façon donc. Ça s'est passé comme ça.", "C'est-à-dire que on est vraiment la personne qui va accueillir euh la, la, la personne au moment où ça arrive,"</p>
Hospitalisation		<p>MG3 : "Ah beh d'abord je les ai envoyés du coup à l'hôpital pour qu'ils puissent bilancer les troubles démentiels qui étaient de plus en plus marqués, et du coup ça ça en faisait partie du coup des troubles,"</p> <p>MG10 : "un dimanche soir quand elles rentraient et que la petite pleurait, elle était mal donc j'ai dit à la maman de l'amener, elle m'avait appelé j'ai dit amenez la aux urgences.", "parce que je lui avais dit « s'il y a la moindre chose emmenez la aux urgences de toute façon, qu'ils l'examinent aux urgences »."</p>
Certificat		<p>MG3 : "bah j'ai fait son certificat de coup et blessure, je l'ai examinée, et j'avais quand même des traces assez marquées au niveau du dos en particulier,"</p> <p>MG10 : "donc-moi si tu veux j'y suis allée, voilà, j'ai mis dans mon certificat en disant que. Et puis beh après j'ai été convoquée par le conseil de l'ordre, parce que le père avait porté plainte contre moi. Voilà.",</p> <p>MG11 : "de faire les certificats, bien évidemment de coups et blessures et d'établissement d'ITT. Puisque c'est ça qui est quand même la base de la, de la <u>comment dirais-je</u>, de la prise en charge,"</p>

ANNEXE 7 : ENTRETIEN 10

// : parole coupée.

... : brefs silences.

Italique : mots appuyés à l'oral.

MB : enquêtrice.

MB : Bonjour, et merci d'avoir accepté de m'accorder cet entretien. Le sujet est le ressenti, le vécu des généralistes lorsqu'il y a une découverte des violences sexuelles subies chez leurs patients. Le but c'est pas de démontrer quoi que ce soit, c'est de faire le point sur le vécu des généralistes, de ce qui sort d'une consultation.

Doc 10 : Ça compte aussi les violences psychologiques ? non ?

MB : si, le harcèlement aussi oui.

Doc 10 : d'accord oui voilà.

MB : donc pour commencer je fais un petit état des lieux sur l'exercice du médecin généraliste que j'interroge, donc vous êtes une femme, quel âge avez-vous ?

Doc 10 : 59,

MB : depuis quand vous exercez ?

Doc 10 : 1984.

MB : d'accord, dans quel type de secteur ? rural ou urbain ?

Doc 10 : ça a été semi-rural, toujours, oui semi-rural.

MB : d'accord, est-ce que vous avez des DU ou des formations particulières ?

Doc 10 : non, j'ai fait beaucoup de gériatrie mais bon sans avoir le DU, j'ai toujours travaillé en maison de retraite à côté,

MB : d'accord, ok. Alors pour rentrer dans le vif du sujet, pour vous, qu'est-ce que ça représente les violences sexuelles, qu'est-ce que vous mettez derrière les termes de « violence sexuelle », comment vous pouvez les définir ?

Doc 10 : ... ah ! (Rire)...

MB : à quoi ça vous fait penser ?

Doc 10 : oui beh... euh... en fait je n'ai pas énormément de, j'ai jamais eu beaucoup de consultations de ce type, euh... ça me fait penser euh... là en général c'est bon euh les couples qui s'entendent plus et des... ça peut être des problèmes de jalousie extrême, aussi euh... ça peut être euh... en général, ça a été plus souvent au sein du couple qu'autre chose en fait, que, que, que de harcèlement au travail tout ça j'ai pas vraiment de souvenir,

MB : d'accord,

Doc 10 : de personnes qui m'ont parlé de harcèlement au travail, le harcèlement au travail était psychologique ou du moins on en m'a pas parlé s'il y avait une connotation sexuelle j'en sais rien, euh... après définition je sais pas trop comment définir ... les violences,

MB : moi je me suis basée pour ma thèse et pour essayer de cadrer les choses sur la définition du code pénal, après c'est pas forcément la définition qu'on applique en médecine générale, euh c'est tout ce qui est atteinte sexuelle sous la contrainte, menace ou surprise, et donc ça englobe le viol, les attouchements et le harcèlement sexuel.

Doc 10 : ah, (acquiesce)

MB : après dans ma thèse je vais parler de tous les événements aigus, donc viol et compagnie mais aussi des, très lointains, des cas qui remontent à plusieurs années. Est-ce que vous avez vu en consultation, un patient ou patiente qui vous aurait ramené des situations ?

Doc 10 : oui beh en fait dans la semaine là.

MB : ah.

Doc 10 : parce qu'en fait je pense qu'il y a plein de choses qui ressortent avec l'actualité. Actuellement, parce que c'est une patiente que je connais depuis *des années* et des années, et qui, qui en a jamais parlé et c'est à l'intérieur du couple en fait, et ça n'a jamais été dit en fait, bon elle disait qu'elle a deux filles et qu'il y en a une qui travaille et une qui est étudiante et euh elle disait « par rapport à mes filles de toute façon je voulais garder l'unité *familiale* donc je n'en ai jamais parlé ». Et en plus ce couple travaille dans la même entreprise, en fait ils ont créé une entreprise donc ils travaillent *ensemble*, et euh... la violence est euh... verbale en fait en lui disant qu'elle est moins que rien, qu'elle est inutile, je sais pas quoi, et par contre quand ils sont seuls par contre voilà, il y a des violences sexuelles, et ça euh elle en a, elle, elle est venue lundi soir en fait, c'est tout récent.

MB : d'accord, c'est une femme de quel âge ?

Doc 10 : elle doit avoir 55ans je crois, (cherche sur l'ordinateur) 58ans.

MB : d'accord, et elle est venue en consultation pour vous parler de ça précisément ?

Doc 10 : oui,

MB : et elle a abordé le sujet comment ?

Doc 10 : alors elle est venue en parler euh... parce qu'elle a été incitée par sa plus jeune fille à porter plainte en fait. Donc elle ne voulait pas le faire, sa fille est venue de Marseille en fait, elle étudiante à Marseille, elle l'a accompagnée à la gendarmerie, elle n'a pas voulu porter plainte mais elle a déposé une main courante. Et arrivée à la gendarmerie du coup ils l'ont adressée à la psychologue de la gendarmerie en fait. Je ne savais même pas que ça existait. Et la psychologue l'a revue, euh, donc la consultation psychologique en fait est inscrite en même temps que la main courante en fait hein, elle est quand même répertoriée, et elle lui a donné des adresses, des conseils pour rencontrer des associations en fait.

