



HAL
open science

Quelle est la place du médecin généraliste dans la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ? : analyse des pratiques des internes de médecine générale de Basse-Normandie

Anne-Justine Colin

► To cite this version:

Anne-Justine Colin. Quelle est la place du médecin généraliste dans la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ? : analyse des pratiques des internes de médecine générale de Basse-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03996558

HAL Id: dumas-03996558

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03996558>

Submitted on 20 Feb 2023

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2022

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 9 septembre 2022

par

Madame COLIN Anne-Justine
Née le 18/02/1992 à Bar-Le-Duc (55)

TITRE DE LA THÈSE :

**Quelle est la place du médecin généraliste dans la reconnaissance des
violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?
Analyse des pratiques des internes de médecine générale de Basse-Normandie.**

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Monsieur le Docteur BOUGAULT Denis
Monsieur le Docteur DESAUNEY Pierre

Directrice de thèse : Madame le Docteur GARNIER-JARDIN Céline

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie

M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri- opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme	LEVALLET Guénaelle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie

M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme	CHATELET Valérie	Néphrologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LABOMBARDA Fabien	Cardiologie
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales
M.	QUEFFEULOU Guillaume	Néphrologie
Mme	VILLOT Anne	Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie



UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR DE SANTE - FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2021/2022

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BECHADE Clémence	Néphrologie
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie

Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	VILLAIN Cédric	Médecine interne

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. **HUMBERT Xavier**

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ARMAND Audrey	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL-DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme **DEBRUYNE Danièle** Pharmacologie fondamentale

Remerciements

A Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier pour sa disponibilité et qui me fait l'honneur de présider ce jury.

A Madame le Docteur GARNIER-JARDIN Céline, merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Merci pour ta disponibilité, pour ton aide et le partage de tes connaissances.

A Monsieur le Docteur BOUGAULT Denis, pour votre compagnonnage depuis mon niveau 1 dans votre cabinet, jusqu'à mes premiers remplacements. Merci de votre confiance, merci pour toutes les compétences humaines et professionnelles que vous m'avez transmises.

A Monsieur le Docteur DESAUNEY Pierre pour avoir accepté de participer à ce jury.

A mes parents qui m'ont accompagnée et soutenue tout au long de ma vie ! Merci de votre amour, de votre aide, vos conseils. Merci de m'avoir donné toutes les chances pour réussir ma vie autant personnelle que professionnelle.

A mes grands-parents, à Éric et Sandra merci de toujours veiller sur moi.

A ma fratrie : Tistou, Mimousss, Marie qui ont vécu avec moi ces différentes années de médecine. A travers nos différentes coloc, merci d'avoir supporté mon stress, mes post-it un peu partout dans l'appartement... ! **A Oliv**, pour ta bonne humeur, tous ces ED partagés, tes conseils avisés (tous thèmes confondus !), nos soirées pizzas. Et **à mon Grogui**, mon héros, mon modèle ! Après ces dures années de labeur, on a réussi !! Les fameux « Viens on part en vacances » avant d'aller à Galien, semblent bien loin maintenant !!! Merci pour tes conseils, d'être autant ma sœur qu'un pilier dans ma vie.

A mes neveux Elsa, Loulou, Raphi, Vivic mes petits rayons de soleil.

A la famille Kipper, Corinne, Jean-Claude, Irène, merci de m'avoir accueilli dans votre famille !

A mes Nénettes : Clarisse, par où commencer ... il faudrait bien plus qu'une thèse pour décrire notre amitié !! Merci pour tous ces moments de bonheurs, de rires, de fous rires (de pleurs aussi parfois) que l'on vit ensemble depuis maintenant 15 ans !! Merci de ton soutien sans faille !! **Sophie**, merci pour nos éternelles discussions philosophiques, débats, rires !! Malgré la distance, rien ne change ! Merci aussi à vos hommes **Hugues et Chat, et vos petits babies** qui égayaient toujours plus nos retrouvailles !

A ma Chachou30 !! Le duo de choc de la fac de médecine, toujours l'une avec l'autre, jamais l'une sans l'autre ! Je n'ose même pas essayer de comptabiliser toutes nos heures à la BU à travailler côte à côte !! Mais je repense surtout à nos voyages de folie, nos sorties inopinées, nos moments de rigolade ! La dernière ligne droite est arrivée, place au nouveau départ ... !

A ma team lilloise : Moufette, Camouche, Dadé, Planchez !! Merci pour tous ces moments passés ensemble qui nous ont permis de vivre nos années médecines à 100% !! ZERO STRESS (n'est-ce pas Moufette ?!?!)

A Alex et Gronounours merci d'avoir été des parrains exemplaires ... !!!

A Valentchine, coup de cœur amical ! Qui a su nous accueillir comme il se doit à Marseille pour ces 7 mois d'interChu à la Tchimone !!! Un café proposé et diiiiireeeek ça a matché ! En ce jour du 9/9/22, je te rejoins en haut du tremplin, bam ça part !

A Chareuline, Legranus, Jul, Roro, Ségoluuuum Têêête d'enclouuuuume, Benoit, Baptiste, Emeline, la team caennaise : ça y est, je vais enfin quitter ce titre de « sans statut ». Tellement contente que nos chemins se soient croisés pour ce fameux « nouveau départ » à Caen! A nos barbeuk, nos virées en ville, nos soirées jeux, nos séjours à Careunac,...! Bien évidemment une pensée au petit **Balthi** qui a pointé le bout de son nez avec 2 semaines d'avance : j'ai grande hâte de voir sa petite bouille ! Sans oublier **Gros Museau**, merci pour son soutien moral pendant la rédaction de cette thèse.

A Jess et David : Merci pour ces moments passés ensemble à Metz ou en Normandie, nos parties de jeux endiablées ! C'est toujours du bonheur de se retrouver !!

A mes Bichettes : Cam et Clém ! Merci pour vos encouragements pendant ses dures années de labeur, nos dîners lillois, nos soirées inopinées (mamierock...) nos papotages, nos week-end ! (A quand le prochain d'ailleurs ??)

A la team St Lo(ve) pour ce premier semestre Normand !!

A Manu, Alix, Keulémence : pour nos colloc' plus ou moins courtes mais néanmoins festives, pour nos soirées entre zoulettes, nos préparatifs de tonus, ... Manu, tellement fière et honorée d'être témoin de ton engagement avec Val l'année prochaine !!!

A mes co-internes de VLP, Marie, Ali, André, pour toutes nos RCP inopinées, avec chacun sa spécialité... spéciale dédicace à Ali qui a enduré les rapports houleux et quotidiens sur la maison !

A Benoît, ma bôté, merci d'être à mes côtés, de veiller sur moi, de me supporter quand je suis (un peu) tête en l'air !! Merci pour tous ces merveilleux moments déjà passés ensemble, pour tous nos projets déjà réalisés et tous ceux à venir ! Merci de toujours croire en moi ! Avec toi à mes côtés, je me sens forte : comme tu le dis souvent « pas de problème, que des solutions » !! Je vais pouvoir me concentrer à 100% sur les travaux de la maison...es-tu réellement prêt à me voir conduire la mini-pelle ... ?? challenge accepted ;) !! je t'aime !!

Abréviations

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CIIVISE : Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants

CP : Code Pénal

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

CSF : Contexte de la Sexualité en France

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

EVA : Échelle Visuelle Analogique

FR : Facteurs de Risque

IMG : Interne de Médecine Générale

IP : Information préoccupante

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IMG : Interne de Médecine Générale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

UAPED : Unité d'Accueil Pédiatrique Enfance en Danger

Tableaux

Tableau 1 : *Indicateur des qualifications et sanctions*

Tableau 2 : *Guide d'entretien HEADSSSS*

Tableau 3 : *Retard des révélations à travers les études de Kogan (2004) et Smith (2000)*

Tableau 4 : *coordonnées CRIP Basse Normandie*

Tableau 5 : *Coordonnées des procureurs de la république de Basse Normandie*

Tableau 6 : *les interlocuteurs clefs*

Tableau 7 : *Caractéristiques de la population.*

Tableau 8 : *Estimation par les IMG de l'âge minimal requis du patient mineur pour être examiner seul en consultation*

Graphiques

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

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

Graphique 3 : Caractéristiques des victimes de viol (sexe, âges, lieu, type d'agresseur).

Graphique 4 : évolution des déclarations de vécu de situation d'inceste de 2015 à 2020.

Graphique 5 : Part des victimes d'agressions sexuelles pour 1000 personnes de même sexe et âge enregistrées en 2020.

Graphique 6 : pourcentage d'internes examinant seule la patiente en fonction du temps de consultation.

Graphique 7 : Abord de la violence en consultation.

Graphique 8 : Pourcentage de violences sexuelles chez les mineurs selon les internes.

Graphique 9 : pourcentage de part intrafamiliale dans les violences sexuelles chez les mineurs selon les internes

Graphique 10 : A partir de quel âge examiner un mineur seul en consultation ?

Graphique 11 : les points d'appel pouvant faire évoquer une violence sexuelle intrafamiliale.

Graphique 12 : la communication avec un adolescent sur des sujets comme la violence, la sexualité.

Graphique 13 : Place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent selon les IMG.

Graphique 14 : les interlocuteurs selon les IMG.

Graphique 15 : les freins au signalement selon les IMG.

Graphique 16 : Préventions des violences sexuelles intrafamiliales selon les IMG

Graphique 17 : la formation des IMG

SOMMAIRE

PARTIE 1 : GENERALITES

I) Introduction	1
II) Historique	2
III) Définitions	3
1. Adolescent.....	3
2. Mineur.....	3
3. Activité sexuelle (selon la HAS)	3
4. Atteinte sexuelle.....	3
5. Agression sexuelle.....	4
6. Viol	4
7. Abus sexuel selon Kempe.....	4
IV) Cadre juridique	4
1. Incestueux/ Intrafamilial.....	4
2. Consentement.....	5
V) Épidémiologie	6
1. Dans le monde.....	6
2. En France.....	6
VI) La particularité de l'adolescent	10
1. Une consultation en 3 temps basée sur le modèle de Goldenring.....	10
2. Une consultation en 3 phases selon le NICHD.....	11
VII) Aborder la sexualité avec un adolescent	12
VIII)Reconnaitre une maltraitance sexuelle	13
1. Les facteurs de risque.....	13
2. Les signes d'appel chez l'adolescent.....	13
a. <i>Signes généraux</i>	14
b. <i>Signes de la sphère génito-anale</i>	14
c. <i>Troubles du comportement</i>	14

d. <i>Troubles scolaires</i>	14
e. <i>Troubles sexuels</i>	14
3. Recevoir une révélation.....	15
a. <i>Les obstacles à la révélation</i>	15
b. <i>Illustration du retard des révélations</i>	16
c. <i>Les facteurs favorisant la révélation</i>	17
d. <i>Les difficultés du médecin face à une révélation</i>	19

IX) Conséquences des violences sexuelles	20
1. Un impact sur la santé mentale.....	20
2. Un impact sur la santé physique.....	20
3. Un impact sur la scolarité.....	20
4. Un impact sur la vie affective/ sexuelle.....	20
5. Un impact sur la vie sociale.....	21
6. Un risque d'addiction.....	21

X) La protection du mineur	21
1. L'information médicale adolescent/ parents/ médecin.....	22
2. L'information préoccupante : une protection administrative.....	22
3. Le signalement : une protection judiciaire.....	23
4. Les interlocuteurs.....	25

PARTIE 2 : ETUDE ANALYTIQUE SUR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE

I) Matériel et méthode	26
1. Objectifs.....	26
2. Type d'étude.....	26
3. Population étudiée.....	26
4. Guide d'entretien.....	27
5. Recueil des données.....	27
6. Analyse des données.....	27

II) Résultats	28
1. Analyse des données de la partie « cas clinique ».....	29
a. <i>Voir la patiente seule en consultation</i>	29
b. <i>Le déroulement de la consultation et l'abord d'une violence sexuelle</i>	29
c. <i>Quand et comment aborder la souffrance psychique de la patiente</i>	31
d. <i>L'abord de la sexualité</i>	31
2. Analyse des données de la partie « connaissance et retour d'expérience ».....	32
a. <i>Le pourcentage de violence sexuelle chez le mineur</i>	32
b. <i>La part intrafamiliale dans les violences sexuelles chez le mineur</i>	33

c. <i>A partir de quel âge examiner un mineur seul en consultation ?</i>	33
d. <i>Les points d'appel</i>	34
e. <i>Comment aborder des sujets comme la violence, la sexualité avec un adolescent ?</i>	36
f. <i>Quelle est la place du médecin généraliste ?</i>	37
g. <i>Les interlocuteurs</i>	39
h. <i>Quelle est la différence entre IP et signalement ?</i>	40
i. <i>Les freins à la réalisation d'un signalement</i>	41
j. <i>Quel est le numéro d'enfant en danger ?</i>	42
k. <i>Comment prévenir les violences sexuelles intrafamiliales ?</i>	42
l. <i>Expériences personnelles</i>	43
m. <i>La formation sur la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent</i>	44
n. <i>Intérêt d'une formation et contenu</i>	44

III) Discussion	46
1. Les forces de l'étude.....	46
2. Les faiblesses.....	46
3. L'abord des violences sexuelles	47
4. L'abord d'une souffrance morale.....	48
5. La problématique des parents.....	48
6. Les chiffres.....	49
7. Le manque de connaissance sur les symptômes évocateurs de violences sexuelles.....	49
8. La connaissance du signalement et de l'information préoccupante.....	49
9. Les freins à la saisine du procureur de la république.....	49
10. Le rôle primordial du médecin généraliste et le manque de formation	50
11. Les interlocuteurs.....	51
12. La prévention.....	51

IV) Conclusion	52
-----------------------------	----

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE

PARTIE 1 : GENERALITES

I) Introduction

Selon une étude récente de l'IPSOS, 1 français sur 10 déclare avoir été victime d'inceste (IPSOS & Santé, 2020). Ce constat alarmant et la gravité des conséquences à long terme sur la santé mentale et physique font de la prise en charge des violences sexuelles chez les mineurs, un enjeu majeur de santé publique. Lors d'un rapport d'Assemblée le 18 mai 2021, l'OMS indique qu'il est fondamental de veiller au respect de politiques de tolérance zéro face à l'exploitation et aux abus sexuels (Organisation mondiale de la Santé, 2021)

Pendant l'adolescence, l'enfant subit des changements physiques, intellectuels et émotionnels. Ces changements peuvent l'amener à prendre conscience de ce qui est autorisé ou non, et faire des révélations (Duverger, 2017)

Selon le bilan statistique de l'insécurité et la délinquance en 2020, le taux de prévalence de violences sexuelles chez les filles est le plus haut entre 15 et 17 ans. C'est pourquoi il est primordial d'avoir une attention particulière chez les adolescents.

Plusieurs études montrent une sous-estimation des révélations (Reitsema & Grietens, 2016). De plus, les révélations sont majoritairement (> 60%) tardives. (Kogan, 2004; London et al., 2008; Smith et al., 2000).

Cela implique une prise en charge médicale tardive et donc des conséquences néfastes plus lourdement ancrées chez le patient. Une étude réalisée en 2019 a montré que les patients qui faisaient des révélations tardives d'abus sexuels étaient plus à risque de développer un état de stress post traumatique (Gewirtz-Meydan & Finkelhor, 2020).

Selon une enquête nationale « VIRAGE » en 2015, 4,99% des femmes et 0,83% des hommes auraient subi une agression sexuelle dans le cadre familial ou entourage proche (Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015 ; Debauche et al., 2017). Le côté intrafamilial renforce le secret et le sentiment de honte, afin de préserver l'intégrité familiale. Il s'agit d'un facteur aggravant comme évoqué par Gewirtz-Meydan and Finkelhor (Gewirtz-Meydan & Finkelhor, 2020).

Le médecin généraliste est souvent considéré comme le médecin de premier recours, qui peut potentiellement suivre l'ensemble de la famille. Ce statut fait de lui un interlocuteur privilégié dans le dépistage des violences sexuelles notamment intrafamiliales, et l'accompagnement de l'adolescent. Malgré son rôle central, seulement 5% des signalements sont réalisés par le corps médical (Morville et al., 2016). De nombreux articles, thèses ont illustré le fait que la formation des médecins généralistes était insuffisante. Il n'y a de données, dans ce domaine, ni sur le ressenti des internes de médecine générale, ni sur leur formation.

Ces derniers sont souvent en première ligne. Comment sont-ils formés sur l'abord des violences sexuelles chez l'adolescent ? Comment font-ils face à une révélation ?

Un des obstacles aux révélations est le fait que le professionnel de santé n'ait pas posé la question et donc n'ait pas ouvert le dialogue sur ce sujet. Un autre des facteurs freinant les révélations des adolescents est le manque d'empathie, les réponses inadaptées des adultes, et plus alarmant, des professionnels de santé (Crisma et al., 2004)

Poser les bonnes questions, être empathique, attentif, à l'écoute, et savoir recueillir une révélation de violence sexuelle n'est pas inné. Il est nécessaire d'être formé afin d'accompagner au mieux l'adolescent, qui déjà physiologiquement traverse une période de bouleversement.

II) Historique

La reconnaissance de la maltraitance infantile par le milieu médical s'est faite progressivement dans le temps. Conjointement la vision du statut de l'enfant dans la société évolue avec la question du bien-être de l'enfant. Le rôle de l'enfant passe d'un statut sans aucun droit dans l'antiquité où il se trouve sous la coupe du père de famille qui a toute autorité, vers une reconnaissance en tant que personne à part entière. En France, ce progrès se traduit par le développement d'une législation plus protectrice (Benarous et al., 2014 ; Coutanceau R. & Dahan J, 2016 ; de Becker et al., 2002)

- C'est à partir de la fin du XIX^{ème} siècle que les abus sexuels sur les petites filles investissent l'espace public.
- Description d'un premier tableau clinique d'enfants battus par Tardieu en 1860.
- A partir de 1863, l'atteinte sexuelle est aggravée si elle est commise par un ascendant un parent sur un mineur.
- Évolution des mentalités sur les châtiments corporels dans les années 1887 jusqu'à l'élaboration d'une loi le 24 juillet 1889 (en France) relative à la protection des enfants maltraités et moralement abandonnés.
- Pénalisation des parents, création d'une juridiction spécialisée avec création de tribunaux pour enfant en 1912,
- Création de l'aide sociale à l'enfance 1943.
- Création des PMI en 1945.
- Ère de la radio pédiatrie avec l'ébauche des premiers diagnostics radiocliniques de maltraitance (aux États-Unis : John Caffey devant l'association d'un hématome sous-dural à des fractures des os longs, puis son élève Frederic Silverman, devant des fractures multiples d'âges différents).
- En 1945 –le Code pénal sanctionne toute relation sexuelle entre enfants et adultes.
- Publication, dans le JAMA (Journal of the American Medical Association) par Henry Kempe, du célèbre article sur le « Syndrome de l'enfant battu » en 1962 : c'est à partir de ce moment que le corps médical prend conscience de la réalité de la maltraitance (Henry Kempe et al., 1962)
- Création de l'AFIREM Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée en 1979.
- Obligation de signalement à l'autorité judiciaire des situations d'enfants maltraités en France via la loi no 89-487 du 10 juillet 1989.
- Convention relative aux droits de l'enfant adoptée par l'ONU le 20 novembre 1989.
- En 1990, création de l'Office décentralisé de l'action sociale (ODAS) qui a pour rôle entre autres, la mission de surveillance de la maltraitance infantile au niveau national.
- Création d'une loi relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs le 17 juin 1998.
- Loi relative à l'autorité parentale « les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent selon son âge et son degré de maturité » (art 371-1 al.3 du code civil)
- Création de la CRIP avec la loi du 5 mars 2007.
- Loi du 3 août 2018 (loi Schiappa) : porte à 30 ans (au lieu de 20) après la majorité des victimes présumées le délai de prescription des crimes sexuels commis sur des mineurs, elle renforce des dispositions du code pénal pour réprimer les infractions sexuelles sur les mineurs. La contrainte morale sur la personne mineure peut résulter de la différence d'âge existant entre la victime et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur la victime. La notion de viol est élargie avec inclusion des actes bucco-génitaux dans la définition.
- Loi du 21 avril 2021 (loi complète en annexe) : La loi élargit le champ d'application de l'inceste en intégrant désormais les grands-oncles, grands-tantes. Visant à protéger les mineurs

des crimes et délits sexuels et de l'inceste. La loi a établi une limite d'âge de 15 ans (18 ans dans les affaires d'inceste) en dessous de laquelle la question du consentement ne se pose plus. Il n'y a donc plus lieu d'établir la présence de violence, contrainte, menace ou surprise pour punir agressions sexuelles et viols. (À l'origine, le texte créait un crime de pénétration sexuelle sur mineur de moins de 13 ans). De plus, le délai de prescription dans les cas de non dénonciation d'agression sexuelle est allongé à : 10 ans pour les agressions sexuelles, et 20 ans pour les viols. Autre nouveauté, il existe une prescription glissante : lorsque l'auteur de l'agression a commis postérieurement de nouvelles agressions à caractère sur un ou plusieurs autres mineurs, le délai commence à courir à compter de la dernière infraction commise.

III) Définitions

III) 1. Adolescent

L'OMS définit l'adolescence comme « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans ». Cette période de transition est primordiale avant l'entrée dans l'âge adulte et peut induire une certaine fragilité émotionnelle chez l'adolescent.

III) 2. Mineur

Selon la loi française, un mineur est une personne âgée de moins de 18 ans.

III) 3. Activité sexuelle (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2011)

Elle regroupe toutes les formes de violences sexuelle ou d'incitation avec emprise psychologique soit :

- Les activités sexuelles sans contact physique (comme imposer à un mineur de regarder ou participer au visionnage de photos ou vidéos à caractère pornographique).
- Les activités sexuelles avec contact physique, avec ou sans pénétration (attouchement avec ou sans violence, sous la contrainte, la menace ou par surprise).
- L'exploitation sexuelle d'un mineur à des fins pornographiques.

III) 4. Atteinte sexuelle (Article 227-25 Code Pénal)

Constitue une atteinte sexuelle, le fait, par un majeur, d'exercer des faits de natures sexuelles sur un mineur de 15 ans (hors le cas de viol ou de toute autre agression sexuelle). Entre 15 et 18 ans, on adopte la notion d'atteinte sexuelle, sans violence, contrainte, menace ou surprise dès lors que l'auteur a un rapport d'autorité de droit ou de fait sur la victime ou abuse de l'autorité que lui confère ses fonctions.

III) 5. Agression sexuelle (Selon l'OMS, et Article 222-22 du Code Pénal)

« Par violence sexuelle, on entend tout acte sexuel ou toute tentative d'acte sexuel exercé par autrui en faisant usage de la contrainte, la menace, la surprise ».

Il est inclus tout autre acte non désiré de nature sexuelle n'impliquant pas un contact (comme le voyeurisme ou le harcèlement sexuel).

III) 6. Viol (Article 222-23. Code Pénal)

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

III) 7. Abus sexuel selon Kempe :

Selon Kempe l'abus sexuel sur mineur consiste en la participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son âge et à son développement psycho-sexuel, qu'il subit sous la contrainte par violence ou séduction, ou qui transgressent les tabous sociaux. (Coinçon & Thevenot, 2003).

IV) Cadre juridique

IV) 1. Incestueux/ intrafamilial

Art. 222-22-3.-Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis par :

1° Un ascendant ;

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

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

Article 222-22-1

La contrainte prévue par le premier alinéa de l'article 222-22 (cité précédemment) peut être physique ou morale.

Lorsque les faits sont commis sur la personne d'un mineur, la contrainte morale mentionnée au premier alinéa du présent article ou la surprise mentionnée au premier alinéa de l'article 222-22 peuvent résulter de la différence d'âge existant entre la victime et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci a 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.

IV) 2. Le consentement

Depuis avril 2021 pour mieux protéger les enfants, la loi crée de nouvelles infractions sexuelles. Aucun adulte ne peut se prévaloir du consentement sexuel d'un enfant s'il a moins de 15 ans, ou moins de 18 ans en cas d'inceste.

Tableau 1 : Indicateur des qualifications et sanctions (Balençon M., 2020):

<https://www.demarches.interieur.gouv.fr/>

	Qualification	Sanction
Atteinte sexuelle	Délit	<p>* <u>Mineurs de moins de 15 ans</u> : - 7 ans d'emprisonnement et 100 000 euros (art. 227-25 du CP)</p> <p>* <u>Mineurs de 15 à 18 ans</u> : - 3 ans d'emprisonnement et 45000 euros d'amende si commis par un ascendant ou personne ayant autorité (art. 227-27 du CP)</p>
Agression sexuelle	Délit	<p>* <u>Sur mineur de moins de 15 ans</u> : 10 ans de prison et de 150 000 euros d'amende</p> <p>* <u>Sur mineur de moins de 18 ans, contexte incestueux</u> : 10 ans de prison et de 150 000 euros d'amende.</p> <p>* <u>Sur mineur entre 15 et 18 ans</u> : 7 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende (art. 222-27 du CP)</p>
Viol	Crime	<p>* <u>sur mineur de moins de 15 ans</u> : 20 ans de réclusion criminelle ;</p> <p>* <u>Sur mineur de moins de 18 ans, contexte incestueux</u> : 20 ans de réclusion criminelle</p> <p>* <u>sur mineur de 15-18 ans</u> : 15 ans de réclusion criminelle (art. 222-23 du code pénal)</p>

Il est important de noter qu'en droit français, la majorité sexuelle n'existe pas.

