



HAL
open science

Les médecins généralistes considèrent-ils comme faisant partie de leur rôle la prévention primaire des abus sexuels sur mineurs, et lorsque c'est le cas de quelle manière l'abordent-ils ?

Hélène Hefti

► To cite this version:

Hélène Hefti. Les médecins généralistes considèrent-ils comme faisant partie de leur rôle la prévention primaire des abus sexuels sur mineurs, et lorsque c'est le cas de quelle manière l'abordent-ils ?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03202330

HAL Id: dumas-03202330

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03202330>

Submitted on 19 Apr 2021

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
Hélène HEFTI

Le 11 mars 2021

TITRE

LES MEDECINS GENERALISTES CONSIDERENT-ILS COMME FAISANT
PARTIE DE LEUR ROLE LA PREVENTION PRIMAIRE DES ABUS SEXUELS
SUR MINEURS, ET LORSQUE C'EST LE CAS DE QUELLE MANIERE
L'ABORDENT-ILS ?

Directrice de thèse : Dr Héroïse ETIENNE

JURY

Président :
Pr Philippe LAMBERT

Assesseurs :
Dr Eric JEZIORSKI
Dr Marie-Catherine REBOUL
Dr Héroïse ETIENNE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Hélène HEFTI

Le 11 mars 2021

TITRE

LES MEDECINS GENERALISTES CONSIDERENT-ILS COMME FAISANT
PARTIE DE LEUR ROLE LA PREVENTION PRIMAIRE DES ABUS SEXUELS
SUR MINEURS, ET LORSQUE C'EST LE CAS DE QUELLE MANIERE
L'ABORDENT-ILS ?

Directrice de thèse : Dr Héroïse ETIENNE

JURY

Président :
Pr Philippe LAMBERT

Assesseurs :
Dr Eric JEZIORSKI
Dr Marie-Catherine REBOUL
Dr Héroïse ETIENNE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUI TER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISI ER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle

Génétique

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

CAMU William

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

CARTRON Guillaume

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérald

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre

Immunologie

COULET Bertrand

Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
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)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
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
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
<u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ 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
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI EI Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements :

Au Pr Philippe Lambert, pour avoir accepté d'être le président de mon jury de thèse.

Au Dr Éric Jeziorski, pour vous être intéressé à mon sujet et avoir accepté de faire partie de mon jury.

Au Dr Marie-Catherine Reboul pour vous être intéressée à mon sujet et avoir acceptée de faire partie de mon jury.

Au Dr Héloïse Etienne. Merci déjà pour m'avoir soufflé l'idée de cette thèse. Je te remercie aussi pour ton engouement envers ce travail. Savoir que ce sujet t'intéressais vraiment m'a permis de me motiver jusqu'au bout ! Et bien sûr, merci pour toute ton aide, me relire n'as pas toujours dû être de tout repos, grande écrivaine que je suis !

A tous les médecins qui ont bien voulu participer aux focus group, sans vous ce travail n'aurait jamais pu exister.

A mes parents, mes frères et ma sœur. Merci pour votre amour, votre soutien dans ma vie de tous les jours. Si je suis si heureuse et épanouie à ce jour c'est en grande partie grâce à vous !

A tous mes ami.e.s. du lycée, pour toutes ces parties de tarots, ces premières soirées, ces vacances en camping, etc. On ne peut réduire toutes ces années en quelques lignes mais je dirais juste merci pour toutes ces tranches de bonheur passées et pour toutes celles à venir. En plus que serais-je devenu sans vos inquiétudes sur l'avancée de ma thèse...désolée il va maintenant falloir trouver un nouveau running gag. 😊

A mes ami.e.s de l'externat. Merci pour les fous rire aux RU, les happy hours au Berthom, les incroyables voyages à l'autre bout du monde, les pauses café à la BU, ces journées de stage qui étonnamment passent vite, et surtout pour ce soutien mutuel indispensable ! Nous voici quasi tous arrivés au bout, je crois qu'on peut être sacrément fiers !

A mes ami.e.s rencontré.e.s durant l'internat, notamment ceux d'Uzès, sans qui je n'aurais pas pu profiter autant des belles plages de Méditerranées, des festivals en été,

de toutes ces terrasses ensoleillées... Merci aussi pour tous ces moments passés ensemble du plus simple, comme ces repas passés tous ensemble après une bonne journée de boulot, aux plus extraordinaires (Le Bénin, Tokyo Drift etc.)

A Yves. Merci pour ton soutien (notamment durant ce travail de thèse), pour la patience dont tu fais preuve envers moi (heureusement que tu en as assez pour nous deux !), pour ton humour, et en fait juste merci pour ta présence au quotidien. Que la vie serait bien morose sans toi !

Liste des abréviations :

ECN : examen national classant

CCP : consultation de contraception et de prévention

HAS : haute autorité de santé

HCE : haut conseil à l'égalité

IP : information préoccupante

MG : médecin généraliste

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

OMS : organisation mondiale de la santé

PPVSM : prévention primaire des violences sexuelles sur mineur

VSM : violence sexuelle sur mineur

Table des matières :

I.	INTRODUCTION	25
1.	DEFINITION	25
1.1.	Violences sexuelles sur mineurs	25
1.2.	Code pénal	26
1.3.	Santé et différents types de prévention	27
2.	ETAT DES LIEUX	28
2.1.	Chiffres internationaux.....	28
2.2.	Chiffres en France.....	29
2.3.	Conséquences sur la santé.....	31
2.4.	Coût sur la société.....	31
2.5.	Importance d'une politique de prévention primaire	32
2.6.	Corps médical	32
II.	MATERIEL ET METHODE.....	34
1.	QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	34
2.	TYPE D'ETUDE	35
3.	FOCUS GROUP	35
3.1.	Premier focus group	36
3.2.	Second focus group.....	37
4.	ANALYSE DES RESULTATS	38
5.	RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	38
6.	ETHIQUE	39
III.	RESULTATS	40
1.	CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	40
2.	OBJECTIF PRINCIPAL	41
2.1.	PPVSM par les MG : les facteurs favorisants	43
2.2.	PPVSM par les MG : les freins.....	47
2.3.	La responsabilité.....	56
3.	OBJECTIFS SECONDAIRES.....	60
3.1.	PPVSM actuellement réalisées par les MG	60
3.2.	PPVSM par les MG : ce qui pourrait être développé	70
IV.	DISCUSSION.....	87
1.	DISCUSSION DE LA METHODE	87
1.1.	Forces de l'étude.....	87

1.2. Limites de l'étude	88
2. DISCUSSION DES RESULTATS	89
2.1. PPVSM par les MG : oui... ..	89
2.2. PPVSM par les MG : mais... ..	91
2.3. PPVSM par les MG : pas uniquement eux.....	94
3. DISCUSSION DES RESULTATS DES OBJECTIFS SECONDAIRES	97
3.1. Les pratiques de PPVSM déjà réalisées par les MG.....	97
3.2. Les pratiques de PPVSM que l'on pourrait développer	99
V. CONCLUSION.....	104
1. PERSPECTIVES	104
VI. BIBLIOGRAPHIE	106
VII. ANNEXES ET ENTRETIENS	113
1. ANNEXES.....	113
2. ENTRETIENS	114
2.1. Premier focus group	114
2.2. Second focus group.....	160
VIII. RESUME.....	213

I. INTRODUCTION

En France, depuis janvier le problème des violences sexuelles sur mineur (VSM) est dans tous les médias. Le livre de Camille Kouchner « La familia grande » a déclenché une vague de dénonciation et de libération de la parole sans précédent sur le sujet, via notamment le #MeTooInceste. Tous les médias et réseaux sociaux en parlent, nombres de politiques, stars donnent leur avis...et pourtant ce livre est loin d'être la première œuvre qui témoigne de pareilles violences.

Les VSM font l'objet de recherches depuis maintenant plusieurs décennies. Et bien que certaines données soient encore incomplètes, on connaît déjà l'ampleur massive de ce phénomène ainsi que ces conséquences désastreuses sur le plan individuel et sociétal.

Pourtant les politiques de santé ont très peu évolué ces dernières années. Ce qui fait que la prévalence des VSM n'a pas diminué, et que la prise en charge des victimes et des auteurs de violences est encore largement insuffisante, voire quasi inexistante.

C'est donc sur ce sujet que nous avons souhaité faire nos recherches. Mais avant d'exposer notre travail et nos résultats, il semble important de faire un point sur les définitions et données déjà connues.

1. DEFINITION

1.1. Violences sexuelles sur mineurs

Les VSM sont définies selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme toute implication d'une personne de moins de 18 ans dans une activité sexuelle, qu'elle ne comprend pas complètement, pour laquelle son développement psycho-sexuel ne lui permet pas de donner un consentement éclairé, ou encore qui viole les lois ou les tabous de la société. La violence sexuelle peut-être perpétrée par un adulte, mais également par un autre enfant, qui par son âge ou son développement entretient une

relation de responsabilité, de pouvoir ou de confiance. Les violences sexuelles sont réalisées afin d'assouvir les besoins de l'auteur, ou encore d'une tierce personne.

On distingue trois types de violences sexuelles :

- Les violences sexuelles sans attouchement comme l'exhibitionnisme, l'exposition à la pornographie, les sollicitations inappropriées
- Les violences sexuelles avec rapport sexuel que l'on peut également qualifier de viols
- Les violences sexuelles avec attouchement en excluant les viols comme les touchers inappropriés, les caresses, les baisers, etc. (1)

1.2. Code pénal

Selon la loi, « **les agressions sexuelles** consistent en toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. » (2)

« **Le viol** est défini comme tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise. » (3)

« La contrainte suscitée peut-être physique ou morale. »

En aout 2018 il a été ajouté dans le code pénal : « lorsque les faits sont commis sur la personne d'un mineur, la contrainte morale ou la surprise peuvent résulter de la différence d'âge existant entre la victime et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur la victime, cette autorité de fait pouvant être caractérisée par une différence d'âge significative entre la victime mineure et l'auteur majeur. Lorsque les faits sont commis sur la personne d'un mineur de quinze ans, la contrainte morale ou la surprise sont caractérisées par l'abus de la vulnérabilité de la victime ne disposant pas du discernement nécessaire pour ces actes. » (4)

Ce dernier article de loi fait débat ce jour. Il était initialement prévu en 2018 que tout acte de pénétration sexuelle d'un adulte sur un enfant de moins de 15 ans ne pouvait être consenti. Le texte avait été modifié à la suite d'objections émises par le Conseil d'Etat. Malgré ce nouvel article, des décisions judiciaires ont considéré que des enfants

de moins de 15 ans pouvaient être consentants à des pénétrations sexuelles commises par des adultes. Cet ajout ne prend pas non plus en compte la réalité des viols perpétrés par les mineurs selon le Dr Salmona, présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie. (5)

C'est donc pour contourner une partie de ces écueils que le texte de loi est revu ce jour. Il a donc été plus récemment proposé de sanctionner tout acte de pénétration sexuelle par une personne adulte sur un mineur de 13 ans, puis sur un mineur de 15 ans, lorsque l'auteur des faits connaît ou ne peut ignorer l'âge de la victime. La notion d'un écart d'âge est aussi en cours de réflexion.

La notion d'**inceste** a aussi longtemps posé problème en droit français. Après avoir été retirée durant presque deux siècles du code pénal, il a été tenté de la redéfinir à plusieurs reprises. Elle a finalement été réintroduite le 14 mars 2016 en droit pénal. Depuis, selon la loi « les viols et autres agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce, le conjoint, la conjointe, le concubin, la concubine, le ou la partenaire lié(e) par un pacte civil de solidarité d'une des personnes sus-citées, s'il a sur le mineur une autorité de droit ou de fait. » (5)

Il est aussi question dans l'actualité de la création d'un crime spécifique d'inceste ou de sa transformation en une circonstance aggravante.

1.3. Santé et différents types de prévention

Le 22 juillet 1946, 61 Etats ont signé la constitution de l'OMS au cours de la Conférence Internationale de la Santé. Celle-ci est entrée en vigueur le 7 avril 1948. Selon cette constitution « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

L'OMS définit également la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents, et des handicaps ».

Il est distingué trois types de prévention qui correspondent à des états successifs de la maladie :

- **La prévention primaire** qui agit en amont de l'apparition de la maladie. Elle correspond à l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie.
- **La prévention secondaire** qui agit au tout début de la maladie. Son but étant de diminuer la prévalence de la pathologie. Ce stade de prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie, afin de s'opposer à son évolution ou faire disparaître les facteurs de risque. Le dépistage, le diagnostic et le traitement sont des composants de cette prévention.
- **La prévention tertiaire** intervient à un stade où la maladie est déjà installée. Elle sert à diminuer la prévalence des incapacités chroniques, des récives, des complications, des invalidités. Il s'agit d'amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Par ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique. (6)

2. ETAT DES LIEUX

2.1. Chiffres internationaux

Plusieurs méta-analyses se sont penchées sur la prévalence des VSM dans le monde. Elles retrouvent toutes des chiffres assez similaires avec une prévalence entre 18 et 19.2% chez les filles et 7.4-7.6% chez les garçons, toutes types de violences confondues. (7) (8)

Une autre méta-analyse, s'est attachée à analyser des études uniquement sorties depuis 2000 et dont les sujets répondeurs étaient tous âgés de moins de 18ans. Les chiffres concernant les violences sexuelles, tous types confondus, étaient relativement similaires avec une prévalence de 15% chez les filles et 8% chez les garçons. Cette étude a également essayé de distinguer la prévalence en fonction de la catégorie de

violences sexuelles. Elle a ainsi trouvé que 9% des filles et 3% des garçons avaient subis des viols ou tentatives de viols dans leur enfance. Concernant les autres types de violences, les données étaient insuffisantes pour permettre une analyse statistique valide.(9)

2.2. Chiffres en France

En France l'enquête « Violences et Rapports de Genre (Virage) » a interrogé de février à novembre 2015, 15 556 femmes et 11 712 hommes entre 20 et 69 ans. Elle montre que parmi les victimes de viols ou tentatives de viol, 52.7% des femmes et 75.5% des hommes sont mineurs lors des premiers faits. En ce qui concerne les victimes des autres types d'agressions sexuelles (hors exhibitionnisme et harcèlement sexuel), environ 50% d'entre elles les subissent pour la première fois avant leurs 18 ans.

Ci-dessous, le détail par tranches d'âges :

<i>Répartition par groupe d'âge des violences sexuelles (hors harcèlement ou exhibitionnisme) en pourcentage</i>				
Groupe d'âge	Viol et tentatives de viol		Autres agressions sexuelles	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
0-10 ans	27.0	34.1	23.3	20.4
11-14 ans	11.3	25.1	15.3	17.8
15-17 ans	14.4	16.3	16.3	12.5
18 et +	47.1	24.5	44.5	49.2
Ne sait pas/Ne veut pas dire	0.3	0.0	0.6	0.1

Source : enquête Virage

Le fait que les victimes de viols ou de tentatives de viols aient moins de 15 ans au moment des faits constitue une circonstance aggravante. C'est pourtant le cas de presque 40 % des femmes et près de 60 % des hommes, notamment en raison du poids des violences subies dans le cadre de la famille, qui surviennent avant les 15 ans de la victime dans plus de 80 % des cas pour les femmes et 86 % pour les hommes. Le pourcentage d'agression sexuelle avant 15 ans (hors viols, harcèlement ou

exhibitionnisme) dans le cadre familial est à peu près similaire avec un résultat à 83 % aussi bien pour les femmes que pour les hommes.(10)

En France on peut également citer l'étude « Impact des Violences Sexuelles de l'Enfance à l'âge Adulte ». Elle a été conduite de mars à septembre 2014 auprès de 1214 victimes de violences sexuelles, âgées de 15 à 72 ans, dont 1 153 femmes et 61 hommes. La collecte des données a été effectuée par le biais d'un questionnaire composé de 184 questions. Cette étude affirme que 94% des violences sont perpétrées par des proches dont 52% sont incestueuses. Cette même étude, en croisant les chiffres donnés par l'OMS, l'Observatoire national des violences faites aux femmes et l'enquête « Contexte de la Sexualité en France », estime à 123 756 les filles et 32 485 les garçons qui subiraient des viols et tentatives de viol chaque année en France.

Malgré ces chiffres alarmants très peu de violences sexuelles sont dénoncées. Moins de 10% de viols font l'objet de plainte et parmi ces 10%, seulement 1 à 2% des agresseurs sont condamnés. L'étude « Impact » a également retrouvée que 83% des enfants victimes n'ont jamais été reconnus comme tels, ni protégés.(11)

En ce qui concerne les caractéristiques des auteurs de VSM, on sait que 96% sont des hommes. Il est important aussi de noter que 23 % des agresseurs sont mineurs lors des faits, et que malgré ce que l'on pourrait croire, ils ne commettent pas uniquement des attouchements sexuels mais également des viols.

Pour les victimes de moins de 6 ans :

- 40% des agresseurs sont eux-mêmes mineurs :
 - 13% ont entre 7 et 11 ans
 - 27% ont entre 12 et 17 ans

Pour les victimes âgées de 6 à 11 ans :

- 39% des agresseurs sont également mineurs

Enfin pour la tranche d'âge de 12 à 17 ans, cette part diminue :

- 27% des agresseurs sont mineurs.(12)

2.3. Conséquences sur la santé

De tels violences ont de nombreuses conséquences sur la santé. Les VSM ont d'ailleurs été identifiées par l'OMS comme étant l'un des 24 facteurs de risque affectant la santé mondiale. Elles sont estimées en 2004 comme étant la cause de 0.6% des maladies dans le monde soit presque 9 millions d'années en bonne santé de perdu. (13)

En effet, selon diverses études les complications peuvent être : une faible estime de soi, des troubles anxieux (notamment l'état de stress post-traumatique), des épisodes dépressifs majeurs, des crises dissociatives, des troubles de la personnalité de type borderline, des troubles somatoformes, des troubles des conduites alimentaires, des troubles du sommeil, des idéations et actes auto-agressifs (scarifications, suicides), des conduites à risque (sexuelles, prise de toxiques), des risques de re-victimisation ou même de devenir eux-mêmes auteur de violences sexuelles.

Il est aussi prouvé que ces antécédents causent des troubles gastro-intestinaux, des douleurs pelviennes chroniques, des troubles vésico-sphinctériens, des ménométrorragies, des dysménorrhées, des pathologies cardiaque (dont l'infarctus du myocarde chez les hommes). Enfin les violences sexuelles sont pourvoyeuses d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non-désirées. (14) (15) (16) (17) (18)

2.4. Coût sur la société

Peu d'études ont cherché à mettre en lumière l'impact économique des VSM. Parmi les plus récentes on peut en citer une qui se base sur le niveau de vie et le nombre de cas déclarés en 2015 aux Etats-Unis, soit 40 387 cas et 20 décès. Elle prend en compte les frais liés aux soins, à la perte de la productivité, à la protection de l'enfance, aux violences, délits et crimes, aux suicides (en incluant les coûts médicaux et la perte de productivité), et à la perte de qualité de vie.

Le coût calculé sur une vie entière, à l'exclusion de la qualité de vie et des suicides, est d'environ 283 000 \$ pour les femmes et de 75 000 \$ pour les hommes. La différence majeure trouvée entre ces deux chiffres est expliquée par le fait que la perte de productivité des hommes n'a pu être calculé pour cause de données trop insuffisantes.

Ils ont estimé le coût pour chaque personne suicidée à environ 1 130 000 \$ par femmes et 1 500 000 \$ par hommes. La perte de qualité de vie est quant à elle d'environ 40 000 \$ par victimes.

L'étude a donc évalué un coût total de 9,3 milliards de dollars, montant vraisemblablement sous-estimé car les VSM ne sont pour la plupart jamais déclarées auprès des autorités. Pour rappel, l'étude « Impact » estimait à environ 150 000 le nombre de victimes par an, soit quasi 4 fois plus que dans cette étude. (19)

2.5. Importance d'une politique de prévention primaire

Devant toutes ces données, des efforts ont été fait afin d'encourager le développement et l'évaluation de programme de prévention primaire. Pourtant comme le fait remarquer le Dr Letourneau dans son étude « The need for a comprehensive public health approach to preventing child sexual abuse », on ne peut que se désoler devant l'échec total de ces divers efforts.

Cette étude avance l'idée qu'il existe une résistance face au problème des VSM, le phénomène étant complexe, encore insuffisamment exploré, et entraînant des réactions de défenses importantes. Pourtant comme elle le rappelle, il existe de nombreuses raisons de préconiser une approche préventive, dont la plus fondamentale est qu'il est plus humain de prévenir une violence que de condamner un auteur après que celle-ci ai eu lieu. (20)

De plus selon l'article 19 de la convention internationale des droits de l'enfant de 1989, les États parties ; dont la France ; « doivent prendre toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, (...) y compris la violence sexuelle ».(21)

2.6. Corps médical

Concernant le corps médical, aucune politique de santé publique portant spécifiquement sur la prévention primaire des violences sexuelles sur mineurs (PPVSM) n'est présente. En France la prévention qui incombe au corps médical est secondaire et tertiaire.

En effet, au cours de la formation initiale, le seul item retrouvé aux Examens National Classant (ECN) est « maltraitance et enfants en danger ; protection maternelle et infantile ». Les objectifs de celui-ci sont le repérage d'un risque ou d'une situation de maltraitance chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent ainsi que l'argumentation de la démarche médicale et administrative nécessaire à la protection de la mère et de l'enfant.

Quant à la formation continue, dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), on retrouve « repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitements sexuelles intrafamiliales chez le mineur » orienté de façon spécifique vers les situations incestueuses. De façon plus générale, il existe également des recommandations sur le repérage et la conduite à tenir devant la maltraitance chez l'enfant. (22) (23)

Les conséquences des VSM, nous les voyons régulièrement dans notre pratique, avec ces patient(e)s souffrants de douleurs pelviennes chroniques, de troubles anxieux, d'épisodes dépressifs majeurs, etc, et dont on sait qu'une part est due à des violences sexuelles durant l'enfance.

C'est pourquoi nous nous sommes questionnées :

N'est-il pas temps d'essayer de prévenir ces violences plutôt que d'être les spectateurs de leurs conséquences ?

II. MATERIEL ET METHODE

1. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

La question de recherche de cette thèse est donc « Les médecins généralistes considèrent-ils comme faisant partie de leur rôle la prévention primaire des abus sexuels sur mineurs, et lorsque c'est le cas de quelle manière l'abordent-ils ? »

L'objectif principal de ce projet est d'explorer les perceptions des médecins généralistes concernant leur rôle dans la PPVSM. Nous sommes en effet convaincues de l'intérêt que pourrait avoir une telle prévention, et du rôle que pourrait y jouer les médecins généralistes (MG). Mais notre avis n'est pas celui de tous et aucune étude n'a encore étudié ce champ. Il nous a donc semblé indispensable dans un premier temps d'explorer la vision de nos confrères.

Cette étude comprend également deux objectifs secondaires :

- Explorer les pratiques de prévention primaire des abus sexuels sur mineurs déjà réalisées par les médecins généralistes
- Explorer les pratiques et outils qui pourraient être mis en place en consultation de médecine générale.

Le premier nous a paru intéressant car nous nous doutions que certains médecins réalisaient cette prévention. Nous souhaitons donc connaître et faire connaître leurs pratiques et leurs expériences.

Il nous a aussi semblé intéressant de les faire réfléchir aux outils et aux pratiques qui pourraient être mis en place.

2. TYPE D'ETUDE

Nous avons réalisé pour répondre à ces questions une étude de type qualitative par entretiens semi-dirigés en focus group.

La méthodologie qualitative permet, entre autres, de recenser des données qui ne sont pas pré-déterminables. Configuration dans laquelle nous étions, la PPVSM par les médecins n'ayant jamais été étudiée.

Pour ce qui est des entretiens, le format individuel a tout d'abord été proposé. Mais le focus group permet de récolter plus d'informations et pousse la réflexion via l'émulation du groupe. Il a donc été préféré au format individuel.

3. FOCUS GROUP

Les différents médecins participants ont été recrutés dans le département de L'Aude. Ils ont été contactés par divers moyens : sms, appels, mails, messages transmis par leurs secrétariats respectifs.

Les focus group se sont déroulés à la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de LEUC en soirée. Un dîner a été prévu à chaque fois entre tous les participants en amont du focus group, afin qu'une ambiance de convivialité et d'échange se mette en place.

Avant chaque focus group, le consentement des participants, ainsi que les données qualitatives les concernant, ont été recueillis par écrit (le document qui leur a été fournis se trouve en annexe).

L'animatrice de la séance commençait par remercier les participants avant d'exposer succinctement les modalités du focus group. Elle veillait également à faciliter la prise de parole de chacun des participants lors des entretiens.

L'observatrice assistait l'animatrice en lui signalant les points qu'elle aurait omis ou qui lui aurait échappée. Elle veillait aussi au bon déroulement horaire.

Les échanges ont été enregistrés par plusieurs smartphones disposés à divers endroits de la table afin que tous les participants puissent être correctement entendus lors de la retranscription des échanges. L'observatrice de la séance prenait également des notes.

3.1. Premier focus group

Le recrutement a été réalisé par la directrice de thèse, le Dr Héloïse ETIENNE.

Il s'est déroulé le 30 juin 2020, avec 6 participants. Il a duré environ 50 minutes.

Lors du premier entretien, le Dr Héloïse ETIENNE et moi étions respectivement animatrice et observatrice.

Guide d'entretien 1^{er} focus group

1. Quel est, selon vous, la place du médecin généraliste dans la prévention primaire des abus sexuels sur mineurs ?
 - Relance : on pourrait se dire que la prévention primaire des abus sexuels sur mineurs est du ressort des parents et non celui des médecins généralistes, qu'en pensez-vous ?
2. Qu'est-ce qu'une prévention primaire des abus sexuels sur mineurs réalisée par les médecins généralistes pourrait apporter selon vous ?
 - Relance : voyez-vous un intérêt à ce que l'on endosse ce rôle ? Pourquoi ?
3. En se basant sur votre vécu, pourriez-vous nous précisez les facteurs facilitants ou au contraire limitants cette prévention primaire dans votre pratique ?
 - Relance : avec un cas précis en exemple, pouvez-vous nous précisez qu'elles ont été vos difficultés ou au contraire ce qu'a permis la place du médecin généraliste dans cette prévention ?
4. Comment pourrait-on introduire cette prévention primaire en médecine générale et la rendre plus systématique ?
5. Souhaitez-vous ajouter une remarque ou bien partager une réflexion que vous avez pu avoir au cours de l'échange ?

3.2. Second focus group

Le recrutement a été réalisé cette fois ci par moi-même.

Il s'est déroulé le 05 octobre 2020 avec 5 participants et a duré environ 1h15.

Nous avons interverti les rôles lors de ce second focus group afin que je puisse expérimenter le rôle d'animatrice.

Nous avons noté des erreurs lors de notre premier focus group comme des questions insuffisamment claires. Il nous a été aussi dit qu'il était mieux de débiter par une question permettant de raconter une situation en rapport avec le problème étudié. Nous avons donc modifié le guide d'entretien en conséquence.

Guide d'entretien 2^{ème} focus group

1. Pourriez-vous nous décrire une ou des situations où vous pensez avoir réalisé une prévention primaire des abus sexuel sur mineur dans le cadre de votre exercice ?
2. En se basant sur votre vécu, quels sont selon vous les facteurs qui peuvent limiter ou au contraire faciliter cette prévention primaire dans votre pratique ?
3. Comment pourrait-on introduire cette prévention primaire en médecine générale et la rendre plus systématique ?
 - Relance : quelles pratiques, quels outils pourraient on imaginer ?
4. On pourrait se dire que la prévention primaire des abus sexuel sur mineur est le rôle des parents ou encore celui de l'éducation nationale et non celui des médecins généralistes, qu'en pensez-vous ?
 - Relance : est-ce que la réalisation de cette prévention est de notre ressort ?
5. Souhaitez-vous ajouter une remarque ou bien partager une réflexion que vous avez-pu avoir au cours de l'échange ?

4. ANALYSE DES RESULTATS

Les entretiens ont été retranscrit sous forme de verbatim. Ceux-ci ont ensuite été imprimés.

La thématisation continue a été choisie, l'analyse étant plus riche et plus fine qu'en séquenciée. (24)

Le relevé des thèmes s'est fait par inscription sur fiche.

La saturation des données a été constaté dès le second focus group.

Le traitement des données a nécessité l'utilisation du logiciel *Microsoft Word*.

Pour les arbres thématiques, le logiciel *FreeMind* et le site *Framindmap* ont été utilisés.

5. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été réalisée essentiellement via la base de données de la bibliothèque interuniversitaire de MONTPELLIER.

Nous sommes passées initialement via les sites *CISMEF* et *HETOP* afin de réaliser des recherches selon la terminologie du Mesh.

Puis, nous avons effectué nos recherches via *PubMed*. Notre accès via la plateforme de la bibliothèque de l'université a permis d'accéder à quasiment tous les articles.

Le moteur de recherche *Google* a également été utilisé avec les principaux mots clefs « violences sexuelles chez l'enfant », « prévention primaire ».

Nous sommes passées par le site *legifrance.gouv.fr* pour tout ce qui concerne les articles du Code Pénal et du Code de Santé Publique.

La bibliographie a été réalisé en utilisant le logiciel *Zotero*.

6. ETHIQUE

Selon le code de santé publique notre étude ne porte pas sur la personne humaine.(25)

Nous n'avons donc pas du soumettre notre projet à un comité de protection des personnes.(26)

Néanmoins nous avons recueilli le consentement écrit de chaque participants. Les verbatims ont aussi été entièrement anonymisés.

III. RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

Il y a eu 11 participants au total, 6 lors du premier focus group et 5 lors du second.

L'échantillon est composé de 6 hommes et 5 femmes. La moyenne d'âge est de 45 ans avec un âge minimum de 32 ans et maximum de 70 ans.

Un des médecins a une activité mixte libérale et salarié.

Un des médecins exerce en tant que coordinateur d'EHPAD.

Les autres médecins ont une activité purement libérale.

Parmi les participants, 5 exercent en MSP et 5 autres travaillent en cabinet de groupe.

Médecin	Sexe	Age	Année obtention thèse	Année installation	Mode d'exercice
M1	Masc.	32	2016	2019	Libéral : MSP Semi-rural Salarié à temps partiel en centre hospitalier
M2	Fem.	38	2014	2015	Libéral : cabinet de groupe Semi-rural
M3	Masc.	33	2018	2018	Libéral : MSP Semi-rural
M4	Fem.	37	2013	2014	Libéral : MSP Semi-rural
M5	Masc.	70	1978	1979	Médecin coordinateur EHPAD
M6	Masc.	61	1988	1989	Libéral : cabinet de groupe Semi-rural

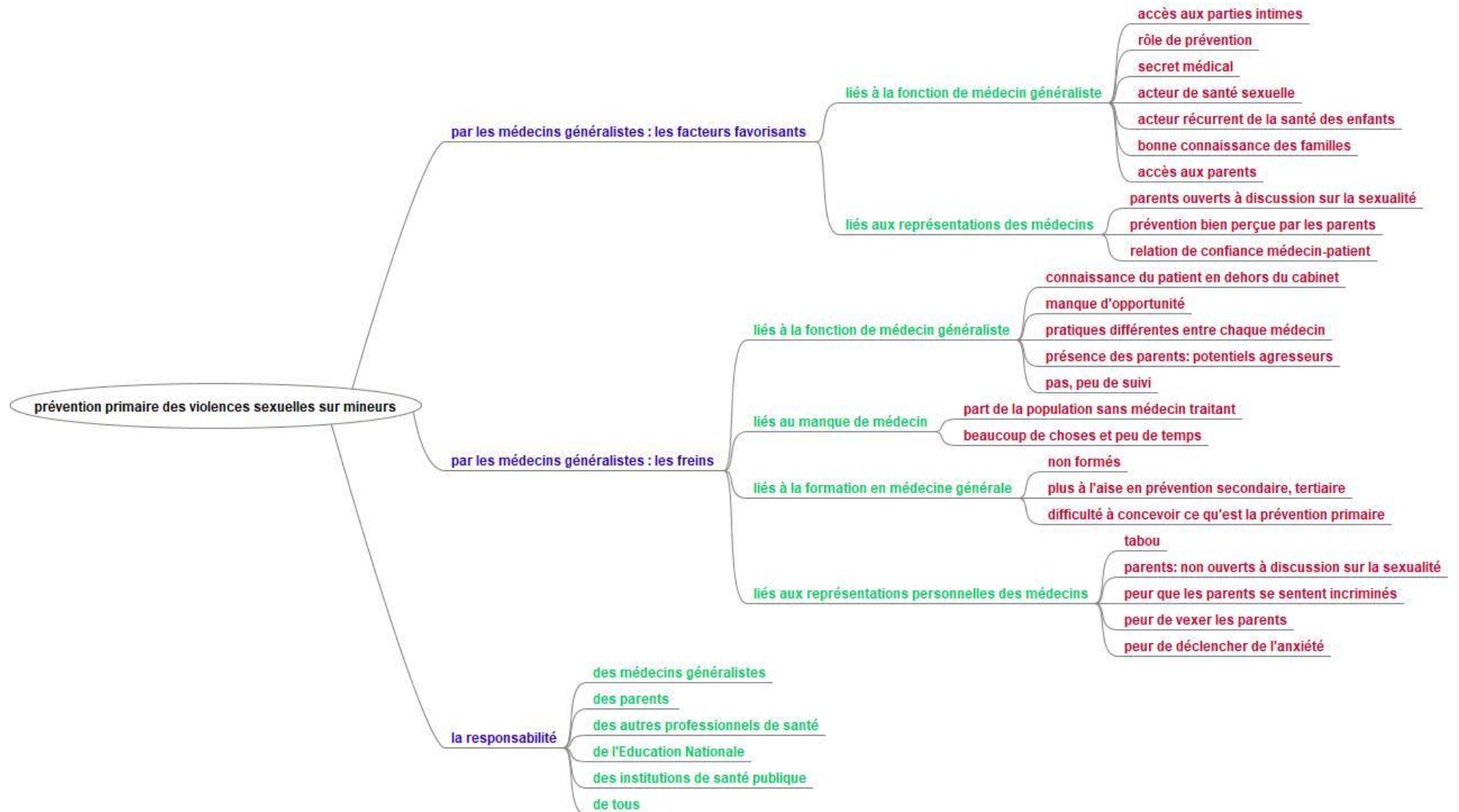
M7	Masc.	59	1991	1990	Libéral : cabinet de groupe Semi-rural
M8	Fem.	38	2011	2011	Libéral : cabinet de groupe Semi rural
M9	Fem.	55	1992	2003	Libéral : cabinet de groupe Urbain
M10	Masc.	33	2015	2018	Libéral : MSP Semi rural
M11	Fem.	34	2017	2018	Libéral : MSP Semi rural

2. OBJECTIF PRINCIPAL

Rappelons que l'objectif principal de cette thèse est d'explorer les perceptions des MG concernant leur rôle dans la PPVSM.

Dans les extraits de verbatim qui suivent, nous avons remplacé les noms des participants par M suivi de leur ordre d'apparition durant les focus group. Nos interventions sont précédées de EH pour le Dr Héloïse ETIENNE et HH pour ma part.

Figure 1 : Arbre thématique 1



2.1. PPVSM par les MG : les facteurs favorisants

Lors des focus group les médecins ont exposé des facteurs qui faciliteraient la PPVSM et qu'il est intéressant de décrire.

2.1.1. Liés à la fonction de MG

Parmi les facteurs favorisants certains sont intrinsèquement liés à leur métier de MG.

2.1.1.1. Accès aux parties intimes

L'accès aux parties intimes lors de certains examens clinique permet d'aborder le sujet des VSM.

M4 : « bah oui parce qu'on a l'occasion de les examiner des fois au niveau intime donc effectivement. »

M2 : « moi je crois que si. Je crois qu'il y en a un, parce qu'on a accès au corps de l'enfant quand même.

M3 : oui.

M2 : donc on a accès à ce discours-là. »

2.1.1.2. Rôle de prévention

Dans les attributions du MG, la prévention y occupe une place essentielle.

Quotidiennement il effectue des actes de prévention.

M7 : « je pense qu'il faut que l'on soit acteur dans la prévention bien sûr. Voilà on est un acteur en tant que médecin généraliste, on fait de la prévention bien sûr. Donc de la prévention sur ça, bah oui. »

2.1.1.3. Secret médical

Certains médecins rappellent l'importance du secret médical dans leur profession. De plus, selon eux ce secret permettrait au patient de s'exprimer plus librement.

M6 : « ce qui est intéressant mais c'est vrai pour tout...mais en particulier pour la parole avec les enfants. C'est que les enfants soient suffisamment en sécu...c'est-à-dire que le cadre soit suffisamment sécuritaire pour savoir que le respect absolu du secret sera...sera garanti. »

M10 : « Mais voilà, voilà peut-être mon moyen de prévention. Et qu'il y aura le secret, voilà moi j'assume le secret. » ; « Et toujours garder le secret. Et donc c'est ce que je leur explique c'est que le secret c'est la base de ma pratique. »

2.1.1.4. Acteur de santé sexuelle

Gérer les problématiques liées à la sexualité fait partie des prérogatives des MG. Nous y avons été formés selon certains médecins.

M10 : « Bon si c'est le médecin c'est son métier, c'est son quotidien donc (...) Nan mais parler du corps humain c'est notre quotidien, traiter de la sexualité c'est de notre...enfin c'est comme disait les mamans, « le docteur a le droit de regarder ton sexe » donc... »

M10 : « Ils n'ont pas eu forcément la formation pour parler de sexualité. Nous on l'a eu... »

2.1.1.5. Acteur récurrent de la santé des enfants

Dans la médecine générale la pédiatrie occupe une place importante.

M1 : « on est quand même je pense les professionnels de santé qui voit le plus souvent les enfants. »

2.1.1.6. Bonne connaissance des familles

Les médecins traitants suivent le plus souvent tous les membres d'une même famille. Ils ont donc une bonne connaissance de leurs patients.

M2 : « bah ouai justement on connait bien les familles » ; « on les voit régulièrement »

_M1-M3

M5 : « on a une connaissance des deux depuis longtemps » ; « il y a la durée qui joue beaucoup là. »

2.1.1.7. Accès aux parents

Du fait de l'organisation de la médecine libérale, les parents et les enfants sont souvent vus ensemble, surtout lorsque ces derniers sont jeunes. Cela permet de réaliser une prévention également auprès des parents.

M8 : « et puis aussi par rapport aux parents. C'est-à-dire que l'enfant qu'est-ce qu'il va faire s'il n'est pas bien il va quand même aller voir ses parents (...) Et du coup je pense que c'est bien que le message il soit aussi aux parents »

M5 : « moi je dirais que la spécificité du médecin généraliste c'est aussi de voir parents et enfants »

2.1.2. Liés aux représentations des médecins

Parmi les facteurs favorisants rapportés, plusieurs sont liés aux représentations que peuvent se faire les médecins. Ils se voient le plus souvent dans une relation positive et ouverte au dialogue avec leurs patients.

2.1.2.1. Parents ouverts à la discussion sur la sexualité

Des parents ouverts à la discussion permettent au médecin d'aborder plus facilement la PPVSM.

M10 : « Mais dans les familles comme ça, j'ai aucune difficulté à parler de sexualité, quand t'as un père, une mère qui sont ouverts qui ont dépassé les représentations culturelles et qui, qui...voilà, là c'est facile. (...) »

M7 : là on est plutôt dans la contraception c'est pas tellement...