MB : d'accord, et elle venait en consultation pour en parler ?

Doc 10 : *pour en parler*. Parce qu'en fait, pour dire « j'ai, je vous en ai jamais parlé, ça fait très longtemps qu'on se connaît, je l'ai jamais dit à personne à part à une amie voisine chez qui je me suis réfugiée plusieurs fois » en fait, mais elle n'en avait jamais parlé, je pense que c'était vraiment, oui parce qu'elle ne venait pas chercher ni thérapeutique, ni quoi que ce soit,

MB : ni certificat ?

Doc 10 : ni certificat ! elle venait euh... puisqu'en fait elle est allée à la gendarmerie *avant*, elle ne venait pas chercher de certificat. Non.

MB : et quel type de violences sexuelles c'était ?

Doc 10 : elle a pas, bon... elle est contrainte, euh, elle est contrainte bon au sein de son couple, voilà.

MB : d'accord, et cette dame, euh quand elle vous a dit ça, est-ce que vous avez fait des liens avec certaines consultations d'avant ?

Doc 10 : alors en fait elle consultait *très rarement*, elle consultait pour ses enfants, mais pour elle vraiment très rarement, euh je la voyais euh une fois par an parce qu'elle faisait de la *course à pied* euh, mais elle consultait très très rarement. Quand elle venait c'était essentiellement pour ses filles.

MB : d'accord, ok. Et chez elle il n'y a pas de, est-ce qu'elle a des pathologies particulières ?

Doc 10 : alors... non *hormis que* à son deuxième accouchement elle a eu une hystérectomie totale pour une déchirure en fait elle a eu une hémorragie très importante et elle avait eu une hystérectomie totale au moment de l'accouchement de sa deuxième fille. Et à part ça, c'est le seul, c'est la seule chose. *Par contre*, elle m'a dit, et ça je ne savais pas, qu'elle était d'une famille de 13 enfants, qu'elle était la dixième de cette famille, qu'elle avait de bons rapports avec ses sœurs autour d'elle, les plus proches, et qu'elle avait appris qu'un de ses frères aînés qui a une vingtaine d'années de plus qu'elle quand même, euh... avait eu des problèmes d'inceste avec ses sœurs juste à côté. Donc c'est sur les plus ou moins, là du coup elle rejette un peu toute cette famille là, enfin les frères et sœurs les plus, les plus vieux par rapport à elle. Ils doivent avoir une vingtaine d'années de plus qu'elle hein quand même.

MB : d'accord, et ça elle vous l'a dit en même temps ?

Doc 10 : alors, elle m'a dit tout ça là alors qu'elle ne m'en n'avait jamais parlé.

MB : vous l'avez appris euh//

Doc 10 : ah oui en même temps euh, je savais même pas qu'elle était d'une famille aussi nombreuse, bon yen a mais yen a pas beaucoup des 13 enfants yen a pas beaucoup, et euh... voilà, tout ça c'est, et alors en plus ya pas que ça, c'est qu'en fait cette dame elle est mariée avec un africain et que euh... alors il y a le coté harcèlement psychologique dans le sens où, il est je sais pas quoi en relation avec une femme africaine qui soi-disant euh, parce qu'il, de temps en temps il lui dit qu'elle est *folle* et que heureusement que il y a je sais pas qui euh... en Afrique qui la maintient sinon euh voilà, elle me dit une espèce de vaudou ou je sais pas quoi, enfin bref il y a tout un contexte euh voilà (sourire), très particulier. *Tout ça elle ne m'en n'a jamais parlé.* Elle, enfin je ne connais pas, euh... enfin j'ai vu son mari dans le village, mais ce n'est pas mon patient, lui je ne l'ai jamais vu. Je l'ai jamais vu *en consultation*. Et ... voilà donc tout ce contexte aussi de, voilà, de, pas de *secte* mais quelque chose d'apparenté, c'est, c'est, tout ça c'est sorti lundi soir en fait.

MB : d'accord et vous quand elle vous a déballé tout ça qu'est-ce que vous avez ressenti, comment vous avez réagi ?

Doc 10 : en fait j'ai surtout écouté, j'ai très peu parlé moi en fait hein, je l'ai surtout écoutée, je crois qu'elle avait surtout besoin d'en parler, euh... après euh... je me suis plus demandé là est-ce quelle rentrait *chez elle*, est-ce qu'elle avait une autre solution, est-ce qu'elle a, donc elle elle avait déjà rencontré une autre amie qui allait l'*héberger* et puis elle devait partir une semaine chez une de ses sœurs qui est à Paris, donc bon voilà. Mais c'était plus euh voilà, elle avait pas vraiment euh... là elle allait rentrer chez elle mais bon pas plus que ça quoi, je veux dire elle me disait pas « je veux pas rentrer chez moi, je peux pas » voilà. Elle demandait, alors elle veut surtout pas non plus de médicaments d'anxiolytiques ou quoi que ce soit, c'était aussi exprimé hein, elle disait qu'elle ne voulait pas de médicaments, voilà donc moi je l'ai surtout écoutée, et en fin de consultation plutôt demandé ce qu'elle allait *faire*, où elle allait euh, bon. Là elle dit que maintenant elle va demander le divorce mais bon elle sait pas trop voilà donc c'est pour ça que je pense que c'était une bonne solution d'aller voir ces associations parce que je lui ai dit « vous serez aidée, conseillée » en fait, sur les démarches à suivre, ce que je ne suis pas vraiment capable de lui dire de toute façon, je sais pas trop. Et divorcer c'est une chose mais en fait le contexte familial est un peu compliqué là, le fait que ce soit, qu'ils travaillent tous les deux dans la même entreprise, qu'ils aient *créé* une entreprise, euh qu'elle est gérante, que son mari en fait est son *salarie* donc c'est à mon avis assez complexe d'un point de vue juridique, bon, euh en plus alors son mari a 62 ans, donc il serait possible qu'il prenne sa retraite, ce qu'il ne veut *pas*, en fait pour l'instant donc euh... par contre si elle elle quitte sa société, lui de fait il sera à la retraite, enfin du moins il pourra la demander. Sauf qu'elle elle a 58 ans, si c'est le cas il faudra qu'elle retrouve du travail et donc c'est pas très *simple* d'un point de vue social quoi.

MB : d'accord, et c'est l'actualité qui l'a poussée à parler pour cette dame ?