Cependant une limite de 15 ans a été attribuée dans certaines conditions et selon certaines infractions.

V) EPIDEMIOLOGIE

V) 1. Dans le monde

- Selon un rapport de l'OMS de 2014 : 1 garçon sur 13 serait victime d'agression sexuelle (Organisation mondiale de la santé, 2014)
- Selon un autre rapport de l'OMS de 2016 : 1 fille sur 5 serait victime d'agression sexuelle (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2016)
- Selon un conseil de l'Europe de 2011 : 1 enfant sur 5 serait victime de violence sexuelle en Europe.

Dans son rapport en 2021, l'OMS atteste de la nécessité d'une lutte collective mondiale (Organisation mondiale de la Santé, 2021).

Les cas de violences sexuelles chez les mineurs touchent tous les pays. Il s'agit d'un enjeu de santé publique mondial, existant depuis de nombreuses années.(Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2014)

- Dans une enquête américaine de 1994, mené auprès d'un large échantillon de garçons et de filles âgés de 10 à 16 ans, 10,5 % des enfants avaient subi des abus sexuels (Finkelhor D, 1994)
- En Suisse, en 2009, une enquête auprès d'adolescent de 15 à 17 ans a révélé que 22% d'adolescente et 8% d'adolescent étaient victime au moins une fois dans leur vie de violence sexuelle impliquant un contact physique.(Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2014)

V) 2. En France

- Enquête sur la sexualité en France (Bajos et al., 2008)

En France 59% des femmes, 67% des hommes victimes de violences sexuelles ont subi un rapport forcé ou une tentative avant l'âge de 18 ans.

Dans cette étude, les auteurs ont comparé 2 enquêtes : l'enquête ENVEFF menée en 2000 à l'enquête et l'enquête CSF menée en 2006. Les auteurs ont remarqué une augmentation de déclarations d'agressions sexuelles entre 2000 et 2006 due entre autres à une libération de la parole.

Dans cette étude, les femmes ayant déclaré avoir subi des violences sexuelles avant 18 ans, incriminent majoritairement leur père, leur beau-père ou une personne de la famille (27 % des cas), voire des personnes connues d'elles (31 %).

- Enquête VIRAGE 2015 (Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015 ; Debauche et al., 2017)

Quinze ans après l'ENVEFF réalisée en 2000, une nouvelle étude plus récente relate des données alarmantes en termes de violences sexuelles dès le plus jeune âge.

Il ressort qu'au cours de leur vie, 5 % des femmes et un peu moins de 1 % des hommes de 20 à 69 ans ont été victimes de viol ou tentative de viol ou d'attouchements dans le cadre familial ou de l'entourage proche. A noter que 90 % de ces actes, s'agissant des femmes, et 100 %, concernant les hommes, se sont produits pour la première fois entre 0 et 17 ans.

En effet, plus de la moitié des femmes et deux tiers des hommes déclarent que les viols et tentatives de viol ont commencé avant leurs 18 ans. (Tableau 9).

Les victimes de viols ou de tentatives de viol pour les moins de 15 ans au moment des faits représentent presque 40 % pour les femmes, et près de 60 % pour les hommes.

Les violences intrafamiliales (graphique 1) commencent avant 11 ans pour plus de la moitié des femmes et des hommes qui les rapportent.

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

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

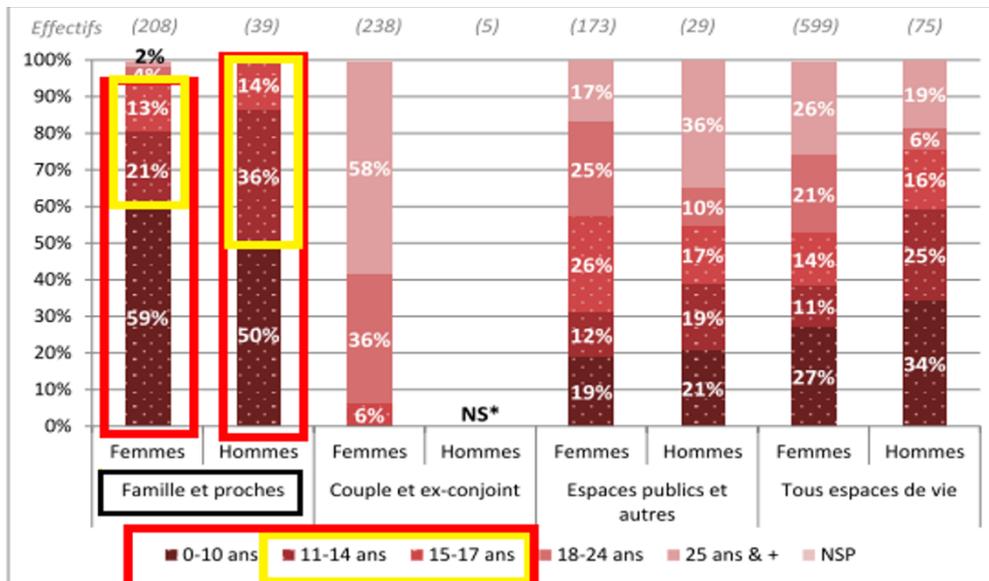
Source: Ined, enquête Virage 2015.

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

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

Les violences subies dans le cadre familial avant l'âge de 15 ans représentent plus de 80 % des cas pour les femmes et 86 % pour les hommes (graphique 2). Une étude de 2008 a montré que le père ou le beau-père étaient les plus souvent incriminés (BAJOS & BOZON, 2008)

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



Source: Ined, enquête Virage 2015.

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

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

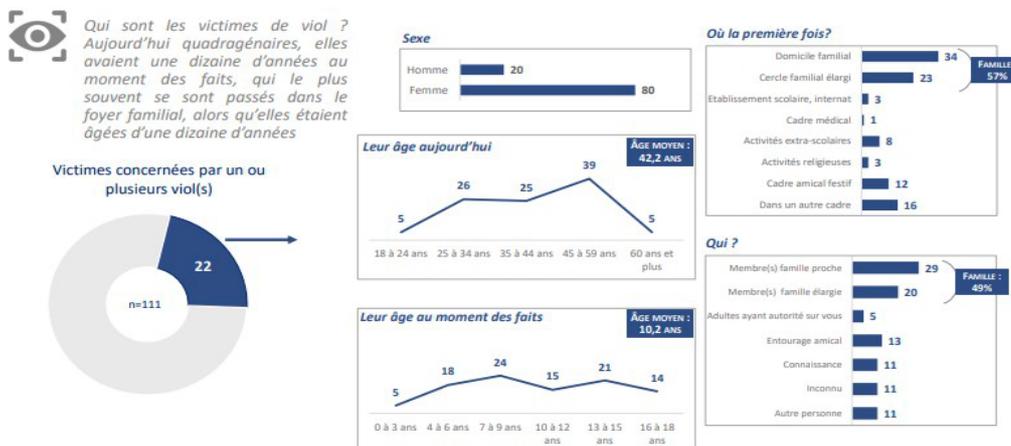
- **IPSOS 2019**

L'enquête a été réalisée du 10 au 19 septembre 2019 par Ipsos, auprès de 502 français(e)s âgé(e)s de 18 ans et plus ayant été victimes de viols et d'agressions sexuelles dans l'enfance. L'échantillon regroupe 83% de femmes et 17% d'hommes (interrogés par internet via l'Access Panel Online d'Ipsos).

Sur 502 personnes adultes victimes de violences sexuelles dans l'enfance, 22% d'entre elles (soit 111 personnes) ont subi un viol.

Parmi celles-ci 49% d'entre elles ont subi des viols commis dans le cercle familial.

Graphique 3 : Caractéristiques des victimes de viol (sexe, âges, lieu, type d'agresseur)



Q3. Vous personnellement, par quel(s) type(s) de violences sexuelles avez-vous été concerné lorsque vous étiez mineur (avant 18 ans) ?

10 © Ipsos | Enquête d'opinion sur les violences sexuelles - Septembre 2019

Plusieurs réponses possibles



- IPSOS 2020 (IPSOS & Santé, 2020)

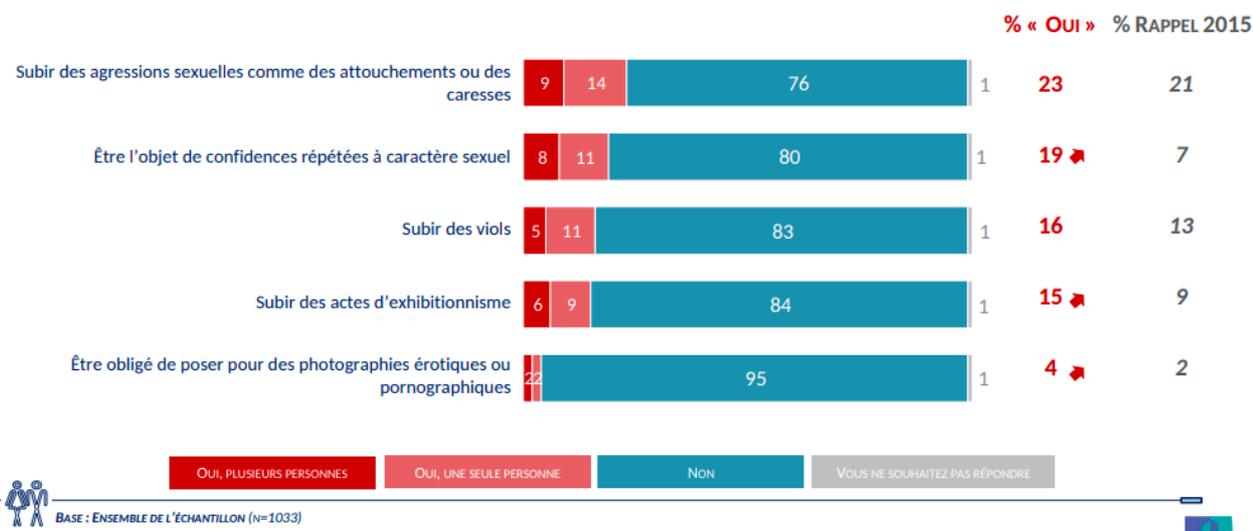
Une étude récente de l'IPSOS a été réalisée en novembre 2020. Cette étude consistait à répondre à un questionnaire sur internet et regroupait un échantillon de 1033 personnes. Voici ce qu'il en est ressorti :

- Les déclarations de vécu de situations d'inceste **progressent fortement**.
- **Plus de 3 Français sur 10 connaissent au moins une personne victime d'inceste**, une proportion en hausse constante depuis 2009.
- **1 français sur 10 déclare avoir été victime d'inceste**.

Graphique 4 : évolution des déclarations de vécu de situation d'inceste de 2015 à 2020.

Les déclarations de vécu de situations d'inceste progressent fortement, une évolution probablement due en grande partie à une libération importante de la parole.

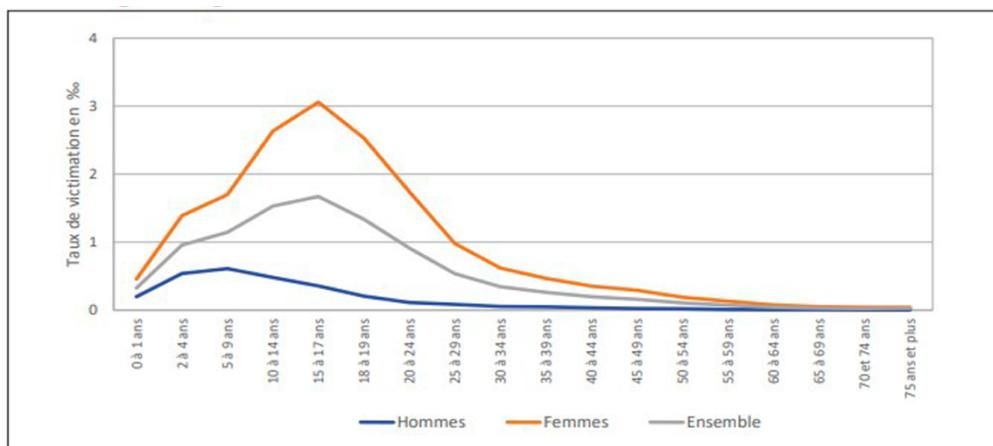
Personnellement, connaissez-vous dans votre entourage une ou plusieurs personnes qui étant enfant ou adolescent ont rencontré les situations suivantes avec un membre de leur propre famille (par exemple un père, une mère, un grand-père ou encore un oncle ou un frère) ?



- Enquête selon la base des données de crimes et délits enregistrés par la police et gendarmerie en 2020 (Inter-stat, 2020)

La prévalence des violences sexuelles chez les filles croît fortement à l'adolescence, avec un pic de 3,3 victimes de viols enregistrées pour 1 000 filles entre 15 et 17 ans.

Graphique 5 : Part des victimes d'agressions sexuelles pour 1000 personnes de même sexe et âge enregistrées en 2020



Champ : France métropolitaine.

Lecture : sur 1 000 femmes âgées de 15 à 17 ans, 3,1 ont été enregistrées par les forces de sécurité comme victimes d'agressions sexuelles en 2020.

Sources : SSMSI, base des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie en 2020 ; Insee, estimations de population (résultats provisoires au 29 mars 2021).

VI) LA PARTICULARITE DE L'ADOLESCENT

Le moment de l'entretien avec l'adolescent est un moment clef pour connaître le jeune qui n'est plus un enfant, mais pas encore un adulte (de Tournemire, 2020).

Voici 2 modèles possibles pour mener à bien une consultation avec un adolescent :

- **Une consultation en 3 temps basée sur le modèle de Goldenring** (de Tournemire, 2020)

Renaud de Tournemire propose une consultation en trois temps :

- Premier temps : accueil de l'adolescent et de ses parents. L'objectif de ce premier temps est d'identifier le motif de consultation et d'expliquer l'important de réaliser un temps seul à seul avec l'adolescent.
- Second temps : consultation seul avec l'adolescent. Il s'agit ici d'avoir un regard empathique et positif dans l'entretien avec l'adolescent. Il peut être intéressant de commencer par des questions sur un centre d'intérêt puis d'arriver à un dialogue progressif sur le motif de consultation, puis examen clinique complet.
- Troisième temps : revoir les parents avec l'adolescent en les informant de l'état de santé du jeune tout en respectant le secret professionnel.

Le modèle Goldenring permet une prise en charge globale de l'adolescent. Créé en 1988 sous l'acronyme HEADS et enrichi régulièrement depuis. C'est le plus connu.

Un modèle plus détaillé, proposé par Renaud de Tournemire est le modèle HEAADSSSS.(Parisi et al., 2017)

Ce modèle regroupe d'une part les facteurs de risques mais aussi les facteurs protecteurs.

Ces différents éléments peuvent être un support pour obtenir une relation médecin-adolescent de qualité.(Parisi et al., 2017)

Tableau 2 : Guide d'entretien HEADSSSS

	Exemples de questions	Comment on apprend à poser ces questions, ce qui est facile ou ce qui pose problème
Cadre de l'entretien	<ul style="list-style-type: none"> • Comment t'appelles-tu, quel âge as-tu? • Voudrais-tu que je te tutoie ou que je te vouvoie? • L'entretien est facturé, est-ce que cela pose un problème? • Tes parents sont-ils au courant de la consultation? • Sais-tu ce qu'est le secret professionnel? 	<p>Pour la question du tu ou du vous en fonction de l'âge du patient, le plus simple est de lui demander s'il préfère qu'on le tutoie ou le vouvoie</p> <p>Pour ce qui est du professionnel de santé, il peut être bien de garder le vouvoiement, mais chaque professionnel a son avis là-dessus</p> <p>Le rôle des parents dans la relation soignant-adolescent peut parfois poser problème, c'est pourquoi il est important de clarifier la situation et d'expliquer ce qu'est le secret professionnel</p>
Habitat	<ul style="list-style-type: none"> • Avec qui vis-tu? • Comment ça se passe à la maison? • Comment sont tes relations avec ta famille? • Où vivais-tu avant de venir en Suisse? 	<p>La question de l'habitat semble être le sujet le plus facile à aborder, pourtant dans certains cas la situation familiale peut se révéler très compliquée et l'adolescent peut être mal à l'aise à ce propos</p> <p>Il faut donc trouver le bon ton et le bon moment pour poser une question sensible à ce sujet</p>
Education	<ul style="list-style-type: none"> • Comment ça se passe à l'école? • Comment qualifierais-tu tes relations avec tes camarades? Et tes professeurs? • As-tu de bons résultats? • As-tu des difficultés avec certaines branches? 	<p>L'école étant un des lieux dans lequel l'adolescent passe le plus clair de son temps, il est très important d'aborder ce sujet. On peut découvrir des ressources ou alors des limites dans l'intérêt porté aux études, les facilités/difficultés ou encore les relations sociales</p>
Activités extrascolaires et alimentation	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles activités fais-tu en dehors des cours? • Est-ce que tu sors parfois avec tes amis? • Comment se passe ton alimentation? • Comment vois-tu ton corps? 	<p>Ce sujet peut être abordé de manière assez légère, en général l'adolescent en parle plutôt avec plaisir. Il faut cependant que le soignant soit très attentif et tente de détecter les comportements à risques ou les troubles alimentaires</p>
Drogues	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de tes sorties avec tes amis, t'arrive-t-il de consommer de l'alcool? • Si oui, arrives-tu à estimer combien? • T'arrive-t-il de consommer du cannabis? Ou une autre drogue? 	<p>Il ne faut pas hésiter à en parler et ne pas en faire un tabou et cela quelles que soient nos représentations de soignant(e)</p>
Sexualité/vie sentimentale	<ul style="list-style-type: none"> • As-tu déjà eu une relation sentimentale avec un garçon ou une fille? • As-tu déjà eu des rapports sexuels? • Si oui, t'es-tu protégée? 	<p>Comme on le voit dans le cas de Sonia, la sexualité est un sujet qui peut être très sensible et entraîner de nombreux questionnements chez l'adolescent</p> <p>La question de l'orientation sexuelle entre autres peut être une importante source de stress</p>
Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que tu t'es déjà sentie en insécurité? • Si oui, dans quel contexte? (à la maison, sur le chemin de l'école...) 	<p>Cette catégorie est souvent oubliée alors que les questions qu'elle aborde sont essentielles. En effet, le sentiment d'insécurité a de fortes répercussions à court et long termes sur la santé d'un jeune en plein développement</p>
Suicide/santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Comment qualifierais-tu ton humeur? • Est-ce que tu dors bien? • T'arrive-t-il d'être irritable? Triste? • Si oui, est-ce fréquent? • T'est-il déjà arrivé d'avoir envie de mourir? 	<p>Le fait de poser la question ne va pas faire passer la personne à l'acte. Au contraire, elle n'ose peut-être pas en parler et peut trouver par là un soutien</p>
Médias Sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Utilises-tu beaucoup les réseaux sociaux (comme Facebook, Instagram, Snapchat, etc.)? • Arrives-tu à estimer combien de temps par jour tu passes dessus? • Décris-moi ce que tu publies sur les réseaux sociaux • Fais-tu attention à quelles personnes ont accès à cela? • T'arrive-t-il de discuter avec des inconnus? 	<p>A l'heure actuelle, les réseaux sociaux occupent une part très importante de la vie des adolescents. Il faut donc être attentif au fait qu'ils peuvent se mettre en danger en dévoilant leurs informations personnelles ou en rencontrant des personnes en ligne</p>

- **Une consultation en 3 phases selon le NICHD** (Morville et al., 2016)

Le NICHD (National Institute of Child Health and Human Development) est un des seuls protocoles d'entretien auprès du mineur victime, validé par la recherche. Ce protocole est utilisé par les enquêteurs judiciaires. Mais il peut être intéressant d'en ressortir des grandes lignes et de le transposer dans une consultation de médecine générale. Recueillir la parole de l'adolescent n'est pas chose innée. Si celui accepte de se confier, même par bride, il est donc important de savoir poser les bonnes questions, d'obtenir le maximum d'informations afin de pouvoir l'aider au mieux.

Ce guide est développé en 3 étapes :

- 1) Une phase pré-déclarative : le but de cette phase est de créer un lien avec le mineur et de le mettre en confiance (l'interviewer se présente, fait connaissance avec le mineur et lui demande de lui raconter une journée précise lambda afin de stimuler sa mémoire non traumatique une première fois).

- 2) Une phase déclarative, qui vise à recueillir les éléments relatifs à l'agression sexuelle. Cette phase est exprimée par l'enfant par un récit libre, associé si besoin à des questions ouvertes de l'interviewer.
- 3) Une phase de clôture, afin de remercier l'enfant de son témoignage.

Il est recommandé que l'attitude du soignant soit non suggestive, soutenante, bienveillante et respectueuse des capacités de l'enfant. (Commission des Violences faites aux Enfants et Adolescents, 2020; Morville et al., 2016)

VII) ABORDER LA SEXUALITE AVEC UN ADOLESCENT

Les consultations avec un adolescent en médecine générale ne sont pas si fréquentes. En effet, le calendrier vaccinal obligatoire prévoit une vaccination entre 11 et 13 ans, et la dose de rappel suivante n'est à qu'à 25 ans. C'est pourquoi il existe souvent une période d'errance médicale pendant la période de l'adolescence alors qu'il s'agit d'une période de changement très importante pour le patient. Il arrive que des adolescents fassent une révélation à travers une lettre à leurs parents, un journal intime, ou à travers une publication sur des réseaux sociaux. C'est pourquoi il faut être vigilant à leur moyen d'expression (Rouget, 2020).

Toute consultation avec un adolescent devrait donc donner lieu à un temps d'échange sur les questions liées à la puberté, aux relations amoureuses, à la sexualité.

L'académie américaine de pédiatrie considère que le pédiatre est le mieux placé pour « dispenser une éducation sexuelle sur le long cours aux enfants et adolescents ; ce qui fait partie des soins de santé préventive ».

Il est rare que l'adolescent évoque de lui-même sa sexualité lors d'une consultation. C'est donc au médecin d'engager la discussion, dans une démarche de relation de confiance, bienveillante, sans jugement. Il est possible de parler d'école, de relations sociales puis progressivement d'arriver au sujet des pratiques sexuelles.

« Sur le plan amoureux, qu'en est-il pour toi en ce moment ? »

« Es-tu avec quelqu'un ? »

Rester neutre en ne mentionnant pas « petits copains » ou « petites copines » permet à l'adolescent de ne pas se sentir assigné à une orientation sexuelle.

Qu'il s'agisse de dépistage ou de prévention, aborder la question de la violence ou du consentement, parler du choix est important.

« As-tu déjà eu l'occasion d'avoir des rapports sexuels, est-ce pour toi un bon souvenir ? »

« Que sais-tu à propos du consentement ? »

« Comment vous êtes-vous protégés ? »

« En as-tu parlé à des amis, à tes parents ? »

« Est-ce que tu es d'accord avec ce qu'il se passe dans ta vie sexuelle ? »

« As-tu déjà eu des contacts qui t'ont gêné(e) ? »

Il est également nécessaire de laisser un temps où l'adolescent peut poser des questions :

« As-tu des questions sur les relations sexuelles ? », « Voudrais-tu me parler de quelque chose en particulier ? »

Cette consultation peut-être aussi l'occasion d'aborder les toxiques, les risques d'IST, le bien-être.

VIII) RECONNAITRE UNE MALTRAITANCE SEXUELLE

Reconnaître une violence sexuelle chez un adolescent n'est pas un diagnostic aisé.

Il s'agit dans la majorité des cas d'un ensemble de signes non spécifiques, avec une notion de rupture avec un état antérieur.

Y penser, c'est poser les bonnes questions et potentiellement recevoir une révélation. Dans le cadre de maltraitements intrafamiliaux, l'adolescent est souvent contraint au secret par son entourage. Il est donc primordial de connaître l'ensemble des signes suivants et d'être vigilant afin de poser les bonnes questions et favoriser les révélations.

VIII) 1. Les facteurs de risques

Selon les données de la HAS de 2011 (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2011), il n'existe pas de facteurs de risques clairement identifiés et spécifiques de la maltraitance sexuelle intrafamiliale. Ce type de maltraitance peut survenir quel que soit le contexte familial et social, du plus favorisé ou plus modeste.