M10 : oui mais quand ils sont ouverts à la sexualité les parents, c'est plus facile. Quand tu as les parents, plus les enfants c'est plus facile d'aborder ces choses-là. »

M10 : « mais parce que tu t'es permis de l'aborder peut-être quand tu sentais les parents ouverts à ça »

M8 : peut-être... »

2.1.2.2. Prévention bien perçue par les parents

Certains médecins pensent qu'une PPVSM peut être bien perçue par les parents.

M2 : « je pense que les parents ne se sentent pas concernés, les parents classiques qui sont sains et bienveillant avec leurs enfants, je pense quand tu leur parles de ça, ils ne se sentent pas concernés une seconde. (...) »

M5 : peut-être rassurés, pour eux même, par rapport à leurs enfants.

M2 : nan mais c'est pour ça qu'ils seront contents qu'on leur en parle

M3 et M1 : oui »

M8 : « voilà mais du coup je ne vois pas comment les parents pourraient être mal à l'aise en disant que « ton corps c'est à toi » »

2.1.2.3. Relation de confiance médecin-patient

La confiance qu'il peut y avoir dans la relation médecin-patient est un élément souvent rapporté par les médecins. Il est considéré comme facilitant aussi bien pour le médecin que pour le patient.

M6 : « Y'a des gens qui te font confiance, y'a des enfants qui te font confiance d'emblée et tu le sais quoi. Ou y'a une relation d'échange avec eux. (...) Y'a des gens avec qui tu peux investir des choses plus de l'ordre intime parce que tu sais qu'il y a une confiance vraiment réciproque et qu'il va y avoir un échange. »

M7 : « Mais c'est vrai que ce climat de confiance que tu peux avoir avec les parents, c'est propice à des messages de prévention. » _M9

M8 : « Parce que c'est quand même, comme tu le disais, on a une relation privilégiée avec les familles, avec les patients.

M9 : ah oui »

2.2. PPVSM par les MG : les freins

Après s'être interrogé sur les facteurs facilitants, il est intéressant de rechercher les freins à cette prévention pour les MG.

2.2.1. Liés à la fonction de médecin généraliste

Le métier de médecin généraliste est une profession complexe avec de nombreux impératifs. Cette complexité entraîne par certains aspects des limites.

2.2.1.1. Connaissance du patient en dehors du cabinet

La connaissance, ou la rencontre des patients en dehors du cadre professionnel peut être gênant pour certains.

M3 : « C'est des questions de proximité et de connaissance en dehors du contexte médical qui fait que ça peut être gênant en fait. » _M6

2.2.1.2. Manque d'opportunités

Le manque d'opportunités est aussi pointé du doigt du fait des patients venant essentiellement pour des motifs spécifiques et non dans un cadre de pure prévention.

M8 : « C'est-à-dire que nous médecins généralistes, quand ils viennent en consultation en général ils viennent pour quelque chose, ils ne viennent pas pour une consultation de prévention.

M9 : Et non. » _M10

2.2.1.3. Pratiques différentes entre chaque médecin

La médecine actuelle tend vers une prise en charge basée sur les preuves. Elle a donc tendance à s'uniformiser. Pour autant, chaque médecin étant différent, leurs pratiques ne peuvent être strictement identiques. Le suivi n'est donc pas exactement similaire d'un médecin à un autre.

M8 : « On voit bien, on ne le fait pas tous, on ne le fait pas en systématique donc de toute façon...Et on ne peut pas dire qu'on le fera tous, parce que (...) tout le monde a des pratiques différentes et l'enfant va pas être suivi de la même manière avec un médecin ou un autre. »

2.2.1.4. Présence des parents : potentiels agresseurs

La présence des parents est un atout mais elle peut être également un handicap, ces derniers pouvant être agresseurs. Certains rappellent qu'il est difficile d'extraire les parents lors de consultation d'enfant mineur.

M3 : « oui bien sûr, et c'est compliqué d'aborder ça avec un enfant sans qu'il y ait ses parents. (...) Enfin je veux dire c'est quand même très compliqué d'aborder ça. Quelqu'un qui a plus de 15 ans à la rigueur on peut déjà avoir des conversations qui peuvent pas forcément être rapporté aux parents. Mais si on veut commencer à faire de la prévention primaire tôt. » _M11

M1 : « bah là c'est d'autant plus compliqué que potentiellement t'es face aux agresseurs quoi.

M4 : bah c'est ça. » _M3-M11

M2 : « moi j'aurais peur justement des familles un peu limites du coup, soustraient leur enfant à ces... »

2.2.1.5. Pas, peu de suivi

Le médecin est un acteur de santé récurrent dans la vie de l'enfant, si bien-sûr les parents honorent un suivi régulier. Dans le cas contraire, des enfants leurs échappent. Les médecins sont donc tributaires de l'assiduité des parents aux rendez-vous médicaux.

M6 : « pour les certificats de sport on les voit les garçons, mais on les voit plus que tous les 3 ans c'est vrai que... » _M10

M4 : « on peut prévoir une autre consultation...mais est-ce qu'ils vont venir ? »

M10 : « mais ce que tu dis c'est vrai, c'est qu'un enfant qui n'est pas malade et qui ne fait pas de sport il peut ne pas voir de généraliste pendant 5 ans. » _M8-M9

2.2.2. Liés au manque de médecin

Le manque actuel de médecin généraliste sur le territoire entraîne plusieurs problématiques.

2.2.2.1. Part de la population sans médecin traitant

Les médecins généralistes ne peuvent pas délivrer ce message à tout le monde, une partie de la population française n'ayant pas de médecin traitant.

M8 : « et on ne peut pas dire qu'on le fera tous, parce que tout le monde n'a pas de médecin généraliste. »

M9 : « c'est dur de trouver un médecin. »

2.2.2.2. Beaucoup de choses et peu de temps

De nombreuses difficultés liées à l'exercice de la médecine en période de pénurie médicale sont apparues : des rendez-vous difficiles à obtenir avec des délais rallongés, un temps de consultation difficilement extensible, le nombre de sujets à aborder et de choses à réaliser pour chaque patient ne diminuant pas pour autant.

M1 : « déjà en temps t'as pas forcément...déjà si t'as fait l'examen complet, poids, taille, machin.

M3 : les dents.

M1 : les vaccins, les dents, le dos, le truc, le bidule.

M3 : l'école.

M4 : les écrans.

M6 : et le sexe.

M1 : et le sexe ! »

M2 : « disons qu'on ne peut pas tout faire, c'est beaucoup... » _M7-M9

M8 : « Après c'est sûr, c'est des consultations qui sont longues. (...) Bon après tu les fait revenir. (...) Nan je sais dans 3 mois ! »

M7 : « après faut qu'on suive nous parce que la consultation de prévention ce n'est pas une consultation d'un quart d'heure.

M8 : enfin si on doit faire des consultations prévention à tout le monde là ça va....

M7 : ça va chauffer, parce que je sais pas à qu'elle heure je vais terminer.

M10 : Il faut diminuer de 100 patients de plus notre patientèle.

M7 : voilà, et qui c'est qui verra les gens ? »

2.2.3. Liés à la formation de médecin généraliste

La formation actuelle des médecins parle peu de la problématique des VSM, et pas du tout d'une prévention primaire de celle-ci.

2.2.3.1. Non formés

Autant certains participants se sentent formés pour parler de sexualité, autant certains pas du tout, et encore moins en ce qui concerne la PPVSM.

M7 : « moi je sais pas combien j'ai eu des cours de sexologie...mais à mon avis j'ai du tout apprendre sur le terrain. » _M9

M7 : « on n'est pas préparé, pas formé à ça. » _M5-M9

2.2.3.2. Plus à l'aise en prévention secondaire, tertiaire

Lors de nos entretiens, les professionnels se sont dit plus à l'aise dans le dépistage des situations à risque et le diagnostic d'abus sexuel que dans la PPVSM.

M7 : « non mais par contre que je sois attentif sur le moindre signe qui puisse me faire évoquer une...

M9 : violence.

M7 : ...violence sexuelle.

M9 : oui là. » _ M3

M6 : « je dirai que...pour la prévention secondaire c'est déjà extrêmement difficile. La prévention primaire c'est encore plus difficile quoi. Parce que déjà repérer.

M1 : ouai. C'est plus facile de poser la question...

M3 : une fois qu'on a un risque... »

2.2.3.3. Difficulté à concevoir ce qu'est la prévention primaire

L'annonce du sujet de notre thèse au début des focus group a provoqué chez tous les participants un temps de réflexion et un questionnement sur leur bonne compréhension de ladite question.

M1 : « enfin en prévention...enfin ouai je ne sais pas comment tu peux. A part prévenir les accidents domestique et tout ça, prévenir les abus... » _ M3-M4-M7-M8

M8 : « faut réfléchir un peu. » _M9-M10

M8 : « prévention primaire dans ce cas-là, ça veut dire il n'y a pas eu abus, mais tu en parles.

EH : voilà.

M8 : en fait c'est le moment où on a abordé le sujet finalement (...) En fait c'est aborder la question en consultation. »

2.2.4. Liés aux représentations personnelles des médecins

Les médecins, comme n'importe qui, ont de nombreuses représentations et croyances. Celles-ci entraînent souvent chez les praticiens des freins à la réalisation d'une PPVSM.

2.2.4.1. Tabou

Pendant le focus group les participants ont qualifié de « sujet tabou » les VSM, avec une difficulté plus grande à aborder ce sujet avec de jeunes enfants. La problématique de l'âge et du sexe du médecin est également apparue, laissant penser qu'il est plus simple de parler de sexualité avec des enfants du même sexe que le praticien.

M7 : « ah c'est le sujet, c'est le sujet qui est tabou. » _M1-M3-M4-M5-M6

M6 : « en fait ça correspond à un tabou social. Et nous on est dans cette société là et on a le même tabou que ça, parce que finalement on le dit bien, finalement on va aborder les drogues, on va aborder l'addiction aux écrans, et puis on ne va pas aborder ça. (...) Mais c'est notre blocage à nous » _M1-M3-M4-M5

M3 : « Nan mais moi j'ai aucun problème à parler de sexualité avec des adultes. (...) Ouai avec les femmes et avec les hommes adultes sans aucun soucis. (...) Mais par contre effectivement...non pas que j'ai un espèce de blocage mais ça ne me vient pas naturellement de l'aborder avec des...alors des mineurs en tout cas...ou jeunes enfants ou... » _M1

M4 : « mais c'est comme les signes de puberté j'ai beaucoup de mal à les aborder avec les garçons. Avec les filles j'ai aucun, après c'est peut-être parce que moi aussi je suis une fille, mais avec les filles j'ai aucun problème à poser des questions des stades pubertaire. Avec les garçons j'ai plus de mal. » _M5

M9 : « peut-être que c'est notre génération qui fait ça. »

2.2.4.2. Parents : non ouverts à la discussion sur la sexualité

Les médecins peuvent avoir des préjugés sur certaines familles et imaginer qu'il est plus compliqué d'aborder certains sujets avec elles.

M2 : « qu'est-ce que j'ai le droit de dire parce que c'est délicat aussi suivant la culture des gens. » _M9-M11

M9 : « Nan mais je veux dire...ça te dit qu'ils sont pas trop ouvert à la discussion. »

M10 : « c'est-à-dire qu'un milieu social...il y a certains milieux sociaux où tu peux pas aborder ce genre de choses, parce qu'ils ont pas l'ouverture d'esprit déjà que tu parles de sexualité avec un petit de 10 ans. Et si tu le fais ils sont prêts à te casser la gueule pendant la consultation. »

2.2.4.3. Peur que les parents se sentent incriminés

Les médecins ont beaucoup insisté sur leur peur d'une mauvaise interprétation du message de prévention. Ils imaginent que les parents pourraient se sentir suspectés d'abus.

M1 : « nan mais même si tu, avec toute la bonne volonté du monde tu le fais pas, peut-être que inconsciemment...

EH : en fait tu aurais peur que les parents soit choqué que tu abordes ce sujet avec leur enfant ?

M1 : choqué ou...

M2 : oui qu'ils se sentent mis en cause.

M1 : ...qu'ils se sentent suspecté, tu vois. Même si tu mets toutes les pincettes du monde et que tu les incrimines pas du tout. » _M4-M10

2.2.4.4. Peur de vexer les parents

M11 : « et même ils le prendraient mal je pense. Et je ne suis pas sûre que, ça soit très bien perçu quoi. » _M2

M9 : « parce que le parent il vivrait mal qu'on lui dise qu'il ne soit pas en capacité...

M10 : que tu lui fasses son éducation à sa place.

M9 : ...de surveiller son enfant et de le protéger contre ce qui pourrait lui arriver. »

2.2.4.5. Peur de déclencher de l'anxiété

M9 : « après des fois au contraire, il y a des parents, j'en connais dans mes amis, qui sont obsédés par ça. Qui veulent pas que, le petit il ira jamais en colonie, il ira jamais en centre aéré. Alors je me dis que si tu en parles trop ça vas faire monter la mayonnaise parce qu'il y en a qui sont malades. »

M10 : « Au sein du cabinet les parents vont dire « attend s'il en parle à mon enfant c'est qu'il y a quelque chose qui s'est passé. » »

2.3. La responsabilité

Après tous ces questionnements qui nous ont montrés les atouts et les limites de la réalisation de la PPVSM par les MG, considèrent-ils vraiment que cette prévention est de leur ressort ?

2.3.1. Des médecins généralistes

Pour certains, ce rôle est une évidence. M8 se dit même qu'à la suite du focus group elle va essayer de faire cette prévention plus systématiquement.

M3 : « moi je pense que très honnêtement qu'on a notre place. » _M7

M9 : « il faut essayer, il faudrait essayer parce que... »

M8 : « mais du coup pourquoi pas effectivement d'avoir participer de...être un peu plus vigilante et essayer de voir...d'en parler »

2.3.2. Des parents

Pour M3 et M11, bien que le médecin ait un rôle à jouer, c'est plus aux parents de faire cette prévention en premier lieu.

M3 : « Oui après je pense c'est d'abord du rôle des parents de dire ce genre de choses donc c'est... »

M11 : « Bah c'est compliqué de parler de...de ça déjà, devant les parents, parce que généralement c'est les parents quand même qui sont censé quand même donner ces consignes-là enfin. » « nan mais t'as raison. Mais je pense que la première information c'est peut-être pas à nous de la donner...enfin dans le cabinet médical. »

2.3.3. Des autres professionnels de santé

D'autres professionnels de santé au contact d'enfants peuvent également avoir une part de responsabilité dans la PPVSM.

M3 : « mais si quelqu'un d'autre à un accès. Le pédiatre qu'a accès. »

M3 : « ça peut -être une infirmière scolaire. » _M1-M9

M11 : « Et puis après la médecine scolaire je pense, parce que sur un groupe, sur un groupe c'est plus facile d'en parler qu'en consultation, en individuel. » _M10

2.3.4. De l'éducation nationale

L'Education Nationale est aussi citée comme acteur possible de la PPVSM.

M2 : « à l'école ils en parlent, enfin c'est assez abordé.

M4 : ouai. »

M10 : « mais cette prévention primaire moi je pense qu'elle doit plus se faire à l'école.

M8 et M11 : à l'école.

M8 : en groupe. »

M10 : « donc à l'école tu chopes tous les enfants, même ceux qui n'ont pas de médecins traitants. »

2.3.5. Des institutions de santé publique

Il est beaucoup mentionné dans les deux focus group l'importance et l'intérêt que pourrait avoir une campagne nationale de prévention. Les médecins parlent également de la création d'une consultation dédiée dans la nomenclature des actes.

M10 : « et pourquoi il n'y aurait pas une campagne (...). Mais faire une campagne comme la nutrition là, les fruits, le sucre c'est pas bien. » _M3-M4-M6

M10 : « ou que la sécu nous rajoute une consultation dédiée... » _M6

2.3.6. De tous

Bien que les avis divergent sur certains points, il est ressorti de façon unanime que la responsabilité de la PPVSM n'incombe pas qu'à un seul corps de métier.

Chacun a sa place et les actions des uns et des autres sont complémentaires.

Comme l'exprime M1, au final l'intérêt est d'abord celui de l'enfant.

M8 : « ah oui de toute façon, plus on va en parler plus ça va être facile. »

M8 : « je pense que c'est complémentaire quand même, parce que tu sais dans l'éducation, enfin par rapport à tout ce qu'on a dit. Qu'il y ait une information un peu générale et après moi je pense quand même que de temps en temps l'évoquer suivant le contexte, ou j'sais pas comment on le sent. » _M10-M11

M7 : « après comment se positionner vis-à-vis de l'éducation nationale, des parents...Je pense que chacun à sa place bien sûr. » _M10

M1 : « Voilà c'est plus un avantage à le faire en médecine générale plutôt qu'un intérêt. Et l'intérêt c'est surtout que tu fasses de la prévention et donc que tu évites les trucs. Mais ça l'intérêt il est aussi pour l'infirmière scolaire pour les systèmes publics, les

affichages et tout ça. L'intérêt c'est que tu évites le truc. L'avantage du médecin généraliste c'est sa position. »

M6 : « je pense que c'est l'affaire de tous hein, tu vois, sur des problèmes aussi importants et de société c'est l'affaire de tous, et nous on est vraiment au cœur de la société donc c'est vraiment notre place. » _M4

M3 : « oui mais que ce soit nous qui la fassions ou...moi y'a des enfants que je ne vois jamais.

M2 : oui mais ceux que tu vois, je ne te parle pas de ceux que tu ne vois pas.

M3 : ouai, nan mais on parle de tous les enfants. Si l'infirmière scolaire voit plus un enfant que moi elle va avoir un rôle plus important à jouer dans ce truc-là.

M2 : ah mais il ne faut pas que ce soit que le médecin généraliste mais il faut que ce soit...

M3 : bah voilà.

M1 : oui c'est ça.

M3 : donc est-ce qu'il y a un intérêt ce soit LE médecin généraliste, je ne crois pas.

M2 : pas QUE le médecin généraliste.

M1 : pas que.

M3 : ouai voilà c'est ça.

M2 : mais aussi le médecin généraliste. »

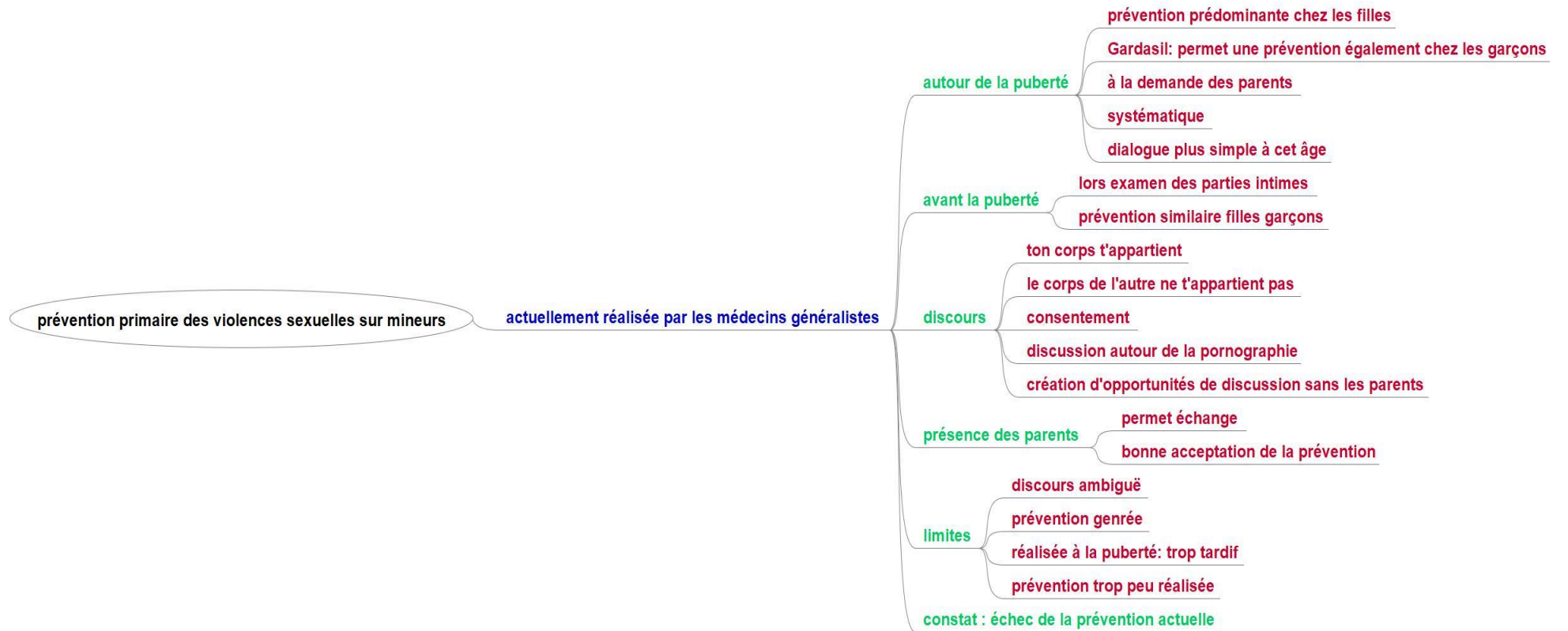
3. OBJECTIFS SECONDAIRES

Nous allons maintenant détailler les résultats des objectifs secondaires.

3.1. PPVSM actuellement réalisées par les MG

Un des objectifs secondaires était d'explorer les pratiques de PPVSM déjà réalisées par les MG.

Figure 2 : Arbre thématique 2



3.1.1. Autour de la puberté

Une partie de la prévention actuelle s'effectue autour de la puberté.

3.1.1.1. Prédominante chez les filles

Durant cette période elle est plus souvent réalisée chez les filles.

M2 : « moi je fais toujours quand je fais mes consultations autour de la puberté. (...) alors chez les filles plus que chez les garçons. »

3.1.1.2. Gardasil : permet une prévention également chez les garçons

Mais l'apparition des nouvelles recommandations concernant le *Gardasil* a permis de débiter une PPVSM également chez les garçons.

M10 : « mais maintenant vu qu'on fait le Gardasil chez les garçons ça permet de parler sexualité avec les garçons. »

3.1.1.3. A la demande des parents

Pour certains médecins, la consultation lors de l'apparition des signes pubertaires est surtout faite à la demande des parents.

M2 : « moi je fais toujours quand je fais mes consultations autour de la puberté. Bien souvent c'est les parents qui demandent du coup d'expliquer quand y'a des débuts de signe pubertaire. »

M2 : « enfin voilà du coup on a pu en parler à ce moment-là (...) et là on a pu aborder...mais parce qu'il venait, enfin... pour ça. Mais ses parents l'avaient amené pour ça. »

3.1.1.4. Systématique

Lors de consultations pubertaires certains médecins abordent systématiquement une PPVSM.

M2 : « Moi je l'aborde toujours du coup. »

M10 : « et je le dis systématiquement à la première pilule, au moment du Gardasil, ça je le dis systématiquement. C'est devenu dans une routine c'est dès qu'on parle de sexualité. »

3.1.1.5. Dialogue plus simple à cet âge

Le dialogue à cette période semble moins difficile pour les médecins réalisant une prévention.

M10 : « C'est plus facile chez l'adolescente que chez la petite fille. » _M2

3.1.2. Avant la puberté

La PPVSM est également abordée plus tôt par certains des participants.

3.1.2.1. Lors des examens des parties intimes

Lorsque c'est le cas, la prévention est réalisée uniquement lors de motifs entraînant un examen physique intime de l'enfant.

M3 : « du coup tu le fais...à l'occasion d'un motif qui...t'amènes à examiner les parties génitales ?

M2 : oui je ne le fais pas comme ça. » _M8

3.1.2.2. Prévention similaire filles-garçons

Lorsque la prévention est faite dans ce contexte elle est similaire pour tous, qu'importe le genre de l'enfant.

M2 : « si après les petits garçons je leur dis pareil hein. »

3.1.3. Discours

Après s'être intéressé aux pratiques des médecins réalisant déjà une PPVSM, il paraît important d'analyser le contenu de leur discours.

3.1.3.1. Ton corps t'appartient

Certains médecins abordent le sujet des violences sexuelles très explicitement avec des enfants parfois très jeunes, en leur expliquant que leur corps leur appartient et que personne n'a le droit de les toucher sans leur permission.

M2 : « Parce que personne n'a le droit de te toucher. »

M2 : « c'est son corps. Donc effectivement ça le gêne de le montrer, j'suis pas toute puissante et que personne n'est tout puissant en fait. »

M8 : « cet endroit bah tu vois c'est juste si t'as envi qu'on touche ou alors c'est quand on se lave, mais sinon y'a pas de raison qu'il y ait quelqu'un qui aille te toucher là, sauf si t'as envie. » _M9

3.1.3.2. Le corps de l'autre ne t'appartient pas

Même si c'est un discours qui a été moins entendu, des médecins ont rappelé qu'il était aussi important de dire aux enfants que le corps des autres ne leur appartenait pas et qu'ils n'avaient donc pas à le toucher.

M2 : oui parce qu'ils ont besoin d'avoir un rappel à la loi en fait et là pour le coup s'il y a des choses (...) « C'est interdit de toucher », moi je dis aux enfants « c'est interdit entre vous de jouer à...c'est interdit quoi », « t'as pas le droit ». »

3.1.3.3. Consentement

La notion du consentement paraît essentielle lors de la prévention primaire chez les adolescents.

M4 : « moi je parle du consentement. »

M6 : « Moi je sais que je leur parle beaucoup du respect qu'on doit au partenaire quand ils sont ado... et qu'on doit lors des premières relations... du respect que l'on doit. »

3.1.3.4. Discussion autour de la pornographie

Les médecins ont remarqué une facilité d'accès aux contenus pornographique chez les adolescents. Ils leur paraient donc indispensable d'en parler, pour déconstruire les représentations délétères qui y sont associées.

M2 : « ouai ouai mais en fait tous, enfin tous, ils ont accès à des trucs de fou quoi.

M4 : ah oui oui oui.

M2 : très jeune.

M3 : bah à partir du moment qu'ils ont un smartphone.

M6 : bah tous les collégiens ont déjà vu des films porno.

(...)

M3 : nan mais...si c'est pas eux qui y vont, c'est un copain qui va leur montrer, donc c'est la même chose. Moi je pense que tous les collégiens maintenant ont eu à un moment donné accès à des images. C'est sûr. »

M10 : « Et donc tout est facile, tout est offert et la fille elle doit dire oui tout le temps et même dans leur développement sexuel c'est problématique. »

M2 : « Nan du coup moi je pensais addiction aux média, youtube et tout et films pornos. Et du coup j'ai pu l'aborder comme ça pour un garçon. Je lui dis...à 12 ans il regardait... « Mais si tu crois que », enfin voilà du coup on a pu en parler à ce moment-là « Si t'arrives, la première fois que tu vas avoir une amoureuse, et que tu lui fais une tape sur les fesses ça va pas bien se passer, c'est pas la vraie vie ça » et là on a pu aborder. »

3.1.3.5. Création opportunités de discussion sans les parents

Certains médecins pensent réaliser une prévention primaire des violences sexuelles sur les jeunes en leur disant qu'ils peuvent consulter à tout moment, et ce, sans les parents s'ils le souhaitent.

M10 : « Mais voilà, voilà peut-être mon moyen de prévention c'est de leur dire que mon cabinet est toujours ouvert pour parler de sexualité, sans leurs parents et sans besoin de carte vitale, ni rien du tout. »

3.1.4. Présence des parents

Comme nous avons pu le voir précédemment, les médecins ont beaucoup d'idées reçues concernant la réaction des parents. Pourtant dans les faits, les parents semblent bien réagir, même lorsque les propos sont explicites.

3.1.4.1. Permet un échange

Lorsqu'ils sont inclus dans cette prévention les parents répondent et partagent leurs expériences sans réserve.

M2 : justement c'est le moment d'avoir un échange avec les parents, « Vous en avez parlé ? » moi je leur demande « Vous avez déjà abordé le sujet avec votre enfant ? » « ah oui oui on lui dit, personne n'a le droit de le toucher. » »

3.1.4.2. Bonne acceptation de la prévention

Les parents semblent bien réagir selon les dires des médecins ayant pratiqués une PPVSM. Certains sont même contents d'avoir abordé le sujet.

M2 : « et ces moment-là finalement ça se passe bien, tout le monde est content qu'on en ait parlé. »

M2 : « ça va ils le prennent bien en général. » _M4-M8

3.1.5. Limites

Nous avons donc pu voir que certains médecins pratiquaient déjà une PPVSM. Pour autant lorsqu'on voit les chiffres actuels, on se doute qu'elle n'est pas encore optimale. Les entretiens réalisés nous ont déjà donnés quelques pistes utiles de limites.

3.1.5.1. Discours ambigu

Quand les médecins s'interrogent sur leur discours, ils reconnaissent être maladroits et peut-être évasifs. Ils se rendent compte que forcer la main de l'enfant lors d'un examen physique intime ou bien citer des personnes exemptées du consentement préalable de l'enfant peut rendre le discours flou et peu compréhensible. Certains se demandent même si parfois ce qu'ils disent n'est pas contre-productif.

M2 : « alors je leur fais « Si tu ne veux pas que je touche tu as tout à fait le droit mais il faut quand même que je regarde. Donc tu soulèves et je regarde parce qu'il faut quand même », voilà et généralement du coup...les parents disent aussi « Ecoute c'est important tu sais le docteur ». Donc heu, et après j'insiste, je leur dis tu sais bah voilà, enfin j'insiste, « C'est ton corps, tu as raison de ne pas vouloir qu'on te touche ou qu'on te regarde à cet endroit-là et personne n'a le droit si t'es pas d'accord. Là c'est parce que je suis docteur et que c'est parce que tu es malade et que tes parents sont d'accord. »

M10 : « mais après voilà, le problème c'est que moi mon discours devant ce cas-là c'est, et souvent c'est en collaboration avec la mère, c'est « t'inquiètes pas, ceux qui peuvent voir sous ta culotte c'est tes parents et le médecin » mais si c'est son père qui la viole...Tu cautionnes finalement...un attouchement finalement donc heu... » _M2

3.1.5.2. Prévention genrée

La prévention actuelle est, comme on a pu le voir, encore très prédominante chez les filles, malgré la récente introduction du *Gardasil* pour les garçons.

M6 : « moi je trouve qu'on a un langage qui est beaucoup trop, enfin...qui est beaucoup trop sexué. (...) On a un langage qui est beaucoup trop sexué et effectivement on a l'impression de responsabiliser les filles et que les garçons ils peuvent s'exonérer de tout et tout ça. »

3.1.5.3. Réalisée à la puberté : trop tardif

La PPVSM est plus facilement faite autour de la puberté par certains des participants. Mais comme on a pu le voir, et comme certains participants le rappellent, nombres d'abus sexuel se déroulent bien avant.

*M1 : « Voilà mon seul moyen, et je le dis systématiquement à la première pilule, au moment du *Gardasil*, ça je le dis systématiquement. (...) Plus tôt et malheureusement il y en a beaucoup, moi les derniers cas c'était des petites de 2, 4 ans et 6 ans, alors là... »*

M2 : « à la puberté c'est là où ils sont le plus réceptifs en fait.

M6 : ouai mais c'est trop tard, si on parle de prévention primaire. »

3.1.5.4. Prévention peu, pas réalisée

Lors des entretiens, des médecins avouent ne pas du tout réaliser de PPVSM. Quant à ceux qui la font, ils ne la réalisent pas chez tous les enfants.

M7 : « je ne sais pas si je l'aborde en consultation.

M9 : moi honnêtement je ne demande pas. » _M3

M8 : « mais je l'ai pas inclus dans mon, dans mes automatismes. (...) Mais après vraiment aller le dire en systématique sur un examen en particulier de tel âge à tel âge c'est vrai que je ne l'ai pas spécialement fait. »

3.1.6. Constat : échec de la prévention actuelle

Les médecins présents se rendent bien compte que la prévention actuelle est inefficace et bien insuffisante face à ce problème de santé publique pourtant majeur.

M6 : « sur 100 enfants différents y'en a 8 qui ont été victime de violences dont la moitié c'étaient les parents. Donc du coup on est tous passé à côté...

M4 : ah oui oui oui.

M6 : tous autant qu'on est, on est passé à côté de...

M2 : évidemment.

M6 : ...problème comme ça »

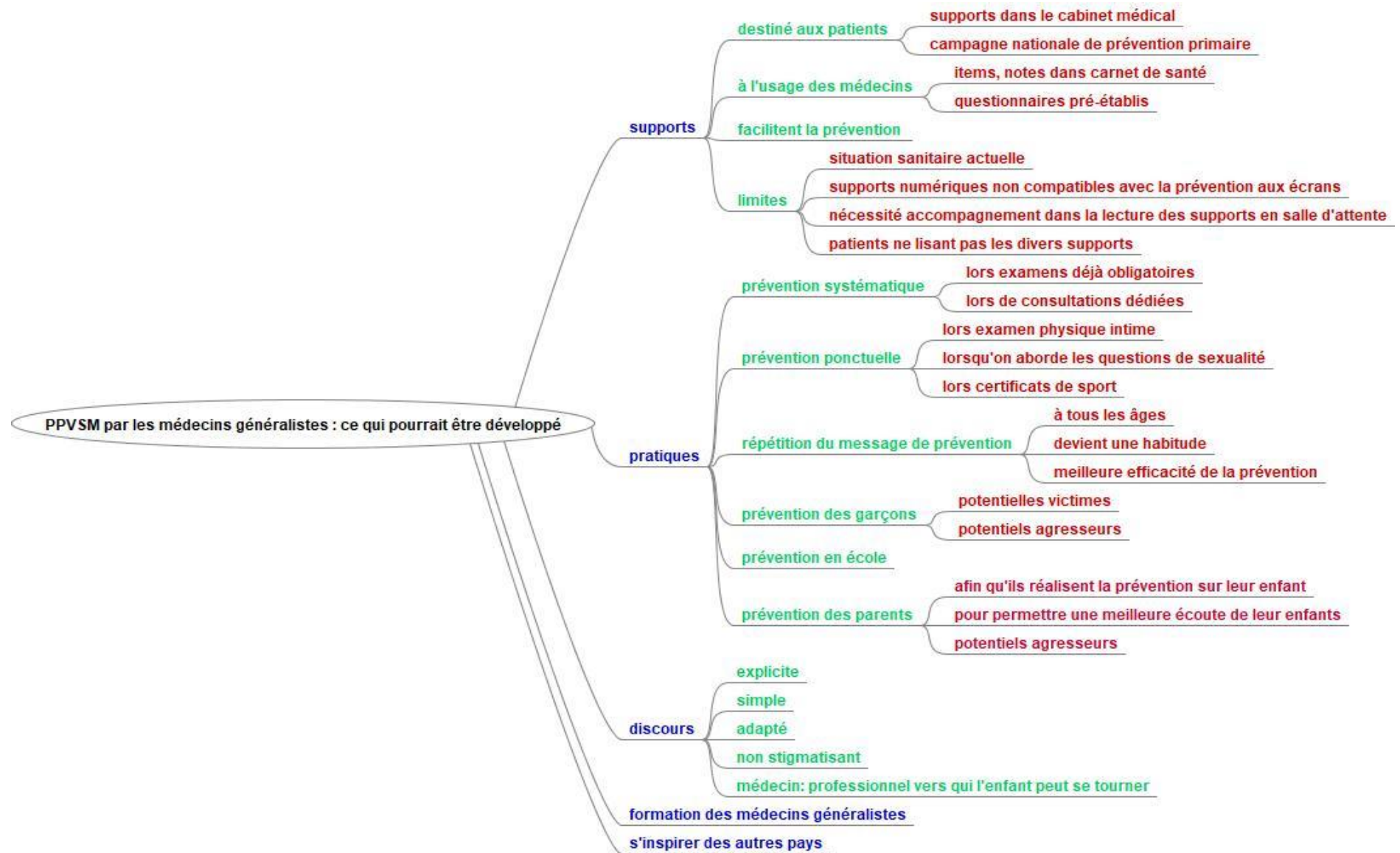
M9 : « Moi j'en avais pas conscience à ce point. J'ai l'impression que les gens ils se lâchent de plus en plus avec le truc des prêtres, des pédophiles, des machins...tout le

monde cherche qu'est-ce qu'il lui est arrivé il y a 40 ans. Et il en sort des choses donc c'est vrai que la prévention ça a surement un sens. » _M7

3.2. PPVSM par les MG : ce qui pourrait être développé

Le deuxième objectif secondaire, était d'explorer les pratiques et outils qui pourraient être mis en place en consultation de médecine générale.

Figure 3 : Arbre thématique 3



3.2.1. Supports

Les médecins présents au cours des entretiens ont souligné l'importance d'avoir des outils.

3.2.1.1. Destinés aux patients

Les médecins ont manifesté le besoin d'avoir des supports à destination des patients pour accompagner et renforcer leur propre prévention.

3.2.1.1.1. Supports dans le cabinet médical

Selon certains médecins il existe déjà des livres grand public ainsi que des films étrangers sur cette thématique que l'on pourrait donc utiliser. Des médecins imaginent aussi des affiches disposées dans les salles d'attente.

M6 : « Après les modalités effectivement, peut être par le biais effectivement d'affichage dans la salle d'attente pour sensibiliser. » _M5-M11

M2 : « il y a des petits livres qui existent. Des choses illustrées ou des petits bouquins. » _M7-M9

M5 : « y'a des films aussi. Les québécois on fait des films là-dessus, qu'on pourrait passer dans la salle d'attente. »

3.2.1.1.2. Campagne nationale de prévention primaire

L'idée d'une sensibilisation de la population via une campagne nationale de prévention est souvent revenue au cours des focus group.

M10 : « et de faire une campagne, comme ils font une campagne pour la sécurité routière « passer par les passages piétons quand tu veux traverser », « mets la ceinture », « attention aux casseroles, attention aux portes de four », « attention qu'on te touche pas et si on te touche » comment réagir, quoi faire. » _M1-M3-M4-M6

3.2.1.2. Supports à l'usage des médecins

Il paraît également nécessaire aux médecins la création d'outils pour leur propre usage.

M3 : « moi j'aimerais juste avoir les outils. »

3.2.1.2.1. Item, notes dans le carnet de santé

Le carnet de santé est un outil indispensable et déjà largement utilisé. Rajouter des items dans les examens obligatoires ou des notes informatives comme il en existe déjà, a donc paru évident à certains des participants.

M2 : « j'sais pas des items dans le carnet de santé. »

M3, M1, M4 : ouai. (...)

M4 : et ça devrait même être dans l'examen systématique. »

M11 : « je pense qu'il faut une information générale, qui passe de façon générale, que sur le carnet de santé, qu'il y ait une petite note, par exemple, ou (...)

M9 : oui ça pourrait être écrit il pourrait y avoir trois lignes. » _M8

3.2.1.2.2. Questionnaires préétablis

Des médecins ont aussi proposé la création de questionnaires. Plusieurs formats ont été imaginés : questionnaire rempli directement avec l'enfant au cours de la consultation, questionnaire proposé en salle d'attente avant une consultation de prévention et à regarder ensuite avec les patients.

M5 : « avec des questions préétablis... » _M1

M4 : « comme ils avaient fait un moment, mais on ne voit plus trop, mais à la MSA il y avait des consultations d'ado là. Où il y avait plein de pages, il y avait pleins d'item et ça permettait d'aborder plein de choses dont la sexualité justement. » _M7-M8

M5 : « des questionnaires à remplir dans la salle d'attente. Par exemple pour le gamin qui vient pour un certificat de sport. Est-ce qu'on pourrait imaginer lui faire remplir un questionnaire hyper détaillé sur à la fois les addictions, sur la sexualité, sur des choses de ce genre-là ? » (...) Puis ça peut être primaire dans la mesure où tu vas le poser à des gamins qui n'auront jamais eu de situations comme ça. Donc ils vont se dire « Pourquoi ils me demandent ça ? » « C'est quelque chose qui peut m'arriver ? »

3.2.1.3. Facilitent la prévention

Les médecins sont unanimes quant à l'utilité des supports.