Doc 10 : beh je lui ai pas posé la question, mais enfin, je pense que quand même ça y est pour quelque chose, on le voit bien là que ça explose euh bon, je pense qu'effectivement euh... alors ya peut-être quelquefois des *excès* hein c'est possible mais par contre c'est vrai que ça donne la *parole* peut-être aussi. Et entendre comme ça sur les médias qu'il ne faut pas rester comme ça dans son coin, qu'il faut en parler, je pense que ça aide aussi. Ceci dit c'est vraiment sa fille qui l'a aidée, ce qui s'est passé c'est que comme il ya eu des heurts des importants un soir, elle a appelé sa fille de Marseille, c'était la veille d'un weekend, pour lui dire de ne *pas* venir.

MB : ah d'accord,

Doc 10 : voilà, donc du coup sa fille, ça a alerté sa fille, sa fille est venue, et lui a dit « viens on va à la gendarmerie » de toute façon plus ou moins, elle elle s'était aperçue quand même de la maltraitance... mais voilà, en fait c'est comme ça que ça s'est passé.

MB : d'accord, donc vous votre réaction ça été l'écoute, l'empathie, et au niveau de vos ressentis ?

Doc 10 : (silence)

MB : en tant que médecin, en tant que femme ?

Doc 10 : on est un peu habitué des fois à des histoires sordides (sourire) aussi. Donc euh je crois que j'ai une grande barrière (rire) entre, entre tout ce que j'ai pu entendre en 30 ans, et voilà. J'ai été beaucoup plus déstabilisée une fois par un problème de, d'attouchements sur des enfants. Voilà. Là par contre j'ai été beaucoup plus *déstabilisée*, j'ai eu une réaction plus *de mère* que de médecin, euh ... alors que par rapport à un adulte, je

pense que j'arrive à avoir suffisamment de recul, à essayer bah oui *d'orienter*, mais à ne pas ressentir quoi que ce soit par rapport à ça.

MB : d'accord, on reviendra sur le cas de l'inceste après. Est-ce que vous avez ressenti des difficultés particulières à gérer cette consultation ?

Doc 10 : non pas particulièrement puisque c'était plus, c'était plus, j'étais plus témoin en fait hein, à l'écoute donc c'était pas si difficile que ça.

MB : d'accord,

Doc 10 : et qu'il n'y avait pas non plus de, il n'y avait pas *de demande* de la part de la patiente, je crois qu'elle était là pour me dire « soyez au courant », voilà. Peut-être que maintenant, euh « il se peut qu'il arrive une fois que je ne sois pas bien euh je veux que vous sachiez », je pense que c'était, c'était ça sa démarche elle demandait pas de traitement, elle demandait qu'à être entendue là-dessus donc la consultation du coup était pas, était pas *complexe* dans le sens où voilà, à part dire « oui je me doutais pas de tout ça » mais sinon oui c'était pas compliqué.

MB : d'accord. Du coup elle a un peu anticipé le possible impact sur elle ?

Doc 10 : oui elle est venue, elle voulait que ce soit inscrit dans son dossier, que on puisse euh, beh oui la recevoir si jamais il se passait quelque chose, et dans, enfin oui peut-être dans l'urgence relative quoi, je pense que sa démarche elle était là.

MB : d'accord, et du coup cette information va *changer* votre prise en charge, ou votre regard par rapport à cette patiente ? ou pas ?

Doc 10 : ...beh c'était pas quelqu'un qui consultait beaucoup, par contre euh voilà, si euh si elle appelle c'est peut-être qu'il y a quelque chose de plus parce que c'est pas quelqu'un qui vient pour un rhume, c'est pas quelqu'un voilà, euh... honnêtement là quand elle a eu son hystérectomie, elle a failli y rester à son accouchement, donc euh il a fallu qu'elle remonte tout ça, voilà mais après c'est pas quelqu'un qui est dans la plainte, *jamais*, donc euh oui je pense que ça changera au sens où si elle consulte c'est que voilà, ou que si elle appelle euh pour, alors que le planning est *plein*, euh la secrétaire dit « il y a cette dame qui voudrait vous voir aujourd'hui » oui je pense qu'effectivement, ne peut pas le remettre au lendemain ça c'est certain.

MB : d'accord, ok. Il y a une question sur le rôle du médecin généraliste, on en a un peu parlé mais quel rôle vous pensez avoir ?

Doc 10 : ya pas de lésions de plaie de quoi que ce soit hein donc c'est... je pense sincèrement qu'elle voulait être entendue qu'elle avait besoin de, de l'exprimer, quelque chose qu'elle a gardé pour elle pendant des années et des années, euh elle a été plus ou moins poussée à le dire à la gendarmerie mais ça lui a été difficile parce qu'elle a pas voulu porter plainte, ce qui est peut-être dommage, en fait, de pas porter plainte, mais euh elle a pas voulu le faire, bon, je ne connaissais, je ne savais pas qu'à la gendarmerie il y avait une psychologue et qui *pouvait* la recevoir tout de suite après et ça c'est vraiment bien, je crois le surlendemain elle a été reçue par la psychologue et ça lui a permis là d'en reparler. Et puis voilà ce qu'elle disait, c'est qu'il est ressorti plein de choses *familiales et autres* qu'elle avait complètement occulté hein en fait. Elle le savait de toute façon mais euh, elle en parlait pas et là maintenant elle a besoin d'en parler. Donc en fait c'est pour ça je pense qu'elle est venue et qu'elle a parlé de ça.

MB : d'accord,

Doc 10 : alors après, alors justement, on a parlé d'un suivi psychologique *aussi*, à côté de ça elle fait beaucoup de... *du yoga*, elle fait des tas de choses alors je pense qu'elle s'était un peu *protégée* en fait depuis pas mal de temps, elle avait déjà organisé en fait euh, des tas de choses puisqu'elle fait beaucoup de, pas de sophrologie mais elle fait, je me souviens plus de ce qu'elle m'a dit elle fait quelque chose qui est associé à de la relaxation, en fait.

MB : oui, elle essaie de se stabiliser comme ça,

Doc 10 : oui elle essaie de se stabiliser comme ça. Je pense que là ça devient très difficile *et* à la maison *et* de se retrouver *en plus au travail*, ils sont tout le temps, tout le temps, tout le temps ensemble. Donc euh...

MB : ok. Et est-ce que vous vous souvenez du cas de celui qui vous a déstabilisée ?

Doc 10 : ah oui, ça je peux pas oublier (rire).