Cependant, certaines circonstances ont été rapportées comme pouvant être liées à des situations de violences sexuelles telles que :

- Un mode de fonctionnement familial replié sur lui-même,
- L'absence de repère familial,
- Un climat familial équivoque (insuffisance de limites et d'interdits, érotisations des relations parents/enfants, non-respect de l'intimité),
- La coexistence ou des antécédents de violences intrafamiliales,
- Une situation favorisant un passage à l'acte de l'agresseur (conduites addictives),
- Une rupture de l'équilibre au sein de la famille (conflits au sein du couple, abandon moral du mineur).
- La présence d'un handicap augmente le risque de maltraitance sexuelle (Lemaigre et al., 2017) (Paine & Hansen, 2002). Selon un rapport de l'OMS de 2012, les enfants dont le handicap est lié à une maladie mentale ou à une déficience mentale intellectuelle sont 4,6 fois plus victimes.
- Certains auteurs ont pu identifier des points communs aux familles ayant un historique de violences sexuelles intrafamiliales. Ces familles ont tendance à être plus isolées socialement, plus autoritaires et moins cohésives, milieu défavorisé, structure familiale monoparentale (Euser et al., 2013)

Ces différentes caractéristiques peuvent être des points de vigilance à avoir lors d'une consultation, notamment par le médecin généraliste, qui en tant que médecin de famille a souvent une vision globale s'il est amené à soigner l'ensemble de la famille.

VIII) 2. Les signes d'appel chez l'adolescent (chez le mineur en général)

Il n'existe pas de signes spécifiques, ce qui rend le diagnostic compliqué. Il est recommandé par la HAS (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2011) « *d'envisager une possible maltraitance sexuelle chez un mineur présentant un signe clinique sans explication cohérente et/ou en cas de changement de comportement inexplicable, en particulier si ces manifestations persistent dans le temps, ou sont répétées* ».

Cette recommandation met déjà en lumière le processus souvent long pour dépister l'existence d'une maltraitance sexuelle chez le mineur.

VIII) 2. a. Signes généraux

Douleurs abdomino-pelviennes, céphalées persistantes, trouble du comportement alimentaire, fatigue permanente, douleurs chroniques, énurésie (notamment secondaire), encoprésie, prurit génital, obésité.

VIII) 2. b. Signes de la sphère génito-anale

L'HAS évoque comme signes les plus évocateurs (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2011; Commission des Violences faites aux Enfants et Adolescents, 2020) (Gérard, 2014) :

- Saignements, pertes génitales,
- Irritations ou prurit génitaux,
- Douleurs génitales ou anales,
- Troubles mictionnels, énurésie
- Infections urinaires récurrentes chez la fille pré pubère.

D'autres signes peuvent orienter vers une maltraitance sexuelle même s'ils sont souvent délicats à décoder (Gérard, 2014):

- Un comportement sexuel anormal par rapport à l'âge du mineur ou de l'adolescent,
- Un comportement de refus (refus scolaire, refus de voir un membre de la famille),
- Pleurs inexplicables, hypervigilance, réactions de peurs inexplicables,
- Comportements émotionnels excessifs répétés et / ou disproportionnés et non adaptés à l'âge.

Chez l'adolescent, il convient d'évoquer la question de maltraitance sexuelle en cas de :

- Demande précoce de contraception,
- IVG isolée ou à répétition,
- Changements fréquents de partenaires, actes de prostitution,
- Grossesse précoce, déni de grossesse.
-

VIII) 2. c. Troubles du comportement

Conduites impulsives auto-agressives (Alaggia, 2004) : Alaggia dans son étude en 2004 présentait une adolescente qui manifestait son mal-être par des accès de colère et d'agressivité, addictions, fugues (Cosseron F., 2013), sentiment de solitude, isolement, idées suicidaires, flashes back, cauchemars, sensation d'être absent/déconnecté, honte, culpabilité, addictions, mise en danger, TCA (anorexie, boulimie) (Brewerton, 2007), phobie du contact physique.

Les enfants abusés sexuellement peuvent présenter des changements émotionnels et des comportements d'anxiété, des troubles du sommeil (hypersomnie, insomnie, cauchemars)(Reitsema & Grietens, 2016)

VIII) 2. d. Troubles scolaires

Désinvestissement ou hyper investissement, difficultés de concentration, modification des résultats antérieurs.

VIII) 2. e. Troubles sexuels

Masturbations compulsives, craintes de grossesses, hypersexualités (manière de s'habiller provocante, non adaptée à l'âge, refus de se laver, de se déshabiller, IST, inhibition ou pudeur excessive, propos, geste inadapté à l'âge, agression sexuelle sur d'autres enfants). On a tendance à admettre que les auteurs sont de potentielles victimes d'agressions/atteintes sexuelles (cyberviolence ou visionnage de film).

Comme dit précédemment, aucun de ces signes n'est spécifique aux violences sexuelles chez le mineur. Il est important d'être vigilant, et d'y prêter d'autant plus attention si ces signes perdurent dans le temps, se répètent, s'allient entre eux, et ne trouvent pas d'explications rationnelles.(Collège de la Haute Autorité de Santé, 2011 ; London et al., 2008 ; Reitsema & Grietens, 2016)

VIII) 3. Recevoir une révélation

Savoir interroger un patient suppose être capable de recevoir une révélation, notamment de type de maltraitance sexuelle.

La révélation d'une violence ou d'une maltraitance ne doit pas être vue comme étant une parole unidirectionnelle. Il s'agit d'un dialogue interactif pouvant apporter une écoute attentive, un soutien, une protection, et un traitement ou une solution pour lui venir en aide (Flåm & Haugstvedt, 2013 ; McElvaney et al., 2014 ; Reitsema & Grietens, 2016)

Le pourcentage de révélation immédiate est plus important chez l'adulte que chez l'adolescent. La plupart des abus sexuels sur mineurs ne seront révélés qu'à l'âge adulte et le délai est notamment plus long lorsqu'il s'agit d'un abus familial (Hershkowitz et al., 2007 ; Kogan, 2004; Sjöberg & Rickard, 2002). Il est fondamental dans notre exercice de médecin généraliste de comprendre quels sont les obstacles et les facteurs favorisant les révélations afin de mieux pouvoir les appréhender et ainsi aider au mieux l'adolescent.

Les circonstances de révélation peuvent-être initiées par

- L'adolescent lui-même,
- Un tiers,
- Un médecin ayant repéré la situation.

VIII) 3) a) Les obstacles à la révélation

Comprendre les obstacles auxquels sont confrontés les enfants et les adolescents victimes de maltraitance sexuelle peut nous permettre de mieux comprendre ces jeunes, et ainsi mieux les amener à se livrer.

Les obstacles à la révélation sont les suivants :

- Manque d'empathie, réponse inadaptée de la part des professionnels de santé. Selon l'étude de Crisma (Crisma et al., 2004), il s'agirait de la cause principale évoquée par les adolescents dans son étude.
- Peur de la rupture familiale, sentiment de loyauté : le côté intrafamilial de la révélation renforce l'aspect secret d'autant plus perturbant car l'agresseur est aussi le « caregiver »(Reitsema & Grietens, 2016) (Crisma et al., 2004); (Paine & Hansen, 2002)

L'importance de la virginité dans certaines cultures peut être également source de silence/secret. (Fontes & Plummer, 2010).

- Peur des représailles : menaces, pots de vin, chantage (Craven et al., 2006 ; Goodman-Brown et al., 2003)

- Sentiment de honte, culpabilité (Crisma et al., 2004 ; Goodman-Brown et al., 2003) : sensation d'être à l'origine de la maltraitance. Il peut être difficile pour l'adolescent d'identifier la nature manipulatrice de l'auteur des violences sexuelles. Il arrive que le mineur puisse se sentir comme étant un acteur consentant renforçant un sentiment de honte et de culpabilité.

« Depuis que c'est arrivé, j'ai toujours pensé que c'était de ma faute. Puis, je me suis demandé si mon comportement l'avait fait réfléchir... peut-être » (Marina, 16 ans).

"J'ai tellement honte même si je n'ai rien fait, mais... c'est... eh bien... même maintenant, j'ai l'impression que c'est de ma faute. Je ne sais pas pourquoi, mais je me demande si j'ai fait quelque chose, peut-être qu'il a mal compris quelque chose » (Francesca, 14 ans).

- Peur de ne pas être cru. (Crisma et al., 2004 ; Goodman-Brown et al., 2003)

L'adolescent qui suppose ne pas être cru lors d'une révélation, sera moins propice à donner des signes clairs témoignant d'un abus. S'il craint de ne pas recevoir une écoute attentive, un soutien, il sera plus difficile d'obtenir une révélation.

- L'absence de questionnement précis : en effet de nombreuses études témoignent du fait que beaucoup d'enfants n'ont pas parlé de leurs expériences de maltraitance, parce qu'on ne leur a pas posé la question. Les auteurs ont constaté qu'une importante proportion de révélations a été suscitée par un questionnement d'autrui qui offrait ainsi une opportunité d'en parler. (Crisma et al., 2004 ; Jensen et al., 2005 ; McElvaney et al., 2014 ; Smith et al., 2000)
- Défaut d'information sur ce qui est légal ou non, « Le droit de ne pas être violé » (Crisma et al., 2004) : Certains adolescents n'étaient pas sûrs que ce soit "mal". Le fait de le lire et de voir dans un magazine, que c'était mal et que ça arrivait à d'autres, leur faisait prendre conscience du caractère interdit.
- Défaut d'information sur les structures aidantes existantes : obligation de payer, d'être accompagné par un parent, ne pas savoir où aller ? (Crisma et al., 2004)
- Peur d'être amené aux services sociaux. (Crisma et al., 2004)
- Sentiment d'isolement créé et entretenu par l'auteur des faits : Dans de nombreux cas, l'auteur de l'abus sexuel a isolé l'enfant ou l'adolescent, l'empêchant d'avoir un quelconque confident. (Reitsema & Grietens, 2016)

Ces différents éléments montrent à quoi doit faire face l'adolescent, lorsqu'il doit révéler son vécu. C'est pourquoi il découle dans une grande majorité des cas, un retard de divulgation, un retard diagnostic et ainsi un retard dans l'aide et la protection à apporter au mineur.

VIII) 3. b. Illustration du retard des révélations

La majorité des révélations d'abus sexuel chez le mineur est dans la plupart des cas, non immédiate et tardive.

« Avant que l'enfant ne reconnaisse la situation comme sexuelle ou inappropriée, l'abus est souvent bien avancé » (Paine & Hansen, 2002).

- **Étude de Kogan et Smith**

Tableau 3 : Retard des révélations à travers les études de Kogan (2004) et Smith (2000)

	Kogan (2004) (n = 263 adolescents)	Smith <i>et al.</i> (2000) (n = 288 adults)
Told within 24 hours	24%	18%
Told within 1 month	19%	9%
Told within 1 year	12%	11%
Delayed telling more than 1 year	19%	47%
Never told before survey	26%	28%

Child Abuse Rev. Vol. 24: 159–169 (2015)

Le tableau ci-dessus reprend les données de 2 études montrant le retard de révélation d'un abus sexuel. (Kogan, 2004) a étudié le moment où le mineur a révélé un rapport sexuel non désiré (avec un échantillon n = 263 adolescentes, âgées de 12 à 17 ans de la National Survey of Adolescent aux États-Unis).

Les résultats de Kogan peuvent être résumés comme suit :

- Divulgence immédiate (dans un délai d'un mois) : 43 %,
- Divulgence différée (moins d'un an) 31 %.
- Non-divulgence (divulguée uniquement lors de l'enquête) 26 %.

Smith et ses collègues (2000) ont examiné un sous-échantillon (n = 288) de la National Women's Study aux États-Unis qui avait signalé un viol dans l'enfance avant le l'âge de 18 ans.

Les résultats de Smith et al. peuvent être résumés comme suit :

- Divulgence immédiate (dans un délai d'un mois) 27 %,
- Divulgence différée (plus d'un an) 58 %
- Non-divulgence (sondage uniquement) 28 %.

- **Étude de Priebe et Svedin** (Priebe & Svedin, 2008)

Les auteurs ont réalisé une enquête nationale en Suède auprès de 4339 adolescents, dont 1962 ont signalé une forme d'abus sexuel (65 % des filles et 23 % des garçons). Parmi les adolescents qui avaient révélé un abus sexuel, et répondu aux questions relatives à cette révélation (n = 1493), 59,5% n'en avaient jamais parlé à personne avant l'enquête. Parmi ceux qui l'ont divulgué, 80,5% ont mentionné : un « ami de mon âge » comme la seule personne à qui ils en ont parlé.

Il apparaît dans cette étude non seulement un retard probable dans la révélation mais aussi que le confident n'est pas un professionnel de santé.

Il est mis également en lumière l'importance d'en parler afin d'obtenir des révélations.

VIII) 3. c. Les facteurs favorisant la révélation

Avoir une écoute attentive, laisser l'opportunité d'en parler. Beaucoup de mineurs s'expriment suite à une invitation du soignant à parler.

Peu d'enfants sont à l'initiative d'une révélation. L'enfant peut être amené à se sentir plus légitime de parler ou de révéler une maltraitance lorsqu'on lui pose la question, lorsqu'il sent qu'il y a une bonne raison d'en parler. (Jensen et al., 2005 ; Kogan, 2004 ; Reitsema & Grietens, 2016).

« J'ai entendu ce que tu me dis C'est important d'en parler parce qu'il y a des choses qu'on peut faire pour aider les enfants quand c'est difficile.... Je suis là pour t'entendre et t'aider ... »

Dans l'étude de Flam et Haugstvedt de 2013, les auteurs ont étudié la manière de répondre des enfants selon les différentes sollicitations de l'adulte. Alors que certains soignants s'adressaient aux enfants de manière ouverte, et laissaient ouverte la porte de la communication, d'autres fermaient la conversation sans créer d'opportunité pour une exploration plus approfondie (Flâm & Haugstvedt, 2013)

Il conviendrait donc de :

- Informer sur ce qui est bien / mal : Informer un mineur de ce qui est autorisé ou non est primordial. Certaines études ont observé que les enfants parlaient de leur expérience après avoir été confrontés à un facteur externe (émission TV, magazine, présentation à l'école). (Crisma et al., 2004 ; Malloy et al., 2013).

« ... La chose qui m'a le plus frappé dans le magazine, c'est... que cela peut arriver avec... des frères, ou des parents... c'est-à-dire des parents ou des choses similaires... J'ai bien dit, peut-être que c'est arrivé aussi à d'autres personnes... j'ai vu ce numéro de téléphone, je me suis dit... c'est mon opportunité » (Fabrizio, 17 ans).

- Poser des questions ouvertes : De nombreux auteurs ont exprimé l'intérêt de poser des questions ouvertes afin de recueillir le maximum d'informations possibles. (Morville et al., 2016 ; Mc Elvaney 2012 ;Hershkowitz et al., 2007)

*« Dis-moi ce qu'il s'est passé » et non « Est-ce que tu peux me dire ce qu'il s'est passé ? »
« Est-ce que tu peux m'en dire plus sur ... la maison... la cantine.... le sport ... »*

- Prendre du temps, et laisser du temps : certains enfants ont besoin de temps pour pouvoir libérer leur parole (McElvaney et al., 2014)

- Prendre conscience et faire attention à la communication non verbale :

Les mineurs peuvent partager de manière consciente ou non des signes émotionnels et non verbaux. Ces signes, auxquels il faut prêter attention constituent une partie importante du processus de révélation (Goodman-Brown et al., 2003)

- Privilégier une approche multifactorielle :

« Le consensus dans la littérature de recherche à l'heure actuelle est que la divulgation est multi-déterminée, influencée par une gamme complexe de facteurs qui peuvent influencer chaque enfant d'une manière différente. Des études de probabilité nationales à grande échelle confirment que la non-divulgation et les retards de divulgation sont des problèmes importants auxquels la société est confrontée et en particulier pour les professionnels chargés de protéger le bien-être des enfants. Les peurs et les angoisses des enfants par rapport au récit doivent être comprises et contenues par ceux qui se trouvent dans leur environnement, afin que la divulgation précoce puisse être encouragée et facilitée. » (Buckley, 2007; McElvaney et al., 2014)

Pour résumer, nous pouvons citer Ungar et al. (2009), qui décrivent les conditions optimales de divulgation comme suit : *« Être directement interrogé sur les expériences de violence ; avoir accès à quelqu'un qui écoute, croit et répond de manière appropriée ; avoir des connaissances et un langage sur ce qui constitue un abus et comment accéder à l'aide ; avoir un sentiment de contrôle sur le processus de divulgation à la fois en termes d'anonymat (ne pas être identifié tant qu'ils ne sont pas prêts à cela) et de confidentialité (le droit de contrôler qui sait) ; et des réponses efficaces des adultes*

dans des contextes formels et informels ».

VIII) 3. d. Les difficultés du médecin face à une révélation

Malgré un nombre important de signalements, une minorité est effectuée par le corps médical. Ce faible pourcentage est dû à plusieurs facteurs (HAS, 2014):

- Peur de rompre l'alliance thérapeutique créée avec le patient ou sa famille,
- Manque de formation : Si la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance prévoit que « l'ensemble des personnels exerçant dans le champ de la petite enfance et notamment les professionnels médico-sociaux doivent recevoir une formation initiale et continue en partie commune aux différentes professions et institutions dans le domaine de la protection de l'enfance en danger ». (Article L 5421-1 du Code de l'Éducation). Il n'y a que très peu de professionnels de santé formés pour être compétents dans la façon de recueillir la parole du mineur. Pourtant le médecin généraliste est en première ligne. Le risque de ce manque de formation est une écoute, des réponses, et/ou une attitude inadaptée face aux révélations d'une agression sexuelle. Plusieurs études témoignent du manque de connaissance des professionnels de santé (Greco, 2015 ; Giot A., 2019). L'importance de savoir mener une consultation dans une situation d'abus sexuelle chez l'adolescent est d'autant plus importante que les conséquences négatives évoquées précédemment peut-être amenuisée si l'adolescent est face à un professionnel compétent, pratiquant une approche empathique et attentive. (Campbell et al., 1999; Crisma et al., 2004)
- Poids du secret.
- Conflit de loyauté.
- Retentissement psychologique.
- Craintes des conséquences judiciaires.
- Démarches chronophages.
- Solitude.

IX) CONSÉQUENCES DES VIOLENCES SEXUELLES

Les violences sexuelles chez l'adolescent ont un impact majeur sur la santé mentale et physique des enfants qui en sont victimes, sur leur scolarité, leur vie affective, sexuelle et sociale.

IX) 1. Un impact sur la santé mentale

Plusieurs études ont montré qu'avoir subi une maltraitance augmente le risque de tentative de suicide, le taux de stress post traumatique et d'anxiété. (Gilbert et al., 2009)

96% des victimes déclarent un impact sur leur santé mentale, 70% sur leur santé physique, 50% font des tentatives de suicides, 50% des dépressions à répétition, 50% présentent des conduites addictives (Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015)

Le suicide est d'ailleurs la première cause de mortalité dans les populations infantiles victimes de maltraitance. (Benarous et al., 2014)

Une étude prospective montre une association importante des auto- mutilations avec les abus sexuels (Yates et al., 2008).

Un autre article montre qu'un abus sexuel dans l'enfance est un facteur de risque pour les troubles alimentaires (Brewerton, 2007)

Un stress répété dans l'enfance peut induire des élévations prolongées du cortisol provoquant une altération neuronale. Des modifications anatomiques cérébrales (diminution de certaines aires corticales) sont également décrites dans la littérature en cas d'abus sexuel dans l'enfance. Ces différentes variables anatomobiologiques sont responsables d'une hyperactivité au stress, et de modulation d'adaptation ayant pour conséquence un risque accru de dépression, d'anxiété, d'état de stress post traumatique. (Moureau & Delvenne, 2016)

IX) 2. Un impact sur la santé physique, pathologie somatique

La population mineure avec historique de maltraitance sexuelle voit son espérance de vie diminuée. Il existe une augmentation du taux d'obésité, de maladies cardiaques, et de diabète (Felitti, 2002) notamment à cause d'une dysrégulation du système hypothalamo-hypophysaire, en réponse au stress chronique. (Moureau & Delvenne, 2016)

Des études prospectives montrent également une association entre trouble du comportement alimentaire et abus sexuel dans l'enfance (Brewerton, 2007).

IX) 3. Un impact sur la scolarité.

Les adolescents victimes d'abus sexuels peuvent avoir des difficultés scolaires, ou plus tard peuvent éprouver des difficultés au travail, (Crisma et al., 2004) ou à l'inverse peuvent présenter un hyper investissement.

IX) 4. Un impact sur la vie affective/ sexuelle

Des troubles des comportements sexuels sont fréquemment présents chez les pré-adolescents ayant subi des abus sexuels : Précocité de l'activité sexuelle, taux accru de grossesses pendant l'adolescence et augmentation du taux d'avortement, majoration du risque d'infection sexuellement transmissible et davantage de prostitution. (Benarous et al., 2014)(Arriola et al., 2005), (Crisma et al., 2004) (Day et al., 2008)

IX) 5. Un impact sur la vie sociale

Une étude a notamment montré l'impact d'un allèle du gène de l'enzyme de la monoamine-oxydase sur le lien entre abus dans l'enfance et comportement agressif à l'âge adulte. (Caspi et al., 2002)

Une autre étude a retrouvé un historique de maltraitance chez 30 à 90 % des mineurs emprisonnés, avec une notion d'abus sexuels particulièrement fréquents chez les filles (Day et al., 2008).

IX) 6. Un risque d'addictions.

Tabac, drogues, alcool.

Le taux de prévalence de ces différents troubles est élevé. Ces derniers sont aussi plus souvent sévères, résistants et récurrents (Gilbert et al., 2009).

X) LA PROTECTION DU MINEUR

Il est important que les professionnels de santé gardent en tête qu'une situation de violence sexuelle chez un adolescent peut arriver et ils doivent y être préparés. Il est alors essentiel de savoir vers quel professionnel ou instance ils peuvent demander de l'aide afin de protéger au mieux le patient.

X) 1. L'information médicale adolescent/parent/médecin

La relation avec médecin adolescent est une relation triangulaire puisqu'il faut prendre en compte les parents. Il est nécessaire de prendre en compte les décisions des parents mais aussi de l'adolescent. Selon l'article 1111-2 du code de santé public, le mineur a droit à l'information qui le concerne sous forme adaptée à sa maturité et à son âge soit par ses parents, soit par le médecin.

Selon l'article L 1111-5 du code de santé publique, l'adolescent peut demander à ce que le secret sur son état de santé soit opposé à ses parents, titulaires de l'autorité parentale.

Cependant, le mineur ne peut exiger des praticiens, qu'ils gardent le secret sur son état de santé, s'il existe une situation de danger qui invite ou impose le praticien à se délier du secret professionnel auprès des services départementaux de la protection de l'enfance ou de l'autorité judiciaire territorialement compétents (article R226-2-2).

Le praticien face à une situation de violences sexuelles chez l'adolescent se doit d'informer les autorités compétentes. Sa tâche sera facilitée si l'adolescent, accepte sa prise en charge, devient acteur et coopère.

Dans ses recommandations de 2015 envers la maltraitance chez l'enfant, l'HAS recommande d'avoir un entretien seul avec le mineur, quel que soit son âge, avec son accord.

Qu'en est-il du cadre légal ?

Selon l'article 434-3 du code pénal « *Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse* »

Le médecin peut alors renseigner les autorités compétentes en cas de suspicion de sévices sexuels

chez l'adolescent. Le mineur peut également se présenter lui-même (seul ou accompagné) à la gendarmerie ou à la police (sans certificat médical nécessaire).

Les parents peuvent aussi se présenter à la justice sans le mineur, sans son accord au préalable.

La protection de l'enfance est sous la directive de 2 systèmes :

- Le système administratif confié aux conseils départementaux.
- Le système judiciaire sous la responsabilité du procureur de la république et des juges des enfants.

X) 2. Information Préoccupante (IP) = protection administrative

- **QUAND ?** L'article R.226-2-2 définit l'information préoccupante comme étant « une information transmise à la cellule départementale pour alerter le président du conseil départemental sur la **situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être** » (Décret 2013-994 du 7.11.2013).

Une information préoccupante peut ainsi être écrite en cas de doute dans une situation de maltraitance. Il n'est pas nécessaire d'être certain du risque ou de la mise en danger pour écrire une information préoccupante.

Il n'y a pas de caractère urgent

- **COMMENT ?** Par écrit (mail, fax) ou par téléphone.
- **OÙ ?** CRIP du département.

Tableau 4 : coordonnées CRIP Basse Normandie

14	CALVADOS	crip@calvados.fr	02 31 57 16 41	Service Aide sociale à l'enfance 17 avenue Pierre Mendes-France 14 035 Caen Cedex 1
50	MANCHE	crip@manche.fr	02 33 05 55 50	Service de l'aide sociale à l'enfance Cellule de recueil des informations préoccupantes 50 050 Saint-Lô Cedex
61	ORNE	crip@cg61.fr	02 33 81 63 06	Pôle sanitaire social Direction enfance famille 13 rue Marchand- Saillant CS 70541 61 017 Alençon Cedex

- **CONTENU :**
 - Renseignements administratifs du patient (date de naissance, adresse...)
 - Données motivant l'information préoccupante.
 - Point clinique pertinent.
 - Propos du patient (conditionnel ou entre guillemets).
 - Facteurs de risques repérés.
 - Coordonnées du médecin, date, signature.