Ceux à leur usage leur faciliteraient le travail en leur fournissant une trame, ainsi qu'un prétexte pour aborder le sujet des VSM.

Quant à ceux destinés aux patients, ils permettraient une sensibilisation préalable de la population. Il se pourrait même que dans certaines situations ce soit le patient qui aborde de lui-même ce sujet.

M11 : « nan mais je pense passer par un support papier tu vois ça permet aussi de faciliter les choses. » _ M1-M3-M4-M5-M8-M9-M10

M11 : « et comme ça finalement ça nous dédouane d'aborder ce sujet c'est « faut que je le coche, est-ce que c'est fait ? » _M1-M3-M4-M10

M6 : « après c'est toujours pareil si jamais il y avait une campagne de ça. Parce qu'en fait si nous on était en relais finalement d'une campagne nationale d'information et tout ça c'est plus facile de l'aborder.

M1 : parce que les gens amènent le sujet sur la table.

M3 : c'est vrai.

M6 : quand y'a une campagne d'information, c'est facile de dire « ah oui j'en ai entendu parler. »

M3 : parce qu'on devient des acteurs de cette campagne. » _M9-M10

3.2.1.4. Limites des supports

Des limites ont été énoncées par les participants concernant les supports proposés. Il est important de s'y intéresser afin de développer des outils optimaux.

3.2.1.4.1. Situation sanitaire actuelle

La pandémie actuelle ne nous permet plus d'avoir des livres en salle d'attente.

M6 : « avant il y avait des livres dans la salle d'attente mais il n'y en n'a plus maintenant. » _M7-M9-M10

3.2.1.4.2. Supports numériques non compatibles avec la prévention des écrans

Les supports numériques posent quant à eux, problème en ce qui concerne la prévention de l'exposition aux écrans.

M2 : « après la télé...

M3 : ouai c'est ça.

M1 : les écrans quoi M5 ! (ton blagueur)

M4 : ouai c'est ça, on n'a dit qu'on ne voulait pas de télé dans la salle d'attente tu vois. »

3.2.1.4.3. Nécessité d'accompagnement dans la lecture de support en salle d'attente

Sans parler de la situation sanitaire actuelle, certains pensent qu'il n'est pas approprié de laisser des livres de prévention dans la salle d'attente, l'accompagnement par un adulte dans cette lecture n'étant pas certaine.

M10 : « mais est-ce que tu te vois laisser un livre dans la salle d'attente sans qu'il y ait un adulte pour accompagner l'enfant dans cette lecture ? (...) Enfin moi je lis des livres tous les soirs à mon fils, je le sensibilise à des choses petit à petit mais je me vois pas lui laisser un livre sans explication. »

3.2.1.4.4. Patients ne lisant pas les divers supports

Des médecins se demandent si les patients prendraient véritablement le temps de lire les supports qui leurs sont dédiés.

M4 : « et ça devrait même être dans l'examen systématique (...) Parce que si c'est juste une page d'information en général ils ne le lisent pas

M1 : ouai ouai. » _ M10

M10 : « les enfants ne prennent pas le temps. Enfin les enfants ne lisent pas ce qu'il y a, ils vont dans le coin jeux de la salle d'attente et ils jouent. »

3.2.2. Pratiques

Nous nous intéressons maintenant aux pratiques que les participants ont pu proposer lors des entretiens.

3.2.2.1. Prévention systématique

Dans les limites de la prévention actuelle, on a pu voir que nombres de médecins ne pratiquaient pas de PPVSM, et que ceux qui la faisaient, ne la réalisaient pas auprès de toutes les familles. Il apparait donc important que cette prévention soit réalisée systématiquement par et pour tous.

3.2.2.1.1. Lors des examens déjà obligatoires

Les participants proposent que cette prévention se fasse lors des examens déjà prévu par la sécurité sociale. Certains rappellent d'ailleurs la nouvelle opportunité chez les garçons avec le *Gardasil*.

M8 : « Après les examens...il faut aussi les faire aux examens qui sont déjà prévu en systématique et qu'on fait. » _M1-M3

M6 : « maintenant qu'on va pouvoir les vacciner contre le papillomavirus on va pouvoir le leur dire. »

3.2.2.1.2. Lors de consultations dédiées

Les médecins pensent aussi que la création d'une consultation spécifiquement dédiée à la PPVSM serait intéressante.

M2 : « donc une consultation dédiée ce serait très bien. » _M1-M4-M6-M10

3.2.2.2. Prévention ponctuelle

En plus d'une prévention systématisée, on peut imaginer que les médecins fassent une PPVSM suivant le contexte.

M8 : « après moi je pense quand même que de temps en temps l'évoquer suivant le contexte, ou j'sais pas comment on le sent. »

3.2.2.2.1. Lors examen physique intime

Une prévention ponctuelle pourrait être réalisée lors d'un motif de consultation qui touche les organes génitaux et qui nécessite donc un examen physique intime. Le déshabillage ou tout acte de pudeur pourrait aussi être l'occasion d'en parler.

M1 : « à l'occasion d'une consult (...) oui mais d'un motif qui touche les organes génitaux. » _M2-M4-M8-M10-M11

M11 : « mais en primaire par exemple tu examines l'enfant qui est en culotte. Tu vois, par exemple il peut être gêné ou quoi tu peux peut-être l'évoquer, tu peux dire « c'est normal que tu sois gêné de te mettre, de te dénuder... », en parler. » _M2

M9 : « Moi le seul truc qui me vient c'est au moment du déshabillage. »

3.2.2.2.2. Lorsqu'on aborde les questions de sexualité

Les questions autour de la sexualité pourraient être également un motif pour parler des VSM. De nombreux exemples sont cités par les médecins : la prescription de contraception, le *Gardasil*, l'exposition pornographique, etc...

M7 : « je pense ça peut-être une voie effectivement intéressante pour faire de la prévention...parler de la sexualité et en même temps faire de la prévention. » _M10

M4 : « oui même ça devrait faire partie effectivement de la prévention des images...nan l'exposition pornographique, c'est vrai que ça j'y pense pas moi

(...)

M5 : c'est un bon point d'entrée.

M4 : je parle des écrans, mais je ne parle pas de ce qu'ils regardent c'est pas...

M1 : les contenus. »

3.2.2.2.3. Lors certificats de sport

Les certificats de sport sont déjà l'occasion de faire de la prévention primaire, on pourrait donc imaginer rajouter une PPVSM.

M6 : « les garçons on va les voir...

M4 : pour les certificats. (...)

M5 : pour les certificats de sport. »

3.2.2.3. Répétition du message de prévention

Une PPVSM réalisée systématiquement, alliée à une prévention selon le motif de venue du patient permet d'aborder le sujet à plusieurs reprises dans la vie de l'enfant.

Pour autant on peut se demander quel est l'âge le plus approprié pour délivrer ce message.

3.2.2.3.1. A tous les âges

Différents âges pour réaliser la prévention ont été proposées au cours des discussions, avec à chaque fois des participants pour dire que « c'est peut-être trop tôt, ou trop tard ». L'expérience personnelle de M10 montre bien que les VSM touchent malheureusement des enfants très jeunes. Et comme le rappelle M11, les enfants peuvent comprendre très tôt des messages de prévention s'ils sont adaptés. Certains participants se disent donc que répéter ce message aux différents âges pourrait être une solution.

M10 : « bah le problème c'est que malheureusement tu fixes une date et tu auras toujours des cas où ça sera fait avant. Tu vois moi j'aurai dit, tu vois avant cette année j'aurai dit à 6 ans c'est bien. Mais aucune de mes 3 cas ont eu 6 ans (...). Bon c'est déjà mieux que rien, de la faire à partir de 6 ans. »

M11 : « j'reviens un peu sur ce que tu dis, les enfants de 3 ans, si tu leur explique qu'on leur touche pas les parties, ils le comprennent très bien. »

M3 : « c'est vrai il faudrait que ça soit mis ...

M1 : régulièrement genre aux 2 ans aux 4 ans aux 6 ans. »

3.2.2.3.2. Devient une habitude

La répétition du message de prévention est profitable aux médecins. Elle permet en effet à ces derniers de se sentir de plus en plus à l'aise sur un sujet qui pouvait leur paraître initialement difficile à aborder.

M1 : « voilà en étant systématique, du coup si tu le fais à répétition après t'es à l'aise quoi. » _M3-M5

3.2.2.3.3. Meilleure efficacité de la prévention

La répétition du message de prévention améliore son efficacité et son intégration par le patient.

M8 : « Bah en fait plus tu arrives à en mettre plusieurs en systématique, plus t'as le message il va passer après... »

3.2.2.4. Prévention des garçons

Dans les limites de la prévention actuelle, il a été question d'une prévention trop genrée. Il paraît donc nécessaire que celle-ci concerne aussi les garçons dans le futur.

3.2.2.4.1. Potentielles victimes

Même si dans les chiffres, les garçons sont moins souvent touchés par les violences sexuelles, il n'empêche qu'ils sont de potentielles victimes.

M10 : « et les petits garçons sont souvent négligés dans ces problèmes. » _M8

3.2.2.4.2. Potentiels agresseurs

Ils peuvent être des victimes mais également de potentiels agresseurs.

40 à 80% des agresseurs mineurs seraient eux-mêmes victimes de violences sexuelles.

(11)

Les dépister dans l'enfance permettrait de briser ce cycle de violence.

M6 : « Parce que, pour ce qui est, dans les chiffres c'est quand même les garçons qui sont plus agresseurs qu'agressés. Et je trouve que vraiment, parler de message de prévention et tout, il faut que ça s'adresse aux garçons et aux filles. » _M2

3.2.2.5. Prévention en école

Un des médecins nous a parlé de son projet d'intervention en école pour y faire de la prévention centrée sur les problématiques sexuelles. Même si cette proposition nous semble un peu hors-sujet, ce médecin en a beaucoup parlé au cours du focus group. Il nous a donc semblé nécessaire de l'incorporer dans cette thèse.

M10 : « moi mon but au sein de la MSP c'est peut-être de faire de l'intervention sur la sexualité au sein de l'école du village, voilà. »

3.2.2.6. Prévention des parents

La PPVSM a ciblé principalement les enfants lors du focus group. Mais comme il a été évoqué les parents sont présents à quasi chaque consultation. Les intégrer à la prévention semble donc essentiel.

3.2.2.6.1. Afin qu'ils réalisent la prévention sur leur enfant

Comme certains médecins ont pu le rappeler, le rôle principal dans l'éducation et la protection des enfants revient aux parents. Les impliquer dans cette prévention semble donc une piste intéressante.

M4 : « enfin pour moi ça peut être que de sensibiliser les parents pour qu'ils sensibilisent leurs enfants. »

3.2.2.6.2. Pour permettre une meilleure écoute de leur enfant

Les parents sont souvent les premiers interlocuteurs de l'enfant. Une prévention auprès d'eux pourrait donc leur permettre de mieux prendre en considération les dires de leur enfant et d'éviter un déni de leurs parts.

M8 : « C'est-à-dire que l'enfant qu'est-ce qu'il va faire s'il n'est pas bien, il va quand même aller voir ses parents. Alors s'il y en a un des deux qui est violent ou dans un sens ou dans l'autre et bien il ira voir l'autre. (...) Mais de ne pas prendre à la légère un enfant qui se plaint en disant « un tel m'a touché et c'était bizarre ». Parce que des fois il y a des enfants « oh bah oui c'est arrivé une fois » et puis ça passe à l'as et puis en fait ça faisait déjà longtemps et l'enfant il l'a dit une fois, il n'a pas été pris au sérieux et finalement il l'a dit en plus. »

M8 : « mais oui et du coup ça permet aux parents d'être plus vigilants et que le parent l'entende aussi le message en fait. »

3.2.2.6.3. Potentiels agresseurs

Des médecins ont pensé qu'il pouvait être utile de réaliser une prévention sur les parents, certains pouvant ne pas se rendre compte que leur geste est condamnable.

M3 : « oui mais comment tu dis quand...c'est dans je ne sais pas combien de pourcentage c'est incestueux. Donc en fait tu fais de la prévention sur les potentiels agresseurs.

M4 : ouai mais justement les potentiels agresseurs ça peut les faire réfléchir aussi de se dire que c'est pas normal. »

M8 : après il y a des habitudes. Je me souviens d'une maman qui branlait...qui masturbait son fils pour le calmer en fait. Et son fils il avait...je ne sais plus, il était bébé. Il avait moins d'un an là de tête, je ne me souviens plus. Et en fait pour le calmer, quand il y avait des pleurs, en fait...Mais elle le disait « ouai je le masturbe et du coup ça le calme ». Bon alors il fallait expliquer que quand même ça ne se faisait pas, que c'était

quand même un attouchement, j'sais pas, que c'étaient ses parties. Mais comment, le bébé ? Qu'est-ce qu'il va dire, effectivement c'est un peu compliqué donc là...La maman pour elle c'était naturel. (...) Donc du coup on lui en avait déjà parlé et puis après elle avait compris que ça s'arrêtait, que ça servait à rien. Du coup c'est vrai que ça peut arriver. Et là ça partait d'une bonne intention, elle c'était pour le calmer, elle s'était rendu compte quand elle faisait ça (...) ça calmait son enfant. »

3.2.3. Discours

Quel discours tenir face à un enfant et à ses parents est une des principales problématiques qu'ont évoqué les participants. Le focus group leur a permis de réfléchir tous ensemble à ce que pourrait être un discours efficace et dans lequel ils se sentent à l'aise

3.2.3.1. Message explicite

Il est maintenant connu qu'il faut être explicite dans nos interventions, comme par exemple lorsqu'on parle d'idées suicidaire, de violences conjugales. Seul un message clair peut permettre une parfaite compréhension, et une possibilité pour le patient de s'exprimer s'il en éprouve le besoin.

M1 : « si t'aborde pas le sujet frontal, ils t'en parlent jamais. »

M6 : « là il faut entrer dans le concret car sinon là le gamin il comprend rien. »

M2 : « faut être clair quoi. »

3.2.3.2. Message simple

Des participants proposent que le message soit simple pour permettre une bonne compréhension de tous, et aussi pour que cet outil soit facile à mettre en place pour les médecins.

M8 : « voilà un message simple en fait. » _M9-M11

M8 : « je pense qu'il ne faut pas faire hyper compliqué parce que sinon on ne le fera pas. »

3.2.3.3. Adapté

Comme nous avons pu le voir, les médecins ont de nombreux à priori sur l'incidence que peut avoir un message de prévention. Il faut donc qu'il soit adapté, afin de ne pas entraîner d'incompréhension et d'angoisses supplémentaires aussi bien du côté des parents que des enfants.

M8 : « enfin voilà, parce que voilà d'un côté faut pas frustrer aussi la personne en disant « surtout faut pas toucher ». Enfin voilà si après, l'histoire aussi du développement sexuel de l'enfant, si on lui dit « surtout faut pas toucher », un moment donné c'est compliqué donc du coup... »

M9 : « oui que ça devienne une obsession. »

3.2.3.4. Non stigmatisant

Les médecins ont évoqué la peur que leur message soit mal compris et stigmatisant pour les familles. Ils reconnaissent avoir besoins d'aide pour formuler un discours de prévention clair qui ne laissera pas de place à une mauvaise interprétation.

M4 : « bah c'est comment l'aborder : « est ce que vous avez déjà eu envie de... » enfin je sais pas... »

M2 : nan ça tu peux pas le faire. Tu peux pas faire ça. Bien sûr qu'ils reviendront jamais nous voir. (rires)

M4 : bah nan.

(...)

M4 : oui mais en prévention primaire, « est ce que tu penses que tes parents ont déjà eu envie de... »

M3 : comment tu fais pour t'adresser.

M2 : faut pas parler des parents, faut jamais suggérer que ça peut être les parents. »

M2 : « en fait il faut leur parler « en général », « ça peut arriver dans les familles ». Enfin je pense il ne faut pas leur dire ça sinon ils vont se sentir accusé, mais si on dit « ça peut arriver » tout cours. » _M8-M10

3.2.3.5. Médecin : professionnel vers qui l'enfant peut se tourner

Le médecin est un professionnel vers qui l'enfant peut se tourner en cas de problème d'abus sexuel. Le rappeler à l'enfant est un acte de prévention primaire simple.

M10 : « La prévention primaire c'est déjà de donner la force de dire non parce il sait qu'il aura un accueil s'il dit non à ses parents, voilà. De lui dire qu'il sera toujours accueilli même si c'est ses parents qui posent le problème, voilà. Nous on peut dire ça, c'est toujours ouvert. »

M11 : « Par exemple (...) « tu peux en parler à des gens en qui tu as confiance ou un médecin. » » _M5-M6

3.2.4. Formation des médecins généralistes

Les médecins manquent actuellement d'outils mais aussi de formation.

M3 : « je pense qu'il faudrait déjà que l'on soit plus informé et plus sensibilisé. »

M9 : « de formation probablement... faisons une formation. »

3.2.5. S'inspirer des autres pays

Les autres pays ont peut-être une meilleure approche concernant les VSM. Il serait intéressant de se renseigner sur ce qu'ils font.

M2 : « ce qui serait intéressant c'est de savoir en Belgique comment ils font parce qu'eux quand même ils ont été vachement traumatisés par... »

M5 : Marc Dutroux etc...

M2 : ...la pédophilie, mais vraiment, et je pense qu'au niveau de la médecine ça a dut changer des choses. Ce serait intéressant de regarder.

M5 : moi je crois que les canadiens ils l'abordent plus que nous.

EH : oui les...

M3 : ils l'abordent plus que nous.

M2 : je crois qu'ils l'abordent beaucoup j'avais entendu ça oui...plus à l'aise.

M5 : les Québécois sont...

M3 : donc il faudrait leur outil pour....

M2 : faut regarder »

IV. DISCUSSION

1. DISCUSSION DE LA METHODE

1.1. Forces de l'étude

La principale force de cette thèse est son sujet. Les VSM ont été étudiées à de multiples reprises. Mais la question spécifique de leur prévention primaire par les médecins généralistes n'a jamais été étudiée. C'est donc un sujet original. De plus l'actualité récente nous montre l'intérêt de cette problématique aux yeux des politiques et de l'opinion publique.

Notre question de recherche et nos objectifs ont clairement été explicités au cours de la rédaction de cette thèse. Ils nous ont paru pertinent au regard des recherches bibliographiques que nous avons pu réaliser au début de ce travail.

Nous souhaitons recenser des données non-pré-déterminables et subjectives. Le choix d'une étude de type qualitative nous a donc paru pertinent et adapté.

Nous avons respecté les critères éthiques obligatoires, par le recueil du consentement des participants et l'anonymisation de leur propos.

Les échanges autour des expériences, des idées de chacun lors des focus group, ont permis de récolter de grandes quantités de données en simplement deux séances.

La présence de 5 et 6 participants a permis à chacun de s'exprimer tout en respectant une bonne dynamique d'échanges.

Le partage d'expériences communes est généralement facilité par un groupe homogène, ce qui était le cas. Le fait que les participants soient tous des médecins a également évité les asymétries au sein du groupe.

Les focus group se sont déroulés dans une salle en temps normal dédiée au repas et aux réunions, et donc adaptée. Une bonne ambiance a aussi été mise en place grâce au diner pris entre tous les participants avant chaque entretien. Un degré d'informalité

suffisant a donc bien été mis en place afin de faciliter les échanges ultérieurs, même si nous étions dans une situation formelle.

Nous avons interverti nos rôles entre les deux focus group. Ce changement nous a permis à chacune d'expérimenter l'animation et l'observation. Il a permis aussi de faire-valoir des attentions différentes et potentiellement instructives.(27) (28) (29)

Bien qu'une grande part de l'analyse des données ai été réalisée par moi-même, elles ont toutes été revues et corrigées par le Dr Héloïse ETIENNE.

1.2. Limites de l'étude

Nous avons chacune expérimenté pour la première fois la mise en place et l'animation de focus group. Des erreurs ont donc été commises malgré la recherche bibliographique réalisée en amont et la réalisation d'un MOOC centrée sur les entretiens qualitatifs.(30)

Nous avons en premier lieu dû modifier notre guide d'entretien entre les deux groupes.

Les personnes ayant participé aux entretiens se connaissaient toutes, chacune exerçant relativement proches les unes des autres. Ce genre de configuration peut entraîner de la réserve chez certains ou des effets de redondance (le fait d'appuyer un récit déjà partagé) et ainsi minimiser les questionnements mutuels et la quantité de données.

Il y a eu aussi quelques difficultés de répartition de la parole, notamment au sein du second groupe du fait de la présence simultanée de personnes timides et extraverties.

Nous avons regretté de ne pas avoir demandé les formations complémentaires de chacun des participants sur les feuilles de renseignement.

L'échantillon manque de diversité, nous aurions peut-être pu essayer d'inclure des MG qui ne soit pas tous déjà installés.

La réalisation d'un troisième focus group aurait pu permettre de confirmer avec certitude la saturation des données.

Il n'y a pas eu de retour des participants sur les résultats des analyses.

L'analyse bien que revue et corrigée par le Dr ETIENNE a été essentiellement réalisée par une seule personne, qui plus est novice en recherche qualitative. Être plusieurs dans le traitement des informations aurait pu augmenter la validité externe de cette étude. (27) (28) (29)

En ce qui concerne la question de recherche et les objectifs, le terme de violences sexuelles sur mineur aurait été plus approprié que celui d'abus. Ce mot provient d'une traduction inadaptée de « abuse » en anglais. Il peut laisser entendre, selon certains spécialistes, qu'on peut avoir une utilisation excessive de la sexualité avec un enfant, et donc qu'il pourrait y avoir un comportement sexuel avec les enfants correct et permis. Bien que ce terme soit aussi retrouvé dans les guides d'entretien nous avons essayé par la suite d'utiliser uniquement le terme de violences sexuelles sur mineur. (31)

2. DISCUSSION DES RESULTATS

L'objectif principal de cette thèse est d'explorer les perceptions des MG concernant leur rôle dans la PPVSM. Au cours des entretiens ils ont exposé des facteurs favorisant en tant que MG. Ils ont également énoncé des limites. Pour autant ils sont tous d'accord sur le fait qu'ils ont un rôle à jouer mais qu'ils ne peuvent être seuls face à un problème d'une telle ampleur.

2.1. PPVSM par les MG : oui...

Les MG participants sont tous d'accord sur le fait qu'ils ont un rôle à jouer dans la PPVSM.

Leur métier favorise selon eux cette prévention par ses obligations médico-légales, ses missions et sa place dans le système de soin.

Parmi les missions citées par le code de la santé publique, le MG doit assurer la prévention et l'éducation pour la santé de ses patients, ainsi que participer aux actions de prévention.(32) « *Voilà on est un acteur en tant que médecin généraliste on fait de la prévention bien sûr. Donc de la prévention sur ça, bah oui* » (M8). Le suivi et la vaccination des enfants en est l'exemple le plus concret.

Le code de déontologie médicale, ainsi que celui de santé publique, stipulent que toute personne prise en charge par un professionnel de santé a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.(33) (34) Ce secret est indissociable, comme l'on rappelé M6 et M10, de notre pratique. Il est la base du respect du patient et de la confiance qu'il peut nous accorder. Sans cela aucun acte de prévention n'a de valeur. « *Voilà mais il n'y a pas de confiance sans secret.* » (M6).

Bien que chaque MG n'ait pas une pratique strictement identique, certains aspects de leur métier se retrouve chez chacun d'entre eux.

Le MG est souvent amené à traiter des problématiques en lien avec les organes génitaux et la sexualité. « *Nan mais parler du corps humain c'est notre quotidien, traiter de la sexualité c'est de notre...* » (M10).

De par notre métier, nous avons aussi accès au corps des patients, et donc aux parties intimes. Cela peut être notamment comme le disent M2 et M4, un élément qui peut aider à aborder la PPVSM. Mais serait-il possible d'aller plus loin et se demander si ce n'est pas même un devoir, nous qui demandons parfois aux enfants de se dénuder complètement, et de voir leurs organes génitaux externes ?

L'organisation du système de santé incite les patients à avoir un médecin traitant. Les MG sont ainsi amenés à suivre régulièrement les familles. Ils ont donc plusieurs occasions de délivrer le message.

L'une des spécificités du MG est aussi qu'il voit parents et enfants. Il peut donc réaliser cette PPVSM chez chacun d'entre eux. « *A priori on est quand même je pense les professionnels de santé qui voient le plus souvent les enfants* » (M1). « *ouai ouai j'suis d'accord et pas d'accord, je pense que le médecin il a quand même une place à dire, et puis aussi par rapport aux parents* » (M8)

Dans les éléments moteurs d'une PPVSM, certains sont intrinsèquement liés aux représentations personnelles de chaque médecin.

La sensation d'une confiance mutuelle entre le médecin et le patient est un élément qui est revenu de façon récurrente. Cette confiance semble libérer la parole des médecins participants qui ont la sensation que leur discours va être mieux accueilli. De manière

similaire, ils se permettent d'aborder plus facilement la sexualité lorsqu'ils pensent les parents ouverts à ce genre de discussion.

Certains des participants pensent également que la PPVSM peut-être bien accueillie par les parents si elle est correctement formulée. « *Voilà mais du coup je ne vois pas comment les parents pourraient être mal à l'aise en disant que « ton corps c'est à toi » »* (M8). Cette vision semble également faciliter la prévention car l'on remarque que les deux médecins qui pensent ainsi font parties de ceux qui réalisent une PPVSM.

2.2. PPVSM par les MG : mais...

Les médecins pensent donc que leur métier est favorisant sur certains points. Malgré cela, ils émettent de nombreux éléments susceptibles de les freiner.

La pénurie actuelle de MG sur le territoire est une réalité qui ne va pas aller en s'arrangeant.(35) (36) Ce n'est malheureusement pas une donnée que les médecins généralistes peuvent modifier. Gérer ces problématiques est du ressort des instances de santé publique. Des mesures ont d'ailleurs été prises ces dernières années (suppression Numéros Clausus, déploiement d'assistants médicaux, formation d'infirmiers en pratiques avancées) et devront être évaluées à distance (37). En attendant, en juin 2019 encore 44% des médecins généralistes refusait d'avoir de nouveaux patients, avec comme raison principale le fait qu'ils aient déjà une patientèle trop importante. (38)

Les médecins ont aussi évoqué leur manque de formation pour réaliser une PPVSM.

Il est vrai que les seuls items et recommandations sur les VSM délivrés au cours de leur formation concernent la prévention secondaire et tertiaire. Les participants ont d'ailleurs eu besoin de temps pour visualiser ce que pouvait être la prévention primaire dans ce contexte de VSM. Et malgré cela, de nombreuses confusions entre prévention primaire et secondaire ont été faites au cours des entretiens.

On peut aussi se questionner sur l'efficacité de la formation déjà délivrée.

Selon une étude réalisée en Ille-et-Vilaine en 2015 :

- 70,1% des MG ignoraient le terme d'information préoccupante (IP)
- 77,2% d'entre eux ne connaissaient pas son destinataire
- 79,5% des MG ne connaissaient pas la différence entre signalement et IP
- De fait, seul 5 % des MG disaient avoir été formés sur l'IP.(39)

On peut également citer le rapport de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger : en 2013 seul 5% des signalement d'enfants en danger provenait du secteur médical.

Selon une autre étude, en 2015 dans le département de Loire-Atlantique, les MG étaient à l'origine de 1,23% des IP et 1,22% des signalements.(40) Ces faibles chiffres ont de multiples causes mais nous ne doutons pas que le manque de formation en fasse partie. Devant ces données, on peut aussi se questionner lorsque les médecins disent être plus vigilants en ce qui concerne le dépistage de maltraitance. Nous ne remettons pas en doute leur parole, mais leur vision semble toutefois erronée, au regard des chiffres.

Ce qui semble être aussi un gros frein pour les MG est le sujet en lui-même. Ils considèrent la problématique des VSM comme tabou. Et ils se rendent compte que le frein principal vient d'eux même. Mais comme le fait remarquer M6, nous sommes le reflet de la société, société qui avant janvier taisait le problème des VSM. *« Et que nous on est dans le tabou social comme, parce qu'on est dans cette société là, avec les tabous qu'elle véhicule quoi. Que de parler de violences sexuelles dans l'enfance c'est un tabou social ».*

On peut noter aussi que certains participants n'ont aucune difficulté à aborder des sujets que d'autres trouvent compliqués à amener, comme les troubles érectiles, les addictions, les violences conjugales, le syndrome du bébé secoué...

On remarque d'ailleurs que les médecins parlent plus facilement de sujet qui les intéressent, et pour lesquels ils se sont formés. La formation joue donc aussi un rôle sur les représentations personnelles.

Les MG ont aussi peur de l'incidence que pourrait avoir l'évocation des VSM sur les patients : vexation, angoisses, frustration... En ce qui concerne les enfants, une revue Cochrane a montré qu'une PPVSM réalisée directement auprès des enfants ne donnait

lieu à aucune modification de leur anxiété. (41). Nous n'avons cependant rien trouvé sur les impacts qu'elle pourrait avoir sur les parents.

Cette appréhension n'est donc pas fondée, en tout cas en ce qui concerne les enfants. Certains semblent s'en rendre compte : « *si il faut, ils attendent que ça qu'on leur en parle* » (M1), « *nous on croit aussi qu'ils le prendraient mal.* » (M9). L'explication de leur réticence se trouve peut-être dans les propos de M2 « *parce que nous même ça nous renvoi a des trucs pas simples* ».

Il y a aussi les contraintes intrinsèquement liées à leur fonction de MG.

La dépendance des enfants à leur parents donne lieu à plusieurs difficultés pour les médecins. La plus problématique est celle de la potentielle présence des agresseurs de l'enfant en consultation. Car rappelons-le, environ 50% des VSM sont incestueuses. L'efficacité d'une PPVSM en leur présence est donc largement remise en cause par les médecins. De plus si les parents ne jugent pas nécessaire de prendre rendez-vous régulièrement pour leurs enfants, ces derniers peuvent ne pas être vu durant une longue période. Le médecin est en effet dépendant de l'observance des patients. Il peut, bien sûr, essayer de maximiser l'adhérence de ses patients et les éduquer sur l'importance d'un suivi. Malgré cela, des enfants échappent à un suivi régulier.

Certains médecins, notamment ceux exerçant en milieu rural peuvent croiser régulièrement leurs patients en dehors du cadre médical. Ce qui peut poser problème, aussi bien aux médecins qu'aux patients, qui peuvent être gêné d'aborder certaines problématiques lors des consultations s'ils savent qu'ils peuvent se croiser en dehors du cabinet médical.

La médecine générale telle qu'elle est actuellement organisée favorise la prévention secondaire. Dans les faits, les patients viennent surtout lorsqu'ils ont un souci de santé afin que leur médecin pose un diagnostic et leur prescrive le traitement approprié. Une part importante de notre exercice porte aussi sur la détection et l'action sur les facteurs de risque. Comme le dit M8 « *rarement ils viennent pour dire « ah bah en fait tout va bien je viens juste pour faire une consultation.* », sauf en dehors du suivi gynécologique et de celui des enfants.

Enfin comme le dit M8 : « *tout le monde a des pratiques différentes et l'enfant va pas être suivi de la même manière avec un médecin ou un autre.* ». D'où l'importance de

délivrer des supports et des recommandations valides et claires afin que la pratique de la PPVSM soit la plus uniforme d'un MG à l'autre.

2.3. PPVSM par les MG : pas uniquement eux

Les MG sont donc plutôt d'accord pour réaliser une PPVSM sous certaines conditions. L'une est qu'ils ne soient pas les seuls acteurs face à un tel problème de santé publique : parents, autres professionnels de santé, éducation nationale, et état ont également un rôle à jouer. L'action de tous est indispensable.

Les parents restent les acteurs principaux dans l'éducation et la protection des enfants comme le rappelle M3 et M11. Ils ont donc une place de choix pour réaliser une prévention primaire auprès de leur enfant. Ce sont également eux qui limitent ou non l'accès de leur enfant à de potentiels agresseurs. Et enfin lorsqu'ils ne sont pas les agresseurs, se sont vers eux, comme le dit si bien M8, que les enfants vont se tourner en premier lieu.

Diverses études ont montré une connaissance relativement bonne des parents en ce qui concerne les VSM. Malgré cela, une grande part d'entre eux ne réalisent pas de prévention, ou bien une prévention insuffisante. En effet selon plusieurs associations il est important de réaliser une prévention dès le plus jeune, de la répéter dans le temps, d'utiliser des exemples concrets, et de rappeler que les agresseurs peuvent être des personnes de l'entourage, de la famille.(42) (43) (31) Plusieurs raisons sont rapportées par les parents : la peur de l'incidence d'un tel message sur leur enfant, le fait que leur enfant soit trop jeune, n'ait pas de risque élevé de subir des VSM, l'impression d'une inefficacité d'une telle prévention, la gêne à aborder un tel sujet. (44)

Il existe cependant peu d'études s'étant penchées sur l'importance que pourrait avoir les comportements protecteurs des parents envers leur enfant. En 1984, Finkelhor identifiait quatre conditions à la survenue de VSM. Deux d'entre-elles étaient que l'agresseurs puisse dépasser les barrières protectrices autour de l'enfant (comme une forte supervision parentale), ainsi que la résistance de ce dernier. Finkelhor rappelait aussi que la dernière condition est bien plus qu'une simple capacité de l'enfant à dire « non ». Seul un enfant stable émotionnellement, qui se sent en sécurité, et supporté par ces parents sera capable de résister. (45)

Les médecins ont aussi rappelé qu'ils n'étaient pas les seuls professionnels de santé voyant régulièrement les enfants. Ils ont par exemple cité les infirmières et médecins scolaire, les pédiatres. Comme l'on fait remarquer à plusieurs reprises les participants, il y a un véritable effondrement du nombre de médecin scolaire. Ils étaient moins de 1000 sur tout le territoire en 2019, ce qui donne un taux d'encadrement moyen de plus de 12 000 élèves par médecin. On se doute donc qu'ils ne peuvent déjà pas réaliser correctement leurs missions actuelles, leurs en rajouter parait donc peu pertinent.(46) (47) Par contre, le rôle que pourrait jouer les pédiatres pourrait être intéressant à évaluer.

Une revue Cochrane a été réalisée pour évaluer l'efficacité des programmes scolaires de prévention des VSM à destination des enfants. Les résultats ont montré une amélioration des connaissances et des comportements de protection et que ceux-ci ne se détérioraient pas dans le temps. Il a également été prouvé que cette prévention n'entraînait pas de modification de l'anxiété chez les enfants. Les résultats tendent à prouver que la participation à ces programmes augmente la chance de divulgation de ce type de violence. Pour autant, il est nécessaire d'avoir plus de données pour connaître réellement les effets bénéfiques et néfastes au court et long terme, notamment en ce qui concerne la diminution réelle des VSM.(41)

En ce qui concerne l'Education Nationale, il existe depuis 2001 la loi Aubry qui prévoit « une information et une éducation à la sexualité (...) dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles ».(48) Malgré cela, les chiffres du Haut conseil à l'égalité (HCE) montre qu'au cours de l'année scolaire 2014-2015, 25% des écoles élémentaires, 4% des collèges et 11,3% des lycées déclaraient n'avoir rien mis en place. Le rapport de l'HCE trouve également que les VSM font parties des thèmes les moins abordés. (49)

De plus selon une récente étude réalisée en Espagne, la moitié des enseignants n'ont jamais reçu de formation sur les VSM. Environ 90% ne sont pas familiarisés avec les méthodes de détection des VSM. Les enseignants ont également des idées reçues comme le fait que les violences ne peuvent exister entre des enfants de même âge, ou que les VSM impliquent systématiquement des comportements violents.(50) Ces résultats rejoignent ceux du baromètre du HCE qui retrouve une formation du personnel de l'Education nationale insuffisante. En 2014-2015, la part de personnel enseignant

ayant reçu une formation en éducation à la sexualité était de 1,4% en élémentaire, 18,8% au collège et 15,6% au lycée.(49)

Les participants ont également mentionné plusieurs fois l'importance que pourrait avoir une campagne nationale de PPVSM. On remarque qu'il n'en n'a jamais existé en France. Les seules qui pourraient s'en rapprocher sont celles sur la maltraitance mais la problématique des VSM n'est jamais explicitement nommée.

Pour autant, on remarque un début d'intérêt du gouvernement envers cette problématique. On peut citer la stratégie nationale de santé sexuelle, ou encore le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants, qui s'attellent à proposer des solutions pour réduire les VSM : amélioration de la formation des professionnels au contact des enfants, mise en place d'une ligne d'écoute et d'orientation pour les personnes attirées sexuellement par les enfants, renforcement de la répression des auteurs, mise en place d'étude pour renforcer les données sur les VSM, etc.(51) (52) (53) Il est à noter aussi la création cet été d'une commission indépendante de lutte contre les violences sexuelles faites aux enfants par le secrétaire d'Etat chargé de l'enfance et des familles. (54)

En septembre 2020, suite à l'exacerbation des violences faites aux enfants en lien avec la crise du Covid19, la plateforme *Make.org*, en partenariat avec le secrétaire d'Etat chargé de l'enfance et de la famille, a lancé « la grande cause pour la protection de l'enfance ». La première phase s'est déroulée de septembre à novembre 2020 et consistait à recueillir sur leur site les avis des français à partir de l'âge de 8 ans sur la question « comment protéger les enfants contre toutes les formes de violences ? ». Les autres phases consisteront en la transformation des propositions en actions concrètes puis le pilotage de 5 à 10 projets retenus avec évaluation de leur impact. (55)

Les événements de début janvier ont ébranlé l'opinion publique et relancé le débat autour des VSM. Le président de la république a annoncé une prise en charge à 100% des soins psychologique aux victimes de VSM, ainsi que des visites de dépistages et de prévention au primaire et au collège.(56) Le débat sur l'introduction dans le code pénal d'un âge en dessous duquel l'enfant ne peut consentir, qui avait été abandonné en 2018, refait surface.

Comme nous avons donc pu le voir, de nombreux acteurs sont à même d'intervenir pour réaliser une PPVSM. Pour autant la problématique des VSM étant vaste et complexe, une prise en charge pluriprofessionnelle est indispensable.

3. DISCUSSION DES RESULTATS DES OBJECTIFS SECONDAIRES

3.1. Les pratiques de PPVSM déjà réalisées par les MG

Comme nous avons pu le constater au cours des entretiens que nous avons réalisés, des MG réalisent déjà une PPVSM. Pour autant l'absence de recommandations claires entraîne une grande disparité entre les différentes pratiques.

Ainsi certains médecins disent ne réaliser aucune prévention, d'autres uniquement lors de motifs amenant à examiner les organes génitaux ou encore d'autres uniquement lors de la puberté.

Amener le sujet lors de l'examen de parties intimes semble être une bonne porte d'entrée. Mais il semble important de souligner qu'il faut que nous soyons concordants entre notre discours et nos actions, il est de notre devoir d'expliquer les gestes que nous réalisons au cours des examens physiques.