MB : est-ce que vous pouvez me raconter ?

Doc 10 : beh là c'est euh, en fait ce sont, c'est le cas de deux petites jumelles, de parents divorcés, euh la maman était avec euh donc euh un autre monsieur, et donc les jumelles étaient avec eux, et quand les jumelles allaient chez leur père, euh, à priori, enfin elles allaient voir leur père *chez* leurs grands-parents paternels,

MB : d'accord,

Doc 10 : et... il y avait alors il y avait, *c'est souvent le cas* dans les jumelles, il y en avait une qui parlait pour l'autre en fait hein. Il y en avait une qui était *très* repliée, qui parlait jamais, quand on posait une question c'était sa sœur qui *répondait*, elle était toujours euh en retrait, et euh... avec euh oui même euh, alors elles étaient à la *maternelle* hein mais la maîtresse avec commencé à parler d'*orthophonie*, parce qu'elle avait un petit peu plus, de voilà plus de difficultés, euh... jusqu'au jour où c'est *sa sœur* qui a commencé à parler en disant que euh leur papa euh... les euh, restait tout le temps avec elles euh, voulait qu'elles dorment avec lui, que elles, que maintenant elles aimaient pas quand elles allaient, il voulait qu'elles prennent leur douche mais elles aimaient pas, en fait bon voilà. C'était des choses comme ça donc ça avait alerté la maman. Et euh... la maman m'a dit « mais ya des choses qui se passent chez leur père ». Alors c'était un problème de divorce. Donc c'est toujours très très compliqué de dire est-ce que c'est vrai, est-ce que c'est pas vrai ? est-ce que c'est la maman qui se fait des idées, euh bon. Ça se passait en plus chez les grands-parents donc on se dit « bon sang quand même c'est chez les grands-parents », euh pfff je sais pas les grands-parents c'est pas normal, ils ont dû s'apercevoir qu'il y avait quelque chose *qui n'allait pas*, enfin bon. Euh et puis, donc j'ai dit à la maman, euh, une fois elle me l'a amenée en me disant « il y a une lésion au niveau de la vulve ». Euh donc j'ai, donc celle qui parlait *peu* en fait hein voilà. Donc euh, euh effectivement elle avait une petite *lésion*, après j'ai reçu à chaque fois qu'elles partaient chez leur père, elles avaient été vues soi-disant par un médecin généraliste qui euh avait mis des crèmes antifongiques, parce que on les avait amenées pour des problèmes d'irritations vulvaires enfin *toujours la même* des deux jumelles hein, toujours la même. Et euh bon ça quand même j'ai trouvé ça bizarre donc j'ai téléphoné au généraliste qui l'avait vue, donc dans l'autre village, qui me dit on me l'amène samedi midi en catastrophe en me disant, elle me dit « il n'y avait pas vraiment de lésion mais bon j'ai mis un antifongique ». Voilà donc je l'avais *alertée* de ce qu'on, de ce que la maman *disait*, mais bon pas plus.

MB : hum hum,

Doc 10 : et puis après euh... ya eu euh... un dimanche soir quand elles rentraient et que la petite *pleurait*, elle était, elle était mal donc j'ai dit à la maman de l'amener, elle m'avait appelé j'ai dit amenez la aux urgences. Elle avait fait suivre les enfants déjà par une *psychologue* euh par rapport au divorce en fait hein. Elle l'avait amenée chez une psychologue. La petite a voulu parler à sa psychologue un dimanche soir et la psychologue a répondu.

MB : celle qui était plus timide ?

Doc 10 : oui, elle avait voulu parler à la psychologue. La psychologue lui a répondu, elle l'a eu au téléphone, et puis bon elle aurait dit à la maman « amenez la aux urgences pour voir ». Donc il y avait eu déjà une constatation. Mais on ne savait pas trop ce qui se passait. Ça allait et donc j'ai dit à la maman qu'il fallait qu'elle porte plainte de toute façon, et ... c'est pas du tout évident parce que deux ou trois fois elles n'ont pas été écoutées.

MB : à la gendarmerie ?

Doc 10 : à la gendarmerie. Elles n'ont pas été écoutées. Elles ont été écoutées euh... un jour où il y a eu euh, *une femme* gendarme en fait hein qui les a reçues, et *là* aux urgences, parce que je lui avais dit « s'il y a la moindre chose emmenez la aux urgences de toute façon, qu'ils l'examinent aux urgences ». Bon après c'est toujours embêtant parce qu'examiner cette enfant *en permanence*, enfin si déjà elle souffrait de ça c'était un peu inquiétant aussi. Mais je lui avais dit « de toute façon c'est toujours le dimanche soir euh donc vous allez aux urgences ». Et ça s'est trouvé que... bon ils ont fini, là, la maman a dit « oui mais c'est même pas la peine d'aller à la gendarmerie on ne m'écoute jamais ». Donc aux urgences ils ont téléphoné à la gendarmerie. Et là elles ont été reçues par une femme gendarme en fait. Donc qui a écouté les deux, les deux enfants et, en fait, ça, ça, ça n'était qu'*une* des deux enfants. L'autre *parlait pour elle* quoi. En fait. Mais elle, elle a dit, elle commençait à parler à dire des choses mais euh pas celle qui était voilà, qui subissait les attouchements. Bon et du coup ça, c'est, bon après elle a *porté plainte*, donc ça a été *entendu*, ya eu *des juges*, ya, et puis ya eu euh, le ... un des, *l'avocat* en fait de la maman qui a demandé de, parce que, donc à partir de ce moment-là ya eu euh on a fait un, euh... déclaration vis-à-vis du juge pour enfants donc le papa n'a plus eu le droit de les recevoir, et à partir de ce moment-là, du mois de décembre jusqu'au mois de juin, euh la petite elle a fait énormément de progrès. Elle a fait des progrès *à l'école*, elle a fait des progrès euh, elle ne savait pas faire du vélo elle s'est mise à faire du *vélo*, elle a fait plein de progrès.

MB : quel âge elle avait ?