- **CONSEQUENCES**

- Évaluer le danger.
- Déterminer quelles aides/ protections peuvent être mises en place.
- En fonction de la situation, envisager un signalement.

Remarques :

*Les parents sont informés de l'information préoccupante, sauf intérêt contraire de l'enfant.
L'IP n'est pas communicable aux parents ni à l'enfant.*

X) 3. Signalement : protection judiciaire

Contrairement à l'information préoccupante, le signalement témoigne du caractère urgent de la situation et donc de la nécessité d'une protection immédiate de l'enfant.

Le signalement est ainsi directement adressé au procureur de la république.

Toute suspicion ou révélation de violences sexuelles doit faire l'objet d'un signalement judiciaire auprès du procureur de la République, avec copie à la CRIP.

- **QUAND ?** 24H/24

- **COMMENT ?** : Par écrit : fax, mail, courrier.

Adresser une copie à la CRIP du département concerné.

- **A QUI S'ADRESSER ?** : Au Procureur de la République.

- **CONTENU**

Renseignements administratifs du patient (date de naissance, adresse, ...).

Données motivant l'information préoccupante.

Point clinique pertinent.

Propos du patient (conditionnel ou entre guillemet).

Facteurs de risques repérés.

Notion d'urgence médicale.

Coordonnées du médecin, date, signature.

- **CONSEQUENCES**

Envisager les investigations nécessaires : poursuites ?

Évaluer la nécessité d'une mesure de protection des mineurs en urgence OPP ou mesure d'assistance éducative AE.

- **CONTACT**

Monsieur le Procureur de la République et le substitut chargé des mineurs.

Tableau 5 : *Coordonnées des procureurs de la république de Basse Normandie*

	QUELLE ADRESSE	QUEL NUMERO	MAIL
14 CAEN	11, RUE DUMONT- D'URVILLE 14053 CAEN CEDEX	Tél : 02 50 10 12 51 Fax : 02 50 10 12 53	sec.pr.tj- caen@justice.fr accueil- caen@justice.fr
14 LISIEUX	11 RUE D'ORIVAL CS 69002 14107 LISIEUX CEDEX	Tel 02 14 11 02 00	accueil.tj- lisieux@justice.fr
50 CHERBOURG	15 RUE DES TRIBUNAUDX CS 60740 50107 CHERBOURG OCTEVILLE CEDEX	Tél : 02 33 01 61 61 Fax : 02 33 01 97 45	tj2- cherbourg@justice. fr
50 COUTANCES	10A RUE DU PALAIS DE JUSTICE CS 40719 50207 COUTANCES CEDEX	Tel 02 33 76 68 20 Fax 02 33 76 68 35	accueil.tj- coutances@justice. fr
61 ARGENTAN	RUE DES ANCIENS COMBATTANTS CS 70211 61203 ARGENTAN CEDEX	Tel 02 33 67 97 97 Fax 02 33 67 28 81	tj1- argentan@justice.fr
61 ALENCON	PLACE DU MARECHAL FOCH CS 70355 61014 ALENCON CEDEX	Tel 02 33 82 25 00 Fax 02 33 32 94 64	accueil.tj- alencon@justice.fr

En résumé :

- **Si situation de violence sexuelle révélée par l'adolescent, ou un proche et en cas de danger imminent :**

= **SIGNALEMENT** au procureur

Si l'agresseur est en contact direct avec l'enfant = **HOSPITALISATION** en urgence + **SIGNALEMENT** au procureur.

Suite au signalement, le procureur pourra décider d'une expertise médico-légale.

- **Si doute sur violence sexuelle :**

= **INFORMATION PREOCCUPANTE** à la CRIP.

+/- Avis auprès du service de médecine légale ;

+/- UAPED ;

+/- Avis auprès des urgences pédiatriques.

+/- Conseils de l'ordre.

X) 4. LES INTERLOCUTEURS

Nous avons vu précédemment les 2 interlocuteurs phares à savoir

- Le procureur, interlocuteur d'urgence
- La CRIP pour mener des investigations en cas de danger non immédiat.

Recevoir une révélation est une étape, mais accompagner l'adolescent au long cours, suite à cette révélation est une autre étape. Afin d'accompagner au mieux l'adolescent, le médecin généraliste peut faire appel, si l'adolescent le souhaite, à différentes structures pouvant l'aider (Commission des Violences faites aux Enfants et Adolescents, 2020) :

- Centres hospitaliers ; service de pédiatrie ; urgences pédiatriques
- UAPED : Dans le cadre du plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2020-2022, le déploiement des unités d'accueil pédiatriques Enfants en danger (UAPED anciennement UAMJP) constitue une mesure prioritaire, avec un objectif fixé de couverture de l'ensemble du territoire national d'ici 2022. Actuellement, 66 UAPED couvre le territoire.

En Normandie : Caen, St-Lô, Alençon, Cherbourg, Lisieux, Argentan comptent des UAPED.

- Centres Médico-Psycho-Pédagogiques ;
- Médecin référent de la protection de l'enfance ou PMI locales
- Maison des Adolescents (MDA) ou des Point Accueil Écoute Jeunes (PAEJ)
- Associations d'Aide aux Victimes de son département ;
- Centres régionaux de psycho traumatisme : <http://cn2r.fr/obtenir-de-laidepour-soi-ou-pour-un-proche/>
- Plateformes téléphoniques ou tchat via messagerie instantanée :
- Fil Santé Jeune 0800 235 236
- 119 : allo enfance en danger (7j/7, 24h/24)
- 116 006 : numéro d'aide aux victimes
- 3919 : violence femme infos (7j/7)

En cas de suspicion sans éléments probants, le médecin peut aussi échanger avec d'autres professionnels et partager des informations anonymes pour évaluer la situation d'un mineur (ASE, DDASS, PMI, UAPED...).

Tableau 6 : les interlocuteurs clefs

Urgences Pédiatriques	
Unité d'accueil pédiatrique des Enfants en danger	
Médecin référent de Protection de l'Enfance	
Médecin responsable de PMI	
SNATED (Service national d'Aide téléphonique aux enfants en danger)	119
CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes)	
Brigade des Mineurs ou Gendarmerie	
Tribunal judiciaire	

PARTIE 2 : ETUDE ANALYTIQUE SUR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE

I) MATERIEL ET METHODE

I) 1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des internes de médecine générale sur le repérage et l'abord des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient d'évaluer leurs connaissances sur la conduite à suivre face à un cas de violence sexuelle chez l'adolescent et d'évaluer leur niveau de formation.

I) 2. Type d'étude

Nous avons opté pour une étude analytique à l'aide d'entretiens semi-dirigés.

Dans cette étude, nous voulions obtenir le maximum d'informations sur le ressenti des internes, de voir leur facilité/ difficulté dans une situation fictive puis évaluer leur niveau de connaissance.

I) 3. Population étudiée

Le critère d'inclusion était le fait d'être interne de médecine générale de Basse Normandie, quel que soit l'âge, le sexe, le semestre. L'inclusion a été faite sur la base du volontariat.

De fait, les médecins remplaçants (« thésés » ou « non thésés »), les médecins installés, les internes d'autres spécialités, les internes de médecine générale non volontaires étaient exclus de l'étude.

I) 4. Recrutement

Les internes étaient inclus sur la base du volontariat suite à un mail envoyé à l'ensemble des internes de médecine générale (n=264), (sur leur messagerie étudiante). Le sujet de thèse n'était pas connu des internes au début des entretiens et était dévoilé au décours.

Avant les entretiens, il a été demandé aux internes de remplir une feuille de consentement pour la participation à l'étude. Les internes étaient prévenus que leur retranscription serait anonymisée, afin d'assurer une confidentialité de leurs propos. Leur âge, leur semestre, et les stages réalisés ont également été notifiés.

La taille de l'échantillon a été décidée selon « la saturation théorique » : c'est-à-dire que, quand l'analyse de nouveau matériel devient redondante et n'apporte plus de nouveauté dans la description du phénomène étudié, il n'est plus utile d'inclure d'autres participants. (Méthode développée par Glaser et Strauss en 1967, (Vasileiou et al., 2018).

I) 5. Guide d'entretien

L'entretien auprès des internes était divisé en 2 grandes parties.

La première partie de notre étude consistait en un cas clinique, pour lequel l'interne n'avait aucune idée du thème qui allait être exploité par la suite. Nous avons voulu « reproduire » une consultation de médecine générale en plongeant l'interne directement dans le rôle du médecin généraliste qui ne connaît pas le motif de consultation en accueillant son patient. L'intérêt principal de cette partie était de voir à partir de quand l'interne allait évoquer (et s'il allait l'évoquer) le sujet de la violence sexuelle, et s'il le faisait, de quelle manière. Les intérêts secondaires de cette partie étaient de recueillir le maximum d'informations en direct, d'observer les facilités, hésitations, réflexions, problématiques des internes lors d'une consultation avec un adolescent. L'investigatrice mettait fin à cette première partie dès que l'interne évoquait la notion de violence sexuelle, ou s'il ne l'avait pas évoqué après la réponse de l'interne suite à l'annonce de scarifications sur l'abdomen.

La deuxième partie de notre étude consistait à faire appel à leurs connaissances ainsi qu'à leur expérience personnelle. L'ordre des questions était toujours le même, avec initialement des questions plutôt générales, puis de plus en plus précises pour finir avec leur expérience personnelle.

Nous avons essayé au maximum de poser des questions ouvertes afin d'ouvrir la discussion, et d'obtenir le maximum d'informations.

Les différents thèmes du guide ont été établis après recueil des données de la littérature ;

- Partie cas clinique,
- Connaissances générales,
- Retour d'expériences,
- Formation des internes.

I) 6. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés du 5 janvier 2022 au 20 janvier 2022, aux horaires choisis par les internes.

Ils se sont déroulés à distance, pour d'une part éviter une rencontre pendant l'épidémie de la covid-19, et d'autre part pour une facilité logistique pour les internes interrogés.

Nous avons donc effectué des visioconférences via Facetime ou WhatsApp, selon la convenance de l'interne. L'échange était enregistré au moyen de deux dictaphones et retranscrit par verbatim (le verbatim constitue la retranscription d'un entretien) par l'auteur. Les données ont été anonymisées en attribuant à chaque interne une lettre au hasard.

I) 7) Analyse des données

Nous avons dans un premier temps analysé chaque verbatim afin de mettre en évidence les points importants de chaque entretien. Puis de manière transversale, ces points ont été comparés, regroupés en thèmes, dans le but de dégager les points importants de l'analyse.

II) RESULTATS

Tableau 7 : Caractéristiques de la population.

	SEXE	AGE	SEMESTRE	STAGES EFFECTUES	DUREE ENTRETIEN (minutes)
Interne A	F	24	5ème	Urgences adultes, praticien niveau 1, pédiatrie, gynécologie, médecine polyvalente.	42'16
Interne B	F	34	1er	Urgences adultes.	27'50
Interne C	F	25	1er	Praticien niveau 1.	26'33
Interne D	F	25	3ème	Urgences, praticien niveau 1, gynécologie.	30'50
Interne E	M	27	5ème	Urgences adultes, praticien niveau 1, médecine polyvalente, pédiatrie.	42'37
Interne F	F	27	3ème	Praticien niveau 1, urgences, pédiatrie.	24'26
Interne G	F	26	1er	Urgences, adultes.	38'42
Interne H	F	26	1er	Praticien niveau 1.	28'50
Interne I	F	25	3ème	Praticien niveau 1, urgences adultes, pédiatrie.	31'20
Interne J	F	24	1er	Praticien niveau 1.	24'30
Interne K	F	27	5ème	Praticien niveau 1, urgences adultes, médecine interne, pédiatrie, SASPAS.	34'06
Interne L	F	25	1er	Urgences adultes	29'48
Interne M	F	27	3ème	Praticien niveau 1, urgences adultes, pédiatrie.	30'40

Au total 13 internes de médecine générale ont été inclus.

2 internes supplémentaires se sont manifestés initialement mais n'ont finalement pas donné de suite malgré 2 relances.

L'âge moyen des internes interrogés est de 26,3 ans (le plus jeune ayant 24 ans, et le plus âgé ayant 34 ans, écart type 2,6 ans)

La majorité des internes sont de sexe féminin (92,3%).

Le nombre moyen de semestres réalisés est de 2,5 (du 1^{er} semestre au 5^{ème} semestre, écart type : 1,7)

L'échantillon de cette étude est de 13 internes sur un total de 267 internes de médecine générale, soit un taux de participation de 4,9%.

Les entretiens ont duré de 24 minutes et 26 secondes à 42 minutes 37 secondes, soit une durée moyenne de 31 minutes et 49 secondes, écart type : 6,1.

II) 1. Analyse des données de la partie cas clinique

II) 1. a. Voir la patiente mineure seule en consultation

Cette problématique s'est posée rapidement dans les entretiens, notamment lors de l'interrogatoire initial.

La majorité des internes (neuf sur les treize interrogés) ont proposé de voir le mineur seul, sans ses parents, dès le début de la consultation.

Interne D « m'arranger pour que la mère sorte »

Interne E « la voir seule », « il y aura un temps d'échange sans sa mère »

Interne K : « je ferais sortir la maman ou le papa dans tous les cas »

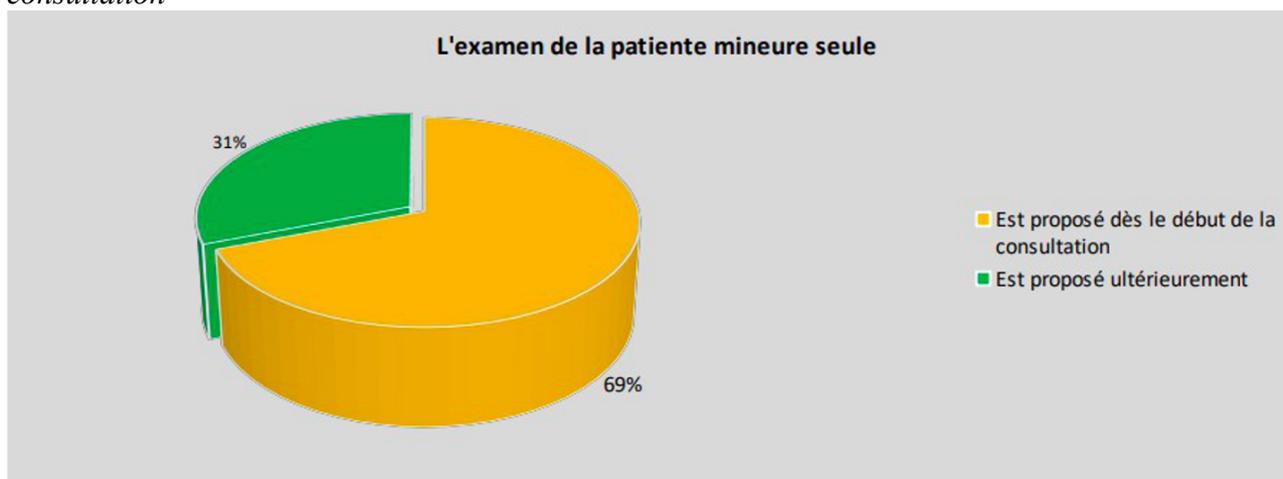
Une minorité d'internes (4 internes sur 13) s'est interrogée sur la possibilité de voir le mineur seul en consultation. Ces derniers se posent la question rapidement dans le déroulement de la consultation mais ne le feront que dans un temps plus tardif.

Interne A : « je ne sais pas trop si je peux faire sortir la maman ou pas » [...] « si c'est légal » puis quand arrive le moment de l'examen clinique *« peut-être je demanderais à la maman » « devant les parents, c'est un peu plus compliqué »*

Interne B initialement *« je vais plus m'adresser à la jeune fille »*, puis après l'annonce des scarifications *« je pourrais la voir seule »*

Interne C « avec la présence de la mère je serais peut-être embêtée » puis après l'annonce des scarifications *« à voir avec sa mère si on peut faire un entretien seul à seul avec sa fille »*

Graphique 6 : pourcentage d'interne examinant la patiente seule en fonction du temps de consultation



II) 1. b. Le déroulement de la consultation et l'abord d'une violence sexuelle

Même si le déroulement de la consultation et les questions posées, étaient différents d'un interne à un autre, on a pu remarquer un abord commun sur les différents interrogatoires avec les questions des antécédents, de l'histoire de la maladie, de la caractérisation de la douleur, des traitements.

Seulement deux internes sur treize ont évoqué une potentielle violence dès leur première consultation.

Interne E « est-ce qu'il y a de la violence ? »

Interne J « si elle a déjà eu des violences sexuelles »

Deux internes parmi les onze restants ont posé la question de la violence après avoir reçu des résultats d'examens normaux.

Interne F : après avoir eu résultats normaux de biologie, échographie, IRM pelvienne, avis gynéco « je chercherais un antécédent d'agression sexuelle »

Interne I : après avoir eu les résultats de biologie « voir s'il y a des comportements inadaptés »

Deux internes parmi les neuf restants en ont parlé après la découverte de scarifications (après examens paracliniques normaux)

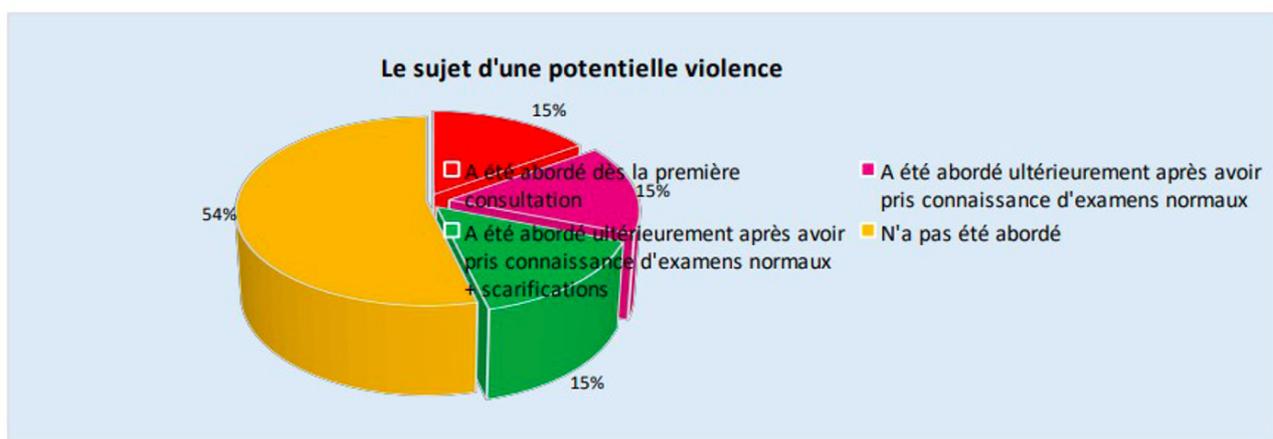
Interne K : après l'annonce des scarifications sur l'abdomen : « bah là, je pense tout de suite au viol », « je lui demande si elle a déjà été victime de violences verbales, physiques ou sexuelles »

Interne M : « au niveau de l'abdomen, il me semble qu'il faut se méfier des attouchements ou ces trucs-là », « je lui demanderais si quelqu'un a abusé d'elle ou lui a fait des choses interdites »

Finalement, six internes sur treize ont évoqué le sujet de la violence à un moment ou à un autre de la consultation.

Sept internes sur treize (54%) n'ont pas du tout évoqué la violence.

Seulement deux internes ont posé la question de la violence sexuelle, dans leur interrogatoire initial.



Graphique 7 : Abord de la violence en consultation

II) I. c. Quand et comment aborder la souffrance psychique de la patiente ?

Un seul interne a abordé dans son interrogatoire initial la question du moral, et de la violence.

Interne E : évoque « la partie psychologique » dès la première consultation « je lui demande si elle est bien dans sa peau », « est-ce qu'il y a de la violence ? Des conduites à risque ? ».

Un autre interne a posé la question des violences sexuelles mais n'a pas insisté sur l'abord psychologique.

Interne J : « j'essayerais d'étayer tout ce qui est gynéco, si elle a déjà eu des rapports, si les parents sont au courant, si elle a déjà eu des violences sexuelles. »

La grande majorité des internes (11 internes sur 13) ont abordé tardivement (après examens complémentaires normaux) une potentielle souffrance psychique malgré un examen clinique rassurant.

Interne A : « j'élimine directement le côté organique » [...] « si je trouve rien, je vais aller vers une cause psy » ;

Interne B : « l'aspect psychologique c'est un diagnostic d'élimination ».

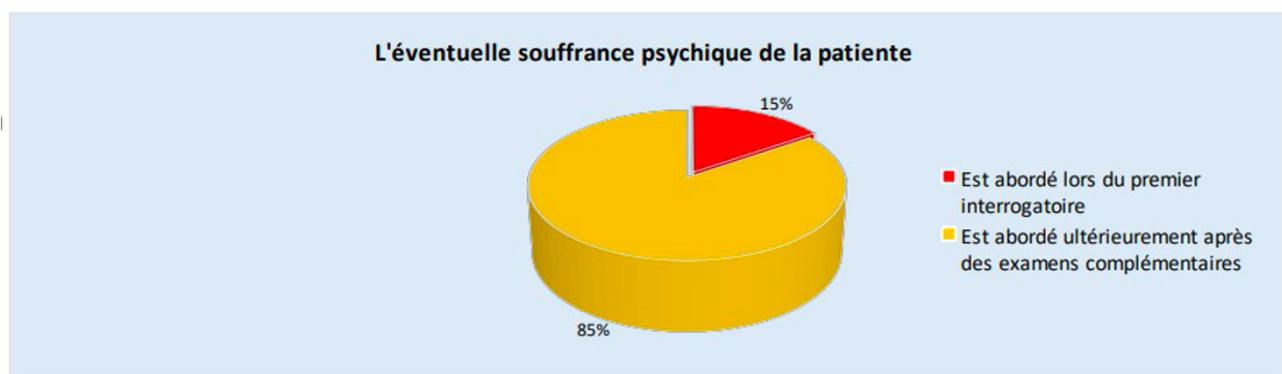
3 internes ont parlé de violences une fois l'annonce des scarifications faites.

Interne A : Après les scarifications « alors là, c'est plus simple », « la lésion physique ça permet de demander directement » « plus aidant pour nous malheureusement » ;

Interne F : Après scarifications : évoque « idées suicidaires », « je me serais moins acharnée sur des examens abdo et compagnie » ;

Interne K : Après l'annonce des scarifications « je pense tout de suite à un viol ».

Graphique 8 : Abord de la souffrance psychique



II) 1. d. L'abord de la sexualité

Tous les internes interrogés ont abordé la question des rapports sexuels.

La majorité des internes (12 sur 13) ont posé la question dès la consultation initiale. Un interne l'évoquera un peu plus tard.

Trois internes ont admis être gênés par cette question de part notamment la présence du parent.

Interne A : « interroger si elle a déjà eu des rapports » [...] « pas évident en fait » ;

Interne C : « avec la présence de la mère je serais peut-être un peu embêtée de lui demander

si elle a eu des rapports sexuels » ;

Interne L : « si elle a déjà des rapports sexuels », « je serais embêtée que la maman soit là pour lui demander ».

La majorité des internes (11/13) ont demandé directement sous forme de questions fermées s'il y avait / avait eu des rapports sexuels.

D'autres ont formulé différemment (2/13).

Interne G : « est-ce qu'elle est à l'aise avec la sexualité » ;

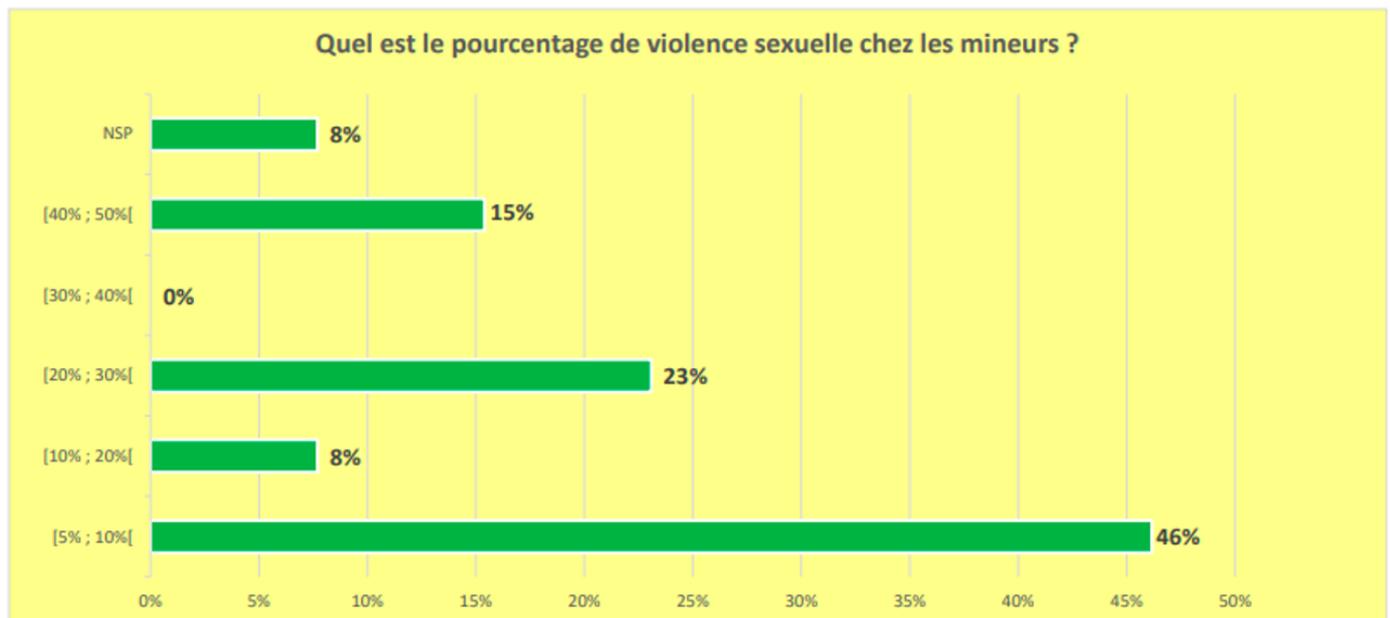
Interne H : « où elle en est dans sa vie génitale.