Aborder cette PPVSM lors de la puberté peut être intéressant aussi, mais elle doit être également réalisée plus jeune comme le rappelle certains des participants. Surtout lorsqu'on sait que les premiers viols et leurs tentatives sont subis entre l'âge de 0 et 10 ans pour 27% des femmes et 34.1% des hommes, et que les autres agressions sexuelles sont subis pour la première fois avant 10 ans pour 23.3% des femmes et 20.4% des garçons.(10) Pour cela, le Dr Salmona conseille dans son guide de prévention des violences sexuelles envers les enfants de la faire le plus tôt possible, soit dès que l'enfant est en âge de parler.(31)

Malgré des différences entre les médecins, la notion de « ton corps t'appartient » relayée auprès des enfants, revient souvent. Par contre celle de « le corps de l'autre ne t'appartient pas » est moins souvent énoncé. Pourtant 23% des auteurs de violences sexuelles sont des mineurs.(57)

Les médecins abordent aussi le consentement autour de la puberté. L'âge minimum pour parler de consentement fait débat en ce moment. Pour autant on peut rappeler à l'enfant, qu'avant 15 ans le fait qu'un adulte ou un mineur bien plus âgé ait un comportement sexualisé envers lui peut être considéré comme une violence sexuelle selon la loi actuellement en vigueur.

Certains médecins rappellent aux enfants et adolescents qu'ils peuvent consulter sans leur parent s'ils le souhaitent. Il est effectivement essentiel que les mineurs puissent compter sur des adultes vers qui ils peuvent se tourner s'ils sont exposés à des violences sexuelles. Mais rappelons qu'en 2013 seul 5% des signalement d'enfants en danger provenait du secteur médical.(40) On est donc tenté de dire qu'actuellement les MG ne sont malheureusement pas des professionnels vers qui l'ont peut se tourner pour être protégé.

Une des grandes limites dans la PPVSM telle qu'elle est réalisée actuellement, est l'absence d'un discours préétabli pour les médecins. De fait, ils ont parfois du mal à trouver des phrases adaptées. Celles-ci pourraient être mal interprétées ou porter à confusion. Or on sait qu'il est important d'utiliser des mots clairs, sans ambiguïté qui ne risquent pas de minimiser les violences sexuelles. Le Dr Salmona propose différentes phrases dans son guide et conseille également d'utiliser poupée ou dessin pour les plus petits afin de désigner les diverses parties du corps. Elle cite par exemple : « si on touche ou tente de toucher ... », « si on t'oblige à voir ou si on te fait toucher des parties sexuelles », « si on met ou tente de te mettre un sexe dans ta bouche, ton anus, ton sexe ».

Il a été aussi question de notre tendance à faire peser la responsabilité essentiellement sur les filles en ce qui concerne la sexualité. « Elle l'a bien cherché » est malheureusement une phrase que l'on a souvent entendu lors des témoignages de violences sexuelles sur les femmes adultes. Sans aller jusque-là, on peut tout de même citer un exemple très concret de cette différence de traitement : la consultation de contraception et de prévention (CPP) des maladies sexuellement transmissibles, uniquement prévu pour les jeunes femmes.

Au final lorsqu'on apprend qu'environ 150 000 enfants subissent des VSM chaque année en France, on ne peut que se dire « *on est tous passé à côté...tous autant qu'on est, on est passé à côté de.....problème comme ça.* » (M6) et constater notre échec.(11) Mais cet échec ne peut être imputable qu'aux médecins.

3.2. Les pratiques de PPVSM que l'on pourrait développer

Nous avons demandé au cours des entretiens de quelle façon la PPVSM pourrait être abordée, et comment elle pourrait être plus systématique en cabinet de médecine générale.

La nécessité de support, que ce soit à l'usage des patients ou des médecins a été beaucoup évoqué.

Comme certains l'ont dit, il existe déjà plusieurs supports pour les familles. On peut trouver dans le commerce des livres adaptés dès le plus jeune âge. Dans les plus récents, on peut citer la collection *Et si on se parlait* avec des livres pour chaque tranche d'âge, ou *La princesse sans bouche* qui est conseillé à partir de 4 ans. Il a aussi été proposé d'utiliser des affiches, flyers. Nous n'avons pas retrouvé de supports de ce type sur le site de l'INPES. Pour autant lors de nos recherches nous sommes tombés notamment sur le site *PedoHelp* qui est une plateforme dont la mission principale est la PPVSM. On peut trouver sur celle-ci des outils pour les parents, les enfants, comme des affiches, des flyers, des livres.(58) (59) On peut citer aussi le site *Mémoire traumatique et victimologie* qui aborde les problématiques de violences en générale, mais qui ont aussi développé des outils pour les enfants, adolescents.(60)

Pour ce qui est des supports numériques, il existe des DVD mais aussi des vidéos sur *Youtube* comme « mon corps c'est mon corps » pour les plus jeunes. Le projet *PedoHelp* a aussi créé une chaîne youtube avec nombres de vidéo à destination des familles, mais aussi des professionnels de santé. De ce projet a aussi découlé celui du site *consentement.info*. Il est plus destiné aux adolescents et comporte également des vidéos.(61) Enfin on peut aussi citer le site *violencesexuelle.info* qui répertorie tous les supports pouvant être en lien avec les VSM.(62)

Les médecins se sont plaints de l'absence de campagne nationale. Pour ce qui concerne la PPVSM nous n'en n'avons effectivement pas trouvé. Mais les évènements récents changeront peut-être la donne, bien que ce ne soit pas mis dans les objectifs du plan interministériel des violences faites aux enfants.

Les médecins participants aimeraient aussi des supports à leur usage. Ils ont émis plusieurs idées : des items, des notes d'information sur le carnet de santé, des questionnaires à poser lors de certaines consultations. Dans leur propos ces supports

étaient surtout là pour les dédouaner et pour leur donner une légitimité face aux parents. Actuellement aucun support de ce type n'existe. Ceux créés sont des aides pour le dépistage de situation à risque, le diagnostic de VSM ou encore pour aider à la réalisation d'IP ou de signalements. Ils ont bien sûr leur importance mais ce n'est pas ce qui nous intéresse dans cette thèse.

Les participants ont cité des limites aux supports. Il est toujours intéressant de les connaître afin de s'adapter pour les réduire, voire les contourner : la situation sanitaire ne nous permet pas d'avoir de livre, on peut mettre des affiches ; les supports numériques ne sont pas recommandés en dessous d'un certain âge, ils peuvent être utilisés lorsqu'ils sont plus grand, un spot de quelques minutes ne devrait pas avoir d'impact sur leur développement. On peut aussi prendre le temps de demander aux enfants s'ils ont lu en salle d'attente, et si oui, quoi pour pouvoir en discuter. Enfin des patients ne s'intéressent peut-être pas à un certain type de support, mais d'autres leur conviendra mieux, d'où l'intérêt des format multiples. Il existe donc bien des limites mais lorsqu'on les connaît elles deviennent somme toutes, relatives.

Pour aborder cette PPVSM, les médecins ont proposé qu'elle soit réalisée de façon systématique, soit lors des examens prévus régulièrement par la sécurité sociale, soit au cours de consultations dédiées. Ils ont en effet proposé qu'une consultation soit spécialement créée, dans la même veine que la CPP, tout en évitant les écueils de cette dernière. Ils n'ont pas pour autant précisé exactement son contenu.

Cette prévention pourrait-être aussi faite en fonction du motif de venu des patients. Faire passer un message lors d'un examen intime ou lors d'une consultation plus centrée sur la prévention, comme lors de certificats médicaux pour le sport, semble opportun. Il a été aussi proposé d'en parler lors de discussion autour de la sexualité. Cela peut sembler approprié dans certains cas, mais il est nécessaire de faire attention à ce que l'enfant ne fasse pas d'amalgame entre violences sexuelles et sexualité.

« Parce que voilà d'un côté faut pas frustrer aussi la personne en disant « surtout faut pas toucher » enfin voilà si après, l'histoire aussi du développement sexuel de l'enfant »(M8). (31)

La question d'un âge idéal pour aborder la PPVSM est compliqué. Certaines études se sont penchées sur la capacité des enfants à retenir des connaissances liées aux VSM

en fonction de leur âge. Les études ont trouvé des résultats discordants avec parfois un meilleur apprentissage chez les enfants encore non scolarisés comparativement à ceux l'étant déjà, et inversement. (63) De plus, une grande part des VSM sont subies dès le plus jeune âge comme nous l'avons déjà dit.(10) Devant toute ces informations, délivrer un message de prévention très jeune et le répéter régulièrement, comme les médecins ont pu le proposer semble être le plus approprié. Il est aussi à noter que plus le message est répété mieux il est formulé par le médecin. Car comme ils le rapportent eux-mêmes, des discours qui peuvent sembler gênants à aborder initialement le deviennent de moins en moins lorsqu'ils sont dits régulièrement. C'est la base du phénomène d'exposition.

Ils ont rappelé que la prévention doit concerner autant les filles que les garçons. Bien que les chiffres soient inférieurs à ceux des filles, il est tout de même estimé qu'environ 1 garçon sur 13 aurait subi des violences sexuelles étant mineur.(9) En plus d'être victimes, les garçons sont aussi de potentiels agresseurs. Dans 96% des cas l'agresseur est de sexe masculin et 23% d'entre eux sont mineurs lors des faits.(12) Rappelons que selon certaines études 40 à 80% de ces agresseurs mineurs auraient eux-mêmes subis des violences sexuelles. Ces données indiquent l'importance de conduire des actions afin de réduire et briser ce cycle de violence, puisque l'un des déterminants principaux pour commettre des violences est d'en avoir déjà subi. (11)

La prévention des parents est aussi essentielle comme nous avons pu le voir. Ils sont les premiers éducateurs de leur enfant et aussi leur protecteur. Il est donc indispensable qu'ils soient eux-mêmes au courant des risques pour leur enfant afin qu'ils puissent au mieux les prévenir voire les rechercher. En effet selon une enquête IPSOS de 2010, 74% des violences sexuelles incestueuses ne sont pas dépistées et sont révélées pour la première fois par la victime elle-même vers l'âge de 16 ans en moyenne. (64)

N'oublions pas que 94% des VSM sont réalisés par l'entourage de l'enfant et que dans environ 50% des cas ces violences sont incestueuses. Par conséquent, les parents connaissent dans la quasi-totalité des cas l'agresseur. (11) Cela veut également dire que les parents sont de potentiels agresseurs ou des agresseurs non connus auprès des autorités. Cette dernière catégorie de personne est nommée en Allemagne « Dunkelfeld agresseurs » (« agresseurs de la zone d'ombre »).

Ces potentiels agresseurs ou « Dunkelfeld agresseurs » ont surtout été vus au cours des entretiens comme un frein à la réalisation d'une PPSVM. Mais la notion qu'une prévention soit utile de ce fait, est très intéressante même si elle a malheureusement été peu développée dans les entretiens.

On sait qu'un grand nombre de VSM et donc de pédocriminels nous sont inconnus. Or le taux de récidive chez ces individus est important. Les personnes ayant également des fantasmes impliquant des enfants ne se révèlent pas non plus.(65) De plus dans le DSM V, il est écrit pour définir le trouble pédophilie que «les pulsions sexuelles ou les fantasmes entraînent une détresse importante ou des difficultés relationnelles ».

Réaliser une prévention auprès de ces personnes pourrait donc être utile. C'est en tout cas le pari pris par le projet PedoHelp en France : déculpabiliser les personnes avec ces fantasmes pour qu'ils puissent être plus facilement orientées vers des soins, afin de diminuer leurs souffrances et surtout éviter que des mineurs aient à subir des violences.

Enfin la prévention des parents paraît importante afin que les enfants soient entendus comme le fait justement remarquer M8. Les parents doivent prendre en compte leurs propos. Ils ne peuvent nier les faits parce que cela leur paraît impossible, ou parce que, « il oubliera un jour ». Ce qu'on appelle la loi du silence est une réalité. Elle est quasi systématiquement rapportée lors des témoignages. Et c'est cette loi du silence qui à ce jour éclate, et fait que des milliers de témoignages tombent sur les réseaux sociaux, mais malheureusement trop tard....

Le discours à adopter est une véritable problématique pour les participants. Ils n'ont aucune ligne directrice. Ils connaissent les ressorts d'un message de prévention pour qu'il soit de bonne qualité : un message simple, adapté, explicite etc.

Mais il leur est difficile d'en imaginer un concret et qui soit facilement utilisable par tous. De plus dans notre métier si certaines choses sont laissées à notre appréciation, une pratique optimale n'est permise que si elle est basée sur des preuves et non uniquement sur des données empiriques. Les actes de prévention déjà réalisés sans recommandations claires ne sont surtout pas à déprécier, bien au contraire, mais il paraît indispensable que nous utilisions des supports et des discours réfléchis, testés et validés en amont.

Comme nous l'avons vu la formation actuelle des MG ne semble pas adéquate. Ils sont pourtant en demande « *faisons une formation* » (M9). (39) L'amélioration de la formation des professionnels de santé est une des mesures en cours de développement par le gouvernement. On peut espérer que les violences sexuelles sur mineurs feront partie du programme au vu des dernières actualités. Reste à voir si l'axe de la prévention primaire par des professionnel de santé sera développé.

En attendant il existe des formations proposées par des associations (parmi celles déjà cités mémoire traumatique et victimologie, PédHelp), par les CRIAVS (centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles), ainsi que des livres, des DVD pour nous autoformer.

S'inspirer des autres pays fait aussi partie des propositions des participants. On peut remarquer effectivement que certains de nos voisins ont plus développé, et ce depuis plus longtemps, des axes de prévention primaire auprès de la population générale. Ainsi on a pu voir en Allemagne dès 2005 des campagnes publicitaire passant à la télévision aux heures de grande écoute, au cinéma, ou encore des affiches dans l'espace publique, visant les personnes se sentant sexuellement attirées par les enfants (projet Dunkelfeld).(66) (67) Chose que nous commençons à peine à faire. Parmi les vidéos que nous avons cité précédemment certaines comme « mon corps c'est mon corps » sont à l'origine Québécoises et ont été vu par une large part de sa population.

On peut aussi citer la convention de Lanzarote adoptée en 2007 par les 47 Etat membres du Conseil de l'Europe. Elle exige des États qu'ils apportent une réponse globale à la violence sexuelle à l'encontre des enfants, par la prévention, la protection, la poursuite des auteurs, et la promotion de la coopération nationale et internationale. Le Comité de Lanzarote est l'organe chargé de suivre comment les États appliquent concrètement la Convention dans le cadre de leur législation et de leur politique. Dans le compte rendu du comité on a ainsi accès aux nombreuses autres initiatives Européennes axés sur les différentes approches suscitées. (68) (69)

Pour autant lors de nos recherches, malgré le fait qu'elles soient réalisées en Anglais et selon le thésaurus Mesh, nous n'avons trouvé aucune étude portant sur la question très spécifique d'une prévention primaire des violences sexuelles réalisée par des médecins généralistes auprès des patients.

V. CONCLUSION

Notre thèse nous a permis de constater que la PPVSM est encore très peu réalisée par les MG.

Pourtant, comme les participants l'on fait remarquer, notre rôle dans la prévention en général, notre position auprès des parents et des enfants, et l'importance de notre lien avec les familles, nous confère une place privilégiée pour la réaliser.

Cette thèse a aussi montré les nombreux freins auxquels peuvent être confrontés les MG d'où la nécessité qu'ils soient accompagnés dans cette démarche par le développement d'outils et de recommandations claires.

La plupart des médecins étaient initialement réticents face à une telle idée. Pourtant, ils se sont rendu compte au cours des échanges, de l'importance et de l'intérêt que pourrait avoir cette prévention. Certains participants ont même déclaré vouloir modifier leurs pratiques suite au focus group.

1. PERSPECTIVES

Comme nous l'avons dit précédemment, il semble indispensable que soit développé des outils adaptés aux consultations de médecine générale et aux diverses situations (prévention auprès des parents, des enfants, en fonction de l'âge) afin de leur permettre d'aborder la PPVSM plus facilement. Un travail pourrait donc être réalisé à la suite de cette thèse afin de réfléchir à de tels supports.

Les médecins sont aussi en demande de formation. Parfaire les connaissances sur les VSM semble intéressant mais insuffisant. Car lors des entretiens, ce ne sont pas les connaissances, mais bien la difficulté à aborder un tel sujet que nous avons surtout retrouvé. Une formation sur la communication, sur le discours, avec mise en situation pourrait donc être plus pertinente.

Enfin effectuer des recherches sur la perception qu'aurait les patients d'une PPVSM dispensée par leur MG permettrait peut-être de faire tomber certaines barrières.

Nous savons que le MG est un acteur majeur de santé publique. Si nous nous mettons tous à parler des VSM de façon préventive, il est certain que petit à petit le tabou se lèvera et que la parole se libèrera.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. M. J-M. Responding to children and adolescents who have been sexually abused, WHO clinical guidelines. Rev Francoph Lab [Internet]. févr 2018 [cité 13 sept 2019];2018(499):10. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1773035X18300431>
2. Article 222-22 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022469961
3. Article 227-23 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193607?etatTexte=VIGUEUR&etatTexte=VIGUEUR_DIFF#LEGIARTI000037289518
4. Article 222-22-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289542?etatTexte=VIGUEUR&etatTexte=VIGUEUR_DIFF#LEGISCTA000006165281
5. Article 222-31-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289525
6. annexes.pdf [Internet]. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
7. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. Child Maltreat [Internet]. mai 2011 [cité 11 mars 2020];16(2):79-101. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559511403920>
8. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. Clin Psychol Rev [Internet]. 1 juin 2009 [cité 26 juin 2020];29(4):328-38. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735809000245>
9. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. Int J Public Health [Internet]. 1 juin 2013 [cité 18 sept 2019];58(3):469-83. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
10. doc.travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.virage_1.fr.fr.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/20838/doc.travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.virage_1.fr.fr.pdf
11. Rapport-enquete-AMTV_mars-2015_BD.pdf.
12. US Department of Justice; Office of Justice Programs; Bureau of Justice Statistics. Sexual Assault of Young Children as Reported to Law Enforcement: Victim, Incident, and Offender Characteristics: (377732004-001) [Internet]. American

- Psychological Association; 2000 [cité 28 janv 2021]. Disponible sur:
<http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e377732004-001>
13. World Health Organization, éditeur. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. 62 p.
 14. Unger ER, Fajman NN, Maloney EM, Onyekwuluje J, Swan DC, Howard L, et al. Anogenital Human Papillomavirus in Sexually Abused and Nonabused Children: A Multicenter Study. *Pediatrics* [Internet]. 1 sept 2011 [cité 26 sept 2019];128(3):e658-65. Disponible sur:
<https://pediatrics.aappublications.org/content/128/3/e658>
 15. Cour F, Robain G, Claudon B, Chartier-Kästler E. Abus sexuels dans l'enfance : intérêt de leur diagnostic pour la compréhension et la prise en charge des troubles sexuels, ano-rectaux et vésico-sphinctériens. *Prog En Urol* [Internet]. 1 juill 2013 [cité 26 sept 2019];23(9):780-92. Disponible sur:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166708712006227>
 16. Allen B, Tellez A, Wevodau A, Woods CL, Percosky A. The Impact of Sexual Abuse Committed by a Child on Mental Health in Adulthood. *J Interpers Violence* [Internet]. 1 août 2014 [cité 26 sept 2019];29(12):2257-72. Disponible sur:
<https://doi.org/10.1177/0886260513517550>
 17. Fuller-Thomson E, Bejan R, Hunter JT, Grundland T, Brennenstuhl S. The link between childhood sexual abuse and myocardial infarction in a population-based study. *Child Abuse Negl* [Internet]. 1 sept 2012 [cité 26 sept 2019];36(9):656-65. Disponible sur:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213412001378>
 18. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med* [Internet]. 27 nov 2012 [cité 1 févr 2021];9(11). Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3507962/>
 19. Letourneau EJ, Brown DS, Fang X, Hassan A, Mercy JA. The economic burden of child sexual abuse in the United States. *Child Abuse Negl* [Internet]. 1 mai 2018 [cité 23 mars 2020];79:413-22. Disponible sur:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014521341830084X>
 20. Letourneau EJ, Eaton WW, Bass J, Berlin FS, Moore SG. The Need for a Comprehensive Public Health Approach to Preventing Child Sexual Abuse. *Public Health Rep* [Internet]. mai 2014 [cité 26 janv 2021];129(3):222-8. Disponible sur:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/003335491412900303>
 21. 50154.pdf [Internet]. [cité 27 janv 2021]. Disponible sur:
<https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/50154.pdf>

22. [fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf) [Internet]. [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf
23. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitements sexuels intrafamiliaux chez le mineur. *Rev Sage-Femme* [Internet]. déc 2011 [cité 12 févr 2021];10(6):289-93. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408811001337>
24. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11. L'analyse thématique. U [Internet]. 2016 [cité 17 janv 2021];4e éd.:235-312. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/analyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-social--9782200614706-page-235.htm>
25. Article R1121-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 16 janv 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034696952?isSuggest=true
26. Article L1123-6 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 16 janv 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037504414
27. Santiago Delefosse M, del Rio Carral M, Cairn.info. Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé [Internet]. Paris (5 Rue Laromiguière 75005): Dunod; 2017 [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: <https://go.openathens.net/redirector/umoncton.ca?url=https%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Fles-methodes-qualitatives-en-psychologie--9782100742301.htm>
28. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé [Internet]. 2016 [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: <http://res.banq.qc.ca/login?url=http://www.biblioaccess.com/31/Catalog/Product/944732>
29. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev* [Internet]. janv 2015 [cité 22 janv 2021];15(157):50-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012314004331>
30. Tableau de bord | edX [Internet]. [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: <https://courses.edx.org/dashboard>
31. Salmona DM. PRÉVENTION DES VIOLENCES SEXUELLES ENVERS LES ENFANTS PARTIE. :21.
32. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438?tab_selection=all&searchField=ALL&query=L.4130-1&page=1&init=true&

33. Article 4 - Code de déontologie médicale - Légifrance [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680502/2003-09-16
34. Article L1110-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027?tab_selection=all&searchField=ALL&query=secret+m%C3%A9dical&searchType=ALL&fonds=CODE&typePagination=DEFAULT&pageSize=10&page=1&tab_selection=all&
35. [cnom_atlas_2020_tome_2_approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1ej6tgc/cnom_atlas_2020_tome_2_approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf) [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1ej6tgc/cnom_atlas_2020_tome_2_approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf
36. Beyond 20/20 WDS - Rapports [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
37. CAB_Solidarites, CAB_Solidarites. Numéris Clausus 2020 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/numeris-clausus-2020-429464>
38. Enquête auprès des médecins généralistes – Près d'un médecin traitant... [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-enquete-aupres-des-medecins-generalistes-pres-d-un-medecin-traitant-sur-deux-refuse-de-nouveaux-patients-n73175/>
39. Balençon M, Arrieta A, You CA, Brun J-F, Federico-Desgranges M, Roussey M. Protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes en Ille-et-Vilaine. Arch Pédiatrie [Internet]. 1 janv 2016 [cité 18 mars 2020];23(1):21-6. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X15003747>
40. Michaud E, Fleury J, Launay E, Pendezec G, Gras-Le-Guen C, Vabres N. Évaluation d'un outil spécifique sur l'information préoccupante pour les médecins généralistes de Loire-Atlantique. Arch Pédiatrie [Internet]. nov 2017 [cité 9 sept 2019];24(11):1103-10. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X17303445>
41. Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015 [cité 14 oct 2019];(4). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004380.pub3/full>
42. Tip Sheet: Talking To Children And Teens [Internet]. Stop It Now. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.stopitnow.org/ohc-content/talking-to-children-and-teens>

43. Step 3: Talk About It - Talking to Kids About Sexual Abuse [Internet]. Darkness to Light. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.d2l.org/education/5-steps/step-3/>
44. Rudolph J, Zimmer-Gembeck MJ. Parents as protectors: A qualitative study of parents' views on child sexual abuse prevention. *Child Abuse Negl* [Internet]. 1 nov 2018 [cité 29 janv 2021];85:28-38. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213418303442>
45. Rudolph J, Zimmer-Gembeck MJ, Shanley DC, Hawkins R. Child Sexual Abuse Prevention Opportunities: Parenting, Programs, and the Reduction of Risk. *Child Maltreat* [Internet]. 1 févr 2018 [cité 7 févr 2021];23(1):96-106. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/1077559517729479>
46. Avenir de la médecine scolaire - Sénat [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2019/qSEQ191113196.html>
47. a16-144-31.pdf [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/a16-144-3/a16-144-31.pdf>
48. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001-588 juill 4, 2001.
49. hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15-4.pdf [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: https://haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15-4.pdf
50. Márquez-Flores MM, Márquez-Hernández VV, Granados-Gámez G. Teachers' Knowledge and Beliefs About Child Sexual Abuse. *J Child Sex Abuse*. juill 2016;25(5):538-55.
51. violences_plan_suivi_2017_plan.pdf [Internet]. [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/violences_plan_suivi_2017_plan.pdf
52. 22_mesures_pour_lutter_contre_les_violences_faites_aux_enfants.pdf [Internet]. [cité 27 janv 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/22_mesures_pour_lutter_contre_les_violences_faites_aux_enfants.pdf
53. strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf.
54. A D, A D. Réaction d'Adrien Taquet suite à la démission d'Elisabeth Guigou [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 27 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/reaction-d-adrien-taquet-suite-a-la-demission-d-elisabeth-guigou>
55. A D, A D. Lancement officiel de la consultation nationale "Comment protéger les enfants contre toutes les formes de violences ?" [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/lancement-officiel-de-la-consultation-nationale-comment-protéger-les-enfants>

56. [communiqu_e_de_presse_-_adrien_taquet_-_inceste_et_violences_sexuelles_l_urgence_d_agir_pour_un_changement_de_societe_radical.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/communiqu_e_de_presse_-_adrien_taquet_-_inceste_et_violences_sexuelles_l_urgence_d_agir_pour_un_changement_de_societe_radical.pdf) [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/communiqu_e_de_presse_-_adrien_taquet_-_inceste_et_violences_sexuelles_l_urgence_d_agir_pour_un_changement_de_societe_radical.pdf
57. US Department of Justice; Office of Justice Programs; Bureau of Justice Statistics. Sexual Assault of Young Children as Reported to Law Enforcement: Victim, Incident, and Offender Characteristics: (377732004-001) [Internet]. American Psychological Association; 2000 [cité 27 janv 2021]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e377732004-001>
58. PedoHelp® Comprendre la pédophilie pour éviter l’abus sexuel d’enfants [Internet]. PedoHelp®. [cité 27 janv 2021]. Disponible sur: <https://pedo.help/fr/accueil/>
59. Commander nos supports de prévention [Internet]. Association Une Vie. [cité 27 janv 2021]. Disponible sur: <https://1vie.org/commander/>
60. Association Mémoire Traumatique et Victimologie Accueil [Internet]. [cité 27 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/>
61. Qu’est-ce que le consentement ? > Consentement.info [Internet]. Consentement.info. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: <https://consentement.info/>
62. Outils et supports de prévention - Information Violences Sexuelles - Prévention · Sensibilisation · Vidéos · Outils [Internet]. Information Violences Sexuelles. [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: <https://violences-sexuelles.info/outils-et-supports-de-prevention/>
63. MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR, Griffith L, MacMillan A. Primary Prevention of Child Sexual Abuse: A Critical Review. Part II. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. 1994 [cité 29 janv 2021];35(5):857-76. Disponible sur: <http://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.1994.tb02299.x>
64. [aivi_-_linceste_mai_2010.pdf](#).
65. Schaefer GA, Mundt IA, Feelgood S, Hupp E, Neutze J, Ahlers CJ, et al. Potential and Dunkelfeld offenders: Two neglected target groups for prevention of child sexual abuse. Int J Law Psychiatry [Internet]. juill 2010 [cité 29 janv 2021];33(3):154-63. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0160252710000191>
66. Beier KM. COUNCIL OF EUROPE: CONFERENCE ON “PREVENTING SEXUAL ABUSE OF CHILDREN”, MADRID, 10.-11.12.2013. :6.
67. Home - TROUBLED-DESIRE Global Prevention Dunkelfeld [Internet]. [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: <https://troubled-desire.com/fr/>
68. [LanzaroteConventionLeaflet_A5_PREMS124120_fr.pdf.pdf](#).

69. T-
ES_2017_12_fr_final_LanzaroteCommitteeReportCircleOfTrustSTRATEGIES.docx.p
df.

VII. ANNEXES ET ENTRETIENS

1. ANNEXES

Consentement et caractéristiques des participants

Renseignements :

Age :

Année obtention thèse :

Année installation :

Mode d'exercice :

Consentement :

Vous allez participer à un focus group dans le cadre de la thèse d'exercice de Mme HEFTI Hélène. Avec votre accord l'entretien est enregistré sur support audio. Toutes les données vous concernant seront anonymisées.

Si vous êtes d'accord, merci de signer ce consentement.

Le :

A :

Nom et signature précédés de la mention « lu et approuvé » :

2. ENTRETIENS

2.1. Premier focus group

EH : pour vous dire un peu pourquoi le sujet nous intéresse. Alors déjà la première question qu'on va vous poser c'est qui est selon vous la place...heuu...Quelle est selon vous la place du médecin généraliste dans la prévention primaire des abus sexuel sur mineur. (blanc) Je vais écrire (se lève et commence à écrire).(rire de M3) Alors est-ce que pour vous est que c'est un sujet qui a lieu d'être, qui vous parle ?

M1 : attend, c'est toi qui fais la thèse du coup ?

EH : non j'anime et...

HH : moi je suis l'observatrice.

M1 : ah d'accord c'est toi qui animes. D'accord. Ok.

(long blanc)

EH : bon !...

M2 : donc c'est que la prévention primaire ?

M3 : deux poids deux ambiances.

HH : là c'est vraiment sur la prévention primaire ouai.

M2 : du coup j'ai plus rien à dire alors. (rire)

EH : ah ouai c'était..uuh (rire). D'abord est ce que vous pensez que... c'est... il y aurait la place de le faire...est ce que vous pensez que...

M1 : bah oui moi je pense que, pour commencer du coup, a priori on est quand même je pense les professionnels de santé qui voit le plus souvent les enfants. En tout cas en bas âge donc...en prévention je pense qu'effectivement, enfin après je ne sais pas si on le fait tous mais...au moins d'interroger sur...l'environnement, les conditions...les conditions socio-économique de la famille et voire si effectivement il y a des...peut-être pas des facteurs de risque mais en tout cas des facteurs qui pourraient...faire suspecter alors au-delà des abus peut-être de la maltraitance. Et...et ouai des abus sur les enfants

donc...à l'occasion peut être d'examens systématique de poser la question, en tout cas au moins des conditions socio-économiques, et peut être avoir l'œil sur des symptômes répétitifs. Voilà, pour lesquels on ne trouve pas de causes organiques quoi je pense notamment aux infections urinaires à répétition, douleur abdo, les truc comme ça.

EH : oui mais la question c'est, on parle de prévention primaire.

M5 : là t'es dans le secondaire.

M4 : mais c'est marrant parce que dans ce que tu dis, tu me fais, un truc auquel je n'aurais jamais pensé avant, c'est de faire la prévention sur les parents.

M2 : pas très facile.

M4 : non non !

M1 : c'est pas facile, c'est délicat ouai.

M4 : d'aborder enfin le...enfin j'aurais...pensé avant mais là quand tu dis les examens systématiques.

M1 : enfin en prévention...enfin ouai je ne sais pas comment tu peux. A part prévenir les accidents domestique et tout ça, prévenir les abus...

EH : pour toi ce serait compliqué ou ce serait pas...

M1 : la place du médecin dans la prévention primaire sur les abus, enfin la place du médecin dans les abus...

M4 : enfin pour moi ça peut être que de sensibiliser les parents pour qu'ils sensibilisent leurs enfants, de dire que...

M3 : oui mais comment tu dis quand...c'est dans je ne sais pas combien de pourcentage c'est incestueux. Donc en fait tu fais de la prévention sur les potentiels agresseurs.

M4 : ouai mais justement les potentiels agresseurs ça peut les faire réfléchir aussi de se dire que c'est pas normal.

M3 : oui sauf que...

M5 : tu peux faire aussi sur les enfants si tu les...

M3 : sur les enfants d'un certain âge.

M2 : à découvrir leur corps.

M6 : sur 100 enfants différents y'en a 8 qui ont été victime de violences dont la moitié c'étaient les parents.

M1 : oui mais dans le coup t'es plus dans la prévention là.

M6 : donc du coup on est tous passé à côté...

M4 : ah oui oui oui.

M6 : tous autant qu'on est, on est passé à côté de...

M2 : évidemment.

M6 : ...problème comme ça.

M2 : on passe à côté de...

M6 : question, comment faire pour que...

M1 : comment tu préviens...

EH : pour que ça n'arrive pas.

M2 : moi je fais toujours quand je fais mes consultations autour de la puberté. Bien souvent c'est les parents qui demandent du coup d'expliquer quand y'a des débuts de signe pubertaire. Alors chez les filles plus que chez les garçons, parce que du coup chez les garçons on ne me demande pas très souvent. Moi je l'aborde toujours du coup. Bah je parle pas des abus sexuels dans la famille mais heu je parle de ce qui est autorisé et de ce qui ne l'est pas et voilà ça c'est quelque chose que j'aborde du coup.

M1 : ouai.

M4 : moi je parle du consentement mais après...

M2 : que personne n'a droit de toucher.

M3 : et on a des chiffres sur les âges ?

M2 : même les tout petits.

M1 : et tu fais ça en présence des parents ?

M2 : ouai. Même les petits quand je les examine, parce que souvent ils ne sont pas à l'aise les enfants. Pour un truc genre balanite...

M3 : t'aborde ça vers 10 11 ans, c'est-à-dire que tu ne fais pas de prévention avant.

M2 : ...je leur dit « Je vais regarder est ce que tu m'y autorise ? Et là c'est parce que papa et maman sont là mais personne n'a le droit de te regarder, de te toucher si tu n'es pas d'accord ». Et...bon après j'inclus toujours les parents, et... « Et là tes parents ils m'ont autorisé, est ce que toi tu es d'accord pour que je t'examine ? » Donc ça...

M5 : ça c'est de la prévention.

EH : oui. Exactement.

M2 : ...c'est... « Parce que personne n'a le droit de te toucher » (M4 acquiesce) et ces moment-là finalement ça se passe bien. Tout le monde est content qu'on en ai parlé

M6 : cependant t'as eu plus de 100 enfants.

M2 : ouai alors après...j'ai fait un signalement au proc vendredi je tiens à dire. (rire gêné)

M6 : y'en a 4 qui ont été violé par leur parents et...

M2 : mais là on parle de prévention primaire donc...

M6 : c'est bien ce que je dis.

M2 : oui...Après moi j'ai pas forcément les retombées à chaque fois.

M6 : non mais c'est ça qui est impressionnant. C'est-à-dire que...

M2 : peut-être que j'en ai évité aussi...4

M5 : il faut voir le côté positif M6. Donc elle en a évité...

M6 :non non non je dis que c'est...

EH : parce que le but de la prévention primaire c'est justement d'éviter en fait, d'en arriver à devoir...

M6 : réduire ce pourcentage.

EH : voila. Exactement, c'est avant que les...

M6 : violer vous régulièrement vos enfants ? (rire)

M4 : nan je pense que de l'aborder auprès des parents ça peut peut-être éviter que ça...

EH : est-ce que vous pensez que c'est plus du rôle de la famille, de l'éducation nationale ? Est-ce que vous avez l'impression que le médecin généraliste il a sa place, et est-ce que les autres institutions le font correctement est ce que les parents le font. Je sais pas...

M5 : il faudrait des supports dans les salles d'attente des choses comme ça, un discours un peu adapté à...

M4 : après je pense les collectivités aussi.

M3 : moi je pense que très honnêtement qu'on a notre place mais je ne sais absolument pas comment. Je...aucune idée.

M6 : je pense que c'est l'affaire de tous hein, tu vois, sur des problèmes aussi importants et de société c'est l'affaire de tous, et nous on est vraiment au cœur de la société donc c'est vraiment notre place. Après les modalités, effectivement peut être par le biais effectivement d'affichage dans la salle d'attente pour sensibiliser.

M3 : mouai

M6 : mais voilà c'est difficile. Je me vois mal disant « battez-vous vos enfants ? » ou « avez-vous envi de battre vos enfants ? »

M3 : nan mais

M6 : peut-être c'est ça, ou pensez-vous être

M1 : nan parce qu'ils vont te répondre par oui ou par non et c'est jamais non qu'ils vont...

M6 : nan mais je continu mon raisonnement. Ça veut dire, quand on leur demande comment il se sentent, s'ils ne sont pas surmenés, si ils sont pas...ça effectivement ça peut être de la prévention de la maltraitance. Quand on prend...

M2 : là c'est les abus sexuels quand même.

M6 : quand on prend une dépression, une dépression maternelle ou paternelle, ou une femme qui est surmené, ou d'un homme qui est surmenée, de peur de ne pas y arriver, peut-être qu'on fait de la prévention sans le savoir aussi.

M2 : là c'est les abus sexuels hein.

M6 : oui mais même.

M2 : enfin tu fais pas ça parce que tu es surmené quand même.

M6 : ah bah j'sais pas...je pense qu'il y a des facteurs favorisants.

M3 : après je pense que....facteur de risque, je pense qu'ils faudrait savoir quels sont ces facteurs parce qu'en fait je...moi j'en sais rien en fait.

M4 : je pense que ça arrive quand même déjà sur un terrain déviant quoi.

M5 : des parents qui ont été abusés dans leur enfance.

M4 : tu vois j'pense.

M6 : enfin c'est pas parce que je suis fatigué, enfin quand je suis fatigué je viole rarement ma fille quoi.

M4 : ouai c'est ça tu lui mets une claque mais ça s'arrête là.

M3 : 1 fois sur 3.

EH : en tout cas ce qui est intéressant c'est que vous parlez de la prévention.

M4 : nan mais oui (rires) je plaisante hein !

M6 : moi de mon temps.

M4 : je veux dire ça peut arriver je pense plus facilement.

EH : en fait ce qui est intéressant c'est que vous parlez de la prévention au niveau des parents. Donc ça veut dire que peut être, quels parents pourraient être fragile à ce niveau-là...

M3 : ouai c'est ça

EH : et sur les enfants aussi

M1 : ça implique d'avoir

EH : c'est ça que vous allez vouloir de dire, il y a deux...deux niveaux en fait.

M1 : ça implique d'avoir la connaissance d'éventuel abus chez les parents. Parce que je pense, je sais pas hein, combien de pourcentage de parents qui abusent de leur enfants, ont été abusés.

M4 : ont été abusés (en même temps que M1) ouai !

M1 : mais à mon avis si ça tu le connais déjà.

M3 : ça, ça doit être un gros facteur de risque quand même.

M1 : peut-être que tu peux plus te focaliser sur ça. Et après effectivement peut-être ouai, sur les examens systématiques et quand tu regardes les organes génitaux de passer le message. Ouai j'suis d'accord avec toi.

M3 : je pense qu'il faudrait déjà que l'on soit plus informé et plus sensibilisé sur quels sont les facteurs favorisants, ou de risque en tout cas ou de passage à l'acte de violence sexuelle sur enfant quoi.

M2 : je pense que tu as beau connaître les facteurs de risque ça se passe aussi dans les familles bien sous tous rapport.

M3 : ouai, c'est ça, mais est ce qu'il y en a en fait ? Est-ce qu'il y a des facteurs favorisants ou pas ?

M6 : oui ça ne dépend pas du niveau intellectuel (se reprend), du niveau socio culturel.

M2 : le niveau socio-économique.

M6 : oui niveau socio-économique, pardon.

M3 : ça c'est sûr.

M3 : nan mais la question c'est, est ce qu'il y a les facteurs favorisants en fait ? Alors l'antériorité des parents, oui mais est ce qu'il y en a d'autres ? Je ne sais pas en fait. Si y'en a et que l'on ne les connaît pas c'est déjà plus compliqué de faire de la prévention primaire, ou alors faut le faire à tout le monde.