Doc 10 : beh elle avait 5 ans, quand on a vraiment, ya eu *une année*, pratiquement entière, ou euh en fait on savait pas trop, voilà, avant que, il y ait vraiment une plainte de déposée et que le père ne les ait plus, ya eu une année entière. Donc euh c'était... et, et après bah c'est là ou je dis que je réagis en mère c'est que *moi*, c'est l'avocate qui m'a demandé de faire un certificat par rapport à tout ça parce qu'il y allait avoir le jugement, ils allaient voir s'ils redonnaient l'autorisation ou pas au père de *les voir* ou pas. Et j'ai fait un certificat en disant qu'effectivement, depuis, elle avait fait énormément de progrès et que, *c'est ce que je n'aurais pas dû écrire*, et que le fait d'être à nouveau en contact avec son père risquait de, d'altérer en fait ses progrès qu'elle avait fait, parce qu'entre temps elle était suivie donc maintenant à l'hôpital par la *neuro pédiatre*, elle avait eu des bilans orthophoniques, des bilans psychologiques, motricité, enfin je veux dire elle était suivie énormément. Et moi j'avais le compte rendu même de la psychomotricienne qui disait que les progrès qu'elle avait fait en si peu de temps, l'orthophoniste aussi, ne pouvaient, ne se voyaient *que* chez les enfants qui avaient eu euh des sévices sexuels.

MB : oh,

Doc 10 : voilà pour qu'ils fassent des progrès aussi, aussi *rapidement*, y avait que ça. Donc-moi si tu veux j'y suis allée, voilà, j'ai mis dans mon certificat en disant que. Et puis beh après j'ai été convoquée par le conseil de l'ordre, parce que le père avait porté plainte contre moi. Voilà.

MB : ah oui d'accord,

Doc 10 : voilà. Donc euh, euh... au conseil de l'ordre bah c'était, il y avait une plainte contre moi et avec euh *son avocate* en fait c'est son avocate qui portait plainte parce que j'étais, c'était un divorce, donc évidemment,

MB : pour certificat de complaisance ?

Doc 10 : bah ils considéraient que le fait que *j'ai mis* que la petite avait fait d'énormes progrès, et que le fait d'être à nouveau avec son père risquait effectivement d'altérer ses progrès et tout ça, euh bah *j'avais été juge* là-dedans, si vous voulez avec le *recul* je le comprends, mais immédiatement, je disais mais *c'est pas possible*, on va pas la remettre avec son père *maintenant*, dire qu'*il peut la reprendre* alors que, enfin, elle commence à parler quoi voilà. Et... et donc bon, en fait euh ça n'a pas été plus loin parce qu'ils m'ont demandé simplement, de faire, de, *d'écrire* au juge de retirer mon certificat du... voilà. Donc je trouve que c'est assez ridicule parce qu'à la limite quand tu demandes à faire retirer un certificat le juge *le relit* à ce moment-là justement, donc (rire) mais enfin voilà, il ne pouvait plus être une pièce à conviction, voilà, c'est tout.

MB : (silence), mais c'est fou, c'est incroyable,

Doc 10 : voilà, donc si vous voulez la suite, euh et bien, elles ont *9 ans* maintenant, ce n'est toujours pas jugé. Alors maintenant, parce que en fait euh, voilà. Simplement maintenant, elles ont le droit les jumelles d'avoir un juge pour enfant parce qu'elles étaient trop petites, elles n'avaient pas de, y avait un juge, mais c'était pas un juge pour enfants. Donc maintenant elles ont été entendues par le juge pour enfant, elles sont toujours suivies, elle elle a, alors c'est pareil, elle a *grandi*, elle est aussi grande que sa sœur alors qu'elle était plus petite, (rire) enfin, tout, tout est *clair*, ya eu un *rattrapage*, voilà, on voit bien que maintenant elle va *bien*, sauf qu'elle dit « je ne veux *plus jamais* voir papa », et... parce qu'au début elle disait, bon d'abord elle disait rien. Et quand elle a commencé à parler elle disait « personne me croit » ; donc euh... et maintenant, alors euh, bon maintenant sa mère lui dit « mais tu sais très bien que maintenant les gens *te croient*, qu'on t'a *entendue* » tout ça, oui mais la justice pour l'instant ne fait rien. Bon *sauf que*, elles ne peuvent voir leur père qu'une fois par mois en milieu sécurisé. Depuis plusieurs années, mais lui il demande d'avoir à nouveau la garde des enfants,

MB : mais il n'y a pas eu, pourquoi il n'y a pas eu de jugement ?

Doc 10 : bah ya eu des jugements mais ya eu *des appels*, enfin je sais pas quoi, enfin en tout cas c'est très très long ! voilà et que de 4 ans à 9 ans on est toujours dans la même histoire en fait. Toujours à attendre et tout ça. Donc en fait beh oui la maman elle est toujours là à me dire euh « j'espère qu'au prochain jugement on va pas revenir en arrière », alors j'ai dit « bon écoutez elles grandissent entre temps, donc elles auront plus la facilité de parler », mais elle par contre oui, l'autre jumelle dit « moi je veux bien aller voir papa, de temps en temps comme ça ». Mai elle elle dit « moi je veux plus le voir ». Si le juge dit qu'elle *peut* le voir, elle sera *obligée* d'y aller.

MB : mais la justice ne peut pas faire ça ! c'est ...

Doc 10 : bah vous voyez moi j'ai eu exactement le même *réflexe* mais euh, beh en fait, on ne peut rien faire, rien dire. On peut pas, voilà. Alors c'est vrai qu'on espère, on espère évidemment, que ça restera comme ça, mais euh... voilà on peut pas. Alors elles n'ont plus vu non plus leurs grands-parents paternels depuis cette date. Elles voient *leur père* une fois par mois en milieu sécurisé, les grands-parents elles ne les ont plus jamais vu. Parce que par contre les grands-parents ils ont dit euh, *eux* ils n'ont pas de, d'*obligation* à les voir, et comme ça s'est passé chez eux bah ils n'ont pas le droit. Ils ne les ont plus vues depuis 4 ans. 4 ou 5 ans. Voilà. Et c'est pas encore fini.

MB : oui donc c'était une situation super complexe pour vous, parce que vous voyez les lésions quand vous l'avez examinée//

Doc 10 : alors, voir les lésions si vous voulez c'était, voilà c'est pas non plus évident, c'est pas si évident que ça, euh pfff, c'est vrai que moi aussi je voulais pas trop tout le temps être, finalement c'est *embêtant* d'examiner la petite ! une fois ça va, mais après, à répétition on se dit « bon sang déjà tout ce qu'elle subit c'est peut-être pas la peine d'être là euh », alors bon bien sûr on était que des femmes mais bon est-ce que c'était toujours le cas quand c'était aux urgences euh, c'est pas très évident quand même en fait hein euh. Donc c'est vrai que ça c'est difficile, euh après s'apercevoir que quand elle est, qu'on *l'éloigne* de son père euh elle se met à faire des progrès de façon *extraordinaire*, donc on se dit « quand même il y a bien quelque chose qui s'est passé », ça paraît *tellement évident*, mais pas pour la justice. Pas pour la justice ça suffit pas, parce qu'en fait ya le problème du divorce. Et plus ou moins, parce *qu'en fait*, la maman par contre ya eu, elle elle a eu des *contraintes*, c'est-à-dire qu'elle a eu un éducateur qui venait toutes les semaines *chez elle*, elle a eu voilà, voir si elle s'en occupait bien, automatiquement hein !