II) 2. Analyse de la partie connaissances et retour d'expérience

II) 2. a. Quel est le pourcentage de violence sexuelle chez les mineurs ?

- 5-10% pour 6 internes sur 13
- 10-20% pour 1 interne sur 13
- 30-40% pour 3 internes sur 13
- 40-50% pour 2 internes sur 13
- Ne sait pas : 1 interne

Graphique 8 : Pourcentage de violences sexuelles chez les mineurs selon les internes



II) 2. b. Que représente la part intrafamiliale dans les violences sexuelles chez les mineurs ?

- **Supérieur à 50% :** 12 internes sur les 13 interrogés considèrent que la part intrafamiliale des violences sexuelles représente plus de la moitié des situations (majorité aux alentours de 70%).

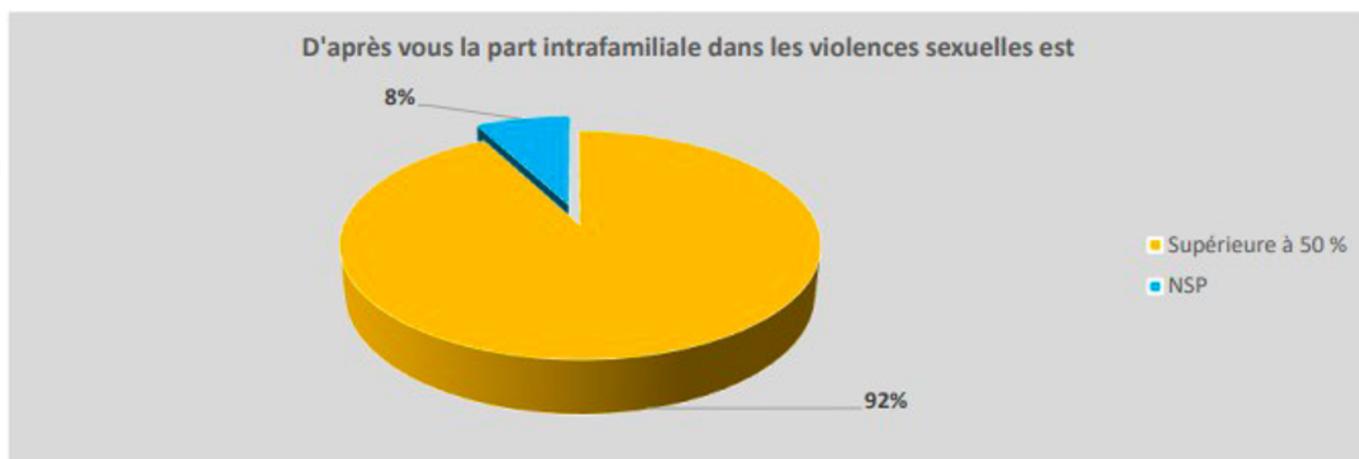
Interne A « je pense que la part intrafamiliale représente une grande partie » ;

Interne C « pour la part intrafamiliale ça doit être au moins trois quart » ;

Interne I « sur le côté intrafamilial, je pense que c'est la majorité donc 80% je dirai » ;

- Un interne n'a aucune idée du pourcentage.

Graphique 9 : pourcentage de part intrafamiliale dans les violences sexuelles chez les mineurs selon les internes



II) 2. c. A partir de quel âge peut-on examiner seul un mineur en consultation ?

Tableau 8 : Estimation par les IMG de l'âge minimal requis du patient mineur pour être examiné seul en consultation

Age approximatif	Rapport
15 ans	2 sur 13
6-7 ans	2 sur 13
12 ans	5 sur 13
Pas d'âge précis	3 sur 13
A partir du moment où le mineur sait parler	1 sur 13

6 internes ont exprimé leur méconnaissance à ce sujet ou une incertitude.

Interne E : « j'ai rien lu là-dessus et on m'a pas appris » ;

Interne H « je sais pas du tout » ;

Interne I « je ne saurais pas dire ».

- **Vers 15 ans** : pour 2 internes sur 13.

Interne A : « j'aurais tendance à dire 15 ans » « peux-tu l'imposer ? », « est-ce que ça change en fonction de l'accord du parent ? ».

- **Vers 6-7 ans** : pour 2 internes sur 13.

Interne B « je dirais 6/7 ans, ça dépend du motif de consultation ».

- **Vers 12 ans** : pour 5 internes sur 13.

Interne C : « j'avais justement posé la question à mes prat », « je dirais 11/12 ans » « ça dépend de la maturité ».

Interne K : « lors ça c'est hyper compliqué, je dirais 12/13 ans ».

- **Pas d'âge précis** : pour 3 internes sur 13.

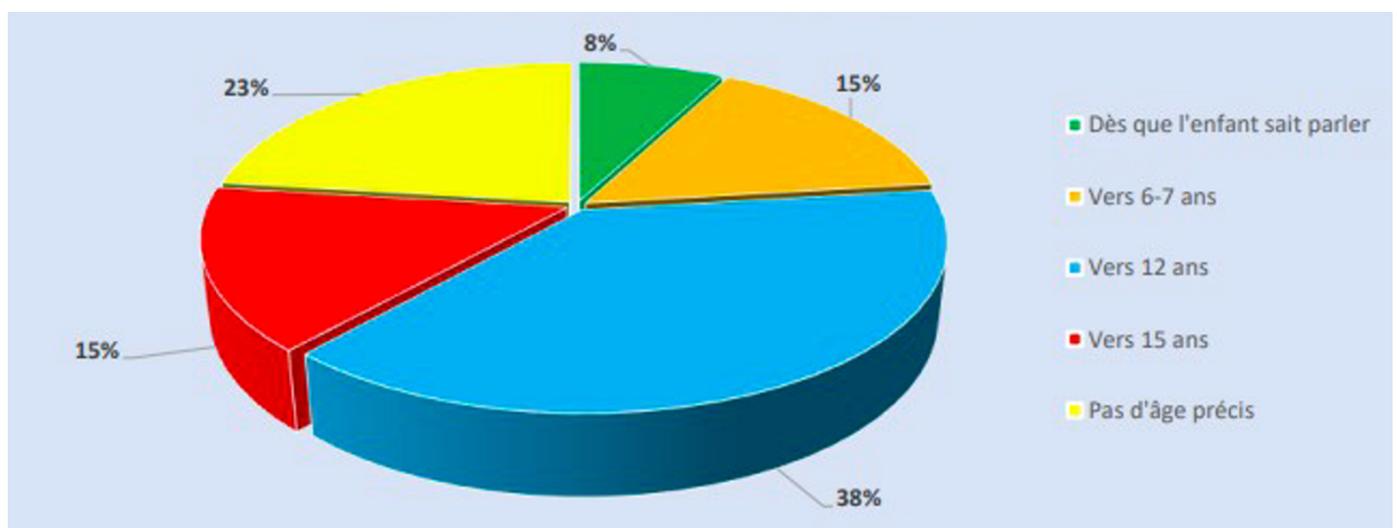
Interne F : « j'ai pas vraiment d'âge, ça dépend de la personnalité du mineur ».

Interne G « je dirais qu'il n'y a pas vraiment d'âge, on peut toujours le proposer si les parents sont d'accord ».

- **A partir du moment où ils savent parler** : 1 sur 13.

Interne I « je pense qu'à partir du moment où ils savent parler, je pense qu'on peut ».

Graphique 10 : A partir de quel âge examiner un mineur seul en consultation ?



II) 2. d. Les points d'appel

- **Des symptômes aspécifiques** sont relatés par la majorité des internes (7 internes sur 13).

Interne D « il faut ratisser large », « il faut y penser assez souvent » ;

Interne E « ça peut être tellement général sans critère spécifique » ;

Interne F « plusieurs consultations rapprochées sans motifs réellement évidents » ;

Interne L « des signes qui ne ressemblent pas à grand-chose ».

- **Des douleurs abdominales** sont citées par 7 internes sur 13 comme pouvant être énonciateur de violences sexuelles.

Interne B « les douleurs abdominopelviennes chez une adolescente » ;

Interne F « des douleurs abdominales pas franchement étiquetées ».

- **Une souffrance morale** est évoquée par 8 internes sur 13.

Interne A « un syndrome dépressif, je pense qu'il faut toujours évoquer la question ».

- **Un changement** dans la vie de l'adolescent peut être suspect selon 4 internes sur 13.

Interne B : « un changement de comportement », « un changement à un moment donné », « les parents savent à un moment s'il y a eu un changement » ;

Interne F « un mal-être récent, angoisse récente », « un changement de look ».

- **Des scarifications** notamment sur le ventre ou l'abdomen sont évocatrices de violences sexuelles pour 6 internes sur 13.

Interne G « Après, je sais que les scarifications sur les cuisses et le ventre, il faut que ça attire notre attention sur ce côté-là » ;

Interne M « j'avais notion de scarifications sur abdomen et ventre ».

- **Un rapport particulier à la sexualité** est évoqué par 3 internes sur 13.

Interne A « symptômes de la sphère génitale, IST » ;

Interne D « des enfants qui ont un discours très sexualisé ou inadapté par rapport à leur âge » ;

Interne F « une hypersexualité ».

- **Des signes de violences physiques** peuvent interpeler 2 internes sur 13.

Interne H « des lésions ou des saignements génitaux », « des ecchymoses » ;

Interne K « je vais penser à de la violence globale aussi, hématomes diffus ».

- **Un niveau socio-économique bas** peut-être suspect pour 2 internes sur 13.

Interne D « autres signes de négligences, incuries » ;

Interne J « j'aurais tendance à dire comme ça avec un peu de préjugés un niveau socio-économique très bas ».

- **Un suivi médical insuffisant** est évoqué par un interne sur 13.

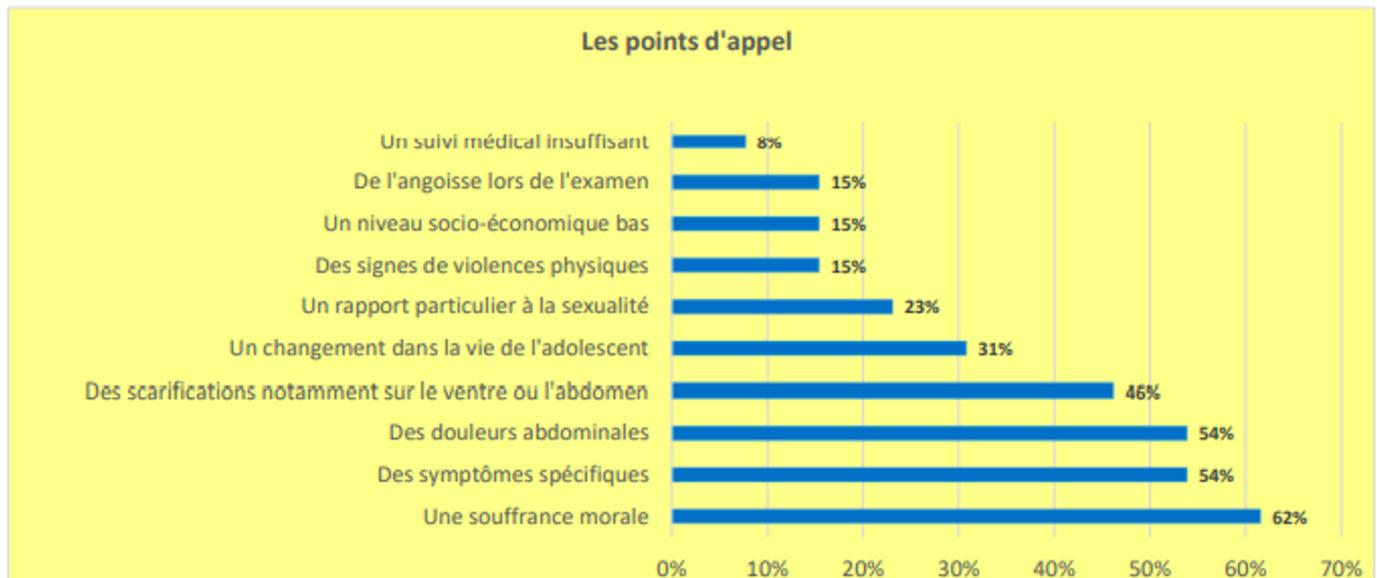
Interne D « je me disais un nomadisme médical, un suivi médical pas bien fait, des vaccinations non à jour ».

- Une **angoisse** lors de l'examen pour deux internes sur 13.

Interne K un ado qui ne veut pas se déshabiller » ;

Interne M « peut-être aussi quand on est amené à les examiner si elles sont gênées ».

Graphique 11 : les points d'appel pouvant faire évoquer une violence sexuelle intrafamiliale



II) 2. e. Comment aborder des sujets comme la violence, la sexualité avec un adolescent ?

- Aborder une **approche directe et progressive** pour 11 internes sur 13.

Interne A : « je pose plutôt la question cash », « tourner autour du pot, ils peuvent ne pas tout comprendre » ;

Interne B : « progressivement en entonnoir » ;

Interne E « pas de métaphores, ils ne vont pas forcément comprendre », « la première question que je pose dans ce contexte c'est : est-ce que tu as déjà subi des violences », « morales, physiques, sexuelles ».

Interne F : « tourner autour du pot, je ne pense pas que ça sert »

- **Sous forme d'une histoire** pour un interne.

Interne H en utilisant des « métaphores ».

- Un abord différent selon l'âge de l'adolescent a été évoqué par un interne.

Interne M « choses interdites » pour les 12/13 ans et « plus cash pour les 15 / 16 ans ».

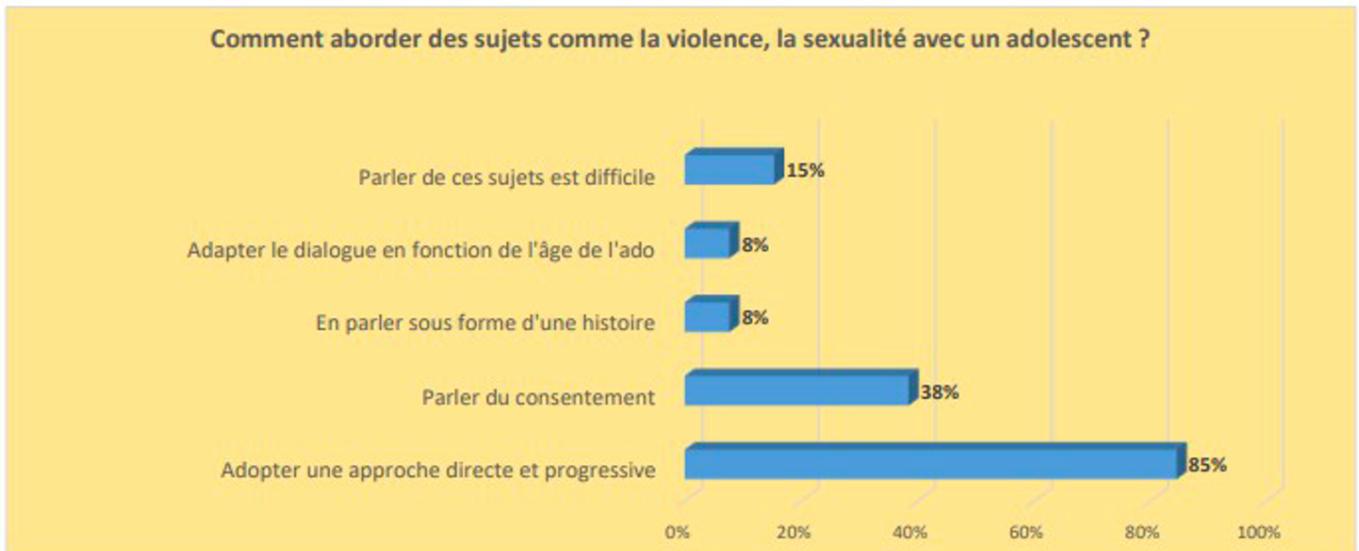
- Le **consentement** est un élément important à aborder par 5 internes sur 13.

Il peut être important de souligner que 2 internes ont évoqué leur difficulté à en parler en cabinet.

Interne A : quand j'ai un point d'appel, je pose les questions plus cash, sinon ça peut être délicat » ;

Interne F « (en cabinet) je vais moins l'aborder de moi-même sauf s'il vient pour des scarifications».

Graphique 12 : la communication avec un adolescent sur des sujets comme la violence, la sexualité



II) 2. f. *Quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?*

- Un **rôle central** pour 7 internes sur 13.

Interne B : « c'est lui le centre, la base de la prise en charge autour » ;

Interne F : « rôle important qu'on n'utilise pas assez » « personne ressource » ;

Interne K : « place primordiale ».

- Un **rôle de dépistage** pour 7 internes sur 13.

Interne A « qui d'autres que le méd G peut faire ça ? Pour dépister et détecter il n'y a que nous ou le pédiatre je pense »

Interne D : rôle de vigile un peu »

Interne L : « c'est lui qui a le plus de chance de le détecter en tant que soignant »

- Rôle de **premier recours** pour 4 internes sur 13.

Interne C : « on est souvent le 1er contact » ;

Interne E : « en fait à part nous, je vois pas qui d'autres » ;

Interne M ; « c'est le méd G qui est à la première place pour gérer le problème »

- Un **rôle compliqué envers les parents** de par le côté intrafamilial pour 10 internes sur 13.

Interne A « la prise en charge c'est pas évident, car en tant que méd G souvent tu t'occupes de toute la famille, pour les violences sexuelles c'est délicat de mener des actions ensuite car tu connais la famille »

Interne C « si on soigne la famille, c'est compliqué », « le problème du secret se pose » ;

Interne E « c'est un frein », « j'ai toujours cette peur que derrière il n'y ait plus cette confiance ».

- Un **rôle compliqué envers l'adolescent**. Un interne a évoqué que le fait de connaître l'entourage familial pourrait être un frein pour libérer la parole de l'adolescent.

Interne F « je sais pas si on est réellement la 1ère personne qu'on peut consulter car comme on peut connaître les parents, ils peuvent se dire qu'on peut en parler à leurs parents ».

Bien qu'une majorité d'internes évoquent une difficulté de la prise en charge du versant intrafamilial, 2 internes sur 13 ont rappelé la **place centrale de l'adolescent** dans une consultation.

Interne H « je pense qu'il ne faut pas oublier qu'on soigne avant tout des individus et non pas des familles » ;

Interne J « le plus important c'est la santé de l'enfant », « mais on ne peut pas laisser un gamin se faire violer par quelqu'un de sa famille de peur de perdre un patient quoi ! »

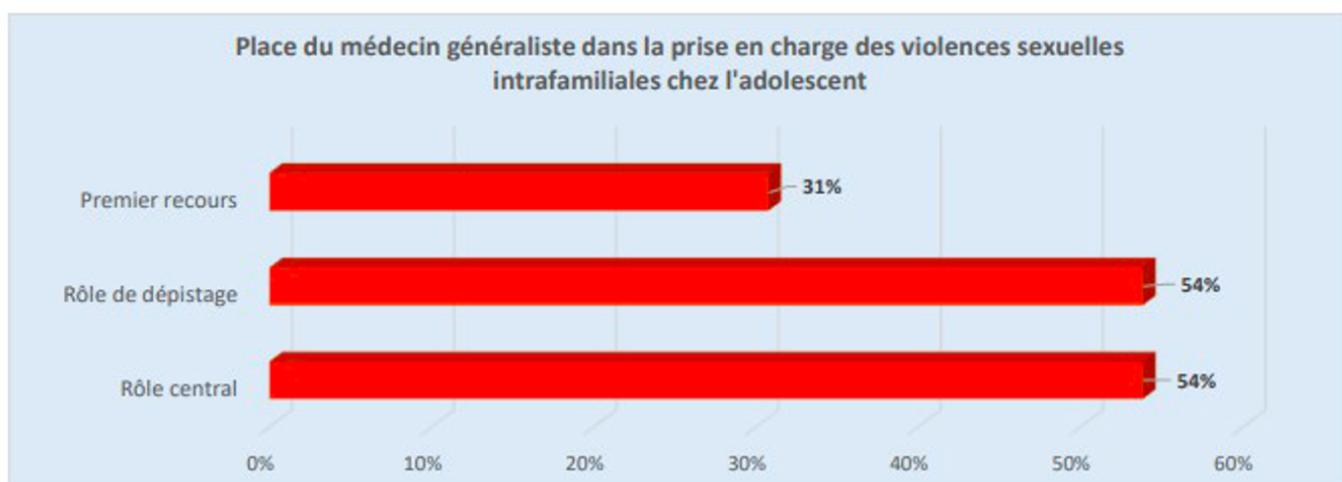
- Un rôle de **coordinateur, confident multiple** pour 3 internes sur 13 qui ont trouvé que connaître la famille pouvait être un atout dans le dépistage.

Interne D « le médecin peut être le médecin traitant de la victime mais aussi des auteurs »[...] « s'il se pose des questions, il va être amené à faire signalement ou IP » ;

Interne J « le médecin généraliste peut voir certains problèmes que personne d'autre ne peut voir car il est dans l'intimité des patients, et de la famille aussi » ;

Interne K (en parlant d'une consultation qu'elle avait faite à son maître de stage) « lui a trouvé tout de suite la cause car il connaissait le contexte ».

Graphique 13 : Place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent selon les IMG.



II) 2. g. Les interlocuteurs

- La **PMI** pour 3 internes sur 13.

Interne A j'appellerais le médecin de PMI du coin, pour lancer peut-être une enquête sociale, et faire un lien », « si c'est plutôt insidieux ou qui dure depuis longtemps, j'appellerais la PMI » ;

Interne B : « la PMI, je crois que c'est pour ça justement mais pour les tous petits » ;

Interne C : « euh la PMI, après je sais pas du tout ».

- Les **urgences pédiatriques** pour 4 internes sur 13.

Interne A « il y a la combine « aller aux urgences » et puis tu leur refiles le bébé », « si c'est un truc grave ou urgence immédiate là j'envoie aux urgences » ;

Interne E « notre premier interlocuteur ».

- **L'unité d'UMJ** pour 5 internes sur 13.

Interne D « j'appellerais les unités d'UMJ pour avoir un peu le déroulé » ;

Interne E « UMJ, mais le problème c'est qu'il y a de moins en moins de légistes, mais je sais qu'il y en a toujours un d'astreinte ».

- La **CRIP** pour 2 internes sur 13.

Interne E « on prévient la CRIP qui va faire son enquête administrative » ;

Interne H « on est obligé de faire une information préoccupante dans ces cas-là ».

- **Le procureur** pour 4 internes sur 13.

Interne E « soit on considère qu'il y a atteinte à la vie et on prévient le procureur, il y en a toujours un 24h/24 ;

Interne L « si c'est quelqu'un qu'elle côtoie au quotidien, j'aurais fait un signalement au procureur ».

- **Le psychologue/ psychiatre** pour 6 internes sur 13.

Interne H : pour le choix d'un interlocuteur « plutôt un CMP ou quelque chose comme ça » ;

Interne M « je pencherais pédopsy dans un premier lieu, après psychologue aussi car pédopsy pas évident à trouver », « CMP aussi ».

- Des **collègues** pour une interne sur 13.

Interne G « dans un premier temps j'aurais demandé à mes collègues ».

- Une **assistante sociale** pour 2 internes sur 13.

Interne M « assistante sociale aussi » ;

Interne J : « je regarderais sur internet pour contacter la justice ou peut-être même les travailleurs sociaux ».

Les internes ont évoqué différents moyens de recherche :

- **Internet** pour 3 internes sur 13.