M2 : après les parents quand on sait qu'ils ont été abusé, je trouve ça vachement délicat de leur dire « et vous est ce que ça vous ai déjà passé par la tête ? »

M3 : oui bien sûr, et c'est compliqué d'aborder ça avec un enfant sans qu'il y ai ses parents.

M2 : et puis de toute façon ya pas...

M3 : bah voilà, et surtout un enfant qui a moins de 14-15 ans ! Enfin je veux dire c'est quand même très compliqué d'aborder ça. Quelqu'un qui a plus de 15 ans à la rigueur on peut déjà avoir des conversations qui peuvent pas forcément être rapporté aux parents. Mais si on veut commencer à faire de la prévention primaire tôt.

M2 : tu peux ouvrir une porte « est-ce que tu as besoin de parler ? »

M3 : Sauf que les ouvertures de porte elles sont toujours faites en présence des parents, ou toujours rapporté aux parents qui selon les chiffres sont quand même dans 1 cas sur....

M2 : nan mais t'es pas obligé de dire les choses clairement.

M3 : c'est pour ça que c'est compliqué en fait parce...

M5 : mais si tu as repéré des troubles de l'attachement dans la toute petite enfance ça, ça peut quand même être un élément favorisant.

M1 : oui mais là c'est plus primaire.

M3 : le truc c'est que nous on peut se dire « attention » mais entre nous, dans le dossier, un truc confidentiel. Mais comment faire de la prévention auprès...pour pas que ça arrive en fait. C'est ça le problème c'est qu'on va être vigilant sur certains signes mais on va pas être sur de la prévention primaire parce que comment l'aborder ça ?

M2 : tu peux pas...tu peux pas empêcher que ça arrive je crois enfin.

M5 : t'es dans la prévention primaire avec les troubles de l'attachement.

EH : après y'a pas que les parents, ya aussi les encadrants, les gens....

M3 :après...

M5 : c'est ta propre vigilance.

M4 : j'pensais au sport aussi.

EH : attend si on peut ne parler tous.

M3 : c'est-à-dire que tu vas mettre, cette vigilance va être activée quand tu auras des signes qui vont te dire peut-être que là y a eu un abus ou une maltraitance, donc là tu vas être dans la prévention.

M5 : qu'il pourrait y en avoir un.

M3 : c'est compliqué de ...parce que, même si tu suspectes que, parce qu'il y a des antécédents, tu vas toi être vigilant par rapport à cette famille-là. Mais tu vas être vigilant par rapport à des motifs de venue, des symptômes. Donc tu pourras pas, tu seras...

M6 : en prévention secondaire

M2 : tu seras pas en primaire

M3 : en secondaire. Une fois que tu as une vigilance, une étiquette « attention » sur une famille ou sur...t'as aucune preuve que ça puisse arriver donc c'est compliqué.

M1 : puis après quel regards les gens ils ont quand tu examines les enfants et que tu leur dis « tu sais...personne n'as le droit de te toucher si t'es pas d'accord. »

M2 : ça va ils le prennent bien en général.

M1 : ouai ouai mais enfin.

M4 : moi je le dis aussi et je pense que ça passe plutôt bien.

M2 : et s'ils sont pas d'accord je me dirai c'est bizarre ça.

M4 : ouai.

M1 : nan mais je veux dire enfin tu vois ça peut être...

M3 : oui après je pense c'est d'abord du rôle des parents de dire ce genre de choses donc c'est...

M2 : justement c'est le moment d'avoir un échange avec les parents, « vous en avez parlé ? » moi je leur demande « vous avez déjà abordé le sujet avec votre enfant ? » « ah oui oui on lui dit, personne n'a le droit de le toucher. »

M3 : mais du coup tu le fais généralement, ils ont une petite dizaine d'année ils ont 10-11 ans, non ?

M2 : ah non 4 ans, 5 ans je leur dit.

M3 : ah c'est ça, parce que comme tu disais premiers signes pubertaires.

M4 : oui si t'as des vulvites.

M2 : nan mais la consultation pubertaire vraiment...la consultation pubertaire moi j'y vais les pieds dans le plat.

M3 : mais t'es déjà....

M2 : là ils sont plus grands.

M3 : ouai c'est ça, comment faire avant ?

M2 : mais après lorsque je les examine et qu'ils n'ont pas envie...

M3 : ouai ouai ouai bien sûr !

M2 : généralement ils ne sont pas ravis de montrer...

M4 : y'a un âge où...

M2 : ...leurs organes génitaux même tout petits, ils sont pudiques quand même, à partir de 4 ans ils sont quand même pudiques. Du coup pour dédramatiser et en même temps en remettre aussi.

M3 : bah oui nan mas c'est que enfin...

M2 : c'est son corps. Donc effectivement ça le gêne de le montrer, j'suis pas toute puissante et que personne n'est tout puissant en fait.

M3 : nan c'est sûr même c'est j'ai un peu...de difficulté à le faire avec les enfants, les jeunes enfants c'est moins évident.

EH : du coup justement il y avait comme deuxième question « qu'est-ce qu'une prévention primaire des abus sexuels sur mineurs réalisés par les médecins généralistes pourrait apporter selon vous ? » Si c'était le médecin généraliste qui s'en occuperai est-ce que ce qu'il y aurait, est ce que ce serait un avantage parce que ...

M2 : bah ouai justement on connaît bien les familles.

M3 : c'est ça je pense qu'on est...

M2 : on les voit régulièrement.

M3 : voilà c'est ça. On est quand même des professionnels de santé avec...

M1 : répéter des messages.

M4 : après je pense que ce n'est pas notre rôle que à nous non plus.

M6 : nan nan c'est nous parmi d'autres un maillon parmi la chaîne de la société.

M2 : à l'école ils en parlent, enfin c'est assez abordé.

M4 : ouai.

M6 : j'sais pas...c'est difficile quand même...quel message.

(blanc)

M3 : moi j'aimerais juste avoir les outils et savoir comment faire en pratique hein parce que...

M2 : il y a des petits livres qui existent.

M3 : ou alors par le biais d'autre...voilà c'est ça .

M2 : des choses illustrées ou des petits bouquins.

M4 : ouai.

M6 : avant il y avait des livres dans la salle d'attente mais il n'y en n'a plus maintenant.

M3 : ouai ou alors à la rigueur des choses à délivrer et à regarder presque....

M5 : y'a des films aussi. Les québécois on fait des films là-dessus, qu'on pourrait passer dans la salle d'attente. Je reprends ma casquette cinéma.

M2 : après la télé...

M3 : ouai c'est ça.

M1 : les écrans quoi M5 (ton de blague)

M4 : ouai c'est ça on n'a dit qu'on ne voulait pas de télé dans la salle d'attente tu vois donc...

M3 : y'a pas de solution parfaite.

M5 : ça peut être un vidéoprojecteur.

(rires)

M4 : ah bah c'est pareil.

M5 : nan je rigole.

M3 : enfin si c'est en haute qualité quand même.

EH : et justement est ce que vous auriez un cas précis pour nous dire par exemple comme des choses...les choses qui sont peut-être difficile et contraintes de faire ca qu'est ce qui serait un peu compliqué comme tu disais M3 peut-être pas à l'aise avec les familles.

M4 : bah je trouve de trouver les mots pour le dire sans que les familles se sentent...

M3 : trouver le bon ton.

M4 : ...pas jugées, accusées ou soupçonnées alors que c'est pas forcément le cas.

Mais c'est ça de trouver c'est ça qui est difficile, de savoir comment...comment l'aborder sans être intrusif. Mais c'est...y'a plein d'autres choses je pense, je trouve très compliqué d'aborder le sujet parce que...voilà...

M1 : bah là c'est d'autant plus compliqué que potentiellement t'es face aux agresseurs quoi.

M4 : bah c'est ça.

M1 : donc...

M4 : donc ils pourraient soit se sentir...

M1 : si a priori, t'as aucun signe qui peut te dire bah en fonction du statut socio-économique, si potentiellement t'as plus de risques ou pas. Autant ça peut être une famille défavorisée, autant ça peut être une famille ultra aisée et sans soucis en apparence, enfin du coup t'as pas de...tu peux pas avoir de doute, de suspicion comme ça.

M5 : oui t'as pas de marqueurs aussi simples que ça.

M1 : pas de marqueurs.

M4 : nan et puis si...

M2 : je crois qu'il faut faire comme si on ne les impliquait pas dedans.

M1 et M4 : oui.

M2 : en fait il faut leur parler « en général », « ça peut arriver dans les familles ». Enfin je pense, il ne faut pas leur dire ça sinon ils vont se sentir accusé, mais si on dit « ça peut arriver » tout cours...

M4 : c'est vraiment différent de par rapport à de la maltraitance...classique on va dire. Enfin là il y a quand même un terrain particulier. C'est ce que l'on disait tout à l'heure. Tout le monde ne peut pas, je ne pense pas que ça puisse arriver à tout le monde non plus quoi donc...

M5 : tu veux dire il y en a qui peuvent foutre des claques mais qui n'iront pas...

M4 : bah oui parce que je pensais à la prévention du bébé secoué tu vois. Moi c'est un truc que je fais très facilement sur tous les parents, tous les bebes, enfin...C'est facile à aborder en fait, parce que...tu dis que ça peut arriver...enfin c'est pas que ça peut arriver à tout le monde, mais que voilà, c'est facile à faire la prévention du bebe secoué finalement. Les gens ils ne se sentent pas du tout...

M3 : comme tout le monde peut avoir envie de mettre une claque à son gamin.

M4 : bah c'est ça. Donc même faire de la prévention de la maltraitance en général, de dire que...que « la fessée ça sert à rien » que...c'est plus facile que de parler d'agressions sexuelles qui...qui est aussi plus tabou je pense mais qui...

M2 : parce que nous même ça nous renvoi a des trucs pas simples.

M3 : oui c'est ça je pense que...

EH : est-ce que vous vous sentez à l'aise pour aborder ce sujet-là quoi ?

M3 : je pense qu'il y a...que voilà il y a des sujets....

M4 : bah c'est comment l'aborder : « est ce que vous avez déjà eu envie de... » enfin je sais pas.

M2 : nan ça tu peux pas le faire. Tu peux pas faire ça. Bien sûr qu'ils reviendront jamais nous voir. (rires)

M4 : bah nan

EH : là vous vous adressez aux parents après on peut s'adresser aux enfants ?

M4 : oui mais en prévention primaire, est ce que tu penses que tes parents ont déjà eu envie de...

M3 : comment tu fais pour t'adresser...

M2 : faut pas parler des parents, faut jamais suggérer que ça peut être les parents.

M5 : nan pi' quand tu le fais devant les parents comme tu as expliqué, les parents ne se sentent pas forcément concerné. Ils peuvent penser que c'est pour prévenir une agression sexuelle par quelqu'un d'autre.

M2 : mais bien sûr et ils sont vachement content au contraire !

(blanc)

EH : donc ça c'est plutôt facilitateur d'être le médecin généraliste de les voir et d'introduire...de façon absolue comme une prévention.

M4 : bah oui parce qu'on a l'occasion de les examiner des fois au niveau intime donc effectivement...

EH : et du coup tu leur dis quoi exactement ? Tu leur dis... ?

M2 : je leur demande leur autorisation, en général ils ont pas très envie.

EH : et si ils disent non ?

M2 : alors je leur fait « si tu ne veux pas que je touche tu as tout à fait le droit mais il faut quand même que je regarde. Donc tu soulèves et je regarde parce qu'il faut quand même...» voilà et généralement du coup...les parents disent aussi « écoute c'est important tu sais le docteur ». Donc...et après j'insiste, je leur dis « tu sais bah voilà », enfin j'insiste, « c'est ton corps, tu as raison de ne pas vouloir qu'on te touche ou qu'on te regarde à cet endroit-là et personne n'a le droit si t'es pas d'accord, là c'est parce que je suis docteur et que c'est parce que tu es malade et que tes parents sont d'accord.

M1 : mais si quelqu'un...

M2 : je dis « tes parents ont le droit de t'aider à te laver et tout, mais si tu n'es pas d'accord même tes parents », ça je leur dis aussi.

M1 : ah ouai.

M2 : « tes parents n'ont pas le droit de te toucher si tu n'es pas d'accord ». Et finalement enfin je crois que ça passe pas trop mal. Peut-être qu'ils sont tous parti, et je m'en suis pas rendu compte ! (rires) « même les adultes, même les gens que tu connais et même les copains. » parce qu'aussi à l'école dans les cours de récré il se passe plein de trucs.

M3 : du coup tu le fais...à l'occasion d'un motif qui...t'amènes à examiner les parties génitales ?

M2 : oui je ne le fais pas comme ça. Sauf à la puberté ou là...

M3 : sauf oui...

M2 : les filles, pas les garçons.

M6 : oui et puis ça rapporte rien les garçons, c'est pas marqué dans la consultation de prévention. Y'a que les filles enfin bon...

M4 : c'est que les filles ?

M6 : eh oui que les filles. Ça c'est encore un truc de sexisme absolu je trouve mais bon...

M1 : C'est vrai ?

M6 : pourquoi on ne responsabiliserait que les filles ou que...tu vois ?

M4 : nan puis que les filles entre 15 et 18 ans.

M6 : voilà c'est entre 15 et 18 ans, oui surtout...

M1 : et alors avant et après il se passe quoi ?

M5 : et alors cette histoire que toi t'as du mal à examiner les petits garçons et que peut-être nous...

M2 : j'ai pas du mal à examiner les petits garçons, pas du tout, enfin normal quoi.

M5 : mais tu dis que...

M2 : mais nan, je l'aborde pas parce que les parents ne font pas de consultation généralement à la puberté pour les garçons en fait.

M4 : oui c'est ça.

M5 : tu parles de la puberté là.

M2 : si après les petits garçons je leur dis pareil hein !

M6 : maintenant qu'on va pouvoir les vacciner contre le papillomavirus on va pouvoir le leur dire.

M3 : oui et quand même on les voit quand même à 11 ans malgré tout.

M2 : les garçons ?

M3 : oui, mais on peut l'aborder.

M2 : oui mais souvent ils sont vachement gênés en général. Ils sont plus pudiques que les filles à cet âge-là.

M6 : pour le vaccin.

M3 : parce que cette consultation-là elle sert aussi à ça.

M5 : nan, ce que je voulais dire c'est que c'est aussi parce que tu es une femme.

M2 : peut-être.

M5 : et nous c'est pareil je pense sur les petites filles et les jeunes ados...c'est plus compliqué pour nous.

M2 : mais une fois j'ai eu un papa qui m'a amené son fils comme ça de 11 ans. Avec le papa hyper gêné « alors voilà il faut qu'il vous dise un truc ». Et le gamin qui pensait qu'il allait mourir « et bah le matin heuu...j'ai eu le zizi tout dur tout ça ». Et au père « mais vous ne lui avez pas expliqué quoi ? ». J'étais là « wow ». Et bah du coup-là, il me dit « je préfère que ce soit vous ». Donc d'accord finalement la bah qu'est-ce qu'il sait ? Qu'est-ce que j'ai le droit de dire parce que c'est délicat aussi suivant la culture des gens « qu'est-ce que vous voulez que je dise quoi ? »

EH : vous avez l'impression qu'en fonction du sexe du médecin c'est plus ou moins simple avec un enfant du sexe opposé ?

M4 : je dirais que ça dépend de l'âge de l'enfant.

M1 : ça dépend de l'âge oui

M4 : y'a un âge ou ça devient plus compliqué. Les petits c'est...

M6 : moi je dirais...je dirais...presque, je frime là, mais c'est presque pas sexué. Ça dépend de la relation qu'on a avec l'enfant en fait. Y'a des gens qui te font confiance, y'a des enfants qui te font confiance d'emblée et tu le sais quoi. Où y'a une relation d'échange avec eux. Et y'a des enfants qui ne te font pas confiance ou qui te...tu le sais aussi. Et donc c'est plus difficile. Mais c'est exactement, enfin pour moi c'est exactement comme avec les adultes. Y'a des gens avec qui tu peux investir des choses plus de l'ordre intime parce que tu sais qu'il y a une confiance vraiment réciproque et qu'il va y avoir un échange. Alors que c'est plus difficile, enfin moi je trouve que c'est plus difficile, peut-être je ne suis pas assez professionnel, mais c'est plus difficile, quand tu sens des réticences et des réserves, tout ça, chez les gens. Et avec les enfants comme avec les adultes.

M3 : mais dans ce sens la moi je pense que effectivement le médecin généraliste à simplement une place privilégiée parce que on connaît le mieux peut-être les familles. Mais en même temps ça peut être un frein plutôt que quelqu'un d'extérieur qui est là pour enfin...tu vois...

M6 : en même temps on sait que les femmes qui ne sont pas suivi sur le plan gynécologique par leur médecin généralist,e la première raison qu'elles donnent c'est que c'est trop intime. Elles connaissent le généraliste...homme ou femme...

M3 : Bien sûr. Et qu'elle le croise à l'école, à la boulangerie.

M6 : ... et c'est trop intime pour leur dévoiler cette partie-là.

M3 : c'est ça ouai. C'est la même chose que le viagra qu'on prend pas à la pharmacie du village et qu'on va chercher à une pharmacie où on va jamais.

M6 : donc c'est difficile.

M2 : là c'est pas tout à fait pareil.

M3 : c'est des questions de proximité et de connaissance en dehors du contexte médical qui fait que ça peut être gênant en fait.

M6 : après c'est toujours pareil, si jamais il y avait une campagne de ça. Parce qu'en fait si nous on était en relais finalement d'une campagne nationale d'information et tout ça, c'est plus facile de l'aborder.

M1 : parce que les gens amènent le sujet sur la table.

M3 : c'est vrai.

M6 : quand y'a une campagne d'information, c'est facile de dire « ah oui j'en ai entendu parler ».

M3 : parce qu'on devient des acteurs de cette campagne.

M6 : alors que sinon voilà...

M1 : d'où l'intérêt d'avoir des affiches ou des flyers ou des messages.

EH : justement c'est la prochaine question que j'allais...

M1 : sans transition !

M3 : et sans transition !

EH : comment introduire cette prévention primaire en médecine générale et la rendre plus systématique ?

M4 : et bah ouai c'est ça : campagne de prévention. Ca ne peut pas venir que de nous je pense en fait.

M3 : ouai, je pense que ça devrait être aidé par une campagne de prévention nationale.

M2 : j'sais pas des items dans le carnet de santé...

M1, M3, M4 : ouai !

M1 : ça, je me demande ça y est pas déjà ?

M6 : nan.

M1 : nan ils en parlent pas du tout ? Y'a les accidents domestiques mais y'a pas les...

EH : y'a pour les...accidents domestiques.

M3 : ça devrait nous aider à aborder le truc sans...

M4 : et ça devrait même être dans l'examen systématique.

M1 : ouai ça te permettrait de te dédouaner en disant « bah j'suis obligé de l'aborder ».

M4 : voilà.

M3 : sans que ça fasse un peu jugement.

M4 : parce que si c'est juste une page d'information en général ils ne le lisent pas.

M1 : ouai ouai.

M3 : c'est vrai il faudrait que ça soit mis...

M1 : régulièrement genre aux 2 ans, aux 4 ans, aux 6 ans, je sais pas tu vois quand il y a des...

M3 : ce serait plus simple.

EH : est ce qu'il y aurait un autre moment systématique dans la vie d'un enfant ou on les voit ou pourrait introduire ça ?

M2 : à la puberté c'est là où ils sont le plus réceptifs en fait.

EH : donc on pourrait...

M6 : ouai mais c'est trop tard, si on parle de prévention primaire...

M1 : et en consultation...

EH : mais ils peuvent se faire violer après quand même.

M2 : bah oui.

M4 : ouai mais d'après ce que tu disais c'est quand même 75% des garçons, c'est avant.

M6 : pour les garçons ça se passe avant la puberté.

M2 : ah avant la puberté ?

EH : j'ai pas dit d'âge hein !

M6 : sisisisi t'a dit !

M4 : si dans 75% avant j'sais plus quoi !

M6 : j'ai entendu pareil que M4.

EH : nan nan

M4, M6 : sisi

EH : « parmi les victimes de viols ou tentatives de viols environ 53% des femmes et 75% des hommes sont mineurs lors des premiers faits »

M2 : voilà mineurs.

M4 : et bah mineurs ça veut dire avant l'âge adulte.

M2 : oui mais.

EH : oui mais on parle de la puberté.

M4 : ouuuui...

EH : donc y'a un intérêt de toute façon.

M6 : nous on a entendu avant la puberté.

M4 : oui c'est ça.

M2 : c'est souvent les jeunes filles, les petites filles y'a souvent quand même. On en voit quand même beaucoup c'est au moment de la puberté des...

EH : déjà c'est quand même 18 à 20 % des filles et ...

M2 : moi j'en ai eu plusieurs des comme ça. Où là tout d'un coup ...le beau-père ou le truc là...

EH : exactement.

M2 : il se passe un truc quoi.

EH : que la puberté des filles c'est un moment à risque de viols parce que tout d'un coup aussi elles accèdent...

M4 : oui au niveau corporel.

EH : et du coup elles sont aussi peut-être plus souvent victimes à ce moment-là donc la puberté...

M2 : et ce qui incestueux entre frère et sœur aussi, ça, ça a pas été dit aussi, mais ça arrive très souvent ! Donc du coup la puberté pour les garçons aussi, pardon je dis les garçons, car c'est plutôt les garçons...

M5 : ça... on n'y peut rien c'est comme ça

M2 : oui nan mais maiiis...

M5 : enfin si on y peut quelque chose

M2 : bien sûr bien sûr

M4 : tu veux dire du coup de l'aborder auprès des garçons même en tant qu'agresseur ?

M2 : oui parce qu'ils ont besoin d'avoir un rappel à la loi

M4 oui oui oui

M2 : en fait et là pour le coup si il y a des choses...

M4 : oui juste même dire que bah si...

M2 : c'est interdit de remettre l'interdit. « C'est interdit de toucher », moi je dis aux enfants « c'est interdit entre vous de jouer à...c'est interdit quoi »

M6 : de toute façon...

M2 : « t'as pas le droit »

M6 : ...moi je trouve qu'on a un langage qui est beaucoup trop, enfin...qui est beaucoup trop sexué. Et d'ailleurs on le voit. On parlait de la consultation de prévention qui ne s'adresse qu'aux filles. On a un langage qui est beaucoup trop sexué et effectivement on a l'impression de responsabiliser les filles et que les garçons ils peuvent s'exonérer de tout et tout ça. Moi je sais que je leur parle beaucoup du respect qu'on doit au partenaire quand ils sont ado etc. Et qu'on doit lors des premières relations etc. Du respect que l'on doit. Parce que, pour ce qui est, dans les chiffres c'est quand même les garçons qui sont plus agresseurs qu'agressés. Et je trouve que vraiment, parler de message de prévention et tout, il faut que ça s'adresse aux garçons et aux filles

M2 : bien sûr.

M6 : et vraiment faire les deux et pas faire comme d'habitude, c'est-à-dire ça regarde que les filles et les garçons bah voilà les pauvres ils sont irresponsables.

M4 : mais alors comment tu fais parce que... c'est ce que disait M2., les filles ont les voit quasiment systématiquement au moment de la puberté, les règles tout ça. Les garçons enfin...

*M6 : les garçons on va les voir * pour la vaccination et on va les voir pour le papillomavirus maintenant.*

** M4 : pour les certificats.*

M4 : nan mais la vaccination c'est 11 ans quoi. 11 ans ça me paraît un peu tôt.

M5 : pour les certificats de sport.

M6 : pour les certificats de sport on les voit les garçons mais on les voit plus que tous les 3 ans c'est vrai que...

M4 : mais oui c'est ça. Parce que 11 ans ça me paraît tôt, enfin je ne sais pas ce que vous en pensez, c'est tôt. Après tu peux l'aborder mais je pense que ce n'est pas... faut le redire plus tard

M6 : moi je le dis, faisons une consultation de prévention et de contraception

M4 : ah bah oui ça ça serait...

M6 : aussi et peut être de respect et de tout ça, pour les garçons.

M2 : ouai c'est vrai.

M6 : pas que pour les filles.

EH donc on pourrait imaginer des consultations dédiées à la sexualité et où il y aurait aussi un aspect prévention des abus ?

M6 : elle existe, existe la consultation de prévention et de contraception.

M4 : nan c'est plus...c'est consultation de première contraception.

M6 : voilà c'est ça et alors après...

M4 : c'est pas de la prévention sinon ça ne serait pas pris en charge par la secu.

M6 : voilà et en fait.

M2 : je ne savais même pas qu'il y avait une consultation...

M5 : mais c'est pas un bon terme, c'est pas...

*M4 : nan mais actuellement c'est ça. C'est consultation de première contraception...entre 15 et 18 ans. * Première contraception ou...*

M6 : nan c'est prévention et contraception.

M1 : c'est COP là ?

M4 : ouai. Première contraception.

M1 : tu l'as mis celui-là ? (demande à M3)

M3 : nan parce que j'en fait jamais (rires)

M4 : hein ? t'en jurerai pas ?

M6 : j'en jurerai pas. C'est contraception...

HH : si si c'est ça. Oui c'est ça, première contraception

EH sisi c'est ça.

M6 : le P ? c'est pas première contraception c'est prévention et contraception.

M4 : quel P ?

M6 : bah si.

M1 : le COP.

M2 : je croyais que c'était contraception oestro-progestative.

M6 : c'est la contraception.

EH : donc ce que j'ai retenu quand même...

M6 : nan mais ce que je veux dire par là aussi c'est que, y'a, quand on travaille justement sur cette consultation. Sur cette consultation il y a un problème d'âge et de toute évidence 15 ans c'est trop tard puisque l'on sait qu'il y a un pourcentage non négligeable des collégiens avant 15 ans qui ont déjà des relations sexuelles. Je sais plus

de mémoire une dizaine de pourcent ou un peu plus donc c'est déjà trop tard de mettre 15 ans.

M4 : bah oui.

M6 : et c'est certainement trop tard de mettre une fourchette.

M4 : bah faut pas mettre d'âge.

M6 : voilà, faut pas. Et de toute évidence c'est ça. Mais l'idée de cette consultation elle paraît importante et il faudrait pouvoir la délivrer quand on en a envie.

M4 : et là l'intitulé c'est première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles des jeunes filles...effectivement....

M6 : oui, c'est ça.

M4 : effectivement, c'est quand même assez hallucinant...des jeunes filles entre 15 et 18ans.

EH : j'ai retenu aussi que vous avez parlé des certificats de sport. Ou là quand même c'est un moment où on voit souvent les enfants du plus petits à ado.

M4 : mais alors comment l'aborder à ce moment-là ?

M2 : ouai moi je n'y arriverai pas

M4 : j'trouve pas ça simple, il vient pour son certificat de sport truc. Comment tu...comment tu l'aborde ? comment on fait ? C'est ça qui est pas facile...la consultation...j'trouve ça plus simple ouai...là je sais pas, vous l'aborder vous ?

M3 : non.

M6 : pour le sport ?

M3 : moi jamais.

M2 : je trouve ça compliqué ils viennent pour un autre motif...

M4 : bah c'est ça.

M3 : moi j'avoue je parle jamais de prévention, enfin de sexualité.

M2 : ...non préparé en plus. Tu peux les braquer. Quand ils viennent et qu'ils savent qu'ils vont parler de ça, ça va tu peux y aller là.

M4 : après ça peut être...

*M2 : du coup c'est ça. * Nan du coup moi je pensais addiction...*

M5 : les addictions, alcool cannabis et etc

M2 :aux média, youtube et tout et films pornos, et du coup j'ai pu l'aborder comme ça pour un garçon. Je lui dit...à 12 ans il regardait... « mais si tu crois que ». Enfin voilà du coup on a pu en parle à ce moment-là « si t'arrives la première fois que tu vas avoir une amoureuse et que tu lui fais une tape sur les fesses ça va pas bien se passer, c'est pas la vraie vie ça ». Et là on a pu aborder...mais parce qu'il venait, enfin... pour ça. Mais ses parents l'avaient amené pour ça. Je me vois mal un jour ou je lui prends la tension que je regarde son dos et tout ça.

M5 : mais c'est une bonne idée les addictions...

M4 : après ça peut être

M5 : ...aux films porno. Enfin de le mettre dans le même package, ça peut être...

M4 : on peut proposer. Ça pourrait être de dire quand tu le vois pour une consultation de sport de dire...

M1 : on prévoit une autre consult après.

M4 : ...on peut prévoir une autre consultation...mais est-ce qu'ils vont venir ?

M6 : mais c'est pour ça qu'à mon sens il faut qu'il y ai une sensibilisation des media à ça et après nous on prend le relais. C'est beaucoup plus facile que d'arriver comme ça de but en blanc.

M1 : bah surtout que...

M6 : par contre s'il en a entendu parler à des spots a la télé ou je ne sais pas ou à la radio et tout, qu'on lui parle de ça ça va lui paraître beaucoup plus naturel.

M4 : ou alors il faudrait remettre un vaccin vers cet âge-là quoi. Pourquoi ils ont enlevé le rappel à 16ans ?

M3 : un DTP là des fois on en enlève des fois on en remet.

M4 : mais nan mais attend tu vois !

M3 : on leur met un DTP a 16 ans et puis voila !

(rires)

M4 : il était bien celui-là.

M6 : nan mais y'a le covid maintenant. On va les voir tous les ans avec le covid.

EH et après par exemple quand vous voyez les enfants

M3 : le covid...dès 13 ans et demi (rire)

EH : par exemple M4 quand tu vois les enfants pour le sport, des fois tu leur parles pas des écrans ?

M4 : les écrans systématiquement. Par contre c'est vrai.

EH : donc ça t'arrive à l'aborder systématiquement.

M4 : les écrans je l'aborde systématiquement mais c'est...

EH : pourtant ils viennent pas pour ça.

M4 : en fait les écrans...moi maintenant c'est intégré...je l'aborde tout le temps.

EH : ok, donc cette prévention-là tu arrives à la faire.

M4 : ouai.

EH : alors qu'ils viennent pour du sport.

M4 : ouai oui mais parce que, oui que je considère que c'est une consultation de prévention et du coup j'aborde....mais c'est vrai que j'aborde pas la sexualité.

M6 : donc les freins c'est nous.

M4 : oui, ah nan mais je pense clairement.

M6 : c'est notre propre frein.

M2 : oui mais après un garçon à l'adolescence c'est...

M5 : oui ça se ferme, ça se ferme hein.

M4 : mais c'est comme les signes de puberté j'ai beaucoup de mal à les aborder avec les garçons. Avec les filles j'ai aucun problème. Après c'est peut-être parce que moi aussi je suis une fille, mais avec les filles j'ai aucun problème à poser des questions des stades pubertaire. Avec les garçons j'ai plus de mal. D'autant plus un garçon qui a, qui est un peu plus...a la limite je pense 10 ans... 11 ans...je peux...mais après j'ai plus de mal, ouai.

M2 : alors le moment où on les voit parfois c'est quand ils ont la gynécomastie là.

M4 : oui.

M2 : là on peut, peut-être, ils viennent...on est autour de ça quand même.

M4 : ça c'est vrai que c'est pas mal ça.

EH : en fait j'entends, vous avez l'impression qu'il faut quand même ...

M3 : un motif.

EH : ...un motif pour l'aborder

M4 : un mode d'entrée pour...

EH : de façon un peu systématique ça vous parait quand même compliqué.

M6 : bah c'est lié.

M1 : déjà en temps t'as pas forcément...déjà si t'as fait l'examen complet, poids, taille, machin

M3 : les dents

M1 : les vaccins, les dents le dos le truc le bidule.

M3 : l'école.

M4 : les écrans.

M6 : et le sexe.

M1 : et le sexe !

M3 : au moment de payer...c'est...(blague)

M6 : en fait ça correspond à un tabou social. Et nous on est dans cette société là et on a le même tabou que ça. Parce que finalement on le dit bien, finalement on va aborder les drogues, on va aborder l'addiction aux écrans, et puis on ne va pas aborder ça. Le respect ou les violences, ou « est-ce que tu as subi des violences »

M2 : disons qu'on ne peut pas tout faire, c'est beaucoup...

M6 : alors que ça devrait être professionnel et naturel finalement. Mais c'est notre blocage...

M5 : c'est notre blocage.

M6 : ...à nous.

M1 : mais...et moi je pense par exemple aux...même à la dysfonction érectile de l'homme plus tard...si t'aborde pas le sujet frontal, il t'en parle jamais.

M6 : ouai.

M5 : ou alors 2-3 ans après quand c'est trop tard.

M1 : ou alors faut avoir un truc sur ton bureau, un flyer ou une boîte de viagra.

M6 : sans parler de la dysfonction érectile. Le statut tabagique est noté dans 99% des dossiers de médecin généraliste, le statut sur l'alcool est noté dans 40-45% ou un truc comme ça. Donc sans même aller jusqu'à la norme intime sexuelle et aux violences on a des tabous.

M3 : des blocages.

M6 : on parle de tabac mais on parle pas d'alcool.

EH : et par contre des fois on a l'impression quand on est sensibilisé à un sujet comme parfois les violences faites aux femmes, après on va aborder un sujet que l'on pensait ne pas pouvoir aborder.

M4 : moi maintenant je l'aborde systématiquement, en consultation gynéco, j'aborde la question des violences...systématiquement.

M1 : moi alcool tabac je l'aborde systématiquement aussi.

M4 : et ça passe bien.

EH : donc peut-être que avec des outils.

M3 : dysfonction érectile (rire). Nan mais moi j'ai aucun problème à parler de sexualité avec des adultes (M2 : bruit d'étonnement).

M2 : et avec les femmes t'y arrives facilement aussi ?

M3 : ouai avec les femmes et avec les hommes ADULTE sans aucun soucis.

M6 : oui mais c'est nos propres freins quoi.

M3 : mais par contre effectivement...non pas que j'ai une espèce de blocage mais ça ne me vient pas naturellement de l'aborder avec des...alors des mineurs en tout cas...

M1 : des ado.

M3 : ou jeunes enfants ou...

M6 : des mineurs.

M3 : oui non. Il n'y a aucune raison valable.

M6 : oui c'est tes freins.

M3 : c'est juste j'suis juste pas du tout à l'aise avec ça quoi.

M2 : moi je parle jamais dysfonction érectile avec les hommes.

M3 : mouai alors que moi j'en parle.

M2 : c'est eux qui m'en parlent. Je leur dis « où est-ce que vous avez trouvé moins cher ? » parce que je me renseigne. Je fais une étude de marché (rire)

M3 :Enfin j'en parle beaucoup...parce que le diabète aussi, à chaque fois je parle de ça dans le diabète et que du coup j'en parle souvent mais... Alors qu'avec les enfants...quasiment jamais

(blanc)

M2 : donc une consultation dédiée ce serait très bien.

EH : donc une consultation dédiée.

M1 : une consultation dédiée.

EH : une consultation dédiée.

M1 : et un mode d'entrée qui soit...

M5 : avec des questions préétablis...un peu obligatoire. Ça facilite oui .

EH : avec des outils.

M2 : oui parce comme ça on peut se dire « je vous pose les questions, c'est dessus »

M4 : oui et ça permet de faciliter l'ouverture.

M4 : comme ils avaient fait un moment, mais on ne voit plus trop. Mais à la MSA il y avait des consultations d'ado là. Où il y avait plein de pages, il y avait pleins d'item et ça permettait d'aborder plein de choses dont la sexualité justement. Mais on n'en voit pas...j'en n'est pas fait beaucoup...Et c'est vrai que ça fait un moment que j'en n'ai pas vu.

M5 : des questionnaires à remplir dans la salle d'attente. Par exemple pour le gamin qui vient pour un certificat de sport. Est-ce qu'on pourrait imaginer lui faire remplir un questionnaire hyper détaillé sur à la fois les addictions, sur la sexualité, sur des choses de ce genre là ?

M1 : mouai.

EH : et le but se serait de savoir où il en est de ses connaissances ? Ce serai quoi le but ? Juste un prétexte pour en parler ?

M2 : j'ai peur qu'ils se braquent.

M3 : d'où l'intérêt d'avoir du retard.

M4 : oui.

M6 : c'est difficile parce que là on est au-delà de la sexualité, on est sur les violences...subies.

EH : les abus.

M6 : les abus.

M4 : ou provoquées.

M6 : ou provoqué oui...effectivement, ou provoqué. Donc...c'est plus compliqué quoi.

M4 : oui faudrait voir comment l'aborder subtilement...pour pouvoir après, parce que le but c'est de pouvoir en parler derrière quoi.

M6 : remarque on peut mettre « as-tu eu » « avez-vous vous déjà subi » ou

M3 : « t'es-tu senti ? »

M6 : « t'es du déjà senti ? »

M2 : (bruit étonnement) ah ouai direct !

M6 : « t'es tu senti vulnérable vis-à-vis de quelqu'un ».

M3 : ouai c'est ça.

M6 : « qui a eu des attouchements ? ». Là il faut entrer dans le concret car sinon là le gamin il comprend rien.

EH : alors là on n'est plus dans la prévention primaire du coup.

M5 : là on est dans le secondaire oui.

M2 : dans le secondaire.

M6 : si tu demandes « t'es tu déjà senti en danger par rapport à ça, tu restes dans la prévention primaire. Donc après il y a la façon de le tourner quoi.

EH tout à fait « est ce que tu t'es déjà senti mal à l'aise avec un adulte, qui te regardait ? »

M6 : avec un adulte ou avec un camarade ou avec je sais pas moi, un copain, une copine, voilà ?

M2 : je trouve ça...

M5 : puis ça peut être primaire dans la mesure où tu vas le poser à des gamins qui n'auront jamais eu de situations comme ça. Donc ils vont se dire « pourquoi il me demande ça ? » « C'est quelque chose qui peut m'arriver ? »

EH : est-ce qu'on pourrait mettre dans le questionnaire, par exemple, « si quelque chose t'arrives...sais tu as qui tu pourrais en parler ? »

M5 : oui mais ça c'est le...

M6 : oui ça c'est la deuxième question.

M2 : moi j'aurais peur justement des familles un peu limite du coup soustraient leur enfant à ces...enfin s'il y a ça en salle d'attente que les parents évitent quoi.

M6 : tu veux dire que tu vas gagner du temps dans tes rendez-vous. (blague)

EH : mais est-ce que tu crois que ça change quelque chose...vu que de toute façon on ne fait...enfin entre rien faire et faire ça ?

M6 : moi je crois que si c'est dans le cadre d'une campagne nationale, avec des relais dans la société, dans la commune...

M2 : oui voilà.

M6 : dans la collectivité c'est tout à fait envisageable. Si de le faire nous tout seul...

M4 : oui si ça arrive comme ça c'est plus difficile.

M6 :...comme ça,

M1 : à l'occasion d'une consult.

M6 : à l'occasion d'une consult c'est pas pareil parce que c'est la relation.

M1 : oui mais d'un motif qui touche les organes génitaux.

M6 : oui là ça va, ça passe, oui et comme je disais avec des gens qui te font confiance.

M1 : à la rigueur. Mais sur un examen systématique...

M2 : nan mais c'est vrai qu'avec une question très précise...pourquoi pas « est-ce que ça t'es arrivé ? »

M1 : ou alors un questionnaire oui.

EH : bah alors on sait que dans les questionnaires plus on est, enfin, plus on a appris tous que maintenant le suicide il faut poser la question, les violences conjugales il faut poser la question, a une adulte il faut poser « est-ce que vous avez été victime de violences » enfin maintenant on sait qu'il faut être...

M2 : faut être clair quoi.

(blanc)

M1 : avec un adulte...