MB : oui ils se renvoient la balle, et

Doc 10 : voilà ils se renvoient la balle, donc euh voir si elle les élevait bien, voir comment elles étaient *habillées*, voir *où* elles allaient à l'école, voir si elle les amenait partout, donc euh ça a pas été facile à vivre. Ni pour la maman, ni, et... bon évidemment elle a tout accepté parce que c'était pour les protéger, mais euh c'était *pas simple* hein quand même de toute façon. Et puis ça met trop de temps, voilà c'est ça. *Assez vite* on l'a éloignée de son père mais c'est du *temporaire*, ça va tant que c'est jugé. Mais si le jugement dit qu'elle peut voir, elles sont trop jeunes pour, elles, dire non, voilà. Je crois que c'est à partir de 13 ans qu'on peut les écouter réellement si elles veulent pas y aller, respecter leur, mais pour l'instant c'est pas possible.

MB : et là avec cette situation, euh, vous n'aviez pas fait de signalement pour elle ? ou d'information préoccupante ?

Doc 10 : *alors*. Euh, c'est pas moi qui l'ai fait parce que, en fait, comme après ça se passait assez souvent le dimanche soir et en fait ça a été fait par les urgences. Ça a été fait, ils l'ont vue 2 ou 3 fois sans rien faire, parce que c'était *pas flagrant*, et puis euh, et puis par contre, voilà ya ce côté euh divorce, les parents qui s'entendent *pas* donc on se dit, on se dit est-ce que vraiment, est-ce que c'est pour embêter le père ou est-ce que c'est vraiment ? voilà. Bon après moi j'avais plus vraiment de doutes, mais euh, voilà, je veux dire, y'avait rien de, de tangible quand même en fait hein, c'est pas, c'est pas si évident hein,

MB : hum,

Doc 10 : et j'avais eu euh je crois que c'était, j'étais en train de regarder, y avait une conclusion de bilan qui était assez... (cherche sur son ordinateur) Voilà parce qu'ils parlaient d'efficacité intellectuelle diminuée, tout ça au début hein, en fait hein, les premiers bilans psychométriques qu'elle a eus, et puis après euh, après euh, elle a eu une IRM encéphalique,

MB : lolalala !!!

Doc 10 : voilà non mais, elle a été vue euh,

(Nous regardons toutes les deux son dossier informatique, avec les courriers des spécialistes)

MB : et là orthophonie, cardio, psychiatrie,

Doc 10 : ah oui oui, elle a été vue dans toutes les spés, et après je sais plus, je crois que c'est là que. Voilà vous voyez « la maman me signale qu'elle a du mal à descendre les escaliers en pas rattrapé », mais euh après elle a été vue par les rééducateurs, par tout ça, je sais plus ya eu *un moment* ou c'était flagrant où elle disait « mais on n'a jamais vu des progrès aussi performants *hormis* chez les enfants ayant subi des sévices sexuels », je sais plus où j'ai vu ça. Regardez : « T. fait preuve depuis quelques mois de gros progrès dans tous les domaines, non

explicables par l'évolution naturelle de ses troubles ni par la rééducation des troubles bien conduite, mais plus probablement lié à un déblocage psycho affectif, suite à l'accalmie de la situation familiale observée depuis longtemps. Très certainement des difficultés cognitives citées ci-dessus mais l'hétérogénéité de ses résultats et de son évolution ne peut être expliquée que par un rapport psycho affectif important, » euh il me semble qu'ils avaient marqué euh je sais plus, je sais que quelque part c'est marqué.

MB : là : « ainsi qu'un soutien psychologique régulier par un professionnel compétent dans les problèmes liés aux sévices sexuels et troubles des apprentissages ».

Doc 10 : voilà. Mais ça c'est de 2015 ça. Et bon c'est suite à ça que j'ai eu ce problème.

MB : d'accord,

Doc 10 : voilà. Donc ça par contre ça, ça m'avait beaucoup...

MB : mais c'est incroyable qu'on ait fait tous les examens du monde à cette petite et qu'en fait c'était des sévices sexuels quoi. Et *personne* n'avait, n'avait détecté ça !

Doc 10 : oui, maintenant elle a une scolarité normale. Alors elle a un an de retard par rapport à sa sœur, c'est-à-dire que on l'avait laissée en CP en fait bon une année de plus parce que fallait lui laisser *du temps*, mais, mais sinon du point de vue des apprentissages tout ça ya aucun problème maintenant. En fait. Plus aucun problème. Donc c'est vrai que pffff. Oui oui *c'est fou* hein. Mais vous avez vu tout ce qu'elle a subi ! Ça je trouve que c'est beaucoup plus déstabilisant. Par rapport aux adultes, c'est vrai que c'est plus facile de prendre du recul par rapport à un adulte. Mais bon même si la situation peut être parfois *dramatique* hein, mais c'est vrai que voilà, bon moi j'ai jamais... à chaque fois qu'on m'a contactée pour des *coups*, pour des choses comme ça, c'est vrai que bon c'était, des *bleus* des choses comme ça, voilà j'ai pas été, j'ai pas vu des gens dans des états catastrophiques, mais au niveau des adultes. Bon *ça*, par contre elle, ben finalement ce qui était le plus visible c'était la psychologie en fait... beaucoup plus que...

(Silence)

MB : hum,

Doc 10 : c'était des jumelles, pourquoi elle par rapport à l'autre ? enfin peut être si, parce que c'est elle qui ne parlait pas. Je pense. Je pense que quand même, souvent dans les deux jumelles y'en a toujours une qui est un peu plus *dominante que l'autre*, donc une qui était plus bavarde que *l'autre*, je pense que c'est pour ça quoi, il s'est sans doute dit que l'autre elle parlerait tout de suite. Elle elle disait *rien* donc euh. Mais je pense que si y avait pas eu sa sœur, je sais pas, ça serait peut-être resté euh bon.