Interne D « je sais qu'il y a des sites gouvernementaux » ;

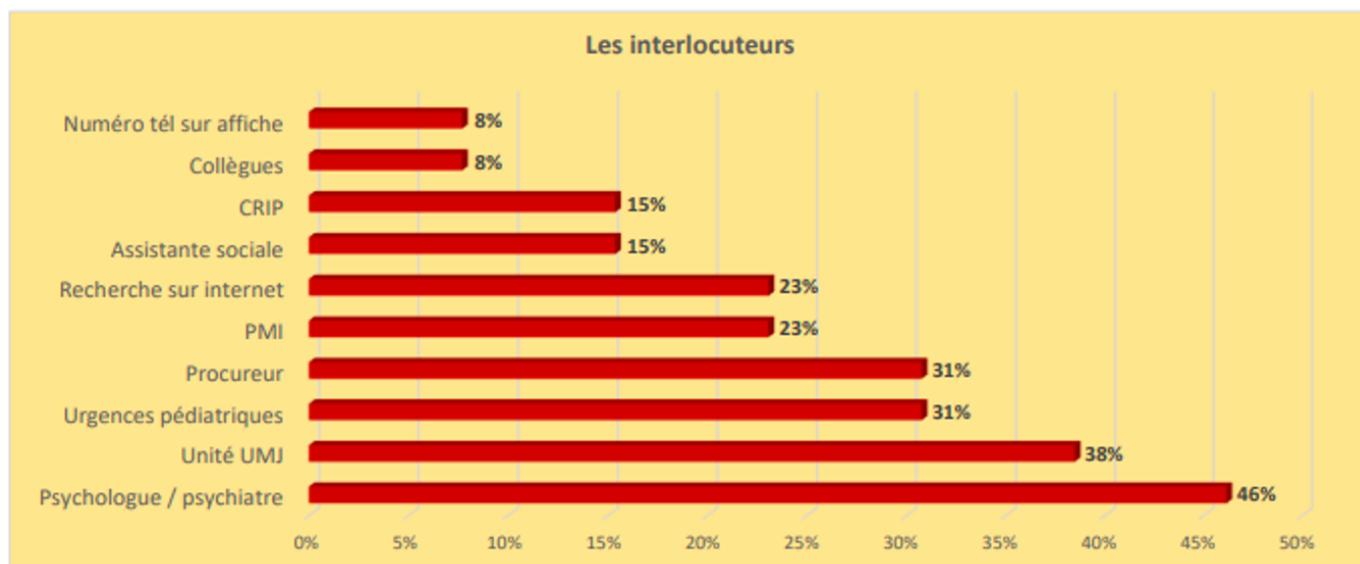
Interne I « la comme ça faudrait que je fasse des recherches » ;

Interne J « déjà si je ne sais pas comment faire, je regarderais sur internet ».

- **Numéro sur affiche** pour une interne.

Interne D « on a une affiche avec des numéros notamment en cas d'urgences ».

Graphique 14 : les interlocuteurs selon les IMG



II) 2. h. *Quelle est la différence entre IP et signalement ?*

– 6 internes sur 13 inversent la définition / ne savent pas la distinction entre les 2.

Interne A « signalement c'est l'étape avant l'IP non ? Ou l'inverse ? Je sais plus » ;

Interne F « information préoccupante c'est plus quand il y a danger immédiat je dirais ? Et signalement plutôt administratif ? » ;

Interne H « Alors euh, information préoccupante c'est quelque chose qui doit être pris en charge tout de suite alors que le signalement c'est l'inverse. Enfin je crois ».

- 7 internes sur 13 connaissent la différence entre les 2.

Interne D : « IP c'est quand il n'y a pas de danger immédiat, et signalement c'est plutôt quand il y a mise en danger dans l'immédiat », « les RIP c'est un écrit à envoyer mais après je ne saurais pas, {...} c'est à la PMI qu'il faut envoyer ça, et signalement c'est direct procureur » ;

Interne C : « il me semble que le signalement est plus fort que IP, mais ça ne va pas aux mêmes personnes je crois, signalement c'est au proc je crois et IP c'est PMI ».

Interne G « Alors information préoccupante c'est juste un relevé d'informations en fait qu'on envoie à la cellule qui recense les informations préoccupantes. Et le signalement euh c'est un autre papier qu'on envoie au procureur, c'est le niveau au-dessus. »

Concrètement 12 des 13 internes interrogés éprouveraient des **difficultés** pour la réalisation soit d'une IP, soit d'un signalement :

Interne K « et même signalement je sais pas comment on fait » ;

Interne I « je sais pas du tout, je n'ai jamais eu à en faire » ;

Interne A « pour faire une IP je saurais pas en fait, je saurais même pas à qui m'adresser, où trouver les papiers, après en recherchant sur Google, je finirais par trouver mais ça prend du temps quoi ».

II) 2. i. Les freins à la réalisation d'un signalement

- Le **manque de temps** pour 4 internes sur 13.

Interne A : « le temps imparti de la consultation car il faut recueillir un max d'infos pour que la demande soit légitime » ;

Interne F : « une jeune s'était confiée à moi » [...] Ma prat, c'était chrono en main 10 minutes max, elle m'avait dit « tu te dépêches, il y en a d'autres derrière, t'as déjà plus de 10 minutes de retard ».

- Le **manque de connaissances** pour 5 internes sur 13.

Interne G « le dire à la mère ou au père [...] on n'est pas trop formé là-dessus, sur le versant communication » ;

Interne L « ne pas savoir comment s'y prendre, sur les démarches par exemple ».

- La **Crainte de perdre la confiance de la famille** pour 10 internes sur 13.

Interne B « la confiance avec la famille peut en prendre un coup » ;

Interne C « c'est pas évident de signaler ses patients et de perdre leur confiance » ;

Interne K « j'ai pas envie de briser leur confiance ».

- Le **doute** pour 4 internes sur 13.

Interne D : « je vais peut-être déclencher des choses alors que j'ai un doute »

Interne M « culpabilité de signaler à tort », « distinguer le vrai du faux ».

- La **Crainte de représailles** pour 4 internes sur 13.

Interne B « des fois, c'est dangereux », « le papa peut très bien aller faire sa fête au médecin s'il apprend qu'il a signalé » ;

Interne E « impact sur nous type menace ».

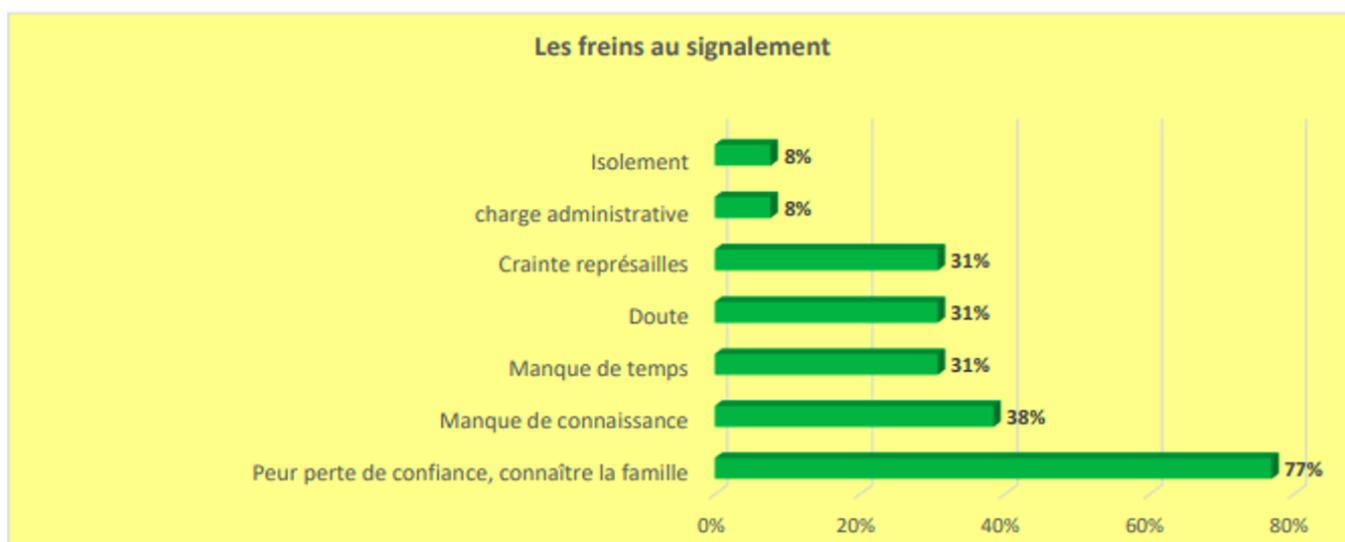
- La **charge administrative** pour un interne sur 13.

Interne J « la charge administrative je pense ».

- **L'isolement** pour un interne sur 13.

Interne A « en consultation t'es quand même tout seul ».

Graphique 15 : les freins au signalement selon les IMG



II) 2. j. Le numéro d'enfance en danger.

2 internes sur 13 connaissaient le 119.

II) 2. k. Comment prévenir les violences sexuelles intrafamiliales ?

- **Faire une consultation pré natale** : repérer les facteurs de risque, vérifier environnement sain pour un interne sur 13.

Interne A : « tu recherches facteurs de risque, vérifier l'environnement »

- **Apparaître comme quelqu'un d'ouvert, digne de confiance** pour 2 internes sur 13.

Interne A : « faire que l'enfant soit à l'aise de te parler » ;

Interne J : « dire au patient qu'on ne le juge pas, qu'on est digne de confiance »

- **Faire une consultation seul avec les adolescents** pour 3 internes sur 13.

Interne E : « accorder du temps seul avec l'adolescent » « depuis que je fais ça, j'apprends tellement de choses ».

- **Faire un lien avec la médecine scolaire** pour 3 internes sur 13.

Interne B « faire une concertation médecin de famille, médecin scolaire » ;

Interne C : « en parler dans les écoles, libérer les paroles » ;

Interne E « faire de la prévention dans les collèges, lycées dans le cadre de la prévention ».

- **Augmenter les structures types planning familial : gratuit, pas besoin de parents** pour un interne sur 13.

Interne C : « c'est facile d'accès, les ados peuvent venir plus librement ».

- **Mettre des affiches en salle d'attente** pour 5 internes sur 13.

Interne H : « pour montrer que c'est pas normal » [...] « parfois l'adolescent ne se rend pas compte que ce n'est pas normal ».

Interne L « que ce soit simple et compréhensible dès le plus jeune âge », « pour qu'il sache que ce n'est pas normal si on ne lui a jamais dit ».

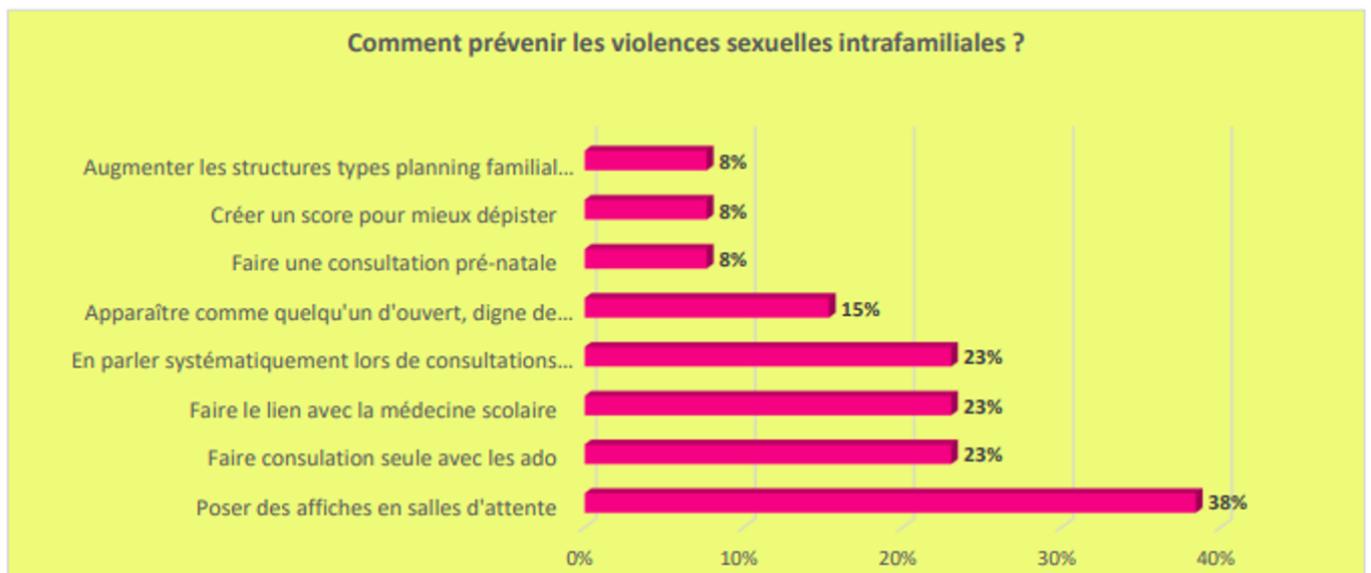
- **En parler systématiquement lors de consultation dédiée** pour 3 internes sur 13.

Interne D : « profiter des auscultations de vaccination gardasil, hépatite B pour en parler » ;

Interne F « pourquoi pas en parler un peu plus dans les consultations de contraception ».

- **Créer un score** pour un interne sur 13.

Graphique 16 : Prévention des violences sexuelles intrafamiliales selon les IMG



II) 2. 1. Expériences personnelles

- 6 internes sur 13 ont déjà été confrontés à une situation de violence sexuelle intrafamiliale chez l'adolescent.

Interne A « un gamin de 14 ans abusé par son oncle » ;

Interne C « j'ai eu plusieurs cas au planning familial » ;

Interne D « oui, en fait c'est souvent des faits anciens », [...] « elles en parlent fin adolescence, début âge adulte » ;

Interne E ; « oui, c'était sur une déscolarisation, thymie altérée » [...] « pour apprendre que c'était son oncle » ;

Interne F : « un cas à Saint-Lô où c'était ami de la famille » ;

Interne L « on m'avait demandé d'être témoin pendant un examen d'un petit garçon qui avait été violé par son oncle ».

- 1 interne a été confronté à une violence sexuelle chez un adolescent dans le cadre de sa vie personnelle.

–

Interne J : « une fille de 13 ans « maman alcoolique, son beau-père la violait régulièrement ».

- 1 interne a été confronté à une violence sexuelle chez un mineur de 5 ans.

Interne I « ils ne savaient pas trop ce qui étaient bien ou pas ».

- 4 internes ont eu une suspicion mais non confirmation.

Interne J : « quand j'étais passé en pédopsy, suspicion pour une ado qui avait fait une tentative de suicide » ;

Interne K : a vécu une situation ou « je vois scarifications sur ses cuisses », « là je suis en gynéco donc ça m'arrive d'avoir des patientes qui me disent qu'elles ont été violées [...] mais j'ai pas forcément creusé, je sais pas si c'est intrafamilial ou pas ».

- 3 internes n'ont jamais été confrontés à cette situation.

II) 2. m. Formations sur la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent.

Aucun des internes interrogés n'a eu de formation spécifique sur les violences sexuelles chez les mineurs (idem sur la part intrafamiliale).

1 interne sur 13 a eu un cours dans son cursus de psychologie générale.

1 interne a eu un cours sur les violences en général chez l'adulte.

1 interne a eu une formation sur les violences en général en pédiatrie.

4 internes parlent d'un « apprentissage sur le tas ».

II) 2. n. Intérêt d'une formation et contenu

Tous les internes interrogés pensent qu'avoir une formation sur la prise en charge des violences sexuelles chez l'adolescent serait intéressant et utile.

Les points clefs qui intéresseraient les internes sont :

- La rédaction d'une IP ou un signalement pour 5 internes sur 13.

- Les contacts à avoir pour 3 internes sur 13.
- Les moyens de communication avec un adolescent victime de violence pour 6 internes sur 13.
- Les outils de dépistage pour 6 internes sur 13.
- Avoir des cours pratiques.

Interne A « c'est ça qui manque en médecine générale, des cours pratiques », « la formation n'est pas assez importante surtout qu'on va voir beaucoup d'enfants » ;

Interne B : « ce serait cool d'avoir des outils face à des situations compliquées » ;

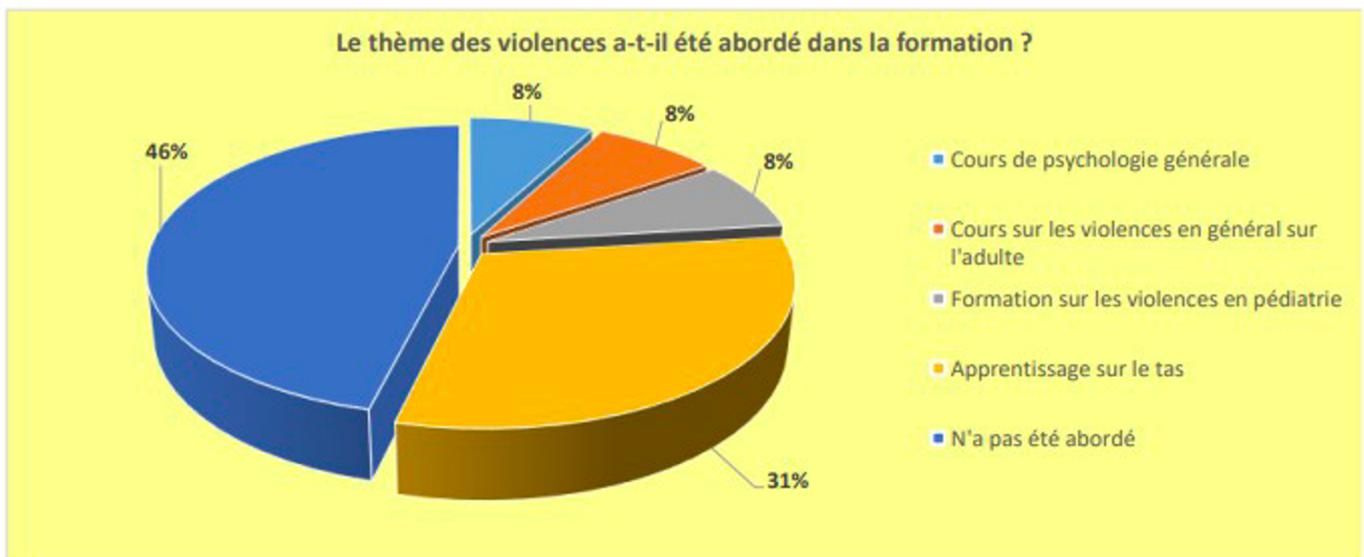
Interne E : « à chaque fois on apprend sur le tas, et c'est insupportable » ;

Interne F « chez mes prat, je ne les ai jamais vu en parler, poser la question ouvertement aux ados qu'ils ont pu voir, je pense qu'on n'est peut-être pas assez formé là-dessus » ;

Interne H « mettre en place des formations ça pourrait être bien car il y a pas mal de méd G qui se sentent pas à l'aise avec ça » ;

Interne I « on n'est pas formé pour savoir comment repérer, comment on intervient sur des choses qui peuvent être conflictuelles ».

Graphique 17 : la formation des IMG



III) DISCUSSION

III) 1. Les forces de l'étude

Le sujet lui-même : au cœur de l'actualité. Le 7 janvier 2021, le roman « La familia Grande », écrit par Camille Kouchner, fait ressurgir dans la conscience collective l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (Kouchner C., 2022). S'est développé au décours, à travers un hashtag sur twitter #metooIncest, un raz de marée de témoignages relatant des agressions sexuelles au sein du cercle familial. Avant ce livre, en 2014, Andrea Bescond présentait une pièce de théâtre (inspiré de sa vie) intitulée « Les chatouilles », adaptée ensuite au cinéma (Bescond A, 2018).

Aborder les violences sexuelles chez l'adolescent, chez le mineur est encore taboue, notamment quand celles-ci se situent dans un cadre intrafamilial. Cependant, bien que la parole se libère, peut-on affirmer qu'elle soit entendue ? Il est primordial que le médecin généraliste, acteur phare, soit formé pour recevoir des révélations, qu'il ait une écoute active, afin d'accompagner au mieux ses jeunes patients. Il y a peu de thèses sur l'inceste, il en existe plus sur la maltraitance en générale. Une étude quantitative en Basse Normandie sur l'inceste du point de vue des médecins généralistes a été réalisée en 2019, mais elle ne ciblait pas les internes, et portait sur le mineur en général, non sur l'adolescent. (Giot A., 2019)

Le choix de la méthode qualitative, qui permet pour un sujet aussi sensible de recueillir le plus d'informations possibles. Le recueil d'informations en entretiens semi-dirigés a permis aux internes d'exprimer leur ressenti et leur a laissé une grande liberté d'expression, tout en suivant une ligne directrice identique pour tous (via guide entretien).

La non-connaissance du sujet avant les entretiens. Les internes n'ont ainsi pas pu être influencés par le sujet.

Première étude auprès d'internes de médecine générale de Basse Normandie sur ce sujet. En effet l'interne est souvent en première ligne, et le recueil d'informations fait partie de son exercice quotidien. Cependant il est rare que son retour d'expérience face à cette situation ait été évalué. Encore en formation, les internes ont bien en mémoire les différentes formations/ cours auxquels ils ont pu assister. Il était intéressant de les interroger, acteurs dans leur formation, pour savoir quels étaient leurs besoins.

Idées communes avec les données de la littérature, ce qui donne à notre étude une bonne validité externe.

IV) 2. Les faiblesses de l'étude

Notre étude manque de puissance de par le faible effectif (13 internes sur les 267) : Une relance aurait pu être intéressante mais nous étions déjà à saturation des données. De plus le mail a été envoyé sur la boîte mail étudiante des internes, qui n'est pas forcément celle qu'ils utilisent le plus. Peut-être que le fait de ne pas connaître le sujet abordé a pu freiner certains internes.

Six internes sur les 13 étaient des internes de premier semestre, n'étant pas encore passés en pédiatrie en tant qu'interne.

Un seul interne est de sexe masculin. Certains praticiens hommes, ont des réserves quant à voir un mineur seul en consultation, d'autant plus une adolescente. Il aurait été intéressant d'avoir d'autres internes hommes et ainsi plus d'avis masculin sur la question.

Première étude qualitative réalisée par l'investigatrice. Un manque d'expérience dans ce domaine a pu entraîner un défaut dans le recueil d'informations des entretiens notamment dans la partie 1, où

l'investigatrice a dû s'adapter aux réponses des internes. De plus, le codage n'a été réalisé que par l'investigatrice seule pouvant entraîner un biais d'interprétation.

La partie « cas clinique » est une mise en situation fictive. En effet, l'interne devait s'imaginer la consultation mais n'avait pas accès à des données non verbales, qui font pourtant partie intégrante du diagnostic.

La saturation des données a été établie sur le fait qu'il n'y avait plus d'informations nouvelles, saturation plutôt théorique.

III) 3. L'abord des violences sexuelles

Sur les 13 internes interrogés, seulement 2 internes (soit 15%) ont posé la question d'une potentielle violence lors de leur première consultation. 2 internes sur les 11 restant ont posé la question d'une violence après avoir demandé des examens paramédicaux, et 2 internes parmi les 9 restants l'ont évoquée après avoir eu connaissance de la notion de scarification sur l'abdomen. Ce qui veut dire que 7 internes sur les 13 interrogés n'ont pas du tout évoqué une violence sexuelle, ou violence quelconque malgré des consultations à répétitions, et malgré des examens para cliniques normaux.

L'abord de la violence en générale, et plus particulièrement la violence sexuelle n'est pas apparue comme un élément clef lors de l'interrogatoire de la patiente. Or pour reconnaître les maltraitances sexuelles, il faut d'abord y penser afin que le médecin puisse poser les bonnes questions et recevoir une révélation (Cosseron F., 2013)

Cela est probablement dû à un manque de formation, qui est d'ailleurs évoqué par la suite puisqu'aucun des internes interrogés n'a eu de formation spécifique à la prise en charge des violences sexuelles chez le mineurs. Savoir poser les bonnes questions, c'est savoir potentiellement accueillir la réponse, ou savoir quoi en faire.

Dans notre étude, les internes ont proposé d'aborder le sujet via une approche directe et progressive. Parmi les témoignages de l'étude CIIVISE, on a noté que les victimes avaient eu du mal à trouver un interlocuteur posant directement la question des violences sexuelles (CIIVISE, 2022) :

« C'est vrai que je n'ai rien dit, mais personne ne m'a posé les bonnes questions »,

« Cette femme était tellement gentille que si elle m'avait posé la question, je lui aurais tout dit »

Le médecin généraliste doit donc poser la question de l'existence des violences sexuelles et notamment de l'inceste aux adolescents. D'une part pour recevoir une révélation éventuelle et d'autre part pour que l'adolescent ait l'assurance qu'en cas de violences, il pourra se confier à lui.

L'annonce de la scarification a été pour certains internes un moyen plus facile d'aborder la violence. Peut-être qu'une lésion visible permet de justifier une demande pour certains internes. Il serait intéressant que chaque interne ait connaissance du modèle de Goldenring enrichi (de Tournemire, 2020). En ayant un questionnement systématique, le thème de la sexualité et des sévices serait abordé. Laisser une porte ouverte à la discussion, en parler au moins une fois, permettrait à l'adolescent de connaître un interlocuteur capable de l'aider. La première cause du retard de révélation est la crainte de ne pas être cru ; il est donc nécessaire de créer un environnement de confiance autour de l'adolescent.