EH : donc du coup est ce que...parce que ça a l'air d'être compliqué pour vous de dire les choses.

M4 : en fait moi je trouve ça dépend du...

EH : de dire les choses en fait. J'ai l'impression que c'est là...

M3 : ah oui carrément

EH : la mise...alors que des fois c'est...

M4 : moi je trouve ça dépend du...C'est ce qu'on disait, ça dépend du contexte. S'il vient...L'autre fois j'ai vu une petite pour une vulvite bah j'ai posé la question « est ce que quelqu'un t'as déjà touché » « est-ce que tu sais que... » là c'est facile. Enfin c'est...

M2 : c'est dans le contexte.

M6 : c'est facile aussi...c'est facile aussi quand il y a des enfants de couple séparés ou les enfants sont pas bien. Ils ne veulent plus aller chez leur père ou ils ne veulent plus aller chez leur mère et tout. Et qu'il y a des couples recomposés, qu'il y a des couples...enfin tu sens qu'il y a une souffrance quand même chez les enfants, c'est quand même....là c'est facile de dire « est-ce que »

M4 : oui tu peux aborder plein de choses

M6 : tu peux aborder plein de choses « est ce qu'il y a eu des violences ? est-ce qu'il y a eu des coups ?, est ce qu'on t'as touché ? » « est-ce que ». Ça...c'est facile...dans le contexte.

M5 : c'est facile et compliqué aussi parce que...

M2 : bah moi je trouve pas ça facile du tout.

M5 : t'as le couple qui se...

M4 : nan c'est pas facile mais t'as...t'as des raison.

M5 : qu'il utilise ça pour...

M2 : oui c'est ça.

M1 : il faut faire hyper attention à ce que l'on dit.

M6 : oui oui nan mais attend attend.

M2 : il ne faut pas induire, car attention à ce que l'on peut induire chez les enfants.

M6 : moi je le dis en colloque singulier avec l'enfant. Mais bon après les enfants...

M2 : qui peut-être dans un fantasme aussi enfin...

M5 : un des deux parents va utiliser ça.

M2 : c'est ça.

M6 : oui mais moi dans ces cas-là les parents ne sont pas là.

M2 : oui mais les enfants ils répètent tout après en sortant...

M6 : ou pas.

M2 : Moi j'aurais peur d'induire des choses chez l'enfant.

EH : et après est ce que vous vous sentiriez de demander aux parents par exemple s'ils ont déjà abordé les questions de pédophilie, d'agressions sexuelles avec leurs enfants ?

M2 : oui.

M1 : ouai.

EH : juste demander ça.

(M3 et M1 acquiescent)

EH : est-ce que ça, ce serait quelque chose qui serait...plus facile directement avec eux de voir s'ils ont déjà abordé le sujet. Y'en a peut-être qui diront nan...

M4 : oui même ça devrait faire partie effectivement de la prévention des images...nan l'exposition pornographique, c'est vrai que ça j'y pense pas moi.

M1 : limite il faudrait qu'on ait une trame.

M4 : ouai.

M5 : c'est un bon point d'entrée.

M4 : je parle des écrans, mais je ne parle pas de ce qu'ils regardent c'est pas ...

M1 : les contenus.

M2 : ouai ouai mais en fait tous, enfin tous, ils ont accès à des trucs de fou quoi.

M4 : ah oui oui oui.

M2 : très jeune.

M3 : bah à partir du moment qu'ils ont un smartphone.

M6 : bah tous les collégiens ont déjà vu des films porno.

M3 : c'est-à-dire que tous les collégiens qui ont un smartphone ils ont accès à ça déjà donc...

M6 : c'est plus proche 100 que de 0.

M3 : nan mais...si c'est pas eux qui y vont c'est un copain qui va leur montrer, donc c'est la même chose. Moi je pense que tous les collégiens maintenant ont eu à un moment donné accès à des images. C'est sur.

M6 : oui oui oui mais il y a des stat là-dessus et effectivement c'est très élevé les pourcentages.

M3 : c'est évident. Si c'est pas sur le leur c'est sur celui d'un copain.

M2 : après si on leur dit pas, enfin il faut bien qu'on leur en parle.

EH : il y avait une statistique qui montrait qu'à partir de 9 ans déjà, ils avaient souvent vu, du coup on pourra inclure cette consultation systématique aussi avec...

M6 : alors que j'ai vu Emmanuel qu'à 35 ans...tu vois, quand même...l'évolution dans la société.

M4 : nan mais tu vois.

M6 : 35 ans tu vois quand même.

M2 : j'ai jamais vu moi.

M4 : y'avait la télé quand tu avais 35 ans ?(blague)

M6 : c'est pas c'est pas, tu sais c'est pas hard du tout...donc voilà.

(blanc)

M6 : ce qui prouve bien que c'est nos propres freins qui...

M1 : ouai.

M4 : ouai.

M6 : nous limite, et pas les...

M1 : alors que si il faut , ils attendent que ça qu'on leur en parle.

M3 : oui je pense des fois que l'on a plus de limites que les patients ont...

M4 : oui.

M6 : c'est nos propres tabous.

M1 : ce serai intéressant de savoir quelles sont leurs attentes. Peut-être que ça, ça serai aussi intéressant aussi de faire passer des questionnaires, tu vois, sur...les attentes des enfants, des ado, de leur médecins généralistes tu vois. Parce qu'on l'a pas. Je ne sais pas s'il y a des données là-dessus.

M6 : ce que tu disais tout à l'heure M2 sur « moi j'ai peur que ça induise » c'est la même question que pour le suicide. Poser la question « avez-vous des idées suicidaires » ça n'a jamais...induit

M2 : mais c'est pas la même chose. Y'a pas du tout les mêmes enjeux derrière.

M5 : là c'est dans un enjeu entre deux parents qui se séparent.

M2 : et là tu touches à des choses, l'enfant, y a un conflit de loyauté.

M6 : si tu demandes à un enfant « est-ce que tu as subi des choses...par des personnes...proches ou pas proches etc ? » j'vois pas pourquoi ça induirait l'instrumentalisation.

M2 : parce qu'ils peuvent s'en saisir. Ils y en a qui sont très malins et ils comprennent que quand il y a un enjeu entre les parents si on peut dire quelque chose pour passer...

M6 : là je ne suis pas d'accord avec vous.

EH : alors je vais reprendre la parole s'il vous plaît.

M5 : nan mais ça va pas induire...l'abus sexuel, ça va induire l'utilisation de la parole de l'enfant, c'est pas pareil, tu peux pas comparer aux trucs du suicide.

M6 : mais l'enfant quand il va te répondre, il va te répondre. Que ce soit instrumentalisé derrière par les parents ou pas.

EH : oui...dans 5 minutes on aura terminé vous pourrez reprendre votre conversation. Alors j'ai oublié une petite question, alors concentrez-vous, parce que vous allez me dire, on en a un peu parlé : qu'est-ce qu'une prévention primaire des abus sexuels sur mineur réalisé par les médecins généralistes pourrait apporter selon vous ? Quel intérêt en fait que ça soit nous qui le fassions ?

M1 et M4 : mais tu l'as déjà posé celle-là.

EH : bah oui je l'ai posé mais bon...

HH : bah oui mais je trouve que vous n'y avez pas répondu en fait...

EH : ah...elle trouve que vous avez pas répondu.

M3 : d'éviter qu'il y en ai.

(rires)

M3 : c'est cool comme question.

EH : s'te plait.

M3 : quel est l'objectif en fait.

M2 : que l'enfant apprenne à dire non, que l'enfant sache dire non et ne pas cédez.

M3 : bah dans le but qu'il y ai.

EH : quel est l'intérêt que ce soit le médecin généraliste qui le fasse.

M3 : ah (de compréhension de la question). Bah parce...

EH : qu'il endosse ce rôle-là, qu'il dise « je m'en saisi ».

M1 : bah si on considère que ce n'est pas que à nous de le faire...

M4 : oui c'est ça, on a une place de prévention.

M3 : je ne sais pas s'il y a un intérêt que ce soit le médecin généraliste qui le fasse.

EH : bah est-ce qu'il y en a un ?

M3 : je ne suis pas sur.

M5 : c'est une opportunité pas un...

M2 : moi je crois que si. Je crois qu'il y en a un, parce qu'on a accès au corps de l'enfant quand même.

M3 : oui...

M2 : donc on a accès à ce discours-là.

M3 : mais si quelqu'un d'autre à un accès. Le pédiatre qu'a accès.

EH : bah c'est un médecin c'est pareil...

M3 : oui mais c'est pas un médecin généraliste.

EH : oui médecin généraliste....

M3 : oui mais pas un médecin généraliste là le truc...

M4 : oui mais le pédiatre c'est le médecin généraliste...

M5 : le médecin généraliste de l'enfant.

M1 : l'infirmière scolaire tu vois.

M2 : nous on a accès et y'a un lien avec l'enfant qui est quand même plus important...que l'infirmière scolaire qui ne connaît pas l'enfant quoi.

M3 : ça peut -être une infirmière scolaire.

M1 : infirmière scolaire ouai.

EH : elle les voit une fois par an.

M4 : ouai.

M3 : oui mais que ce soit nous qui la fassions ou...moi y'a des enfants que je ne vois jamais.

M2 : oui mais ceux que tu vois, je ne te parle pas de ceux que tu ne vois pas.

M3 : ouai, nan mais on parle de tous les enfants. Si l'infirmière scolaire voit plus un enfant que moi elle va avoir un rôle plus important à jouer dans ce truc là.

M2 : ah mais il ne faut pas que ce soit que le médecin généraliste mais il faut que ce soit...

M3 : bah voilà.

M1 : oui c'est ça.

M3 : donc est-ce qu'il y a un intérêt ce soit LE médecin généraliste, je ne crois pas.

M2 : pas QUE le médecin généraliste.

M1 : pas que

M3 : ouai voilà c'est ça

M2 : mais aussi le médecin généraliste

M1 : pas que.

M4 : mais que l'on soit intégré. Si y'a une campagne justement nationale je pense que c'est important qu'on y soit intégré.

M3 : oui voilà dans le cadre d'une campagne.

M5 : nan mais il y a une spécificité.

M6 : ce qui est intéressant, ce qui est intéressant...

M3 : mais si la question c'est est ce qu'il y a plus d'intérêt que ce soit le médecin généraliste plus qu'un autre...

EH : nan quel est l'intérêt que ce soit le médecin généraliste.

M6 : ce qui est intéressant.

EH ce que lui va apporter.

M6 : ce qui est intéressant mais c'est vrai pour tout...mais en particulier pour la parole avec les enfants. C'est que les enfants soient suffisamment en sécu...c'est-à-dire que le cadre soit suffisamment sécuritaire pour savoir que le respect absolu du secret sera...sera garanti.

M2 : enfin si tu parles d'abus sexuels là je suis pas sure (rire) Là je te promet que le secret (pffuit) on n'y est pas là.

M6 : ahhh on n'y est pas, on n'y est pas. Si tu es dans un cadre de confiance avec l'enfant tu pourras avoir plus de choses que si tu n'es pas dans un cadre de confiance. Moi je ne suis pas tout à fait...

M2 : oui mais c'est pas le secret médical, parce que tu leur dis...

M4 : Mais s'ils te révèlent des abus ça lève le secret.

M2 : et puis moi je leur dis.

EH : attention on est en primaire.

M6 : effectivement mais en...moi je crois qu'un enfant il est d'autant plus réceptif à ce que tu vas pouvoir dire et même aux messages de prévention que tu vas faire passer. Si quand tu as un dialogue singulier avec lui bah voilà y'a le cadre.

M1 : si y'a une relation de confiance.

M6 : on se met d'accord sur ce qu'on dit ou ne dit pas aux parents. Moi je le fais dès l'âge...très tôt, dès l'âge de 6 ans. On dit « qu'est-ce qu'on dit aux parents ? »

M4 : oui mais c'est important dans ces cas-là de leur dire que si jamais tu apprends quelque chose qui le met en danger tu as l'obligation de le dire.

M6 : oui. Mais ça c'est dit dans le contrat.

M4 : voilà.

M6 : c'est dit dans le contrat. C'est-à-dire que je dis « ce qui se dit entre nous, on se met d'accord ensemble sur ce qu'on dit ensemble à papa et maman ». Et en règle générale ils le disent. Enfin je veux dire y'a pas d'enfant qui disent « non, je veux pas... » enfin ça arrive mais c'est très rare.

M1 : c'est-à-dire que tu vois tous les enfants sans les parents ?

M6 : j'en vois beaucoup sans, enfin j'en vois beaucoup...J'en vois sans les parents ouai. Même à 6 ans je les vois sans les parents. Enfin je les vois, c'est pas systématique. Quand il y a un problème, quand y'a un truc, je demande aux parents de sortir. Et les parents sont très contents...parce comme ça ils se débarrassent pour une fois du fardeau. Et je leur dis, et on se met d'accord, sauf...

M5 : moi je ne le vois pas comme ça.

M6 : et je leur dis...

M2 : c'est ta représentation.

M5 : c'est ta représentation ça. C'est aussi les parents se disent « peut-être qu'il va dire des choses au médecin qu'il m'a pas dit à moi. »

M4 et M1 : ouai.

M6 : oui nan, c'est la boutade pardon, je ne suis pas victime de mon propre...

M1 : il y en a peut-être qui disent après « qu'est-ce qu'il t'a dit le docteur ? »

M6 : mais on se met d'accord sur ce qu'ils disent « sauf si effectivement il y a un danger pour toi » etc. Je donne les...enfin j'essaye de donner même très jeune, toute les...

EH : toutes les cartes.

M6 : ...comment on dit...toutes les facettes de l'accord, tous les items...

M4 : les conditions.

M6 : ...de l'accord. Donc on se met d'accord sur ce qu'on dit et que l'on ne dit pas sauf effectivement « si je pense que tu es danger, à ce moment-là je serais obligé de le dire ». « Sinon on discute et puis on dit à papa et maman, on se met d'accord sur ce qu'on dit et que l'on ne dit pas surtout ».

EH : ce qui est intéressant là, c'est que tu pourrais te placer comme référent à l'enfant pour lui dire « si jamais il t'arrive à une difficulté tu pourrais venir m'en parler » ou...dans une prévention primaire on peut imaginer...

M6 : quand tu poses ce cadre-là. Quand tu poses ce cadre-là. Il y a des enfants qui demandent à me voir sans les parents. « Docteur il veut vous voir, et il veut vous voir tout seul ». Oui ça m'est arrivé, ça m'arrive. Oui parce que le cadre est posé donc ils sont en confiance.

M5 : moi je dirais que la spécificité du médecin généraliste c'est aussi de voir parents et enfants. Et donc d'être témoin du trouble de la relation entre parent/enfant.

M6 : oui oui après je ne dis pas que je les vois que tout seul.

M5 : nan mais c'est pour dire, c'est pour répondre à la question d'Hélène. Notre spécificité elle est quand même d'abord là, parce que...on a une connaissance des deux depuis longtemps, une confiance des deux.

M6 : voilà mais il n'y a pas de confiance sans secret.

M5 : il y a la durée qui joue beaucoup là.

M6 : oui la durée et le secret absolu. Moi je trouve qu'un enfant, enfin voilà...comme un adulte. Mais peut-être encore plus, tu ne peux pas... Si tu fais un contrat avec lui et que tu brises le contrat, ça ne marchera jamais. Si tu dis « je ne vais pas te faire mal » et que tu vaccines derrière, voilà...

M1 : moi je dirais il n'y a pas vraiment d'intérêt, mais il y a plus un avantage à ce que la prévention soit faite par un médecin généraliste. Parce que effectivement, comme tu dis, on connaît la plupart du temps l'histoire familiale, la relation. Voilà c'est plus un avantage à le faire en médecine générale plutôt qu'un intérêt. Et l'intérêt c'est surtout que tu fasses de la prévention et donc que tu évites les trucs. Mais ça l'intérêt il est aussi pour l'infirmière scolaire pour les systèmes publics, les affichages et tout ça. L'intérêt c'est que tu évites le truc. L'avantage du médecin généraliste...

M3 : c'est sa position

M1 : c'est sa position. Après on a vu aussi que finalement aborder la question c'est pas forcément...toujours évident donc...

M3 : c'est pas toujours évident c'est pas parce que tu es le médecin généraliste

M1 : c'est pas forcément plus facile, effectivement.

(blanc)

EH : ok...est ce que quelqu'un souhaite ajouter quelque chose, ou à une réflexion à nous faire partager ?

M6 : je dirai que...pour la prévention secondaire c'est déjà extrêmement difficile. La prévention primaire c'est ENCORE plus difficile quoi. Parce que déjà repérer...

M1 : ouai. C'est plus facile de poser la question...

M3 : une fois qu'on a un risque...

M6 : repérer les enfants qui souvent quand...même par rapport à leur parent... Ils disent rien, ou veulent rien dire. Parce qu'ils ont peur de casser quelque chose, de ne plus être aimé par leur parents quoi qu'il ait fait. C'est...donc en prévention secondaire c'est déjà difficile en prévention primaire c'est un sacré....

M5 : en tertiaire ce n'est pas facile non plus.

(blanc)

M6 : mais c'est plus écrit déjà en tertiaire.

M1 : nous on a certainement peur aussi qu'en prévention primaire ça casse quelque chose. D'aborder le sujet.

EH : qu'est-ce que ça casserait ?

M1 : bah je sais pas si on a autant de difficulté à aborder le sujet, c'est, je sais pas, peut-être qu'on a, enfin...On a peur de, je ne sais pas, que la relation avec les parents soit, tu vois, soit...altéré.

M2 : mais c'est pas eux que tu incrimines, enfin tu vois.

M1 : nan mais même si tu, avec toute la bonne volonté du monde tu le fais pas, peut-être que inconsciemment...

EH : en fait tu aurais peur que les parents soit choqué que tu abordes ce sujet avec leur enfant ?

M1 : choqué ou...

M2 : oui qu'ils se sentent mis en cause.

M1 : qu'ils se sentent suspecté, tu vois. Même si tu mets toutes les pincettes du monde et que tu les incrimines pas du tout. Moi je pense que c'est ça.

EH : après moi je ne suis pas sûre que eux ils connaissent tous ces chiffres hein.

M2 : tu leur donnes pas les statistiques.

M1 : même s'ils ne connaissent pas les chiffres.

EH : si tu leur dis...

M3 : ou il faudrait commencer par les statistiques. (blague). Ça justifierais le fait que tu poses la question (rire).

EH : nan mais.

M2 : aaaah

M4 : on n'a qu'à mettre les stat dans la salle d'attente.

M6 : je te signale que c'est ce qu'elle a fait (en parlant d'EH.)

M3 : ouai c'est ça.

M6 : mais bon...

EH : et bah j'aurais peut-être pas dû tu vois.

M3 ; une affiche avec les chiffres comme ça, ça justifie que tu poses les questions.

M1 : tu l'as mis ?

EH : de quoi ? Nan mais j'aurais pas dû vous dire les chiffres parce que tu vois...

M1 : ah nan mais je pensais que tu avais mis les chiffres dans la salle d'attente.

EH : du coup ça vous a vachement focalisé sur les parents.

M2 : vachement centré...voilà on s'est vachement focalisé sur les parents

EH : mais le but de la prévention primaire c'est juste tous les enfants soient informé de ce qui pourrait leur arriver et qu'est-ce qu'ils pourraient faire s'il se sentaient en difficulté, voilà..

M1 : ouai ouai ouai.

M4 : oui parce que c'est pas que les parents.

EH : donc c'est...donc...tu présentes....

M1 : c'est pas que les parents mais moi je me demande effectivement même si tu y mets toutes les pincettes que tu veux...

M2 : moi je ne pense pas. Je pense que les parents ne se sentent pas concerné.

M1 :je sais pas, je sais pas hein !

M2 : les parents classiques qui sont sains et bienveillant avec leurs enfants, je pense quand tu leur parles de ça, ils ne se sentent pas concerné une seconde.

EH : ils peuvent même être...certains qui en seront même heureux que ce soit quelqu'un d'autre qui en parle.

M5 : peut-être rassuré, pour eux même, par rapport à leurs enfants.

M2 : nan mais c'est pour ça qu'ils seront contents qu'on leur en parle (

M3 et M1 : oui

M2 : Mais ils ne se sentiront pas eux incriminés. Les parents normaux qui sont bien dans leur tête.

M5 : oui oui tout à fait.

M2 : quand on parle de ça, ils ne vont pas se dire « mince on me suspecte moi d'avoir été maltraitant».

M4 : oui s'ils se posent la question c'est que peut-être il y a quelque chose.

M2 : ou en tout cas qu'ils ont déjà vécu des choses enfant, j'en sais rien, mais que ça réveille quelque chose chez eux. La plupart je pense, car quand même faut dire la plupart sont des parents normaux et vont pas violer leur enfant quand même. Je pense qu'ils vont plus avoir peur du pédophile du coin, des gamins en colonie de vacances.

EH : de l'entraîneur de sport

M2 : c'est ça qu'on entend

M3 : je pense que si on ne l'aborde pas en consultation c'est tout simplement parce qu'on n'est pas à l'aise avec ça

M6 : oui

M5 : on ne sait pas comment faire

M6 : dans les années soixante, on parlait pas de sexualité avec les jeunes filles

EH : donc vous manquez d'outils et de formation quoi

M6 : donc et maintenant on en parle facilement. Ce qui prouve bien que les mentalités évoluent, c'est une question de mentalité...Et que nous on est dans le tabou social

*comme, parce qu'on est dans cette société-là, avec les tabous qu'elle véhicule quoi.
Que de parler de violences sexuelles dans l'enfance c'est un tabou social*

M2 : après je crois que

M1 : ouai...mais peut-être qu'en le faisant de manière systématique

M3 : ça deviendrait

M1 : avec tu vois, comme tu abordes la question du cannabis, des drogues, t'abordes la question de l'abus sexuel. Après un enfant 4 ans ou 6 ans c'est peut-être un peu plus délicat...

EH : bah faut adapter quoi

M2 : bah nan tu peux

M1 : voilà en étant systématique, du coup si tu le fais à répétition après t'es à l'aise quoi

M3 : de toute façon c'est pareil, c'est comme le médecin qu'on a vu sur la PrEP là. Moi il aborde des trucs avec des patients que moi je n'aborderai jamais. Je me sens pas du tout à l'aise et je n'ai pas les outils pour le faire.

M6 : oui mais il est sexologue

M3 : Oui lui il est sexologue et il le fait avec aisance

*M5 : *nom de médecin* quand il me dit ce qu'il demande au gens j'hallucine*

M3 : ouai, donc ça montre bien qu'une fois que tu intègres

M2 : que tu as l'habitude

M3 une pratique et que tu as l'habitude de la faire

M2 : l'exposition

M5 : ça pose pas de problème

M3 : ça pose pas de problème. Donc il faudrait que ça devienne effectivement systématique.

M4 : oui parce que lui-même il est à l'aise. C'est ça c'est que...

M5 : parce qu'il en fait tout le temps

M3 : oui parce qu'il en fait

M5 : oui c'est un truc du quotidien

M3 : c'est ça

M2 : ce qui serait intéressant c'est de savoir en Belgique comment ils font. Parce que eux quand même ils ont été vachement traumatisé par...

M5 : Marc Dutroux etc...

M2 : ...la pédophilie, mais vraiment, et je pense qu'au niveau de la médecine ça a dut changer des choses. Ce serait intéressant de regarder

M5 : moi je crois que les canadiens ils l'abordent plus que nous

EH : oui les...

M3 : ils l'abordent plus que nous

M2 : je crois qu'ils l'abordent beaucoup j'avais entendu ça oui. Plus à l'aise...

M5 : les Québécois sont...

M3 : donc il faudrait leur outil pour....

M2 : faut regarder

M3 : ouai

2.2. Second focus group

HH : première question : pourriez-vous nous décrire une ou des situations où vous pensez avoir réalisé une prévention primaire des abus sexuel sur mineur dans le cadre de votre exercice...si c'est le cas

M7 : malheureusement non

M8 : faut réfléchir un peu (rires)

M9 : faut réfléchir oui

M10 : mmmhhh

EH : quand vous examinez par exemple...

(grand blanc : temps de réflexion)

M7 : si moi ça m'est arrivé...enfin en prévention ?

EH : primaire

M8 : prévention primaire dans ce cas-là, ça veut dire il n'y a pas eu abus, mais tu en parles

EH : voilà

M8 : en fait c'est le moment où on a abordé le sujet finalement

(EH et HH : acquiesce)

EH : quand on parle du consentement aux jeunes filles...Maintenant quand on fait une consultation de,de...quand on explique...nous on parle beaucoup du consentement avec les jeunes filles...par exemple. C'est en prévention primaire

M10 : malheureusement

M7 : c'est pas...vas-y M10

M10 : moi...j'ai eu là dernièrement plusieurs cas d'abus sexuel. C'étaient des situations à risque mais sans prévention primaire.

M9 : ça veut dire quoi « des situations à risque » ?

M10 : bééé, moi actuellement c'est que des couples recomposés malheureusement. Et alors il y a eu avec des beaux-pères et surtout avec des beaux-frères...des demi-frères. Des demi-frères qui ont...deux trois ans de plus et...alors maintenant je ferais peut-être plus attention en prévention primaire, même si ça me semble compliqué quand une femme ou un homme refait sa vie avec quelqu'un qui a d'autres enfants et d'entrée de dire « ah et attention aux viols ». (blanc) C'est pas ce à quoi ils pensent quand ils se mettent en couple je pense, mais...enfin...

M8 : ou attouchement. En fait c'est aborder la question en consultation.

HH : plus de façon plus générale parce que même là

M7 : je ne sais pas si je l'aborde en consultation

M9 : moi honnêtement je ne demande pas

M7 : non, mais par contre que je sois attentif sur le moindre signe qui puisse me faire évoquer une...

M9 : violence

M7 : ...violence sexuelle

M9 : oui là

M7 : mais sinon je pense que c'est... moi par exemple une histoire comme ça que j'ai...d'emblée une histoire de chasse hein toujours. Ça été une, une jeune fille, oui c'était une jeune fille qui voulait changer de sexe. A 16 ans quoi...donc c'était...c'était un signe finalement qui fallait évoquer...Et il s'est trouvé que c'est une affaire terrible par la suite, d'un père qui faisait effectivement...une violence sexuelle sur ses enfants.... Était un pédophile quoi. Et...et moi j'ai pas tilté moi (rire de gêne) et en plus...après j'ai compris qu'il fallait tilter sur ce genre de choses, voilà c'était tout à fait...un changement de sexe pour une jeune adolescente, je crois qu'elle avait 16 ou 17 ans quoi. Elle voulait vraiment changer de sexe, en disant, son discours c'était « oui je ne me sens pas bien du tout en femme, je veux être un homme, » enfin c'était ça.

EH : oui mais là du coup tu, vous parlez plus du dépistage, de...vous dire elle est peut-être à risque

M7 : tout à fait. Mais je ne vois pas trop, la prévention...

EH : et est-ce qu'on pourrait pas être plus général ? Et du coup ça ferait moins peur car on stigmatise moins les gens en parlant de façon générale. Est-ce que c'est quelque chose qui pourrait-être....

M11 : bah c'est compliqué de parler de...de ça déjà, devant les parents, parce que généralement c'est les parents quand même qui sont censé quand même donner ces consignes-là enfin. Et puis après la médecine scolaire je pense. Parce que sur un groupe, sur un groupe c'est plus facile d'en parler qu'en consultation, en individuel. Enfin faire ça de but en blanc, ça semble un peu compliqué. Après on peut le faire éventuellement sur...sur les suivis effectivement des, des enfants puisqu'on les examine de la tête aux pieds. Peut-être que c'est le moment aussi d'évoquer ça quand...

M10 : mais là tu t'aperçois de sévices

M11 : oui nan mais même sans. Tu sais tu peux dire, par exemple mettons, je sais pas

M10 : des bleus à l'intérieur des cuisses, des choses comme ça, malheureusement tu peux en avoir

M11 : oui mais

M10 : mais là on n'est plus en primaire

M11 : mais en primaire par exemple tu examines l'enfant qui est en culotte. Tu vois, par exemple il peut être gêné ou quoi, tu peux peut-être l'évoquer. Tu peux dire « c'est normal que tu sois gêné de te mettre, de te dénuder... »...en parler

M10 : mais après voilà, le problème c'est que moi mon discours devant ce cas-là c'est, et souvent c'est en collaboration avec la mère, c'est « t'inquiètes pas, ceux qui peuvent voir sous ta culotte c'est tes parents et le médecin » mais si c'est son père qui la viole...

M11 : oui...

M10 : tu cautionnes finalement...un attouchement finalement donc heu...

M11 : c'est pour ça que c'est pas facile d'en parler

HH : mais là, quand même j'ai l'impression que vous faites de la prévention quand vous dites ça, justement

EH : ça c'est de la prévention primaire

M10 : mais on fait de la prévention primaire par rapport aux autres enfants de l'école, par rapport aux autres étrangers mais on sait que la plupart des viols sur enfant ou mineur c'est malheureusement l'entourage, donc frère et sœur ou demi-frère, ou demi-sœur bon beh elle se dit « y'a pas d'arrière pensées c'est un jeu, papa c'est normal il m'examine même si...Voilà, il m'a mis des suppo quand j'étais petite, c'est plus ou moins pareil ». Nan mais au début elle peut se dire, elle se protège en disant que c'est « normal » entre guillemets. Ce qui ne l'est pas, et parfois quand j'ai ce discours, je me dis « est-ce que je ne cautionnerai pas un attouchement du père ? » donc...c'est compliqué la prévention primaire

M9 : beau-père

M8 : après moi quand j'en parle je, en fait sous forme un peu de jeux en disant « à cet endroit y'a que si t'as envi qu'on touche ». Enfin voilà, parce que voilà d'un côté faut pas frustrer aussi la personne en disant « surtout faut pas toucher ». Enfin voilà si après, l'histoire aussi du développement sexuel de l'enfant, si on lui dit « surtout faut pas toucher », un moment donné c'est compliqué. Donc du coup...moi j'en parle pas trop de qui pourrait toucher. J'ai dit à un moment donné, enfin après je ne sais pas quand est-ce que je le fais, à qu'elle occasion, ça je ne sais pas le contexte, mais je sais que ça m'est déjà arrivé...de dire « cet endroit bah tu vois c'est juste si t'as envi qu'on touche ou alors c'est quand on se lave mais sinon y'a pas de raison qu'il y ai quelqu'un qui aille te toucher là, sauf si t'as envie ». Enfin voilà j'essaye de dire des choses comme ça, mais sans aller dire qui c'est qui pourrait toucher, pas toucher enfin voilà mais je le fait, pas à chaque fois. Je ne sais pas quand est ce que je le fais, ça se fait en général, souvent quand il y des vulvites...

M10 : c'est ça

M8 : ça c'est vrai, des grattages, des prurits, des cystites, des trucs qui reviennent comme ça et ça en général, c'est quand même systématique...les balanites

M10 : l'adolescence...

M8 : mouai l'adolescence...

M10 : quand tu recherches une puberté précoce, que tu regardes sous la culotte pour voir si tu as des poils pubiens, tu écarter un peu la culotte en disant « voilà je le fait mais, moi.... » voilà

M8 : même sur l'examen moi je les laisse faire. Enfin tu vois avec les adolescents je leur dit « hop là vas-y »

M9 : c'est ça

M11 : moi aussi je le fais

M8 : moi souvent je les laisse faire mais des fois ça peut arriver qu'ils veulent pas...et voilà. Du coup c'est le seul type là je vois, et cette histoire de certificat de virginité aussi ça, j'en fait plus là.

M7 : c'est interdit

M8 : Y'a un temps, au début quand j'ai commencé où je leur disais « bah écoute je n'ai pas à aller voir ce qui s'est passé ou pas passé ». Enfin c'était du « non » en systématique mais y'a eu quelques familles qui revenaient régulièrement. Maintenant je n'en vois plus mais...bon voilà. Mais sinon ouai, c'est à ce moment-là, à peu près où j'en parle mais sinon en systématique vraiment non et après c'est un peu...le truc c'est que à ma fille, du coup qui a trois ans

M9 : tu lui en parles déjà

M8 : et beh oui je lui ai parce que et bah à l'école...j'ai eu une histoire aussi qui a été compliqué sur une école où il y a eu un petit garçon sur un anniversaire qui s'est enfermé dans les toilettes qui est allé toucher la petite du même âge et la maman est arrivée et la culotte était en bas et le petit garçon...enfin y'a eu une histoire comme ça. Bon ça avait pas l'air d'être de méchant. Alors j'ai eu les parents entre, enfin ça été toute une organisation de savoir si c'était le garçon un peu turbulent, enfin voilà ça été toute une organisation. Après il n'y avait rien de particulier on avait examiné. Mais du coup c'est vrai que par rapport à ma fille je lui ai dit « bah écoute si tu veux pas qu'on te touche on n'a pas à te toucher, c'est ton droit, c'est ton corps et tu fais ce que tu veux avec ton corps » et du coup je lui dit régulièrement. Alors après est ce que je fais bien ou pas. Est-ce que je vais la frustrer ou pas, je ne sais pas, je n'en sais rien, mais d'un côté je me dit si un jour au moins il y a quelque chose, je me dis elle viendra me dire « maman il y a ça qui s'est passé » peut-être ou peut-être pas j'en sais rien

EH : et ça te paraît plus compliqué de le dire tout simplement en consultation ça, par exemple ?

M8 : bah c'est que je ne l'ai pas en automatisme en fait. Parce que tu vois, y'a déjà tellement de chose à penser, tu mesures, tu fais, enfin t'as des trucs en automatisme, le fait de... mais après je pense que je le dis mais je l'ai pas inclus dans mon, dans mes automatismes. Je vais le dire à un moment donné « et au fait ton corps c'est à toi », que « tu en fais ce que tu veux » et voilà. Mais après vraiment aller le dire en systématique sur un examen en particulier de tel âge à tel âge c'est vrai que je ne l'ai pas spécialement fait. Parce contre je l'ai fait moi personnellement avec ma fille quoi.

M10 : après moi ce qui pourrait être considéré comme de la prévention primaire c'est dès qu'on commence à rentrer dans la sexualité mais malheureusement y'a des viols

avant et ça...mais quand on commence à rentrer dans la sexualité, qu'on parle de sexualité au cabinet c'est grâce au gardasil maintenant. Où à 11 ans 12 ans, vu que je commence à faire les vaccinations, là à ce moment-là, je parle contraception et je leur tends une perche, je leur dis que si elle veulent, pour la suite de leur vie sexuelle, elles peuvent venir me voir sans les parents pour discuter de tout ce qu'elle veulent, voilà. Je me dis au moins je tends une perche.

M11 : voilà c'est ça

M10 : voilà je lance un message, je lui dis que la porte sera toujours ouverte et qu'elle peut venir sans rendez-vous, qu'on s'arrangera toujours pour le paiement même sans carte vitale. Mais c'est déjà à partir de 11 ans que je lance ce message parce que de toute façon plus tôt, ils ne viendront pas seuls. A 11 ans elles peuvent commencer à prendre le bus, à venir. Bon à Cazilhac l'avantage c'est qu'elles viennent à pied.

M9 : moi ils vont me tuer si je fais ça

M10 : Mais voilà, voilà peut-être mon moyen de prévention c'est de leur dire que mon cabinet est toujours ouvert pour parler de sexualité, sans leurs parents et sans besoin de carte vitale, ni rien du tout. Et qu'il y aura le secret, voilà moi j'assume le secret. Et je me souviens d'un cours de sciences humaines et sociales à Ranguel et qui disait que le, la base du respect du médecin passait par la compétence et le secret. Ça, ça m'a toujours marqué et c'est ce que j'essaye d'appliquer, c'est être le plus juste et toujours garder le secret. Et donc c'est ce que je leur explique, c'est que le secret c'est la base de ma pratique et qu'elles peuvent venir. Tout ce qui se dira au cabinet sera tu et que je l'aiderai pour quoi que ce soit, voilà. Voilà mon seul moyen, et je le dis systématiquement à la première pilule, au moment du gardasil, ça je le dis systématiquement. C'est devenu dans une routine c'est dès qu'on parle de sexualité, je leur dis « tu peux venir sans ta mère » et même maintenant qu'il y a les garçons qui font le gardasil, bah j'en profite, je le dis, je fais « si tu as besoin de préservatifs, je peux t'en prescrire, tu viens on discute de sexualité ». Finalement le gardasil à cet avantage-là, c'est qu'ils rentrent dans leur vie sexuelle et on peut amorcer un dialogue presque d'adulte. Pas d'adulte à adulte mais voilà d'un discours de quelqu'un qui peut plus comprendre je pense. Plus tôt et malheureusement il y en a beaucoup, moi les derniers cas c'était des petites de 2, 4 ans et 6 ans, alors là...à part le problème des familles

recomposées avec les demi-frères, et les beaux-pères et les trucs et les machins, je ne vois pas comment je pourrai faire mieux que ce que je fais, voilà. Comme tu dis, les vulvites, les infections récidivantes, mais quand on en est là, c'est qu'il y a déjà eu attouchements et que la petite elle se frotte sans arrêt et compagnie. Mais malheureusement, on n'est plus en primaire. C'est plus facile chez l'adolescente que chez la petite fille.

M8 : en t'écoutant aussi, y'a les garçons aussi. Ça dit pour le gardasil mais c'est vrai qu'il faut prévenir chez les garçons aussi.

M10 : mais maintenant vu qu'on fait le gardasil chez les garçons ça permet de parler sexualité avec les garçons

M8 : oui oui oui

M10 : parce que malheureusement ils font leur éducation sexuelle sur internet quoi

M9 : sur youporn

M10 : ah beh ouai. Et donc tout est facile, tout est offert et la fille elle doit dire oui tout le temps et même dans leur développement sexuel c'est problématique.

M8 : après il y a des habitudes. Je me souviens d'une maman qui branlait, qui masturbait son fils pour le calmer en fait. Et son fils il avait...je ne sais plus, il était bébé, il avait moins d'un an là de tête, je ne me souviens plus. Et en fait pour le calmer, quand il y avait des pleurs, en fait, mais elle le disait « ouai je le masturbe et du coup ça le calme ». Bon alors il fallait expliquer que quand même ça ne se faisait pas, que c'était quand même un attouchement, j'sais pas, que c'étaient ses parties. Mais comment, le bébé qu'est-ce qu'il va dire ? Effectivement c'est un peu compliqué donc là, la maman pour elle c'était naturel. Alors je ne sais plus, car ça fait un moment, d'où ça lui venait et elle était déjà suivi par la PMI, il y avait déjà tout un contexte particulier. Donc du coup on lui en avait déjà parlé et puis après elle avait compris que ça s'arrêtait, que ça servait à rien. Du coup c'est vrai que ça peut arriver, et là ça partait d'une bonne intention, elle c'était pour le calmer, elle s'était rendu compte quand elle faisait ça, après faut avoir l'idée quand même, bon...(rires). Que ça calmait son enfant.

M9 : tu l'as déjà entendu donc peut-être que c'est un truc... couramment répandu dans la population (rires)

M8 : et peut-être que...je ne sais plus si elle avait une...je sais plus...

EH : une culture particulière ou ...

M8 : nan mais je pense c'était les grands-mères ou enfin comme avant on faisait les circoncisions enfin...pas pour les circoncisions pardon pour les phimosis

M10 : on les décalottait

M8 : on les décalottait brutalement. Moi je me souviens des premiers groupe de pairs, le premier cas qu'on avait eu en fait ils disaient bah ils avaient tous les petits garçons alignés et ils étaient là « hop », bah ils forçaient les phimosis de tous les petits garçons. Donc heu bon...ça fait ce fait plus quoi, c'est des pratiques qui ne se font plus. Après est-ce qu'il y a des séquelles plus tard j'en sais rien, après sur une fois à ce moment-là mais. Bon un moment donné c'est quand même des attouchements...à la vie de l'enfant, à la vie sexuelle de l'enfant.