MB : et depuis cette histoire est-ce que vous êtes euh, plus *alertée* euh, enfin, est-ce que si un enfant arrive et qu'il a un gros retard, est-ce que vous lui poserez la question ou pas ?

Doc 10 : ah je sais pas si je poserai la question.

MB : est-ce que, ou comment/

Doc 10 : bah peut-être, *si* en fonction du contexte, ces contextes de *difficulté familiale*, de famille *éclatée* oui c'est possible. Après c'est souvent des fois des proches, autour de la famille hein, des amis, voilà donc euh, je sais pas si j'y penserai j'en sais rien. Je sais pas.

MB : la question suivante c'est le dépistage. Qu'est-ce que vous pensez, vous, du dépistage par rapport aux violences sexuelles ?

Doc 10 : je pense que c'est pas bien fait. Je pense que c'est pas bien fait *du tout* en fait, on est pris dans les consultations à la suite, de régler les problèmes infectieux et autres, et... parfois psychologiques mais euh, mais je suis pas sûre, qu'effectivement quand on vient *pas* nous en parler directement, que c'est justement euh... ben voilà, *savoir détecter* qu'il se passe *quelque chose* de particulier euh, enfin franchement je pense qu'on peut passer tout à fait à côté.

MB : hum. Et euh, est-ce que, euh... est-ce que pour vous ça serait réalisable de poser la question de façon systématique, ou ?

Doc 10 : alors peut-être pas de façon systématique, mais je pense qu'effectivement, bon là on le voit avec les problèmes d'actualité, euh mais c'est vrai que les affiches dans les salles d'attente, des choses comme ça, ça peut aider.

MB : oui,

Doc 10 : parce que voilà je crois que c'est vrai qu'on, on le voit bien même quel que soit le *dépistage*, on voit quelqu'un pour *une chose*, on va pas forcément lui demander s'il fume, si voilà, même si voilà bon, voilà, donc euh, suivant pourquoi vient la personne, euh bon, on pourrait faire encore plus de dépistage, ce qu'on fait pas forcément parce qu'on le voit pour *une chose*, que peut être on est déjà *en retard*, que peut-être il y a d'autres choses qui s'est passé et qu'on sait qu'on a encore d'autres personnes à voir et qu'on sait qu'on va pas, alors. Alors que quand ya des fois une affiche dans la salle d'attente, euh des gens nous disent « ah au fait aussi je voulais vous dire euh ». Voilà. Et ça parfois ça permet de libérer et c'est ce qui se passe là actuellement *parce qu'on* en parle à la télévision mais on voit que le mois de novembre sans tabac ça marche, donc euh bon alors qu'on se demande pourquoi (rire),

MB : oui,

Doc 10 : voilà, on se demande pourquoi au mois de novembre, mais à partir du moment où il y a des spots à la télé en disant euh beh eh c'est le mois sans tabac, beh oui ça doit décider des gens ensemble ou voilà, à essayer d'arrêter le tabac. Donc je veux dire ça marche la pub hein (rire) donc voilà. Donc euh je pense qu'effectivement, peut-être qu'on en parle jamais, en fait, on en parlait *pas* du tout. Bon là voilà ça *explose*, peut-être un peu à tort et à travers *aussi*, mais euh bon, par contre on s'aperçoit qu'effectivement ça va être l'occasion d'en parler. Mais je pense pas qu'effectivement, je pense que c'est très mal, très mal détecté ça c'est certain.

MB : bah souvent c'est les patients qui laissent comprendre qu'il y a certaines choses, ou sur les dépressions chroniques, ou les troubles du comportement alimentaire, en général il y a des contextes en amont qui font penser.

Doc 10 : oui,

MB : mais euh... bon. Merci, est-ce que vous avez des remarques, des éléments à ajouter par rapport à tout ça ? qu'on n'a pas abordé,

Doc 10 : je vous dis c'est pas quelque chose finalement qui fait partie trop de, c'est pas, c'est pas tous les jours quoi voilà donc on n'y pense peut-être pas trop.

MB : oui, vous y// est-ce que dans votre formation, externe interne ou formation continue ou tout ce que vous avez pu faire, est-ce que vous en avez entendu parler ?

Doc 10 : non pas vraiment,

MB : oui donc c'est aussi un manque de//

Doc 10 : il commence à y avoir des formations là-dessus, mais c'est pas très vieux en fait hein, moi je les ai vu passer, bon je ne l'ai pas faite, mais ya des formations là-dessus mais c'est tout à fait récent finalement en fait hein. Et puis après je pense qu'aussi ça dépend un peu du contexte social dans lequel on exerce. Alors je dis pas, ya des problèmes dans tous les milieux sociaux hein, mais, mais bon, ya des milieux ou c'est plus peut-être, exprimé, par rapport à d'autres. Et bon à partir du moment où ya un niveau social assez haut je pense que c'est plus *caché*. Voilà. Je dis pas que c'est moins, mais c'est plus caché. Voilà. Je pense qu'il y a des milieux où ça va être beaucoup plus exprimé *plus vite* en fait. Là il y a, ya une espèce de vernis d'éducation qui fait que on n'en parle pas trop,

MB : hum, parce que c'est archi tabou et qu'il y a un problème de//

Doc 10 : oui, qu'il faut pas que les voisins, la famille, sachent que...

MB : oui,

Doc 10 : je crois que le milieu où on exerce doit avoir une influence là-dessus. Parce que, et du coup aussi sur les praticiens (sourire) puisque si on est confronté plus souvent, on va être beaucoup plus ... intéressé par le problème et aller au-devant de formations comme ça,

MB : beh voilà,

Doc 10 : alors que quand ça arrive pas très souvent, bon ou que c'est plus caché, on y pense moins et on le dit moins.

MB : et oui, si on est plus sensibilisé, on peut plus facilement détecter ou y penser. Bien sûr.

Doc 10 : ça va avec hein, je pense qu'effectivement, quand euh voilà, là euh je crois qu'effectivement ici globalement il y a un niveau social assez élevé, et du coup voilà ya ce vernis d'éducation qui fait qu'on n'en parle pas. La preuve là, cette dame donc j'ai parlé elle a *juste* une amie qui est une voisine, chez qui elle s'est réfugiée plusieurs fois, et c'est à peu près la seule à qui elle en avait parlé. Parce que *même* ses sœurs où elle m'a dit qu'elle en avait parlé *récemment*, elle en a parlé récemment euh suite à ça. Mais les sœurs n'étaient pas au courant pour autant. Alors que de ses deux sœurs autour d'elle, elle était proche et elle en avait jamais parlé.