D'autant plus que selon la base des données de crimes et délits enregistrés par la police et gendarmerie en 2020 (Inter-stat, 2020), la prévalence des violences sexuelles chez les filles croît fortement à l'adolescence, entre 15 et 17 ans. Ce résultat peut être dû à plusieurs facteurs : l'adolescent peut aller porter plainte seul sans ses parents ; l'adolescence est un période où l'adolescent commence à reconnaître ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas.

On peut noter aussi un nomadisme médical pendant l'adolescence. Il serait intéressant de renforcer l'importance du rendez-vous obligatoire des 15-16 ans. S'accorder du temps durant chaque consultation auprès d'un adolescent pour faire un point global et utiliser le modèle évoqué précédemment.

III) 4. L'abord d'une souffrance morale, tardivement

La majorité des internes : 11 sur 13 abordent la souffrance morale après avoir eu des examens complémentaires normaux.

On peut alors se demander si la souffrance psychologique est considérée comme un diagnostic d'élimination. Ce côté est finalement relayé au 2ème plan avec la volonté dans un premier temps d'éliminer l'urgence organique.

Le fait d'avoir un cas clinique virtuel est un biais car l'interne n'a pas accès au langage non verbal. Certains signes visuels auraient pu l'aider dans son diagnostic. Une mise en situation avec un patient jouant un rôle pourrait être intéressant.

III) 5. La problématique des parents

Une majorité d'internes a demandé à voir le mineur seul en consultation.

Cependant, aucun ne savait réellement quand légalement il est possible de voir un mineur seul en consultation (HAS, 2014). On peut se demander s'ils ont connaissance de la question du secret médical chez l'adolescent.

De plus, la présence des parents a gêné plusieurs internes dans l'abord de la sexualité avec le mineur.

Cependant, l'abord de la sexualité est évoqué par la majorité des internes posant la question de la présence ou non de rapport sexuel. La question du consentement n'est par ailleurs pas abordée.

De plus dans notre étude, un seul interne de sexe masculin a été interrogé. Il serait intéressant d'avoir plus de témoignages de la part des professionnels hommes : ont-ils plus de réserves pour examiner une adolescente, notamment seule en consultation ? Abordent-ils de la même manière la sexualité ?

De nouveau, on peut noter la présence d'un biais étant donné que lors d'une consultation fictive, il est plus aisé de poser certaines questions à un mineur adolescent.

Selon la loi, comme nous avons pu le voir précédemment, l'adolescent peut s'opposer au secret médical vis à vis de ses parents, sous certaines conditions. Les recommandations de la HAS de 2014 sur la maltraitance exposent la nécessité de voir le mineur seul en consultation (HAS, 2014).

Il est donc nécessaire de voir l'adolescent comme une personne à part entière et de lui accorder un temps de consultation seul afin qu'il se sente reconnu comme un patient unique (et non pas un patient avec ses parents) et qu'il se sente libre d'exprimer ses besoins et son ressenti à son médecin traitant.

La présence parentale a posé problème à plusieurs internes dans notre étude notamment dans le cadre des violences intrafamiliales. Mais 2 internes ont souligné le fait qu'être le médecin de famille pouvait être un facteur aidant dans le dépistage et la révélation. L'attitude parentale est un facteur à prendre en compte. Il n'existe pas d'inventaire spécifique d'une attitude « type » ce qui rend le diagnostic difficile. Cependant, une fois la révélation faite, on a pu remarquer que l'abuseur nie, ou rejette la faute sur un tiers, la victime, ou l'alcool. Il sera primordial d'accompagner également la figure parentale « non abusive », dont l'enfant cherche le plus souvent un soutien et une aide (Gérard, 2014).

De plus, il est important de souligner que l'inclusion des proches, des parents est un élément clef pour le rétablissement des adolescents. Il faut alors trouver un équilibre dans cette relation médecin/adolescent/parents (Elliott & Carnes, 2001).

III) 6. Les chiffres

46% soit 6 internes sur 13 ont évalué le pourcentage de violences sexuelles chez le mineur à hauteur de 5-10% et la quasi-totalité des internes (12 sur 13) pensent que la part intrafamiliale représente plus de 50% des violences sexuelles chez l'adolescent.

En septembre 2021, la Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants (CIIVISE), lance un appel de témoignage sur les violences sexuelles faites aux enfants, on peut estimer à 160 000 le nombre d'enfants victimes de violences sexuelles chaque année en France. Dans le monde 1 fille sur 5 et 1 garçon sur 13 est victime de violences sexuelles (OMS). 1 Français sur 10 (soit 10% des français) est victime d'inceste (AIVI, 2010; IPSOS & Santé, 2020; Organisation mondiale de la Santé, 2021)

Les IMG interrogés ont conscience de l'ampleur des chiffres.

III) 7. Le manque de connaissances sur les symptômes évocateurs de violences sexuelles

La majorité des internes évoquent la non-spécificité des symptômes, comme précisé dans de nombreux articles et dans les recommandations de la HAS de 2011.

La plupart des internes ont souligné des signes évocateurs de violences sexuelles comme les douleurs abdominales, les scarifications, la souffrance morale. Mais ces symptômes étaient ceux déjà évoqués dans le cas clinique. On peut alors se demander si la maîtrise des points d'appels est réellement bien acquise.

Les nouveaux éléments mentionnés sont le changement par rapport à un état antérieur, un rapport particulier à la sexualité, un suivi médical insuffisant.

Effectivement, la rupture d'un état antérieur est évoquée dans la littérature comme pouvant être le signe d'une violence sexuelle.

Plus de 60% des internes interrogés évoquent la souffrance morale comme point d'appel.

Cependant la souffrance morale est un terme plutôt vague. Aucun n'a parlé de tentatives de suicides, de stress post traumatique, d'anxiété majeure.

Une étude française récente a observé une augmentation significative des tentatives de suicides graves avec un risque de mort réel et une augmentation de troubles dépressifs sévères chez les adolescents ayant été agressés sexuellement (Rapport Clémentine, 2021)

III) 8. La connaissance du signalement et de l'information préoccupante

7 internes sur 13 maîtrisent la différence entre signalement et IP. Cependant 12 internes sur 13 ont exprimé des difficultés pour effectuer l'un ou l'autre.

Ce qui pourrait expliquer que seulement 5% des signalements sont réalisés par le corps médical. Pourtant, l'acte du signalement est une urgence. Il est donc nécessaire de renforcer les connaissances des internes sur l'importance du signalement et la marche à suivre pour l'effectuer.

III) 9. Les freins à la saisine du Procureur de la République

Les causes les plus évoquées sont la crainte de perdre la confiance de la famille et le manque de connaissances.

Il est délicat en tant que médecin de famille de traiter une violence sexuelle intrafamiliale. Mais la question importante à se poser est : « Qui doit être protégé ? ».

L'isolement du médecin n'est évoqué que par une seule interne, alors que dans les données de la littérature il s'agit d'une des causes principales des obstacles au signalement par les médecins généralistes (CIIVISE, 2022). Peu d'internes interrogés avaient déjà effectué leur stage de SASPAS, On peut supposer qu'ils n'ont pas encore réalisé l'isolement dans lequel peut se trouver le médecin généraliste.

III) 10. Le rôle primordial du médecin généraliste et le manque de formation

On a vu dans cette étude que la place du médecin généraliste était considérée comme centrale, notamment dans le rôle de dépistage. Il a été aussi notifié qu'il s'agissait d'un rôle compliqué, notamment dans la relation de confiance avec le jeune et sa famille, d'autant plus dans les violences intrafamiliales.

De plus, on a pu observer dans cette étude que 6 internes sur 13 ont déjà été confrontés à une situation de violence sexuelle, 1 interne a été confronté à une telle situation mais du point de vue personnel, et un autre interne confronté à la situation d'un enfant de 5 ans. Finalement la majorité des internes, ont déjà été confrontés à une situation de violences sexuelles chez un adolescent et aucun n'a eu de formation.

Ces données correspondent avec celles évoquées dans la littérature.

Une thèse de 2019, exposait le point de vue des médecins généralistes sur leur formation, et il avait été évoqué un potentiel biais de mémoire (Giot A., 2019). Dans la présente étude, les internes sont en formation et ils expriment de nouveau leur manque de connaissances, et leur apprentissage sur le tas qui les expose à des situations délicates.

Il s'agit donc d'une situation fréquente, et malheureusement la prise en charge n'est pas optimale.

Tous les internes pensent qu'une formation serait intéressante dans leur cursus pour apprendre à communiquer avec un adolescent victime de violence. Une formation « pratique » est également souhaitée pour de se familiariser avec les éléments clés à utiliser dans les IP et les signalements, et les outils de dépistages.

Dans les référentiels à maîtriser pour le passage des ECN, il existe un item intitulé « Item 55 - Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile ». Il s'agit du seul cours. On peut considérer que ce cours est une base, mais qu'il est loin d'être suffisant pour répondre dans les meilleures conditions aux besoins de l'adolescent victime de violence.

Une étude de 2004 a révélé le manque de réponses appropriées de la part des professionnels de santé. Leur manque de formation concernant la communication met en lumière les craintes, les obstacles retardant les révélations. Pouvoir adapter son vocabulaire en utilisant les mots appropriés à la situation, savoir gérer un entretien dans un contexte particulier, seraient des atouts au service des jeunes en souffrance.(Crisma et al., 2004)

Dans notre étude, seulement 2 internes sur 13 connaissent le 119. 4 internes parlent d'un apprentissage « sur le tas », sans formation spécifique.

Comme l'évoque un interne, « C'est effectivement difficile en tant que médecin généraliste de se former sur tout ». Ceci dit, vu les nombreuses conséquences néfastes à court et long terme de ce genre de violence à l'adolescence, mais aussi du fait de leur fréquence, il semble important que les internes de médecine générale soient sensibilisés de manière systématique à la prise en charge de l'adolescent victime de violence sexuelle. Ils pourraient ensuite, s'ils le souhaitent approfondir leurs connaissances lors de formations continues, une fois leur diplôme de médecin généraliste acquis.

Tous les médecins généralistes n'ont pas forcément la motivation, ou l'envie de se former sur ce sujet. Il me semble toutefois nécessaire au regard de cette analyse, que les internes y soient sensibilisés afin qu'au moins une fois dans leur cursus ils aient des cours sur la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent.

III) 11. Les interlocuteurs

Dans notre étude, concernant la place du médecin généraliste, aucun des internes n'a évoqué le rôle du suivi et de l'accompagnement. Majoritairement il était question de détecter, dépister, mais une fois la révélation faite, il est nécessaire aussi de savoir organiser un suivi adéquat, notamment avec l'aide de confrères pour une prise en charge pluridisciplinaire.

L'interlocuteur le plus cité dans notre étude est le pédopsychiatre. Seulement 2 internes sur 13 voient les urgences pédiatriques comme un interlocuteur. Aucun ne cite les UAPED (unité d'accueil pédiatrique enfant en danger).

Les internes n'ont pas une bonne connaissance des différents interlocuteurs pouvant les aider dans une telle prise en charge.

Plusieurs internes se retrouvent démunis face à cette situation. Ils ne connaissent pas les étapes clés de la prise en charge et ne savent pas à qui s'adresser dans ce genre de situation.

Interne A « Comment savoir le caractère urgent ? Je saurais pas comment faire, en fait », « les placements en urgence c'est un peu difficile à gérer quoi parce que t'es tout seul »

Interne B « je ne connais pas encore le réseau », « je suppose qu'il y a des structures pour qu'on ait des numéros directs mais je n'en connais pas »

Interne I « là comme ça faudrait que je fasse des recherches, je sais pas »

Recevoir une révélation est une chose, mais qu'en est-il du suivi ?

Selon la littérature (CIIVISE, 2022) : 1 victime sur 2 a bénéficié d'un suivi médical. Un si faible taux de suivi peut être dû à un refus du patient, un mauvais accompagnement des professionnels de santé. Nous avons pu voir précédemment les conséquences de violences sexuelles intrafamiliales chez un adolescent. Un accompagnement est primordial pour éviter ces conséquences néfastes.

III) 12. La prévention

Dans notre étude, nous avons demandé aux internes quels pouvaient être les moyens pour prévenir les violences sexuelles familiales chez l'adolescent. 5 internes ont proposé de mettre des affiches en salle d'attente, 3 internes ont proposé de faire des consultations individuelles avec les adolescents, 3 autres internes ont proposé d'en parler systématiquement au cours de chaque consultation.

Un interne a évoqué la possibilité d'utiliser un score. Une étude en 2020 a établi un score de repérage de situation à risque de maltraitance intrafamiliale chez le mineur. Il a été mis en évidence l'importance de l'association de facteurs de risque pour le repérage de situation à risque (MOUZALI, 2020).

Dans une enquête sur les attitudes et la pratique du comportement sexuel menée au Sri Lanka sur un échantillon d'écoliers âgés de 13 à 17 ans, les adolescents ont démontré qu'ils comprenaient les dommages que les abus sexuels peuvent causer aux enfants. Ils ont également montré un intérêt pour le sujet et ont demandé plus d'informations (Miles, 2000).

Beaucoup avaient des idées erronées et n'avaient jamais eu d'informations sur les abus sexuels de la part d'adultes ou de professionnels de santé. Il pourrait être intéressant de renforcer l'information médicale dans les collèges, lycées.

Un interne évoque le fait de renforcer l'information sur l'existence des planning familiaux, avec des

consultations gratuites, et la possibilité de consulter sans les parents.

Il pourrait être intéressant de créer des créneaux de consultation sans rendez-vous, réservés pour les adolescents, afin que ceux-ci puissent se sentir plus libre de consulter.

Il est important aussi de préciser que les soins consécutifs à des viols et agressions sexuelles commis sur mineur sont pris en charge à 100% par la sécurité sociale. Cela concerne toutes les conséquences des violences, physiques ou psychologiques (actes médicaux, suivi par un psychiatre etc...)

Un film réalisé en 2014 par Johanna Bedeau, à l'initiative de la MIPROF, en partenariat avec le Collège National des Sage-Femmes notamment, met en lumière les premières révélations d'une jeune femme suite aux questions et à la bienveillance de sa sage-femme. Ce petit film de 15 minutes pourrait être visualisé à l'occasion d'une formation sur les violences sexuelles intrafamiliales. En 15 minutes sont mis en lumière le retard des révélations, les obstacles à la révélation, les facilitateurs des révélations, et l'intérêt d'une bienveillance du corps médical.

<https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/violences-sexuelles>

IV) CONCLUSION

Les internes de médecine générale de Caen ont conscience de la prévalence importante, et de la place primordiale que tient le médecin généraliste face à une situation de violence sexuelle intrafamiliale chez un adolescent. Cependant, leur formation dans ce domaine est insuffisante. Nous avons pu noter, à travers cette étude, un manque de connaissances notamment sur les techniques de communication avec l'adolescent, les signes cliniques potentiellement évocateurs, et les différents interlocuteurs pouvant permettre une prise en charge pluridisciplinaire. Et même quand les internes maîtrisent les définitions des termes « IP » et « signalement », et la différence qui les caractérise, ils admettent avoir des difficultés à en réaliser.

Cette étude présente un manque de puissance. Il en ressort tout de même qu'une formation dès l'internat serait souhaitable. Le médecin généraliste doit donner à son patient des informations de prévention, adopter une attitude neutre, sans jugement et bienveillante. Il est primordial que l'adolescent qui vit déjà une période de transition vers l'âge adulte soit écouté, compris et pris en charge en tant que patient à part entière. Le médecin généraliste doit également prendre ses responsabilités et réaliser une IP ou un signalement lorsqu'il le juge nécessaire, s'affranchissant de ses craintes et donnant priorité au bien-être de l'adolescent.

Bibliographie

1. AIVI / IPSOS. (2010). *Etat des lieux de la situation des personnes victimes d ' inceste : vécu , état de santé et impact sur la vie quotidienne.*
2. Alaggia, R. (2004). Many ways of telling: Expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse and Neglect*, 28(11), 1213–1227. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.03.016>
3. Arriola, K. R. J., Loudon, T., Doldren, M. A., & Fortenberry, R. M. (2005). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse and Neglect*, 29(6), 725–746. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.10.014>
4. Association Mémoire Traumatique et Victimologie. (2015). *Impact des violences sexuelles De L ' Enfance À L ' Âge Adulte.* 9, 231–241.
5. Bajos, N., Bozon, M., & l'équipe CSF. (2008). Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. *Population & Sociétés*, N° 445(5), 1–4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.445.0001>
6. Balençon, M. (2020). Infractions à caractère sexuel et minorité. Dans de Tournemire, R. (dir), *Médecine de l'adolescent* (pp. 210-213). VG éditions.
7. Benarous, X., Consoli, A., Raffin, M., & Cohen, D. (2014). Abus, maltraitance et négligence: (1)épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(5), 299–312. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.04.005>
8. Bescond A. (2018). *Les Chatouilles.* Les films du kiosque.
9. Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15(4), 285–304. <https://doi.org/10.1080/10640260701454311>
10. Buckley, H. (2007). *Listen to Me ! Children ' s Experiences of.* 16(February 2013), 296–310. <https://doi.org/10.1002/car>
11. Campbell, R., Sefl, T., Barnes, H. E., Ahrens, C. E., Wasco, S. M., & Zaragoza-Diesfeld, Y. (1999). Community Services for Rape Survivors: Enhancing Psychological Well-Being or Increasing Trauma? In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Vol. 67, Issue 6).
12. Caspi, A., McCray, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A., & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297(5582), 851–854. <https://doi.org/10.1126/science.1072290>
13. CIIVISE. (2022). *Violences sexuelles : protéger les enfants.*
14. Code pénal - Article 222-22. Code pénal.
15. Code pénal - Article 222-23. Code pénal.
16. Code pénal - Article 227-25. Code pénal.
17. Coinçon, Y., & Thevenot, J. (2003, 6 novembre). *Comment reconnaître une maltraitance ancienne chez l ' enfant et l ' adolescent.* {Conférence}. Conférence de consensus, Paris. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confvictime/experthtml/coincon.html>
18. Collège de la Haute Autorité de Santé. (2011). Repérage et signalement de l'inceste par les médecins: reconnaître les maltraitements sexuelles intrafamiliales chez le mineur. *Revue Sage - Femme*, 10(6), 289–293. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2011.10.010>
19. Commission des Violences faites aux Enfants et Adolescents. (2020). *Les violences sexuelles sur les enfants et adolescents.* https://cnvif.fr/sites/default/files/violences_sexuelles_0.pdf
20. Cosserson F. (2013). Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent, Collège de pédopsychiatrie de la Fédération Française de Pédiatrie. *Référentiel d'observation à l'usage Des Médecins, Pour Un Repérage Précoce*, 64–67.
21. Coutanceau R., & Dahan J. (2016). *La parole de l'enfant.* Edition Dunod.

22. Craven, S., Brown, S., & Gilchrist, E. (2006). Sexual grooming of children: Review of literature and theoretical considerations. *Journal of Sexual Aggression*, 12(3), 287–299. <https://doi.org/10.1080/13552600601069414>
23. Crisma, M., Bascelli, E., Paci, D., & Romito, P. (2004). Adolescents who experienced sexual abuse: Fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse and Neglect*, 28(10), 1035–1048. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.03.015>
24. Day, C., Hibbert, P., & Cadman, S. (2008). *A Literature Review into Children Abused and / or Neglected Prior Custody*. <https://dera.ioe.ac.uk/7997/1/Abused%20prior%20to%20custody.pdf>
25. de Becker, E., Geubelle, F., Huybrechts, A., Magos, V., Mulkay, F., Parmentier, B., Sion, V., & Werbrouck, D. (2002). *L'aide aux enfants victimes de maltraitances*. www.cfwb.be/maltraitance
26. de Tournemire, R. (2020). L'adolescent en consultation. Dans de Tournemire, R. (dir.) *Médecine de l'adolescent* (pp. 14-18). VG éditions.
27. Debauche, A., Lebugle, A., Brown, E., Lejbowicz, T., Mazuy, M., Charruault, A., Dupuis, J., Cromer, S., & Hamel, C. (2017). *Enquête Violences et Rapports de genre (Virage)*. Document de travail n°229. 67. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf
28. Duverger, P (2017). Crise et processus de l'adolescence. Aspects psychologiques. Dans Duverger, P (dir.), *Trouble psychique et comportementaux de l'adolescent* (pp. 3-19). Lavoisier.
29. Elliott, A., & Carnes, C. (2001). Reactions of Nonoffending Parents to the Sexual Abuse of Their Child: A Review of the Literature. In *CHILDMALTREATMENT* (pp. 38–54).
30. Euser, S., Alink, L. R. A., Tharner, A., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2013). The Prevalence of Child Sexual Abuse in Out-of-Home Care: A Comparison Between Abuse in Residential and in Foster Care. *Child Maltreatment*, 18(4), 221–231. <https://doi.org/10.1177/1077559513489848>
31. Felitti, V. J. (2002). The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead/ Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 48(4), 359–369. <https://doi.org/10.13109/zptm.2002.48.4.359>
32. Finkelhor D. (1994). Victimization of children. *American Psychologist Journal* 49(3), pp 173-183. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.3.173>
33. Flâm, A. M., & Haugstvedt, E. (2013). Test balloons? Small signs of big events: A qualitative study on circumstances facilitating adults' awareness of children's first signs of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 37(9), 633–642. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.06.007>
34. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). (2014). *Analyse Statistique de la violence envers les enfants*.
35. Fontes, L. A., & Plummer, C. (2010). Cultural issues in disclosures of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(5), 491–518. <https://doi.org/10.1080/10538712.2010.512520>
36. Gérard, M. (2014). *Guide pour prévenir la maltraitance lectures*. Fabert.
37. Gewirtz-Meydan, A., & Finkelhor, D. (2020). Sexual Abuse and Assault in a Large National Sample of Children and Adolescents. *Child Maltreatment*, 25(2), 203–214. <https://doi.org/10.1177/1077559519873975>
38. Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)

39. Giot, A. (2019). *Formation et état des connaissances des médecins généralistes de la Normandie occidentale vis à vis du repérage de l'inceste chez les mineurs* {thèse de doctorat}. Université de Caen.
40. Goodman-Brown, T. B., Edelstein, R. S., Goodman, G. S., Jones, D. P. H., & Gordon, D. S. (2003). Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 27(5), 525–540. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00037-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00037-1)
41. Greco, C. (2015). Maltraitance faite aux enfants : Entre méconnaissance du problème et déni. In *Ethics, Medicine and Public Health* (Vol. 1, Issue 1, pp. 11–18). Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2015.01.001>
42. HAS. (2014). *Questions-reponses Maltraitance des enfants*.
43. Henry Kempe, C., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). *The Battered-Child Syndrome*. <https://doi.org/10.1001/jama.1962.03050270019004>
44. Hershkowitz, I., Lanes, O., & Lamb, M. E. (2007). Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse and Neglect*, 31(2), 111–123. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.09.004>
45. Inter-stat. (2020). *Insécurité et délinquance en 2020 : bilan statistique*. <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Publications/Hors-collection/Insecurite-et-delinquance-en-2020-bilan-statistique>
46. IPSOS, & Santé, R. A. (2020). *LES FRANÇAIS FACE À L'INCESTE*.
47. Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse and Neglect*, 29(12), 1395–1413. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.07.004>
48. Kogan, S. M. (2004). Disclosing unwanted sexual experiences: Results from a national sample of adolescent women. *Child Abuse and Neglect*, 28(2), 147–165. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.014>
49. Kouchner C. (2022). *la familia grande* (points).
50. Lemaigre, C., Taylor, E. P., & Gittoes, C. (2017). Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. *Child Abuse and Neglect*, 70(February), 39–52. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.009>
51. London, K., Bruck, M., Wright, D. B., & Ceci, S. J. (2008). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. In *Memory* (Vol. 16, Issue 1, pp. 29–47). <https://doi.org/10.1080/09658210701725732>
52. Malloy, L. C., Brubacher, S. P., & Lamb, M. E. (2013). “Because She’s One Who Listens”: Children Discuss Disclosure Recipients in Forensic Interviews. *Child Maltreatment*, 18(4), 245–251. <https://doi.org/10.1177/1077559513497250>
53. McElvaney, R., Greene, S., & Hogan, D. (2014). To Tell or Not to Tell? Factors Influencing Young People’s Informal Disclosures of Child Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(5), 928–947. <https://doi.org/10.1177/0886260513506281>
54. Miles, G. M. (2000). “Children don’t do sex with adults for pleasure”: Sri Lankan children’s views on sex and sexual exploitation. *Child Abuse and Neglect*, 24(7), 995–1003. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00152-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00152-6)
55. Morville, A., Bénard, M., Podlipski, M. A., Larson, M., Lopez, G., & Gerardin, P. (2016). Recueillir la parole de l’enfant victime d’agression sexuelle selon le protocole du National Institute of Child Health and Human Development : enjeux, méthode et intérêts pour les intervenants du champ non judiciaire. *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence*, 64(4), 224–230. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.03.006>
56. Moureau, A., & Delvenne, V. (2016). Traces cérébrales des traumatismes infantiles et devenir psychopathologique. *Psychiatrie de l’Enfant*, 59(1), 333–355. <https://doi.org/10.3917/psyce.591.0333>

57. Mouzali, O. (2020). *Repérage d'une situation à risque de maltraitance intrafamiliale chez le mineur en médecine générale : élaboration d'un score par méthode DELPHI* {thèse de doctorat}. Université Grenoble Alpes.
58. Organisation mondiale de la santé. (2014). *Rapport de situation sur la prévention de la violence dans le monde*.
59. Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Prévention de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel Rapport du Directeur général*.
<https://intranet.who.int/sites/paac/>,
60. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Rapport de situation sur la prévention de la violence dans le monde*.
61. Paine, M. L., & Hansen, D. J. (2002). Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 22(2), 271–295. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00091-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00091-5)
62. Parisi, V., Steimer, S., Watteville, A. D. E., Navarro, C., & Szynalski-morel, M. (2017). Entretien adolescent HEADSSS. *Rev Med Suisse*, 996–1000.
63. Priebe, G., & Svedin, C. G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse and Neglect*, 32(12), 1095–1108. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.04.001>
64. Rappaport Clémentine. (2021). Conséquences à l'adolescence des violences sexuelles dans l'enfance : penser le repérage au cours de l'hospitalisation pédopsychiatrique des adolescent.e.s. *Rapport CIIVISE*.
65. Reitsema, A. M., & Grietens, H. (2016). Is anybody listening? the literature on the dialogical process of child sexual abuse disclosure reviewed. *Trauma, Violence, and Abuse*, 17(3), 330–340. <https://doi.org/10.1177/1524838015584368>
66. Rouget, S. (2020). Aborder la sexualité. Dans de Tournemire, R (dir.), *Médecine de l'adolescent* (pp. 20-25). VG éditions.
67. Sjöberg, R.; & Lindblad, F. (2002). Limited disclosure of sexual abuse in children whose experiences were documented by videotape. *The American Journal of Psychiatry*. 159, pp 312-314). <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.312>
68. Smith, D. W., Letourneau, E. J., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2000). DELAY IN DISCLOSURE OF CHILDHOOD RAPE: RESULTS FROM A NATIONAL SURVEY. In *Child Abuse & Neglect* (Vol. 24, Issue 2).
69. Vasileiou, K., Barnett, J., Thorpe, S., & Young, T. (2018). Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: Systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0594-7>
70. Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, 20(2), 651–671. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000321>

LOIS

LOI n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste (1)

NOR : JUSX2103172L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1^{er}

I. – La section 3 du chapitre II du titre II du livre II du code pénal est ainsi modifiée :

1° Au début de l'intitulé, le mot : « Des » est remplacé par les mots : « Du viol, de l'inceste et des autres » ;

2° Le premier alinéa de l'article 222-22 est complété par les mots : « ou, dans les cas prévus par la loi, commise sur un mineur par un majeur » ;

3° Après l'article 222-22-2, il est inséré un article 222-22-3 ainsi rédigé :

« Art. 222-22-3. – Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis par :

« 1° Un ascendant ;

« 2° Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un grand-oncle, une grand-tante, un neveu ou une nièce ;

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

4° L'intitulé du paragraphe 1 est complété par les mots : « et du viol incestueux » ;

5° Après l'article 222-23, sont insérés des articles 222-23-1 à 222-23-3 ainsi rédigés :

« Art. 222-23-1. – Hors le cas prévu à l'article 222-23, constitue également un viol tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis par un majeur sur la personne d'un mineur de quinze ans ou commis sur l'auteur par le mineur, lorsque la différence d'âge entre le majeur et le mineur est d'au moins cinq ans.