HH : et donc en dehors de soit les motifs effectivement un peu particuliers où vous le déshabiller les enfants ou les jeunes ou effectivement lors du gardasil ou au début de la puberté, est-ce que vous voyez d'autres moment où vous avez pu faire de la prévention primaire ou pas du tout ?

(blanc)

M10 : moi mon but au sein de la MSP c'est peut-être de faire de l'intervention sur la sexualité au sein de l'école du village, voilà. C'est un de mes objectifs voilà, de me proposer dans le cadre d'un projet, enfin même si ça rentre pas dans un projet de l'ARS, ça je m'en fout. Mais de proposer de faire de la...parce que je pense que, enfin la façon dont on leur apprend la sexualité à l'école (souffle) il y a quand même pas mal de lacunes. Donc de rentrer à l'école grâce à la MSP, parce que y aller comme ça spontanément en tant que médecin, je pense que...on dépasse nos...prérogatives. Mais sous couvert de la MSP on peut faire beaucoup de choses. Et d'y aller, par la MSP en disant voilà la MSP se propose de vous décharger de ce programme là et de vous faire, et d'y rentrer un peu plus tôt chez les CM1, CM2 donc de gagner 2 ans, ça pourrait être un moyen et...global, en disant pareil, en ayant le même discours en disant « voilà comment sont fait les organes, ça sert à rien d'aller chercher chez ta copine de classe, si tu veux », mais heu, « tu viens au cabinet je te montre sur des planches

anatomiques » ou même lui montrer comme ça, au moins ils ont plus la curiosité, une fois que c'est purgé, peut-être qu'ils feront moins de mal aux autres. Parce que je...voilà

HH : c'est plus un projet ça

M10 : c'est un projet qui me...que j'ai depuis longtemps en tête parce que...quand je vois ce qui est fait comme formation sexuelle, mais même au collège, c'est quand même très moyennasse...

EH : la prof de bio de ma fille elle lui a dit que la pilule au bout de 10 ans c'était dangereux...en troisième...

M9 : bah déjà c'est bien ça (ironie), c'est une bonne idée

M8 : je ne sais pas ce qui se fait

M10 : et comparer un sexe à une banane alors que ça serait...moi je pense qu'il vaut mieux prendre un godemichet et lui montrer et bien faire rire un bon coup et dédramatiser l'histoire plutôt que tout le temps tabou, enfin...moi il y a des choses qui me...enfin à vouloir trop cacher on crée de la frustration et donc de l'envie...à mon avis et donc peut-être que de balancer plus vite, sous le couvert d'une formation médicalisée entre guillemets. Comme ça les enseignants ne prendraient pas la responsabilité de ce qu'ils disent

M9 : ils seraient dégagés de ça

M10 : voilà parce que le problème c'est qu'ils ont toujours peur de ce que peuvent dire les parents « oh vous avez osé parler de sexe aux enfants ». Bon si c'est le médecin c'est son métier, c'est son quotidien donc heu... (rires de tout le monde) qu'ils viennent me voir

M9 : (rires) je ne savais pas

M10 : nan mais parler du corps humain c'est notre quotidien, traiter de la sexualité c'est de notre...enfin c'est comme disait les mamans, « le docteur a le droit de regarder ton sexe » donc...

EH : enfin y'a certains docteurs qui ont abusé du coup...

M10 : oui...des docteurs, des kinés, malheureusement il y en a...voilà c'est un projet. Que j'ai en tête depuis longtemps. Et même le proposer collègue, lycée parce que...les profs ils sont bloqués par un tabou de, la peur des parents et...

M9 : c'est-à-dire que t'entends des jeunes filles te dirent, c'est hors du propos hein, mais « docteur, surtout dites pas à mes parents que je ne suis plus vierge, parce que sinon ou je suis dehors, ou ils me tuent », donc si tu veux...moi je l'entends souvent ça.

M8 : oui enfin un moment ça peut être volontaire, c'est pas que des abus...dans ce cadre là

M9 : ah nan c'est pas des abus. Nan mais je veux dire...ça te dit qu'ils sont pas trop ouvert à la discussion

M10 : ah oui non

M8 : moi je suis parti du coup au Sénégal, j'ai fait trois missions. Et du coup sur les missions, alors pas sur la dernière mission, mais sur les deux d'avant on faisait de la prévention dans les collèges sur la sexualité pour prévenir les grossesses précoces parce que du coup avant 11-12 ans elles sont enceintes et il y a le problème de la culture là-bas. Je fais une parenthèse rapide c'est que d'épouser une femme qui a déjà un enfant, ça montre qu'elle est déjà fertile. Donc du coup c'est problématique parce que les grossesses sont jeunes mais c'est pas...au niveau culturel vraiment un gros problème parce que du coup bah elle seront sure de trouver un mari par la suite. Donc l'enfant souvent est accepté par la famille, mais par contre au niveau scolarité et prise en charge c'est compliqué. Donc du coup on intervenait heu, organes sexuels, enfin voilà préservatifs, sexualité. C'était des ados, alors c'était...les classes c'est difficile donc en âge c'était entre 11 et 16 ans parce qu'il y a différents niveaux en même temps. Et en fait sur les interventions, j'avais justement dit que quand même le corps appartenait à la personne et que si la personne elle ne voulait pas, il n'y avait pas d'obligation d'avoir des rapports ou d'avoir des attouchements ou de participer au niveau de la sexualité. Et pour moi c'était logique ça faisait partie un peu des choses qu'on avait dit qu'il fallait...des messages à délivrer. Et en fait quand on avait rediscuté avec l'équipe, parce qu'en mission on est 12 à partir, et quand on en avait rediscuté avec l'équipe, ils disaient « mais quand tu dis ça faut faire attention parce en fait il y a aussi des histoires culturelles dans ce cas-là » et donc voilà moi ça me paraît évident dans ma culture et

dans notre organisation occidentale mais là-bas bah il peut y avoir des moments où voilà il y a des contacts, il peut y avoir des choses particulières et donc du coup de dire ça en fait ça peut bloquer et...

M10 : et puis ça cautionne parce que quand tu dis

M8 : à certain moment, mais du coup bah c'était la grande discussion

M10 : pour tomber enceinte, pour se marier donc c'est volontaire

EH : bah elle a 11 ans

M8 : oui mais quand elle a 11 ans ou 12 ans c'est quand même compliqué

EH : on peut dire qu'elles se font violer, enfin bon...

M10 : j'sais pas ouai

M8 : c'est quand même compliqué

HH : ça rentre dans la définition...

M7 : est-ce que à 11 ans

M9 : de l'âge du début de la

EH : que ce soit culturel ou pas, un viol c'est un viol

M8 : ça reste culturel. Et la personne qui me disait ça c'était un non médecin, du coup c'était...bah voilà après y'avait pas la réponse, mais moi en tant que médecin je ne peux pas cautionner que quelqu'un... ai un rapport sexuel non protégé ou qu'il y ai des attouchements

M7 : c'est l'histoire de Polanski avec sa...femme de 13 ans

M9 : l'âge de la majorité sexuelle

HH : après l'OMS ils mettent...comment dire...y'a le côté culturel la définition de l'abus sexuel sur mineur mais ils disent quand même c'est toute...personne de moins de 18 ans effectivement

M9 : de moins de 18 ans

HH : ouai

M10 : de moins de 18 ans

HH : (acquiesce)...après le consentement

M10 : autour de la table la table qui est ce qui a eu un rapport sexuel après 18 ans...pour le premier

HH : nan mais voilà, sans consentement, ou alors avec une personne qui a un abus de pouvoir, de

EH : ouai avec quelqu'un du même âge c'est pas

HH : heu je me permets de passer à la question 2 : heu en se basant sur votre vécu encore, quels sont pour vous les facteurs qui peuvent justement limiter, ou au contraire faciliter cette prévention primaire dans votre pratique ?

EH : qu'est ce qui fait que vous le faites pas trop et qu'est ce qui pourrait...

M10 : milieu social

HH : comment ça ?

EH : milieu social c'est-à-dire ?

M10 : c'est-à-dire qu'un milieu social...il y a certains milieux sociaux où tu peux pas aborder ce genre de choses, parce qu'ils ont pas l'ouverture d'esprit déjà que tu parles de sexualité avec un petit de 10 ans. Et si tu le fais ils sont prêts à te casser la gueule pendant la consultation. Moi je me permets de parler beaucoup de sexualité parce que je suis privilégié à Cazilhac, où quand même la moyenne socio-économique est plus ouverte. Et je le vois par exemple chez les hommes adultes qui sont, mais j'ai énormément de mecs vasectomisés par exemple.

EH : ah bah moi je les vois pas

(rires)

M10 : ah mais énormément. J'ai une vingtaine ou une trentaine de patients vasectomisés.

M7 : bah dit donc

M9 : tu vois que t'as pas la même population que moi

M10 : mais pas du tout. Donc le papa qui est ouvert à se faire « couper » entre guillemets « les couilles » dans une certaine frange de la population, alors que c'est pas du tout ça. Mais quand eux

M9 : à perdre sa fertilité déjà

M10 : voilà mais bon...dans l'esprit des gens qui n'ont pas d'éducation c'est carrément on les castre. Ce qui est pas du tout le cas. Mais dans les familles comme ça, j'ai aucune difficulté à parler de sexualité, quand t'as un père, une mère qui sont ouverts qui ont dépassé les représentations culturelles et qui, qui...voilà là c'est facile. Certains quand tu parles de vasectomie c'est « quoi vous voulez me couper les »...tu sais que tu vas avoir des difficultés avec les enfants pour parler sexualité.

M7 : là on est plutôt dans la contraception c'est pas tellement...

M10 : oui mais quand ils sont ouverts à la sexualité les parents, c'est plus facile. Quand tu as les parents, plus les enfants c'est plus facile d'aborder ces choses-là.

EH : imaginons qu'on doit faire une prévention primaire qu'est-ce qu'on pourrait imaginer qu'on puisse dire dans une consultation, déjà.

HH : oui c'était la question d'après mais vas-y

M7 : j'ai quand même beaucoup de mal à parler de ça en prévention primaire, je l'avoue...Autant je suis attentif sur les signes qui me feront craindre une violence sexuelle ou une violence tout court chez l'enfant, car c'est un peu...enfin c'est pas la même chose mais disons, on est dans ce cadre-là. Il faut être vigilant sur la suspicion de violence sexuelle chez l'enfant notamment...chez la femme aussi hein je veux dire. Mais autant aborder ça en prévention, je l'avoue je le fais, je ne vois pas comment l'aborder, ça tu me poses une colle parce que c'est quand même...tu comprends ce que je veux dire hein

HH : nan justement c'est quoi qui est difficile...

M7 : ah c'est le sujet, c'est le sujet qui est tabou

EH : le sujet il est tabou ?

HH : c'est le format ?

M7 : le sujet est tabou. Et puis même pour les parents je veux dire tu vas instaurer une discussion...

M8 : mais t'es pas obligé d'aller dans les détails

EH : et parler d'alcool, drogues, avec les patients c'est moins tabou par exemple ? Ça te paraît plus simple ?

M7 : mouai

M9 : peut-être que c'est notre génération qui fait ça. Moi c'est pareil mais après...

EH : nan mais je sais pas, je pose la question, parce qu'il y a des choses qui sont difficiles de toute façon pour chacun

M9 : moi je dirai des fois comme M8 « qu'on te touche pas là où tu veux pas etc » mais je le fais pas facilement

M8 : oui mais est-ce que ça suffit ou pas

M9 : est-ce que ça suffit, je n'en sais rien

M11 : bah ça dépend de l'âge, je pense effectivement

M9 : après des fois au contraire, il y a des parents, j'en connais dans mes amis, qui sont obsédés par ça. Qui veulent pas que, le petit il ira jamais en colonie, il ira jamais en centre aéré. Alors je me dis que si tu en parles trop ça vas faire monter la mayonnaise parce qu'il y en a qui sont malades. Je veux dire, moi je me suis jamais posé la question, les petits ils ont été avec des éducateurs sportifs, peut-être à tort. Mais il s'est rien passé, voilà. Et d'autre part, bon moi je me sens pas équipé pour affronter tout l'équipement que j'ai de voilé des pieds à la tête. Où quand tu veux déshabiller les gamines il faut quand même t'y prendre à quatre reprises. On voit bien qu'à 10 ans on leur a expliqué « tu te déshabilles devant personne », moi j'y arrive. Mais elles viennent parce qu'on est que des nanas. Si jamais on a une troisième nana, ce sera « voilé-land », enfin bon après là où on est, ça ne peut être que comme ça. Mais s'il y a des gens, par exemple moi j'aurai quand même besoin de formation, car ils ont quand même un rapport à la sexualité qui n'est pas le mien.

EH : on revient au milieu social

M9 : les certificats de virginité

M11 : culturel quoi

M7 : culturel oui

M9 : culturel, pas social

M10 : voilà, ouai culturel

M11 : mais je pense que voilà ça dépend du rapport des parents à la sexualité aussi, enfin. Ouai c'est surtout ça enfin, moi je me vois mal, quelque part c'est entre les deux, ça fait partie de l'éducation aussi qu'un parent est censé donner à son enfant, enfin de le protéger bon même si on sait très bien que, c'est pas toujours le cas. Mais l'aborder comme ça, de but en blanc, ça peut être mal perçu par le parent aussi. Le problème c'est qu'on ne peut pas le faire sans les parents, enfin un enfant mineur, généralement il consulte...qu'à partir de voilà 11-12 ans, mais avant c'est compliqué. Ce que je pense peut-être, enfin moi j'avais dans l'idée, enfin quand tu m'as proposé de participer à ce focus group, j'y ai pensé un petit peu, et je me suis dit pourquoi pas mettre dans un premier temps des affiches avec...voilà enfin, des messages simples déjà qui pourraient faire accroches quoi. Pour les enfants en âge de lire, donc 6-7ans, qui pourraient déjà bon bah se poser des questions, se dire « ah ». Par exemple si un... « les parties intimes c'est...personne n'a le droit d'y toucher, si jamais quelqu'un y touche...tu peux en parler à des gens en qui tu as confiance ou un médecin »

M7 : il y a des petits livres aussi

M9 : y'a des livres

M11 : oui j'ai vu

M7 : comment ça s'appelle la série Lili là, où y'a les livres

HH : Lili et Max

M7 : Lili fait pipi au lit... et il y a aussi voilà des livres comme ça

M10 : mais cette prévention primaire moi je pense qu'elle doit plus se faire à l'école.

M8 et M11 : à l'école

M10 : parce que dans un cabinet médical

M8 : en groupe

M11 : c'est ça

M10 : les enfants ne prennent pas le temps. Enfin les enfants ne lisent pas ce qu'il y a, ils vont dans le coin jeux de la salle d'attente et ils jouent. Je vois mon fils en maternelle comme il est sensibilisé à « ne regarde pas d'écran avant trois ans, ne regarde pas plus de 10 min par jour un écran jusqu'à 5 ans. » Ils sont sensibilisés aux écrans et au fait de ne pas être exposé aux écrans et on leur rabâche sans arrêt. Il y a des interventions de la MAIF sur la sécurité à la maison « attention aux portes de four » ...c'est le lieu de l'école de dire aux enfants « si vous avez un problème...qu'on vous touche, qu'on vous touche à cet endroit, parler en a un adulte ». S'il y avait déjà une campagne

M11 : aussi il y avait les médecins scolaires qui étaient là

M10 : mais il n'y a plus de médecin scolaire

M9 : ou des infirmières parce quand on entend les profs qui expliquent, car moi j'en ai eu, au collège ils sont désignés pour faire ça, qui se font siffler, qui sont obligés d'aller homme et femme. Parce que si c'étaient des femmes, elles ne pouvaient plus intervenir. Plusieurs profs me l'ont raconté, ils sont obligés d'aller en binôme avec...bon peut-être que

M10 : c'est pour ça...je pense qu'il faudrait attaquer dès le primaire sous forme d'affichages, qu'un médecin puisse présenter en début d'année ou en milieu d'année, une fois que les groupes sont faits. Ce genre d'affiche et de faire une campagne, comme ils font une campagne pour la sécurité routière « passer par les passages piétons quand tu veux traverser », « met la ceinture » « attention aux casseroles, attention aux portes de four », « attention qu'on te touche pas et si on te touche » comment réagir, quoi faire. C'est plus à l'école d'apprendre ça qu'au cabinet médical. Au cabinet médical je pense qu'on peut laisser la porte ouverte, et c'est notre rôle de toujours accueillir un enfant dans la détresse. Là on est plus en prévention primaire c'est pour essayer de ramasser les morceaux. La prévention primaire c'est déjà de donner la force de dire non parce il sait qu'il aura un accueil si il dit non à ses parents, voilà. De lui dire qu'il sera toujours accueilli même si c'est ses parents qui posent le problème, voilà. Nous on peut dire ça, c'est toujours ouvert. Après la vraie prévention primaire, c'est à l'école et c'est pas vraiment de la prévention primaire, c'est comment réagir en cas de viol. Finalement c'est ça, c'est pas de la prévention primaire. Enfin c'est...

M8 : j'suis d'accord et en même temps

M11 : j'reviens un peu sur ce que tu dis, les enfants de 3 ans, si tu leur explique qu'on leur touche pas les parties, ils le comprennent très bien

M8 : ouai ouai j'suis d'accord et pas d'accord, je pense que le médecin il a quand même une place à dire, et puis aussi par rapport aux parents. C'est-à-dire que l'enfant qu'est-ce qu'il va faire s'il n'est pas bien il va quand même aller voir ses parents, alors s'il y en a un des deux qui est violent ou dans un sens ou dans l'autre et bien il ira voir l'autre. Et du coup je pense que c'est bien que le message il soit aussi aux parents. En disant ne pas prendre à la légère. Alors c'est pareil je ne le dis pas systématiquement mais d'y repenser je pense que j'ai dû le dire mais ça fait pas parti du systématique. Mais de ne pas prendre à la légère un enfant qui se plaint en disant « un tel m'a touché et c'était bizarre » parce que des fois il y a des enfants « oh bah oui c'est arrivé une fois » et puis ça passe à l'as. Et puis en fait ça faisait déjà longtemps et l'enfant il l'a dit une fois, il n'a pas été pris au sérieux et finalement il l'a dit en plus. Donc je pense oui à l'école pour permettre à l'enfant de le dire mais après je pense aussi le dire aux parents pour qu'ils entendent l'enfant leur dire. Après à voir, qu'est ce qui s'est passé, revoir le contexte, des fois c'est pas évident

EH : et est-ce que vous faites une différence pour vous entre un enfant qui est informé et un enfant qui n'est pas informé ? Parce que c'est ça un peu la prévention primaire, en fait c'est informer l'enfant de choses qui pourraient arriver. Est-ce que pour vous, par rapport à ce qui peut arriver plus tard ça ferait une différence entre un enfant informé et un enfant pas informé ?

M11 : ah bien sur déjà un enfant informé déjà peut-être qu'il ne se laissera pas faire ou il dira peut-être non ou déjà si jamais ça arrive il préviendra quelqu'un, ça c'est certain. C'est certain que ça diminue le risque.

EH : donc c'est sûr que ce que tu dis M8 ça a son utilité quoi

M11 : mais le problème, c'est toujours compliqué, parce ce que tu dis c'est plus dans la prévention primaire, tu le dis parce que voilà bon bah...

M8 : mais oui et du coup ça permet aux parents d'être plus vigilant et que le parent l'entende aussi le message en fait.

M10 : oui

M8 : Je ne sais plus, j'ai eu une situation où la mère m'a dit « ah bah si j'avais su, il l'avait déjà dit une fois », je ne sais plus ce que c'était parce que des fois ça se mélange. Mais heu ça me reviens que la mère oui elle m'avait dit « je m'en suis voulu de ne pas avoir entendu sur le moment ce qui avait été dit parce que du coup je l'ai un peu pris à la légère, c'était au moment de la douche ». Et puis voilà finalement plusieurs années où l'enfant a grandi et ben il y eu avait des attouchements effectivement et l'enfant l'avait mal vécu et il y avait eu renfermement de l'enfant et la mère elle avait été sur le moment elle en avait pas dit bah voilà elle avait un peu laissé...

M10 : mais quand tu fais une formation, j'insiste hein désolé, mais quand tu fais une formation à l'école...enfin oui elle est à la maternelle maintenant ? (question pour M8 sur sa fille)

M8 : oui elle en est à la maternelle, ça fait un mois

M10 : ah

(rires)

M8 : ah nous on en est au début, tu vois j'ai prévenu avant, j'lai dit hein

M10 : à chaque fois

EH : tu sais ma fille elle vient de rentrer en 6^{ème}, ils lui ont rien parlé à l'école, hein, de rien du tout

M10 : nan mais si, moi par exemple quand il a eu son cours sur le risque domestique, la maîtresse avait mis une fiche dans son carnet de liaison et le soir il a dû nous expliquer la fiche. Et donc il nous a sensibilisé aussi parents à faire attention au four, faire attention aux queues de casseroles etc. Et encore maintenant c'était il y a un an, il nous dit encore « oh tu ne m'avais pas écouté, parce que tu n'as pas bien mis la casserole » donc je pense que quand on fait une formation à l'école on est...déjà les parents sont prévenu que l'on va intervenir, donc déjà ils disent « ah, s'il y a une intervention c'est qu'il y a un risque » après il suffit de laisser un message en leur expliquant sur ce qu'on leur a dit et en leur expliquant par exemple « si votre enfant vous fait part de choses, ne le prenez pas à la légère et venez nous consulter il n' y a pas de soucis ». Au cabinet médical c'est difficile, en fait au travers de l'éducation de l'école...moi je me le vois

« facile » entre guillemets, alors peut-être parce que j'ai pas de difficulté à parler sexualité même avec les patients mais...ça m'est plus compliqué au cabinet médical parce qu'en gros, comme dit M7, si tu commences à en parler, limite les parents vont se sentir « ah c'est que vous me suspectez » non ? Un peu ton message de tout à l'heure ? C'est que tu deviens clivant. Quand tu parles à une assemblée, tu ne stigmatises personne. Au sein du cabinet les parents vont dire « attend s'il en parle à mon enfant c'est qu'il y a quelque chose qui s'est passé ». Si t'en parles à toute classe, tu peux y aller, tu peux balancer, t'es plus libre, parce que personne ne se sent stigmatisé, personne ne se sent montré du doigt.

M7 : mouaif (moyennement d'accord)

M8 : après moi quand j'en parle c'est à l'enfant que je parle en fait hein. A n'importe quel âge en général, quand il y a une visite ou quelque chose je parle à l'enfant, je ne parle pas aux parents, mais le message est à l'enfant, après est-ce que ça change quelque chose ou pas, mais je me vois mal dire « au fait » aux parents « est-ce que vous savez-s'il y a eu des attouchements ou quoi ». Nan mais c'est pas...mais je ne vois pas comment, enfin même moi

EH : attention prévention primaire, pas secondaire, primaire

M8 : oui oui, nan mais

EH : « mais attention à ce qui pourrait arriver »

M8 : voilà mais du coup je ne vois pas comment le parent pourraient être mal à l'aise en disant que « ton corps c'est à toi »

M9 : ah bah si

M8 : bah j'sais pas moi j'ai du mal à...

M9 : parce que le parent il vivrait mal qu'on lui dise qu'il ne soit pas en capacité...

M10 : que tu lui fasses son éducation à sa place

M9 : ...de surveiller son enfant et de le protéger contre ce qui pourrait lui arriver

M8 : il peut pas savoir qu'il va y avoir des attouchements

M10 : mais c'est le rôle de l'école d'éduquer à la place des parents

EH : donc pour vous ce serait moins le rôle des médecins de s'occuper de cette prévention primaire là

M10 : si on a une place, mais dans l'école. Et je pense par les nouveaux modes d'exercice faut rentrer

M7 : je crois que d'abord l'éducation nationale tu sais c'est un grand...c'est compliqué, moi je suis déjà intervenu en école et c'est toujours un peu compliqué. T'as un discours, il faut faire très très attention à ce que tu dis, c'est très très surveillé, et puis tu ne rentres pas comme ça dans une école. Donc bon après ça dépend des relations que tu peux avoir avec le collègue ou ton école. Mais il faut faire attention, ce n'est pas simple. C'est pas du tout le même discours en tout cas. Le discours, là où on sait faire finalement c'est sûr, c'est dans notre cabinet, ça c'est clair. Parce qu'on connaît nos patients et que on connaît...ce rapport que l'on a avec les familles, les parents, moi qui suis peut-être moins d'enfants maintenant parce que j'ai un jeune médecin maintenant avec moi qui me prend tous les enfants mais...qui suis beaucoup d'enfant. Mais c'est vrai que ce climat de confiance que tu peux avoir avec les parents, c'est propice à des messages de prévention. Ça c'est clair, donc...c'est intéressant. Maintenant le sujet est pas simple, c'est ça le problème. Faire de la prévention sur la violence sexuelle...Alors certes on peut parler de la sexualité mais la sexualité chez les tout petits...oui tu peux parler du stade anal par exemple, tu peux parler de choses comme ça, tu peux...mais c'est ça qui n'est pas simple. C'est effectivement d'aborder ce sujet-là en terme de prévention j'avoue que j'ai du mal. Autant encore une fois je suis en alerte pour tout ce qui est signe de violence...autant dire aux parents « attention de toute façon votre enfant » et c'est vrai « il va rencontrer des situations durant sa vie et notamment sa vie d'enfant et d'adolescent qui vont le mettre en danger », surtout ce que disait M10 avec maintenant la sexualité sur youtube et tout ça où on s'aperçoit qu'ils regardent tous des horreurs sur youtube...enfin comme mode d'entrée dans la sexualité c'est peut-être pas l'idéal quoi. C'est voilà, c'est compliqué. Donc... mais je pense effectivement que le lieu du cabinet est un lieu propice à la prévention.

HH : donc ça c'est plutôt quelque chose de facilitant. Parce qu'on était sur la question qu'est ce qui peut faciliter ou limiter cette prévention. Donc facilitant : la confiance

M7 : oui la confiance bien sûr

HH : après est-ce qu'il y a d'autres choses qui pourraient faciliter la...

M7 : après voilà ce qu'on disait tout à l'heure les affiches sont intéressantes, on peut créer un climat...les petits livres pour les enfants, moi j'avais toute une collection, je ne sais plus qui fait ça, sur la violence à enfant. Il y a des livres comme ça, des petits livres simples où.

EH : oui t'as les Dolto qui a fait des trucs « mon intimité, mon machin » il y a pleins de livres

M7 : et ça tu les laisses dans la salle d'attente

M9 : ah maintenant c'est fini

M10 : c'est fini

M7 : ah maintenant c'est fini avec le covid mais par exemple quand tu...quand tu vois les enfants, les tous petits enfants, la question du langage se pose et tu peux justement proposer des livres avec l'enfant, et par ce biais là tu peux aborder aussi le problème de...voilà

M8 : c'est que le livre déjà, tu imposes, enfin c'est déjà un sujet très défini et ça commence à être très précis comme...

M7 : oui je suis d'accord avec toi. Il ne faut peut-être pas que tu abordes comme ça au premier abord mais tu peux être...moi à un moment donné quand je voyais beaucoup d'enfant j'avais toute la collection, et j'avais la collection...lili...

M10 : mais est-ce que tu te vois laisser un livre dans la salle d'attente sans qu'il y ai un adulte pour accompagner l'enfant dans cette lecture

M7 : ah oui oui oui mais c'est-à-dire que, à mon avis

EH : après c'est fait pour hein

M10 : ouai ?

EH : c'est quand même des livres super bien fait

M10 : mais est-ce que c'est pas des livres fait pour que les parents...

M7 : se posent des question oui oui

M10 : ...le lisent aux enfants et...enfin moi je lis des livres tous les soirs à mon fils, je le sensibilise à des choses petit à petit mais je me vois pas lui laisser un livre sans explication.

EH : il y a chaque livre à chaque âge, t'as des livres avec pas de texte pour les tout petits franchement je pense...tout existe

M10 : ...j'sais pas

HH : et c'est pour ouvrir la

EH : exactement c'est pour poser des questions.

M10 : oui oui (avec ton à moitié d'accord)

HH : et justement c'est la question d'après, du coup vous avez déjà commencé un peu : comment pourrait-on l'introduire et comment la rendre plus systématique ? donc par les affiches, les livres...

M10 : introduire quand on parle de violences sur les mineurs ...non s'il te plaît

M9 : introduire...

(rires)

HH : je n'avais même pas vu

M7 : aborder

(blanc)

M9 : c'est pas simple...

(rires)

M9 : partir du déshabillage. Moi le seul truc qui me vient c'est au moment du déshabillage

M8 : j'crois que moi le moment où je l'aborde c'est

M9 : surtout t'as des gamins t'y arrives pas du tout...enfin quand même

M10 : les petits garçons quand ils ont un phimosis et que tu commences à déshabiller et qu'ils se cachent.

M7 : c'est les parents qui déshabillent l'enfant souvent. Je fais déshabiller les parents moi

M8 : oui moi c'est ça

M7 : c'est pas moi qui déshabille l'enfant

M9 : nan mais moi non plus. Nan mais des fois les enfants à partir d'un certain âge, ils se déshabillent tout seul t'espère quand même à 7 ans.

M8 : moi et même ils me montrent tout seul comment ils font pour décalotter, je les laisse faire. Enfin c'est quand même rare que j'aie besoin d'aller mettre

M9 : ah bon ? parce qu'il y en a beaucoup qui ne savent pas

M8 : ah bah quand ils sont bébé, quand ils sont bébés nan, tu fais avec les parents qui sont à côté. Mais sinon quand ils sont plus grands je dis « comment tu fais quand t'es dans le bain pour la toilette ». Et quand...bah nan du coup je fais venir les parents « et du coup comment vous faites alors ? » du coup tu fais participer et au bout d'un moment « et bah c'est bon voilà vous avez réussi »

M9 : j'étais souvent étonné par le nombre qui ne savait pas

M8 : ah oui, mais oui

M9 : tu vois ce que je veux dire « comment vous faites ? » et là tu peux rester une demi-heure.

M7 : le décalottage...

M8 : quand tu fais une prévention

M10 : pour mon premier fils c'est vrai que je n'ai pas souvent donné le bain et au bout d'un an, j'ai fait, j'ai dit à ma femme « mais est-ce que tu le décalottes quand même au bain pour le nettoyer ? », « J'oses pas »

EH : nan mais tu sais mon fils il a 5 ans et je l'ai jamais décalotté

M10 : tu laisses faire papa

EH : j'lui ai dit « tu lui montreras ». j'sais pas s'il l'a fait. Il lui a montré comment faire pipi debout

M8 : bah oui bah c'est pas évident

M10 : mais tu sais pas s'il a un phimosis alors

EH : enfin maintenant quand on dit que le pénis il grossit...bah j'laisse faire la nature quoi

M10 : pas toujours moi j'ai un petit il a attendu, enfin un petit

EH : nan mais moi j'ai tellement vu de mère qui faisait de force moi j'ai dit « j'y toucherai pas »

M10 : à 15 ans, à 15 ans j'ai un gamin son père me l'amène « mon fils à énormément mal au ventre, il a reçu un coup à l'école, il y a un problème » je commence à l'examiner et puis je dis « bon là il faut se déshabiller quand même » parce que je pensais qu'il y avait torsion de testicule tout ça. Non c'est qu'en fait il a eu une érection sur une adhérence...ça a tout pété ! et c'est le papa qui me l'a amené. Je fais « vous vous rendez compte que vous avez attendu qu'il ait 15 ans, il a sa première érection un peu costaud » et bah il s'est arraché tout le gland « je fais quand même on aura pu... »

EH : bon ce soir je vais dire à mon mari de vérifier

M10 : il va falloir accélérer parce que si t'attends 15 ans. Et le gamin n'osait pas le dire, il a dit à son père « j'ai reçu un ballon au niveau de l'entre jambe et j'ai super mal »

M8 : c'est pour ça que c'est délicat d'en parler mais il ne faut pas que ça devienne tabou aussi. Le message il passe mais pas que ça devienne tabou

M9 : oui que ça devienne une obsession

M10 : voilà, il y a plein de gars qui ont peur que leur femme, même que leur propre femme leur disent qu'ils ont violé

M8 : « il faut surtout pas », « que personne ne me touche », et que leur première sexualité finalement...

M9 : c'est compliqué

M7 : que font les PMI (blague)

M11 : je pense qu'il faut une information générale, qui passe de façon générale, que sur le carnet de santé, qu'il y ai une petite note, par exemple, ou

M8 : mm-mh (approbation)

EH : exactement

M10 : mais est-ce qu'ils lisent les notes sur la nutrition ? (rires)

M7 : oui oui

M10 : ah bon

M11 : mais au moins tu peux l'aborder. Tu peux dire « vous voyez dans le carnet de santé y'a une petite note »

EH : oui oui (en reponse à M10)

M7 : le carnet de santé est lu hein. D'ailleurs il a beaucoup évolué

M10 : nan d'ailleurs il est très bien, moi je trouve qu'il est super bien fait

M7 : moi je me rappelle les carnets de santé hein M9...

EH : mais c'est une bonne idée ça

M7 : c'étaient des carnets de santé qui étaient beaucoup plus light

EH : la couleur des cacas, on sait pas à quoi ça sert

M9 : pour dire il faut pas s'affoler

M7 : y'a pleins pleins d'informations sur le carnet de santé

M10 : nan mais ils sont très bien fait maintenant sur la nutrition tout ça

M11 : nan mais je pense passer par un support papier tu vois ça permet aussi de faciliter les choses

M9 : oui ça pourrait être écrit. Il pourrait y avoir trois lignes

M11 : tu vois sans que ça vienne de toi en fait, c'est juste que ça fait parti

EH : « est-ce que vous avez parlé à votre enfant de la prévention... »

M11 : voilà

EH : tu coches

M10 : c'est ça

M9 : à la visite des 9 ans

M10 : et comme ça finalement ça nous dédouane d'aborder ce sujet c'est « faut que je le coche, est-ce que c'est fait ? »

M9 : « est-ce que tu sais t'habiller tout seul ? »

EH : ce serait plus systématisé quoi

M11 : mais je pense, je suis d'accord avec toi, faut que ça soit fait en amont...enfin ça fait partie de l'éducation...enfin pour moi c'est plus parti de l'éducation

M10 : le problème c'est que l'éducation c'est pas...l'éducation d'un enfant c'est pas censé se passer au cabinet médical mais à l'école. Et...

Deux conversations simultanées :

Conversation 1 :

M9 : chez ses parents aussi

M7 : ooh chez les parents aussi hein

M10 : oui oui

M7 : ils ne font pas tout à l'école non plus

M10 : nan mais la plupart des parents se dédouanent sur l'école quand même

M7 : nan il ne faut pas

M10 : ah il ne faut pas mai...mais t'as bien vu le mal du confinement

M7 : 80%...

Conversation 2 :

EH : nan mais par exemple les écrans, si on parle des écrans, c'est qui qui en parle ?
Parce que t'en parles ou personne n'en parles ?

La : ça c'est pareil il y a une note sur le carnet de santé, donc moi j'en parle

EH : mais est-ce que c'est pas de l'éducation ?

M11 : ouai si tu veux...ouai

EH : je sais pas mais je pose une question

HH : attendez attendez parlez pas tous en en même temps je n'arrive pas à suivre les deux conversations en même temps

M11 : je pense tu as raison dans le sens où ça fait partie de l'éducation, oui, mais nous on fait de la...c'est du dépistage aussi c'est pour vérifier que l'enfant soit pas non plus...

EH : c'est de la prévention

M11 : oui on peut dire ça...mais c'est aussi...oui

EH : nan nan mais je rebondis sur ce que tu dits.

M11 : nan mais t'as raison. Mais je pense que la première information c'est peut-être pas à nous de la donner...enfin dans le cabinet médical, après s'il y a ...

M9 : c'est peut-être qu'on est un peu oppressé

M7 : oui moi je crois

M9 : enfin c'est qu'on sait pas le faire

M11 : si on a quand même des supports je pense que c'est plus facile de l'aborder. Et puis comme il disait aussi ça dépend des...

M10 : de l'entourage

M11 : de la culture, franchement

M7 : moi je crois que le problème c'est...

M11 : c'est vrai que j'ai des personnes qui sont...très pudique parfois c'est compliqué de parler de ça. Et même ils le prendraient mal je pense. Et je ne suis pas sûre que, ça soit très bien perçu quoi

M9 : nous on croit aussi qu'ils le prendraient mal.

M8 : ouai, grave

M9 : Des fois moi aussi avec ces populations je ne sais pas qu'est-ce qu'il faut dire, pas dire.

M8 : mais toi déjà, est-ce que tu le prendrais mal, si on te l'avait dit ?

M9 : mais pas du tout.

M8 : à ton enfant ? Si au cours d'une consultation si on avait abordé le sujet, quand t'avais des enfants en bas âge ?

M9 : nan mais à l'époque j'y pensais même pas, j'y pensais pas

M10 : moi ça me gonfle quand ma mère me dit « tu fouta pas ton enfant en colo parce qu'il va être violé » ça me gonfle tu vois mais

M8 : c'est pas de la prévention ça

M10 : et béh si elle fait de la prévention primaire...pour elle c'est de la prévention primaire elle dit « il y a des viols à la colo donc mon fils tu ne mettra pas ton fils »

EH : donc pas de sport non plus alors

M9 : pas de sport moi j'en connais...

M7 : surtout la natation

M9 : sauf en la présence des parents

M10 : elle dit, elle le fait...le discours de ma mère c'est pas méchant, elle aime son petit fils et avec ce qu'elle a vu

M8 : c'est pas un discours de docteur, c'est pas ce que tu dirais toi

M10 : oui mais honnêtement moi en tant que parent ça me gonfle quand ma mère me dit ce que je dois faire de mes gamins et de quoi je dois me méfier

M9 : est-ce que ta mère aurait pas été violé ?

M10 : ah peut-être

(rires)

M9 : nan mais, nan mais moi

M10 : ça expliquerait beaucoup de choses, et ça m'aiderais de le savoir

M9 : c'est une grosse digression mais

M10 : « ah c'est pour ça »

M9 : plus j'avance et plus je m'étonne du nombre d'adulte, de gens, d'adulte qui t'avouent avoir été...enfant. Ça je n'en n'avais pas conscience et plus ça va plus il y a de gens qui me le disent

M7 : oui ça c'est vrai...et par exemple il y avait quelque chose qui m'avait frappé. C'était au moment de l'affaire pédophile belges célèbre là, qui a été un grand retentissement, dans les années 90, c'était il y a un petit moment hein...Le nombre de gens qui se sont mis à parler de leur...agressions sexuelles

M9 : c'est énorme

EH : Jacques Dutroux ?

M7 : nan c'est pas l'affaire Dutroux

M9 : avant Dutroux, un belge là

EH : Fourniret ?

M10 : non Fourniret il les tuaient

M7 : non. Un belge qui avait séquestré je ne sais pas combien de

M9 : tu devais être enfant

EH : bah Dutroux ?