MB : et est-ce qu'elle vous a dit pourquoi elle en avait jamais parlé ?

Doc 10 : non, elle m'a dit pourquoi elle en avait parlé à ce moment-là, c'est parce que sa fille ainée annonçait qu'elle allait se marier. Et elle m'a dit euh à partir de ce moment-là, euh elle me dit « j'aurais dû être très heureuse et je me suis rendu compte que j'avais, ma réaction a été d'avoir eu peur ». Voilà.

MB : d'accord,

Doc 10 : et c'est ça qui a déclenché en fait, à parler,

MB : d'accord,

Doc 10 : parce que c'était pas, il s'est passé un évènement à ce moment-là mais c'était pas *le premier* donc pas plus de raisons à ce moment là que d'autres, c'est parce que sa fille lui a téléphoné, sa fille qui habite à Paris en fait, lui a téléphoné en lui disant qu'ils allaient se marier à l'été prochain quoi voilà. Et elle me dit « bah j'ai fait bonne figure à ma fille, euh je lui ai dit que j'étais contente que j'étais ravie », et elle me dit « mais quand j'ai raccroché par contre euh j'ai *pleuré*, et c'est là que je me suis dit j'aurais dû être heureuse et je ne l'étais pas ». Donc c'est vraiment des évènements intercurrents comme ça en fait qui déclenchent.

MB : oui, d'accord,

Doc 10 : et elle en avait jamais parlé à personne en fait.

MB : parce qu'elle avait peur ou honte ?

Doc 10 : oui, je pense que c'est un mélange des deux,

MB : et pour protéger sa famille,

Doc 10 : *oui*, pour protéger sa famille. Elle dit que de toute façon ya *longtemps* mais que de toute façon elle voulait surtout que son foyer *reste*, que ses enfants euh vivent dans un foyer *uni* et que du coup elle a toujours voilà, et d'ailleurs elle disait que sa fille ainée donc qui est donc partie depuis longtemps, ne s'est sans doute aperçu de rien alors que la cadette s'en était aperçu parce que quand elle, en fait c'est elle qui est venue et elle a dit qu'elle voyait bien qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas quoi mais c'est pas, elle elle avait toujours voulu que bon, pour tout le monde, que tout se passe bien.

MB : d'accord, bon merci !

Doc 10 : voilà. Vous avez eu beaucoup de médecins ?

MB : là c'est mon dixième entretien. J'ai eu pas mal de refus, c'est pas un sujet facile à aborder, il y a des médecins généralistes qui se sentent pas du tout concernés donc voilà, et puis c'est vrai que ça demande du temps là ça fait une heure, je comprends aussi que //

Doc 10 : oui et je pense qu'effectivement il faut exercer depuis longtemps aussi, parce qu'en plus je crois que c'est une *histoire* déjà, les gens à qui s'est arrivé, c'est une histoire ancienne en fait, c'est pas la première fois qui viennent donc euh en fait il faut que ce soit, voilà, des médecins qui soient plus âgés pour pouvoir, et puis je vous dis hein, c'est pas très souvent quand même hein. Alors c'est vrai que les médecins qui sont placés dans les zup ou quelque chose comme ça on peut être un peu plus d'expérience par rapport à ça,

MB : oui, ou des médecins qui ont travaillé en PMI souvent ils sont plus sensibilisés, mais euh, je pense que c'est très très très fréquent, et que les gens ils, j'avais lu plusieurs études qui montraient que les gens qui ont subi des violences sexuelles, déjà on connaît tous quelqu'un qui s'est fait agressé, c'est *énorme* les pourcentages, 3% des filles attouchées et 0.5% sont violées, et en fait ya une étude qui montre que les gens qui ont vécu ça consultent *beaucoup*, sont beaucoup dans la demande *de soin*, d'examen complémentaires pour des troubles divers et variés que personne ne comprend, et que ça dure *des années* et qu'en fait, jusqu'au jour où on laisse, ou elles arrivent à parler, les choses changent.

Doc 10 : oui, non mais c'est sûr que ces histoires-là, médiatisées, je pense que ça peut avoir en fait faire parler des gens qui ont jamais parlé. Et c'est vrai que les *affiches*, les trucs comme ça dans les salles d'attente, en fait, quelque fois on voit que ça marche en fait, quel que soit *le sujet* en fait hein, on voit que quelque fois il y a « oh j'ai vu dans la salle d'attente euh » ya ça, ya ça, et puis c'est l'occasion d'en parler,

MB : oui ça peut libérer, ça peut laisser une *porte ouverte*. De faire comprendre aux gens,

Doc 10 : oui mais par contre là-dedans ya ce côté *isolement* en fait, et donc le fait qu'il y ait des affiches ou qu'on en parle ils se disent « ah bon mais ça arrive aux autres, je suis pas toute seule, » donc voilà c'est sûr que c'est plus facile à parler quand c'est comme ça.

MB : merci, merci beaucoup.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé :

Des études réalisées en France montrent que de nombreuses personnes sont victimes de violences sexuelles au cours de leur vie. Ceci engendre des conséquences lourdes sur la santé des patients. L'objectif de cette thèse est d'analyser l'expérience vécue des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon dans la découverte des violences sexuelles subies chez leurs patient(e)s. L'étude est réalisée avec une méthode qualitative, en analyse phénoménologique. Les médecins ont été interrogés en entretiens individuels semi-dirigés. Les médecins interrogés ont eu des difficultés à définir précisément les violences sexuelles. En revanche, ces derniers ont tous eu en consultation au moins un cas de violence sexuelle (harcèlement sexuel, attouchement sexuel, viol). De plus, face à ces différents cas, les ressentis divergent entre impacts personnels (choc, projection intime) et professionnels (prise de recul). Il apparaît clairement que les révélations sont favorisées par l'ancienneté de suivi du médecin auprès du patient, et par sa sensibilisation au sujet. Le dépistage ciblé en fonction de la symptomatologie des personnes est envisageable et permettrait de sortir les victimes du silence et répondre à leurs besoins. Ce sujet sensible est difficile à aborder par le patient. En tant qu'interlocuteur privilégié, le médecin généraliste se doit d'aborder cette problématique comme toute autre pathologie. Cette approche demande en amont une formation ou sensibilisation accrue afin d'améliorer et d'homogénéiser les pratiques.

Mots-clés :

- médecin généraliste
- victime
- violence sexuelle
- vécu
- conséquences
- trouble de stress post-traumatique
- formation
- recherche qualitative