M7 : nan c'est pas...peut-être c'est Dutroux...ouai c'est Dutroux. Donc les gens se sont mis à parler. Et c'est terrible c'étaient des adultes qui parlaient et qui « effectivement j'ai été victimes de sévices sexuels »

M9 : le nombre d'adulte

M7 : c'était effrayant...et en plus, bon on sait très bien que c'était l'entourage

M10 : mais c'est ça, c'est que c'est l'entourage proche

M7 : l'entourage familial donc heu ça, ça c'est frappant. Je pense pour en revenir à la prévention je pense effectivement le...l'éducation sexuelle...est peut-être une bonne approche, c'est-à-dire on va parler de sexualité...on peut parler effectivement de la sexualité chez l'adolescent, on peut en parler...de l'enfant quand il joue au docteur. Et puis aux tout-petits quand ils touchent...voilà, parce les parents me disent « il arrête pas

de se toucher les parties génitales, est-ce que c'est normal docteur ? ». Donc là c'est intéressant peut-être d'aborder un peu ce sujet, sur finalement, qu'est-ce qu'il ressent finalement l'enfant à ce niveau-là. Moi je ne suis pas très compétent dans le domaine, mais je pense ça peut-être une voie effectivement intéressante pour faire de la prévention...parler de la sexualité et en même temps faire de la prévention.

*M10 : enfin c'est rare que les parents...tiens moi ça m'arrive pas souvent, autant j'ai le problème à la maison, parce que pendant un moment, quand il avait 4 ans *prénom fils* et bien...il était juste en T-shirt, sans culotte et ça lui arrivait de se caresser le zizi devant la télé et ma femme me disait...et non « non Martin tu as le droit de le faire mais c'est tout seul dans ta chambre, jamais avec des gens autour », voilà « tout seul dans ta chambre tu fais ce que tu veux avec ton intimité ». Voilà moi c'est comme ça que j'ai abordé la prévention avec mon fils. C'est-à-dire « tu peux te toucher mais c'est toujours seul, jamais avec quelqu'un, et dans ta chambre »*

M9 : ah bon c'est-à-dire que jouer au docteur entre deux gamins c'est dramatique ?

M10 : non ! c'est pas dramatique

M9 : parce que ça c'est un sujet que je connais pas, mais je serais contente de l'apprendre entre deux gamins du même âge est-ce que c'est pathologique ? est-ce que c'est un viol ?

M7 : bah moi j'ai...

*EH : bah tout dépend, nan, tout dépend **

M9 : si ils sont consentants, parce que ça existe ça

EH : si les deux ils sont d'accord. Parce qu'il y en a du même âge qui font subir des choses à d'autres du même âge.

M9 : oui ça aussi tout à fait

M7 : oui j'ai...des histoires terribles

EH : Donc si les deux sont d'accord. Donc attention, voilà...

M9 : après à 6 ans ils sont pas poursuivis pour viol

EH : non mais on va chercher ce qui lui est arrivé

M7 : mais traumatisme

EH : pourquoi il fait ça

M9 : oui tout à fait

EH : bien sûr que si c'est dans le jeu et que les deux jouent, y'a pas de problèmes

M11 : en culotte

M10 : mais voilà c'est difficile ce discours que j'ai eu avec mon fils

M7 : c'est pas le même discours qu'il faut avoir parce que là c'est tes enfants. Mais tu peux avoir un discours professionnel si tu veux en expliquant justement pourquoi un enfant va à un certain moment toucher ses organes génitaux

M10 : que la masturbation est quelque chose de normal

M7 : en fait c'est une découverte de son corps...il découvre son corps tu peux l'amener comme ça. Alors s'il le fait sans arrêt effectivement ça peut poser des questions et tu peux reposer la question de troubles de la relation parent-enfant mais bon après on revient sur ce côté-là. Mais s'il le fait de façon épisodique...bah oui il découvre son corps, il a besoin de toucher, il a besoin...donc c'est quelque chose d'intéressant à ce moment-là...je pense effectivement on peut le faire par ce biais-là. Par les affiches, par les livres. Après il faut savoir où c'est qu'on s'aventure hein...parce que c'est quand même quelque chose de difficile. Il faut avoir du temps, il faut avoir du répondant, il faut...moi je ne le ferais pas...peut-être si j'étais...peut-être pas à toutes les familles enfin...

M10 : c'est ça

M7 : voilà qu'est-ce qu'elles vont comprendre, comment elles vont le prendre...pas facile hein.

M8 : après c'est peut-être celles qui en ont le plus besoin

M7 : et c'est peut-être celles qui en ont le plus besoin

M10 : toi t'arrives déjà à en parler avec ton fils

M9 : et c'est peut-être celles-là qui en ont le plus besoin

M8 : Et puis les personnes qui sont le plus en difficulté

M7 : je suis d'accord

M8 : et bien c'est celles qui n'ont pas les mots...corrects

M10 : c'est tout à fait ça

M8 : et du coup finalement c'est celles pour lesquelles on est le plus gêné, de se dire « comment je vais formuler mon message ? »

M10 : moi j'en parle beaucoup plus à Cazilhac que quand j'étais dans le centre-ville de Carcassonne

M9 : et bah voilà et pourtant...ils sont plus à risque quand même

M10 : bahhh j'sais pas mais...je vais te dire les trois petites filles qui se sont fait violées, c'est des patients que j'ai ramené du centre-ville

M9 : ah bon...en tout cas c'est vrai que moi je me rends compte que dans les très grandes fraternités tout ça...de plus en plus les adultes te racontent qu'il se passait des choses.

M7 : ah oui oui oui

M9 : Moi j'en avait pas conscience à ce point. J'ai l'impression que les gens ils se lâchent de plus en plus avec le truc des prêtres, des pédophiles, des machins...tout le monde cherche qu'est-ce qu'il lui est arrivé il y a 40 ans. Et il en sort des choses donc c'est vrai que la prévention ça a sûrement un sens.

EH : puis bon quand on voit tous patients alcooliques, hyperalgiques, douleurs chroniques

M10 : ah oui

M7 : oui t'as souvent des histoires psychiatriques

M9 : mais ça remonte bien souvent, et de plus en plus

M10 : la sexualité est souvent le nœud du problème

EH : traumatisme sexuel

M7 : ouai...

M9 : la sexualité mal vécue on va dire (rire)

HH : alors vous avez déjà commencé à répondre

M7 : c'est pas grave, on va reformuler

M10 : la sexualité épanouie peut sauver les gens mais la sexualité frustrée...

EH : vas-y

HH : donc là un certain nombre d'entre vous ont répondu mais pas tous donc...on pourrait se dire que la prévention primaire des abus sexuel sur mineur est le rôle des parents ou de l'éducation nationale et non celui des médecins généralistes, qu'est-ce que vous en pensez ?

M10 : c'est complémentaire. Je pense que l'on doit travailler de plus en plus ensemble. Et pas l'un contre l'autre, ce qui s'est fait pendant longtemps, c'est que l'éducation nationale ne supportait pas les intervenants extérieurs parce qu'ils se sentaient dépossédés de leurs faits. Et je pense que ça s'ouvre un petit peu...je l'espère. Mais je pense que tout le monde à sa place, qu'il faut travailler de concert et...on peut faire des choses bien je pense. Parce que eux ils ont des envies mais ils n'ont pas les moyens, ils ont pas forcément les mots, ils n'ont pas eu forcément la formation pour parler de sexualité. Nous on l'a eu...même si on le fait pas, on peut leur donner des messages on peut leur

M7 : moi je sais pas combien j'ai eu des cours de sexologie...mais à mon avis j'ai du tout apprendre sur le terrain

M9 : ...moi j'ai eu un cours mais...(rire) Moi on m'a jamais appris ça. On nous apprenait toutes les perversions de la terre, c'était un catalogue abominable.

M10 : durant l'internat non ?

HH : sur quoi exactement, sur la sexualité ?

EH : moi j'ai clitoris en taille réelle en 3D. J'en ai deux

(tout le monde dit aaah)

M9 : ah tu en as ?

M7 : oui mais toi tu fais beaucoup de gynéco non ?

M9 : en plastique là ?

EH : ouai en 3D en plastique, ça c'est super. Parce que déjà les gens ils touchent (rires) parce qu'il ne savent pas ce que c'est

M7 : ah bah dit donc bravo, on commence les attouchements dans ton cabinet toi

M9 : j'y ai pensé à ça

EH : eux ils jouent avec « bah c'est quoi ça ? », « bah c'est un clitoris » (rires)

M8 : c'est pas un presse papier ? un stylo ? (rires)

M9 : ah oui je vois (rires)

M7 : je pense qu'il faut que l'on soit acteur dans la prévention bien sûr. Faut qu'on soit acteur. Après comment se positionner vis-à-vis de l'éducation nationale, des parents... Je pense que chacun à sa place bien sûr. Voilà on est un acteur en tant que médecin généraliste on fait de la prévention bien sûr. Donc de la prévention sur ça, bah oui, tu vois bien qu'on est quand même un peu...

M9 : on n'est pas formé à fond

M7 : le sujet est difficile... on n'est pas préparé, pas formé à ça, mais...

M9 : c'est pareil que la psychothérapie hein

M7 : oh la psychothérapie...

M9 : qui sait qui m'en parlait l'autre jour... ah oui quelqu'un qui m'a dit « vous devez avoir une solide formation de psycho (rires) pour supporter ça ». La fille avec qui je fais la randonnée à cheval, « pour absorber tout ça et tout » parce qu'à 8h on m'appelle comme quoi quelqu'un était mort. Puis je réponds c'était un peu particulier c'était un samedi à 8h « dit il faut vraiment que vous soyez très bien formé, que ayez des débriefings formidables » et là j'ai dit « ooooouuui, compte y ! »

M10 : des réunions de pairs toutes les semaines

M8 : je pense que c'est complémentaire quand même. Parce que tu sais dans l'éducation, enfin par rapport à tout ce qu'on a dit, qu'il y ai une information un peu générale et après moi je pense quand même que de temps en temps l'évoquer suivant le contexte, ou j'sais pas, comment on le sent,

M9 : il faut essayer, il faudrait essayer parce que...

M8 : ou après en systématique avec le carnet santé. Si ça y est quand on le feuillète justement « est-ce que vous avez abordé ce sujet avec votre enfant ? », pour en parler. Parce que c'est quand même, comme tu le disais, on a une relation privilégiée avec les familles, avec les patients

M9 : ah oui

M8 : et du coup de l'entendre de son médecin quand même. Il y encore le médecin quand même...

M10 : une légitimité

M9 : bah oui

M8 : ...qui a une portance dans le message quand même et je pense qui est importante. Et que les parents, ou l'enfant suivant l'âge après peut s'en saisir et peut l'entendre. Il peut se dire que bah peut-être « je peux faire quelque chose ». Que au milieu de tout le monde de l'éducation, bah il va entendre le message comme beaucoup de messages, comme la nutrition, enfin tous les message qu'ils peut y avoir. Mais des fois quand même il peut se dire « bon oui j'ai entendu mais qu'est-ce que j'en fait, après il y a un problème et comment je fais ? ». Donc je pense que c'est complémentaire l'un et l'autre parce que nous on voit bien on ne le fait pas tous, on ne le fait pas en systématique donc de toute façon...et on ne peut pas dire qu'on le fera tous, parce que tout le monde n'a pas de médecin généraliste, tout le monde a des pratiques différentes et l'enfant va pas être suivi de la même manière avec un médecin ou un autre. Donc je pense que l'un est complémentaire de l'autre.

M10 : mais ce que tu dis c'est vrai. C'est que un enfant qui n'est pas malade et qui ne fait pas de sport il peut ne pas voir de généraliste pendant 5 ans. Et ça, ça m'est arrivé là des parents qui déménageaient et qui sont à Cazilhac, j'ai pris la famille, quand j'ai regardé le carnet de santé j'ai fait « eh béh heu wow, votre enfant n'a pas vu, il n'y a rien d'écrit, il n'a pas vu de médecin depuis 5 ans, là ? Vous avez sauté un vaccin. » « ah bé non il n'était pas malade, il ne fait pas de sport » . Donc...

M9 : c'est dur de trouver un médecin

M10 : ça aussi (rires). Et donc après on a rigolé au tout début mais ce qui est la combinaison de l'école et du médecin généraliste c'est le médecin scolaire. Le problème c'est qu'il n'y a plus de médecins scolaires et donc...pour moi c'était le rôle du médecin scolaire. Parce que je me souviens au collège quand le médecin scolaire, c'était le premier médecin qui...moi adolescent c'est le premier médecin qui m'a vu tout nu. Et quand la médecin m'a fait tousser pour voir si j'avais un réflexe crémasterien. Alors tous les garçons on était « mais comment on va faire pour se déshabiller » et à ce moment-là elle avait abordé la sexualité. Je m'en souviens, bon ça fait vieux con, mais c'était y'a quoi...20 ans. Ouai un peu plus de 20 ans. Mais ils ne voient plus de médecin les enfants.

M8 : aujourd'hui qui le fait ? moi je le fais pas

M10 : c'est ça, tout ça pour voir s'il y a le réflexe crémasterien, ouai...mais c'est voilà. Et après j'ai eu un deuxième examen c'est quand j'ai voulu rentrer

M9 : c'est célèbre, après...maintenant qui palpent les testicules aux hommes jeunes ?

M8 : moi je le fais pas hein

M9 : ça on le faisait internes

M10 : quand j'ai voulu rentrer médecin militaire et que j'ai passé le concours de médecin militaire, j'ai eu une visite militaire. Et les médecins militaires, ils te palpent systématiquement les testicules de tous ceux qui veulent rentrer dans l'armée. En disant...

M9 : c'était une période, moi j'étais interne en urologie au Val de Grasse, donc je peux te dire je suis experte en palpation

M10 : ...et en disant c'est chez le jeune homme qui...

M9 : ils étaient traumatisés un moment parce qu'il en mourrait tellement, d'avoir à en mourir quoi...à une période

M10 : et ça touchait les jeunes hommes donc...les militaires

M9 : c'étaient les hommes entre 20 et 30 ans

M8 : mais là c'est des consultations de prévention en fait. C'est-à-dire que nous médecins généralistes, quand ils viennent en consultation en général ils viennent pour quelque chose, ils ne viennent pas pour une consultation de prévention.

M9 : et non

B : l'enfant si quand même

M8 : Après il y en a beaucoup qui vont chez le pédiatre pour faire cette consultation de prévention, mais c'est vrai que rarement ils viennent pour dire « ah bah en fait tout va bien je viens juste pour faire une consultation. »

EH : sauf pour les certificats de sport

M9 : heureusement qu'il y a ça

M8 : ils viennent pour le certificat de sport

EH : je parle des écrans tu vois, je parle de

M8 : nan mais moi aussi

M10 : mais maintenant elle est que tous les 3 ans cette consultation

EH : ouai j'ai pas l'impression de les voir moins

M10 : non mais, quand ils sont éduqués ils ne viennent que tous les 3 ans.

M9 : ouai il y en a, ceux qui ne font pas de sport

EH : ça dépend des fédérations

M9 : « t'as le covid, y'a ci, y'a ça » bah ils ne viennent pas

M10 : donc à l'école tu chopes tous les enfants, même ceux qui n'ont pas de médecins traitants. Et tu peux...

M9 : mais à l'inverse, c'est vrai que l'on est plus dans la confiance des parents des fois pour dire quelque chose et dans l'intimité des familles. Les gens ils t'acceptent

M7 : c'est pas le même rôle quand même

M9 : c'est pas un rôle...

M10 : mais comme dit M7 le problème c'est qu'on sait faire, mais on le fait pas au cabinet.

M9 : encore un truc de plus. On va s'autoflageller

M7 : alala c'est vrai on n'a pas déjà assez de choses à faire

M10 : nan mais c'est pas une critique. On manque d'opportunités pour aborder ce sujet, c'est vrai.

M9 : de formation probablement... faisons une formation, parce que ça la sécu ils ne nous payent pas ça, ils n'en n'ont rien à foutre. C'est pas le problème, ça fait pas gagner assez de sous, ou alors c'est à long terme et ils n'ont pas à réfléchir.

EH : et pourtant ça éviterait tellement de...

M10 : si si y'a des...

M7 : il y a des formations sur la maltraitance.

M10 : oui.

M8 : nan mais il faudrait juste un message clef, comme le tabac, deux questions qu'on pose, le conseil minimal en fait.

M9 : le conseil minimal.

M8 : je pense il faudrait inventer une phrase ou un conseil minimal ou une réflexion.

M9 : une phrase magique.

M8 : comme le tabac par exemple.

EH : en fonction de l'âge par exemple ?

M10 : mais non comme les fruits.

M8 : en fonction de l'âge.

M10 : à l'école c'est 10 fruits et légumes.

M8 : voilà un message simple en fait.

M10 : « ton zizi il est à toi ».

M8 : en fonction de l'âge, en fonction de...de plus de 6 ans, moins de 6 ans. Une phrase facile quoi.

*M7 : mais c'est vrai tu vois pour parler du concret là. J'ai eu une jeune fille de 16 ans-là qui est venue en consultation pour un renouvellement de pilule. Et j'ai demandé depuis quand elle prenait la pilule quoi, depuis 13 ans, l'âge de 13 ans. Et j'ai pas...bon c'était le soir en plus et en plus je la connais pas cette fille, c'est pas à moi d'aborder tout ça. Mais je pense que c'est peut-être pas mal d'aborder un peu la sexualité. D'ailleurs je l'ai confié à *prénom collègue*, ça passe mieux. « Ce serait bien que la prochaine fois vous voyez *prénom collègue* une femme »*

EH : des fois on met la pilule à 13 ans car elles ont des règles hyper douloureuses.

M7 : oui oui. Voilà, mais je me disais, c'est quand même une contraception relativement tôt, je pense pour la moyenne d'âge en France.

M10 : et après tu enchaînes ?

EH : les règles douloureuses, fréquentes, enfin moi j'ai...

M7 : enfin là c'était contraception.

EH : ah c'était contraception.

M7 : Vraiment elle m'a dit.

M10 : ah elle a commencé pour la contraception.

M7 : oui.

M10 : ah oui. Bah d'un côté si tu fais le Gardasil à 11 ans c'est que...

M8 : elle en a déjà parlé du coup. Enfin tu t'es pas senti...

M7 : non je ne me suis pas senti. De toute façon je ne la connaissais pas très bien cette jeune fille donc si tu veux j'ai pas...

M8 : mais des fois justement.

M9 : oui des fois.

M7 : ...une consultation mais j'ai tendu des perches quoi.

M9 : remarque c'est mieux qu'elle la prenne, qu'elle te dise quand elle te voit « Oh je suis enceinte, je vais avorter cette semaine », « Bon vous prendrez la contraception après quand même ? ».

EH : « nan ça fait grossir. »

M9 : « vous n'y penser pas docteur, ça fait grossir et c'est très dangereux ! » « Et vous prendrez peut-être la pilule du lendemain alors de temps en temps ? » « Vous n'y pensez pas, c'est un mois de pilule ! » voilà...

M10 : ah nan moi elles sortent avec la pilule du lendemain, et avec leur première plaquette de pilule.

EH : ouai nous aussi.

M10 : c'est systématique.

EH : et une boîte de préservatif.

M10 : oui, et comme ça, ça braque bien les parents.

M8 : ça j'y pense pas.

M10 : ah si moi c'est Eden.

EH : nous on a une ordonnance toute faite.

M10 : et déjà là souvent ça coupe le souffle des parents, et là c'est un bon moment de parler sexualité et tout c'est... Mais bon le problème c'est que c'est déjà avancé. Et que moi les 3 cas que j'ai eu en début d'année, c'est 3 cas de moins de 6 ans. Ah ceux-là comment veux-tu...

M11 : mois de 6 ans ?

M10 : ah bah oui 3 ans et 4 ans et 6 ans.

M9 : et qui l'a trouvé ? qui l'a repéré ?

M10 : la mère...les mères à chaque fois.

EH : c'est le même père mais 3 mères différentes ?

M10 : nan nan nan trois enfants différents, trois couples différents.

M9 : trois cas différents ?! mais ça va y fond là-bas dit donc à Cazilhac.

M10 : ils viennent du centre ville hein.

M9 : ah c'est des clients du centre-ville qui t'ont suivi ?

EH : dites pas ça, parce que ma fille va au collège en centre-ville, ça me fait flipper.

M8 : mais...prévention (rire)

M10 : nan mais là c'était...et à chaque fois c'est des familles recomposées.

M9 : à quel collège ?

*EH : *nom d'un collègue**

M10 : là, avec mon expérience je serai tenté de faire de la prévention primaire à toutes les femmes qui se séparent du père biologique de l'enfant en disant « attention au futur père » ou « Attention aux enfants de votre futur compagnon ». Ouai la fille elle est détruite parce que son mec vient de la planter et le prochain « Faites gaffe, il risque de violer votre fille. »

EH : « attention à toute nouvelle personne qui s'introduit dans votre famille. »

M10 : voilà.

M8 : c'est vrai, sans stigmatiser.

M10 : nan je rigole mais je le fais, parce que...

M8 : sans obliger de préciser qui.

M10 : oui voilà en disant « Faites attention » voilà.

M7 : je ne sais pas si c'est comme ça qui faut aborder le message mais...(rire).

M10 : « J'ai trouvé un nouveau compagnon » « Bilan des MST et attention, attention au loup qui arrive dans le foyer. »

M9 : « attention c'est un prédateur. »

M10 : « c'est un prédateur...c'est pas pour vous c'est pour votre fille »

(tous ces propos sont sur un ton blagueur)

M8 : ou garçon, les garçons aussi.

HH : tu parlais de questions systématiques, ultra simple, une ou deux. Quel format, quel âge, comment tu vois ça justement ?

M8 : je pense qu'il ne faut pas faire hyper compliqué parce que sinon on ne le fera pas. Après les examens...il faut aussi les faire aux examens qui sont déjà prévu en systématique et qu'on fait.

M10 : et pourquoi il n'y aurait pas une campagne, vu que les panneaux publicitaires ne sont pas chers depuis qu'il y a le Covid. Mais faire une campagne comme la nutrition là, les fruits, le sucre c'est pas bien.

M8 : ou comme...

M10 : voilà pourquoi pas.

M8 : nan mais sur les visites, je sais pas, je dirai à 1 an peut-être. A 1 an il y a une grande visite que l'on peut faire, voir et puis du coup juste aborder.

M9 : à 1 an ?

M8 : pour les parents. Bah en fait plus tu arrives à en mettre plusieurs en systématique, plus t'as le message il va passer après...ça fait partie d'un tout. Après je pense à 6 ans, parce à 6 ans t'as les vaccins, mais du coup c'est déjà fait. Après dans cette période pour les voir les enfants c'est un peu compliqué.

EH : après les abus c'est toute l'enfance donc c'est pas que avant 6 ans, c'est pas que après.

M8 : oui mais pour nous essayer de le faire systématiquement. Dans mes examens j'ai celui des 6 ans hop j'ai tout en truc, à 11 ans j'ai le dos, j'ai la tension...Enfin je fais des choses en systématique. Et si je ne veux pas l'oublier...enfin moi c'est comme ça que je le vois et c'est comme ça que j'imagine.

M7 : consultation de prévention.

M8 : voilà de faire sur ma consultation de prévention, et bien de rajouter une case pourquoi pas et de dire le conseil simple. Alors là je sais pas trop...comme ça serait mais ça serait une phrase simple ou...dire en systématique.

M10 : ce sera plus facile d'aborder le sujet s'ils avaient été sensibilisé en amont par une campagne...

M8 : ah oui de toute façon, plus on va en parler plus, pas ça va être facile1.

M10 : ...carnet de santé ou à la télé et après voilà, ça été déblayé par l'INPES ou n'importe quel organisme qui va s'occuper de...

M9 : tu peux avoir des flyers.

M10 : voilà.

M9 : ou des...

M10 : enfin...là...alors...je disais la pub, mais la pub ça marche pas parce qu'ils sont tous sur youtubekids.

M8 : après je dirai l'école peut-être.

M10 : mais entre chaque dessin-animés, il y a souvent des pubs...et bé on paye et au sein de ces dessin-animé qu'ils regardent sur la tablette parfois pendant 2h non stop, des petits messages-là qui sortent.

M7 : « ne regardez pas la tablette »

M10 : « ne regardez pas la tablette et faites attention »

M8 : peut-être avant l'école peut-être...au moins avant l'école après...aux alentours de 3 ans...Nan mais nous sur les messages...Peut-être que 1 an c'est un peu tôt...je réfléchis.

M7 : mais tout ça, ça existe déjà quand même, tous ces messages, sur le plan.

M10 : grand public ? Qu'est-ce qu'il y a ?

M7 : oui nan, il y a eu des campagnes régulières...ça existe hein.

EH : il y a eu ? Parce que là il n'y a rien. J'en ai jamais vu hein.

M7 : sur la maltraitance il y a eu.

M10 : ah sur la maltraitance.

EH : sur celles-faites aux femmes il y a eu, mais sur les enfants...

M10 : et les petits garçons sont souvent négligés dans ces problèmes.

EH : 83% c'est des filles.

M9 : donc quand même.

M10 : oui...oui.

EH : nan c'est pour remettre les choses en perspectives.

M10 : oui moi j'en ai pas eu de garçons.

M8 : il y a quand même des garçons qui...

M7 : nan mais après les campagnes c'est une chose...je crois on n'a pas la main sur les campagnes. C'est les ministères de la santé, il y a des organismes.

EH : bah on a leur envoyer sa thèse t'inquiètes.

(rires)

M7 : nan mais il y a des organismes pour ça qui existent.

M10 : t'as l'INPES, et tout ça.

M7 : chacun son rôle, on ne peut pas tout faire.

M8 : plus on en parlera plus pour nous ça sera facile d'aborder le sujet.

M7 : après nous dans notre rôle dans notre cabinet je pense qu'on a effectivement...là on peut agir. Parce que agir sur des campagnes tout ça...

M10 : mais là M9 est en train de regarder, sur l'INPES, on n'a pas de support papier. Alors qu'on a des supports de nutrition, pour tabac, vaccinations. Déjà de nous offrir...

M9 : sexualité hétéro, homo, bi tout ce que tu veux, trans.

M8 : après il y a un petit livre....livret jeunes des ados de 11-14 ans là où il y a justement tout un petit..un petit livret là comme ça où...Alors là c'est vrai j'en ai plus là je ne suis pas allé en rechercher mais...Où ils expliquent la sexualité, l'homme, la femme, la contraception, la sexualité consentie. Et l'âge quand même, ils précisent quand même à 11 ans et donc c'est pareil du coup c'est plus au moment de la contraception qu'on en parle, mais c'est pas trop les abus ou les attouchements.

M9 : nan c'est pas sur les abus.

M8 : enfin il y a une page quand même sur le consentement, mais c'est vrai que je ne le met pas en prévention...Je le met quand on parle de la sexualité. Mais des fois en fait je

le donne aux parents aussi je leur dis « Vous lisez avant et puis après quand vous sentez votre enfant capable.» Parce que du coup c'est un peu délicat de dire à 11 ans « Je vous donne ça ». Enfin je ne sais pas en fait, à quel niveau à 11 ans c'est difficile. Il peut y avoir plusieurs niveaux de sexualité et le message peut être compliqué à entendre suivant le niveau d'avancé de l'enfant quand même... 11 ans c'est compliqué quand même...un peu plus tard c'est plus facile

EH : bah quand tu sais qu'à 9 ans ils sont je ne sais pas combien de pourcent à avoir vu des films pornographiques. 10 ans 11 ans, je crois que tu serai surprise.

M8 : bah écoute ouai peut-être mais d'un côté tu peux tomber...tu sais pas sur qui tu tombes quoi.

EH : peut-être qu'il vaut mieux en parler.

M10 : dès qu'ils ont un smartphone.

M8 : moi je laisse le parent faire.

M10 : la première chose qu'il font c'est d'aller voir les pornos alors.

M9 : mais est-ce que ça change la sexualité ?

EH : mais même quand ils veulent pas les voir. Moi ma fille au collège on lui a retourné et on lui a montré...tu le vois même si tu veux pas le voir quoi.

M10 : est-ce que ça change la sexualité...

M8 : oui ça c'est pas les abus du coup c'est parler de la sexualité, c'est...à quel moment on discute de la sexualité avec un enfant.

M10 : bah le problème c'est que malheureusement tu fixes une date, et tu auras toujours des cas où ça sera fait avant. Tu vois moi j'aurai dit, tu vois avant cette année j'aurai dit à 6 ans c'est bien. Mais aucune de mes 3 cas on eut 6 ans donc j'aurai pas pu faire de prévention primaire. Bon c'est déjà mieux que rien de la faire à partir de 6 ans, c'est comme la fragilité, on se fixe un âge.

M9 : la fragilité c'est pas une question d'âge...enfin.

M10 : si tu le fais à partir de 65 ans.

M8 : nan mais tu parles bien du sommeil. Enfin tu vois le sommeil c'est systématique, « est-ce que vous dormez bien ? » Oui bah voilà. Tu vas pas dire « est-ce qu'on vous fait des attouchements ? » On va pas te dire oui (rires)

M9 : « est-ce qu'on vous touche ? » A 8 ans, à 8 ans peut-être (rire).

M8 : du coup de rajouter une phrase « C'est votre corps vous en faites ce que vous voulez » je sais pas « votre corps vous appartient » « Est-ce que... »

EH : mais par exemple les écrans, tu vois les écrans.

M8 : les écrans ça fait partie du systématique.

EH : moi je demande « Est-ce que vous avez des règles chez vous sur les écrans ? »

M8 : ouai.

EH : « comment ça se passe ? » et bien « Est-ce que vous avez déjà abordé ce sujet avec vos enfants ? » Tu vois des fois ça peut-être pas si compliqué.

M8 : tout à fait. Après c'est sûr c'est des consultations qui sont longues. Parce quand tu demandes il suffit que tu ais deux « oui », tu t'en sors plus. Bon après tu les fait revenir. Tu dis « bon bah là il y a quand même beaucoup des choses à voir, on va...on reviendra, on fera le sommeil sur une autre fois. » Ou sur autre chose, nan je sais « dans 3 mois », à la méthode de notre confrère.

M10 : *prénom collègue*. il te dirait « dans 3 mois nous allons reparler de ça. »

(rires)

M9 : c'est méchant.

M8 : moi le rendez-vous il va être mis, parce qu'entre-temps ils auront fait autre chose.

M9 : il a système assez...c'est pour les renouvellements.

M10 : ah mais ça, ça fait partie des renouvellements. (rires)

M8 : mais du coup pourquoi pas effectivement d'avoir participer de...être un peu plus vigilante et essayer de voir...d'en parler et de voir la réaction des parents. Quand j'en ai parlé, j'ai jamais eu des parents qui ont été perturbés...après je ne me suis pas entendu.

M10 : mais parce que tu t'es permis de l'aborder peut-être quand tu sentais les parents ouverts à ça.

M8 : peut-être...je...franchement.

M10 : spontanément on s'auto-censure avec certaines personnes je pense. Et comme tu dis, les voilées tu l'abordes pas parce que t'as peur alors que s'il faut ça ne les choquerai pas.

M9 : ouai ouai nan mais des fois...

M10 : tu t'es créé un tabou finalement. Est-ce que tu penses que tu ne peux pas l'aborder ?

M9 : mmh...

M10 : j'sais pas, c'est compliqué.

M9 : c'est compliqué.

HH : bon je vais vous libérer mais juste, est-ce que vous souhaitez faire une remarque ou est-ce qu'il y a quelque chose qui vous est venue dans la tête lorsqu'on parlait et que vous voudriez partager ?

M10 : une campagne.

(rires)

M10 : pour nous aider à travailler, ça aide quand même. Remarque à chaque fois qu'il y a une campagne les gens sont sensibilisés et après viennent spontanément.

M9 : et ils t'en parlent.

M10 : oui c'est sûr.

M9 : comme les antibiotiques c'est pas...

M10 : d'eux même en fait ils viennent, ils sont sensibilisés...la brèche est déjà ouverte et toi tu t'engouffre et tu peux travailler.

M9 : c'est plus facile.

M10 : ou un mot sur le carnet de santé, un support...grand public. Tu le lis avec les parents « Ah tiens ça aujourd'hui on l'aborde » voilà. Que...avec...c'est comme quand

on parle fin de vie avec les personnes âgées. J'ai eu beaucoup de mal jusqu'à ce qu'il y ait une campagne grand public de faite. Et là j'ai plein de patients qui sont venus m'apporter les consentements. Alors que jusqu'à présent quand je parlais fin de vie, don d'organes et tout ça avec mes patients « Quoi, j'ai un cancer et vous ne voulez pas me le dire ? Je vais mourir ». Quand il y a eu une campagne j'ai pu aborder la fin de vie plus facilement. Alors que je ne l'abordais qu'avec mes nouveaux patients. Quand je créai un nouveau dossier patient, j'avais trouvé cette combine-là. « Ok, on va aborder le don d'organe, les transfusions, le consentement. »

M9 : les directives anticipées.

M10 : les directives anticipées. Je le faisais sur mes nouveaux patients mais...

M8 : C'est en systématique. C'est, il faut réussir à faire des examens systématiques et avoir la trame et poser les questions.

M10 : voilà, mais après sur les patients que j'avais déjà, avec qui je ne l'avais pas abordé, si je l'abordais du jour au lendemain, c'est que pour eux ils avaient un problème. Donc ils n'en dormaient pas de la nuit. Pareil, si tu abordes les problèmes de sexualité avec un enfant c'est que...les parents vont dire « Est-ce que mon conjoint est venu, qu'il y a un soucis, ou est-ce qu'il suspecte ? », voilà. Donc s'il y a une campagne, on en parle parce qu'il y a eu la campagne, pas parce que « Est-ce que mon conjoint est venu avec mon enfant sans que je le sache et qu'ils ont révélé quelque chose ? », voilà il y a de ça aussi.

M7 : la MSA ils ont envoyé un examen de prévention des 16 ans, vous l'avez reçu ?

EH : nan j'ai pas regardé.

M7 : alors le problème voilà c'est que on te donnait...On disait une consultation de prévention finalement c'est ce qui manque en médecine.

M11 : la MSA ça fait trois pages le truc là où il faut tout remplir.

B : voilà, alors à moi ils me l'on rapporté ...l'autre jour j'ai eu une fille de 16 ans qui est venue.

EH : après c'est complet.

M10 : ah c'est super complet.

EH : tu parles de tout.

M7 : alors voilà c'est très...exhaustif.

M10 : tabac, drogues...

EH : sexualité...

M7 : et le problème c'est que cette jeune fille elle est venue, je ne sais plus pour quoi d'ailleurs, pour un autre motif. Et sa mère m'a sorti le truc « Alors au fait on a reçu ça de la MSA »

M10 : « vous me le remplirez s'il vous plait ? »

EH : c'est une consult dédiée..

M7 : après c'est une consultation dédiée

EH : qui coûte 60, 40 euros ?

M7 : oui 48 je sais plus combien. Donc en fait c'est ça l'intérêt. C'est pas la première fois qu'ils font des consultations de prévention la MSA, ils l'ont fait aussi pour la tranche 20-40ans, ils ont fait des trucs intéressants. Toujours un petit peu...c'est dommage parce que...

M10 : c'est bien en prévention mais après ça suit pas...

M7 : ça suit pas voilà. Ça suit pas pourquoi parce que nous on suit pas.

M10 : parce que nous on le fait pas.

M7 : pourtant c'est très bien payé. Ces consultations de préventions sont très très bien payées.

EH : sauf qu'elles durent une heure. Sauf qu'il faut bloquer une heure...

M7 : ah oui oui faut bloquer voilà. Alors le problème c'est que les gens sont pas très bien informés, ils arrivent mais ils ne savent pas trop à quoi ça sert.

EH : ...sauf que t'as prévu que 15min.

M7 : ils ont ce truc-là « qu'est-ce qu'on en fait ? »

M10 : c'est moins long qu'un dossier d'assurance.

M7 : le problème aussi qu'en France c'est qu'on n'a pas la culture de la prévention comme les anglo-saxon.

M8 : alors les patients ils venaient parce qu'en fait, ils avaient une inscription, ils avaient un budget d'inscription à une salle de sport. Moi c'est pour ça qu'elles venaient. Parce que tant que je ne lui avais pas validé elle n'avait pas ses sous pour s'inscrire à la salle de sport, en fait il y avait un enjeu...

M7 : financier.

M8 : ...pour l'adolescente.

M10 : double prévention.

M8 : c'est comme ça que j'ai pu la remplir, et je l'ai faite revenir par contre. Parce qu'effectivement quand on voit toutes les questions...

M9 : pourtant ils courent dans les champs.

M8 : et après ça m'a...Enfin je l'ai fait 2 fois, je ne l'ai pas fait beaucoup. T'en n'as pas tant que ça et effectivement. Ça avait permis de discuter de certains sujets...qu'on aborde pas, parce que c'est pas en systématique et donc du coup...c'est quand même plus facile.

HH : voilà donc un support...pareil.

M10 : c'est ça, un support, une campagne ou que la sécu nous rajoute une consultation dédiée...Mais bon qu'ils en informent parce que sur SOFIA...ils y vont mais...

M7 : SOFIA ça sert pas à grand-chose.

M10 : ah nan mais ça sert à rien. Mais tous mes patients diabétiques on les appelle « Ah votre médecin il y a bien fait ça ça ça, s'il l'a pas fait c'est un mauvais médecin », c'est limite ça le discours que SOFIA.

M9 : j'ai un patient qui avait un cancer « Oh, vous avez pas fait l'hémoglobine glyquée ! »

M10 : donc qu'ils fassent des choses utiles parce que SOFIA ça va...

M7 : après faut qu'on suive. Nous parce que la consultation de prévention ce n'est pas une consultation d'un quart d'heure.

M8 : enfin si on doit faire des consultations prévention à tout le monde là ça va....

M7 : ça va chauffer, parce que je sais pas à qu'elle heure je vais terminer

M10 : Il faut diminuer de 100 patients de plus notre patientèle

M7 : voilà, et qui c'est qui verra les gens

HH : bon d'autres choses ou pas, savoir si je coupe ou pas.

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.*

VIII. RESUME

Introduction : Les violences sexuelles sur mineurs (VSM) sont définies comme toute implication d'une personne mineure dans une activité sexuelle, qu'elle ne comprend pas complètement, pour lequel son développement psycho-sexuel ne lui permet pas de donner un consentement éclairé, ou encore qui viole les lois ou les tabous de la société.

Les VSM, tous types confondus, concernent environ 1 fille sur 5 et 1 garçon sur 13. Elles ont un impact considérable sur la santé individuelle des victimes ainsi qu'un coût sociétal colossal.

Pour notre étude nous avons souhaité explorer les perceptions des médecins généralistes (MG) concernant leur rôle dans la prévention primaire des violences sexuelles chez les mineurs (PPVSM). Les objectifs secondaires étaient l'exploration, des pratiques de PPVSM déjà réalisées par les MG, ainsi que des pratiques et outils qui pourraient être mis en place en consultation.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par focus group. Il a été choisi une analyse thématique en continue pour traiter les données.

Résultats : 2 focus group ont été réalisés avec un total de 11 participants.

Les MG sont globalement intéressés par l'idée de réaliser une PPVSM. Leur métier, ainsi que leurs représentations personnelles peuvent s'avérer facilitant. Des MG interrogés réalisent d'ailleurs déjà une PPVSM bien qu'elle ne soit pas systématique. Mais leur fonction, tout comme leurs à priori sont aussi la source de nombreux freins. Ils ont également imaginé divers supports, pratiques, discours qu'ils se verraient bien utiliser.

Les médecins ont aussi rappelé l'importance des autres acteurs de la santé des enfants et la nécessité que tous soient inclus dans une plus vaste politique de prévention des VSM.

Conclusion : Les MG sont intéressés pour réaliser une PPVSM. Pour autant, il semble important qu'il soit développé des outils ainsi que des recommandations afin de créer une légitimité et une adhésion suffisante des MG.

Mots-clefs : violences sexuelles chez l'enfant, prévention primaire, médecine générale