« La condition de différence d'âge prévue au premier alinéa du présent article n'est pas applicable si les faits sont commis en échange d'une rémunération, d'une promesse de rémunération, de la fourniture d'un avantage en nature ou de la promesse d'un tel avantage.

« Art. 222-23-2. – Hors le cas prévu à l'article 222-23, constitue un viol incestueux tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis par un majeur sur la personne d'un mineur ou commis sur l'auteur par le mineur, lorsque le majeur est un ascendant ou toute autre personne mentionnée à l'article 222-22-3 ayant sur le mineur une autorité de droit ou de fait.

« Art. 222-23-3. – Les viols définis aux articles 222-23-1 et 222-23-2 sont punis de vingt ans de réclusion criminelle. » ;

6° L'article 222-29-1 est complété par les mots : « par violence, contrainte, menace ou surprise » ;

7° Après le même article 222-29-1, sont insérés des articles 222-29-2 et 222-29-3 ainsi rédigés :

« Art. 222-29-2. – Hors le cas prévu à l'article 222-29-1, constitue également une agression sexuelle punie de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende toute atteinte sexuelle autre qu'un viol commise par un majeur sur la personne d'un mineur de quinze ans, lorsque la différence d'âge entre le majeur et le mineur est d'au moins cinq ans.

« La condition de différence d'âge prévue au premier alinéa du présent article n'est pas applicable si les faits ont été commis en échange d'une rémunération, d'une promesse de rémunération, de la fourniture d'un avantage en nature ou de la promesse d'un tel avantage.

« Art. 222-29-3. – Hors le cas prévu à l'article 222-29-1, constitue une agression sexuelle incestueuse punie de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende toute atteinte sexuelle autre qu'un viol commise par un majeur sur la personne d'un mineur, lorsque le majeur est un ascendant ou toute autre personne mentionnée à l'article 222-22-3 ayant sur le mineur une autorité de droit ou de fait. » ;

8° L'intitulé du paragraphe 3 est ainsi rédigé : « Dispositions communes aux viols et aux agressions sexuelles en cas d'inceste » ;

9° L'article 222-31-1 est abrogé.

II. – Au second alinéa de l'article 356 du code de procédure pénale, la référence : « 222-31-1 » est remplacée par la référence : « 222-22-3 ».

Article 2

Au deuxième alinéa de l'article 222-22-1 du code pénal, le mot : « exerce » est remplacé par le mot : « a ».

Article 3

I. – Le dernier alinéa de l'article 227-22 du code pénal est ainsi rédigé :

« Les peines sont portées à dix ans d'emprisonnement et à 150 000 euros d'amende lorsque les faits ont été commis à l'encontre d'un mineur de quinze ans. Elles sont portées à dix ans d'emprisonnement et à un million d'euros d'amende lorsque les faits ont été commis en bande organisée. »

II. – Après l'article 227-23 du code pénal, il est inséré un article 227-23-1 ainsi rédigé :

« *Art. 227-23-1.* – Le fait pour un majeur de solliciter auprès d'un mineur la diffusion ou la transmission d'images, vidéos ou représentations à caractère pornographique dudit mineur est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende.

« Les peines sont portées à dix ans d'emprisonnement et à 150 000 euros d'amende lorsque les faits ont été commis à l'encontre d'un mineur de quinze ans. Elles sont portées à dix ans d'emprisonnement et à un million d'euros d'amende lorsque les faits ont été commis en bande organisée. »

Article 4

La section 5 du chapitre VII du titre II du livre II du code pénal est ainsi modifiée :

1° Au début, il est ajouté un paragraphe 1 intitulé : « De la mise en péril de la santé et de la moralité des mineurs » et comprenant les articles 227-15 à 227-21 ;

2° Après l'article 227-21, il est inséré un paragraphe 2 intitulé : « Des infractions sexuelles commises contre les mineurs » et comprenant les articles 227-22 à 227-28-3 ;

3° Au début du paragraphe 2, tel qu'il résulte du 2° du présent article, il est ajouté un article 227-21-1 ainsi rédigé :

« *Art. 227-21-1.* – Les infractions de nature sexuelle pouvant être commises sur des mineurs sont prévues au présent paragraphe, sans préjudice des dispositions de la section 3 du chapitre II du présent titre réprimant les viols, les agressions sexuelles, l'inceste, l'exhibition sexuelle et le harcèlement sexuel, qui peuvent être également commis au préjudice de victimes mineures. » ;

4° L'article 227-25 est ainsi rédigé :

« *Art. 227-25.* – Hors les cas de viol ou d'agression sexuelle prévus à la section 3 du chapitre II du présent titre, le fait, pour un majeur, d'exercer une atteinte sexuelle sur un mineur de quinze ans est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 € d'amende. » ;

5° Au 1° de l'article 227-26, les mots : « un ascendant ou par toute autre personne » sont remplacés par les mots : « une personne majeure » ;

6° L'article 227-27 est ainsi rédigé :

« *Art. 227-27.* – Hors les cas de viol ou d'agression sexuelle prévus à la section 3 du chapitre II du présent titre, les atteintes sexuelles sur un mineur âgé de plus de quinze ans sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende :

« 1° Lorsqu'elles sont commises par toute personne majeure ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;

« 2° Lorsqu'elles sont commises par une personne majeure qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions. » ;

7° Au 2° de l'article 227-27-2-1, après le mot : « tante, », sont insérés les mots : « un grand-oncle, une grand-tante, ».

Article 5

Le titre II du livre II du code pénal est ainsi modifié :

1° Après le mot : « fait », la fin du premier alinéa de l'article 222-22-2 est ainsi rédigée : « d'imposer à une personne, par violence, contrainte, menace ou surprise, le fait de subir une atteinte sexuelle de la part d'un tiers ou de procéder sur elle-même à une telle atteinte. » ;

2° Après l'article 227-22-1, il est inséré un article 227-22-2 ainsi rédigé :

« *Art. 227-22-2.* – Hors les cas de viol ou d'agression sexuelle, le fait pour un majeur d'inciter un mineur, par un moyen de communication électronique, à commettre tout acte de nature sexuelle, soit sur lui-même, soit sur ou avec un tiers, y compris si cette incitation n'est pas suivie d'effet, est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende.

« Les peines sont portées à dix ans d'emprisonnement et à 150 000 euros d'amende lorsque les faits ont été commis à l'encontre d'un mineur de quinze ans. Elles sont portées à dix ans d'emprisonnement et à un million d'euros d'amende si les faits ont été commis en bande organisée. »

Article 6

Le chapitre V du titre II du livre II du code pénal est ainsi modifié :

1° A l'article 225-7-1, le mot : « quinze » est remplacé par le mot : « vingt » ;

2° Au début du dernier alinéa de l'article 225-12-2, sont ajoutés les mots : « Hors les cas dans lesquels ces faits constituent un viol ou une agression sexuelle, ».

Article 7

Le code pénal est ainsi modifié :

1° Au second alinéa de l'article 225-12-1, les mots : « trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € » sont remplacés par les mots : « cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € » ;

2° L'article 225-12-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros » sont remplacés par les mots : « sept ans d'emprisonnement et à 100 000 euros » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros » sont remplacés par les mots : « dix ans d'emprisonnement et à 150 000 euros ».

Article 8

Le paragraphe 1 de la section 3 du chapitre II du titre II du livre II du code pénal est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article 222-24, après le mot : « viol », sont insérés les mots : « défini à l'article 222-23 » ;

2° Au premier alinéa des articles 222-25 et 222-26, après le mot : « viol », sont insérés les mots : « défini aux articles 222-23, 222-23-1 et 222-23-2 ».

Article 9

Au premier alinéa de l'article 222-23 du code pénal, après le mot : « soit, », sont insérés les mots : « ou tout acte bucco-génital ».

Article 10

Le sous-titre I^{er} du titre préliminaire du code de procédure pénale est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa de l'article 7 est complété par les mots : « ; toutefois, s'il s'agit d'un viol, en cas de commission sur un autre mineur par la même personne, avant l'expiration de ce délai, d'un nouveau viol, d'une agression sexuelle ou d'une atteinte sexuelle, le délai de prescription de ce viol est prolongé, le cas échéant, jusqu'à la date de prescription de la nouvelle infraction » ;

2° Après le troisième alinéa de l'article 8, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Toutefois, s'il s'agit d'une agression sexuelle ou d'une atteinte sexuelle commise sur un mineur, en cas de commission sur un autre mineur par la même personne, avant l'expiration des délais prévus aux deuxième et troisième alinéas du présent article, d'une agression sexuelle ou d'une atteinte sexuelle, le délai de prescription de la première infraction est prolongé, le cas échéant, jusqu'à la date de prescription de la nouvelle infraction.

« L'action publique du délit mentionné à l'article 434-3 du code pénal se prescrit, lorsque le défaut d'information concerne une agression ou une atteinte sexuelle commise sur un mineur, par dix années révolues à compter de la majorité de la victime et, lorsque le défaut d'information concerne un viol commis sur un mineur, par vingt années révolues à compter de la majorité de la victime. » ;

3° L'article 9-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le délai de prescription d'un viol, d'une agression sexuelle ou d'une atteinte sexuelle commis sur un mineur est interrompu par l'un des actes ou l'une des décisions mentionnées aux 1° à 4° intervenus dans une procédure dans laquelle est reprochée à la même personne une de ces mêmes infractions commises sur un autre mineur. »

Article 11

I – L'article 706-47 du code de procédure pénale est ainsi modifié :

1° Au 4°, la référence : « 222-31-1 » est remplacée par la référence : « 222-33 » ;

2° Au 7°, les mots : « d'un mineur » sont supprimés ;

3° Au 13°, après le mot : « sexuelles », sont insérés les mots : « et de tentatives d'atteinte sexuelle » et la référence : « 227-27 » est remplacée par la référence : « 227-27-2 » ;

4° Il est ajouté un 14° ainsi rédigé :

« 14° Délit d'incitation à commettre un crime ou un délit à l'encontre d'un mineur, prévu à l'article 227-28-3 du même code. »

II. – A l'article 227-28-3 du code pénal, les références : « 222-22 à 222-31, » sont supprimées.

Article 12

L'article 222-32 du code pénal est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Même en l'absence d'exposition d'une partie dénudée du corps, l'exhibition sexuelle est constituée si est imposée à la vue d'autrui, dans un lieu accessible aux regards du public, la commission explicite d'un acte sexuel, réel ou simulé.

« Lorsque les faits sont commis au préjudice d'un mineur de quinze ans, les peines sont portées à deux ans d'emprisonnement et à 30 000 euros d'amende. »

Article 13

Avant le dernier alinéa de l'article 706-53-2 du code de procédure pénale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au dixième alinéa, les décisions sont inscrites dans le fichier, quelle que soit la durée de la peine, si la victime des délits prévus à l'article 706-47 est mineure. Toutefois, s'il s'agit d'un délit puni d'une peine d'emprisonnement inférieure à cinq ans, la juridiction ou, dans les cas prévus aux 3° et 4° du présent article, le procureur de la République peut, par décision spécialement motivée, dire que la décision ne sera pas inscrite au fichier. »

Article 14

Le titre II du livre II du code pénal est ainsi modifié :

1° La section 5 du chapitre II est complétée par un article 222-48-4 ainsi rédigé :

« Art. 222-48-4. – En cas de condamnation pour une infraction prévue à la section 3 du présent chapitre commise sur un mineur, la peine complémentaire d'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact habituel avec des mineurs prévue au 3° de l'article 222-45 est prononcée à titre définitif. La juridiction peut, par une décision spécialement motivée, décider de ne pas prononcer cette peine en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur ou de la prononcer pour une durée de dix ans au plus. » ;

2° La section 6 du chapitre VII est complétée par un article 227-31-1 ainsi rédigé :

« Art. 227-31-1. – En cas de condamnation pour une infraction prévue aux articles 227-22 à 227-27, 227-27-2 ou 227-28-3, la peine complémentaire d'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact habituel avec des mineurs prévue au 6° de l'article 227-29 est prononcée à titre définitif. La juridiction peut, par une décision spécialement motivée, décider de ne pas prononcer cette peine en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur ou de la prononcer pour une durée de dix ans au plus. »

Article 15

I. – Le premier alinéa de l'article 804 du code de procédure pénale est ainsi rédigé :

« Le présent code est applicable, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et dans les îles Wallis et Futuna, sous réserve des adaptations prévues au présent titre et aux seules exceptions : ».

II. – L'article 711-1 du code pénal est ainsi rédigé :

« Art. 711-1. – Sous réserve des adaptations prévues au présent titre, les livres I^{er} à V du présent code sont applicables, dans leur rédaction résultant de la loi n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et dans les îles Wallis et Futuna. »

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 21 avril 2021.

EMMANUEL MACRON

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
JEAN CASTEX

Le ministre des outre-mer,
SÉBASTIEN LECORNU

*Le garde des sceaux,
ministre de la justice,*
ÉRIC DUPOND-MORETTI

Annexe 2 : Exemple de formulaire pour faire un signalement pour personne mineure

Le modèle suivant a été élaboré en concertation entre le Ministère de la justice, le Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, le Ministère délégué à la famille, le Conseil national de l'Ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

Pour personne mineure (moins de 18 ans)

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

Le mineur :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec le mineur) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

- le mineur nous a dit que : «

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :
(rayer la mention inutile)

Oui

Non

- description du comportement du mineur pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

-
-
-
-
-
-

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au Procureur de la République et copie à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental (ex conseil général)

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné le mineur :

Annexe 3 : Fiche signalétique interne et consentement

Consentement :

Je soussigné(e) Certifie avoir consenti à participer librement à l'étude d'Anne Justine COLIN médecin remplaçant dans le cadre de sa thèse de médecine générale et avoir été informé(e) que les propos recueillis par enregistrement seront retranscrits de manière anonyme, puis détruits.

Fait à, le

Lu et approuvé

Données personnelles :

Sexe :

Âge :

Semestre :

Lieu d'externat :

Stages d'interne déjà effectués

.....
.....
.....
.....

Annexe 4 : Guide d'entretien

1^{ère} partie : le cas clinique

Données sur la situation clinique (si l'interne pose des questions) :

Jeune fille de 13 ans

Pas d'antécédents particuliers

Vaccin à jour

Ières règles 13 ans, cycles réguliers

Pas de moyen de contraception, pas de rapports sexuels

En classe de 3^{ème}

Bonne élève mais depuis son arrivée en 3^{ème} : moins bons résultats

A des copines

Milieu social favorisé

1 frère, 1 sœur

Douleurs abdominales constantes, diffuses à tout l'abdomen, EVA : 5/10

Pas de trouble transit, pas de nausées, ni de vomissements

Taille dans la moyenne pour l'âge

Poids dans la moyenne pour l'âge

Pas de signes fonctionnels urinaires

Pas de signes gynécologiques, pas de mycose, pas de leucorrhées

Clinique :

Apyrétique, constantes normales,

Examens cardio-pulmonaire/ orl normaux, abdomen souple dépressible, sensible bas ventre, sans

Défense, ni contracture,

Pas de douleurs ébranlements fosses lombaires,

Pas d'éruption cutanée

Paraclinique :

Biologie : nfs plaquettes normales, bilan hépatique normal, pas de syndrome inflammatoire, HCG négative

BU négative

Échographie abdomino-pelvienne sans particularité

Si avis gynécologique : réassurance, revoir les suites avec le médecin traitant

Si avis gastro-entérologue : réassurance, revoir les suites avec le médecin traitant

1ère partie : cas clinique :

Une jeune fille de 13 ans vient vous voir en consultation pour des douleurs abdomino-pelviennes depuis environ 15 jours.

Elle est accompagnée de sa maman.

Comment menez-vous la consultation ?

...

Cette jeune patiente revient vous voir 15 jours plus tard, toujours accompagnée de sa maman pour persistance des douleurs pelviennes.

- Si l'interne n'a pas prescrit de bilan biologique : elle vous informe qu'entre deux, elle est allée aux urgences et vous montre le compte rendu : biologie normale (le détail de la biologie était annoncé), BU négative, et la conclusion est la suivante : « les examens sont plutôt rassurants, retour à domicile avec antalgiques simples, consultez le médecin traitant si persistance des symptômes ».
- Si l'interne a prescrit un bilan biologique +/- BU +/- échographie abdomino-pelvienne : Elle vous ramène les résultats suite aux différents examens que vous aviez demandé (les détails des examens étaient énumérés en fonction de la demande faite au préalable)
- Si l'interne a prescrit des antalgies (peu importe lesquels) : peu d'effet des antalgiques sur la douleur.

Elle revient vous voir devant la persistance des symptômes,

Comment menez-vous la consultation ?

...

La jeune fille revient vous voir, entre 2 la maman lui a trouvé un RDV avec un gynécologue qui lui aussi est rassurant, mais qui prescrit de principe une IRM pelvienne pour éliminer une endométriose. L'IRM revient normale mais devant les douleurs persistantes, la patiente reviens vous voir.

Comment menez-vous la consultation ?

...

La jeune fille revient vous voir quelques jours plus tard.

Lors de l'examen clinique vous remarquez la présence de scarifications sur son abdomen.

Que faites-vous ?

...

=> j'annonce à ce moment le sujet de la thèse.

2ème partie : connaissances et retour d'expérience.

- Quel est le pourcentage de victimes de violence sexuelle chez les mineurs en France ?
- Quelle est la part des violences intrafamiliales dans les violences sexuelles chez les mineurs ?
- Quels sont les signes d'appel d'un adolescent victime de violence sexuelle ?
- A partir de quel âge, selon vous, un mineur peut-il être examiné seul en consultation ?
- Comment abordez-vous lors de vos consultations, ou comment aborderiez-vous des sujets comme la maltraitance ? La sexualité ? La violence ?
- Selon vous, quelle place occupe le MG dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?
- Sauriez-vous avec qui prendre contact afin d'améliorer votre prise en charge ?
- Quel est le numéro « enfants en danger » ?
- Quelle est la différence entre une Information Préoccupante et un signalement ?
- Quels sont selon vous les freins à la réalisation d'une IP ou d'un signalement pour le médecin généraliste ?
- Quels seraient les moyens que vous pourriez mettre à disposition pour prévenir les violences sexuelles intra familiales ? ou faciliter les révélations ?
- Avez-vous déjà été confronté à des révélations d'un adolescent victime de violence sexuelle ? Comment l'avez-vous vécu ?
- Comment avez-vous été formé sur la prise en charge des violences sexuelles sur mineur ?
- Considérer vous avoir eu une formation suffisante pour la prise en charge de ce type de patient ?

Annexe 5 : Retranscription des entretiens par verbatim

INTERNE A

Moi : On va commencer la première partie de notre interrogatoire : ça va être un cas clinique

Interne : Ohlala

Moi : Tu t'imagines dans un cabinet de médecine générale et tu vas me dire tout ce que tu dirais / demanderais au patient que ce soit en terme de question, d'examen clinique, demande paraclinique, et à quel moment et comment tu conclurais ta consultation.

Interne : OK

Moi : Une jeune fille de 13 ans vient vous voir en consultation pour des douleurs abdomino-pelviennes depuis environ 15 jours.
Elle est accompagnée de sa maman.
Comment menez-vous la consultation ?

Interne : Donc là, je te dis ce que je ferais ?

Moi : oui voilà, c'est ça.

Interne : Déjà le classique de caractériser la douleur, si elle est réglée ou pas, est-ce que ça lui est déjà arrivé, si elle est constipée, diarrhée, signes urinaires ?
Est-ce qu'elle a pris des antalgiques, dans quel contexte ça lui arrive,
Euh.... tu veux l'examen clinique aussi ?

Moi : Oui oui tout ce que tu ferais, imagine que tu es en consultation.

Interne : D'accord, alors.. Euh... elle a quel âge déjà ? 14, 13 ans ?

Moi : 13 ans

Interne : Peut-être avant l'examen clinique, je lui demande si elle veut discuter avec moi, euh... après j'avoue que comme elle est mineure je sais pas trop si je peux faire sortir la maman ou pas ?
Et l'examen clinique ...je ne sais pas si je peux faire sortir la maman (*intonation un peu sur l'interrogation, puis petit blanc*) mais j'espère que dans mon cabinet, j'aurais au moins un rideau ou un emplacement où je peux examiner « un peu caché » tu vois.
Après, je ferais examen abdominal classique, après en fonction de la réaction de la jeune fille, je redemanderais, si la maman est là, si elle peut sortir, pour on sait jamais interroger sur un risque de grossesse, ou je sais pas , si elle a déjà eu des rapports sexuels mais qu'elle ose pas le dire devant sa mère, je sais pas, c'est pas évident en fait.., parce que je sais pas si c'est légal de faire sortir la maman en fait ou les parents quand on a un mineur en face de soi.
En tout cas si le mineur a en dessous de 15 ans... je saurais pas trop dire Donc ... Euh... dans l'état des choses, comme je sais pas si je peux, peut-être je demanderais à la maman si elle est d'accord ou pas. Donc je demanderais à la maman. Si je la sens peut-être un peu réfractaire, j'insisterais pas quoi.

Moi : Donc là, imaginons ton examen clinique, tu ne retrouves rien de particulier, ton ventre est bien souple, que fais-tu ensuite ?

Interne : Donc si l'examen est sans particularité, si j'ai fait sortir la maman, j'espère avoir pu éclaircir un potentiel problème sur la sphère génitale, ou les questions peut-être un peu gênantes sur les jeunes filles. J'aurais pu aussi lui demander si elle a une contraception, et sinon euh, je pense que je termine en fonction de la douleur. Soit faire un bilan avec recherche crp, ou alors écho en fonction du tableau clinique si j'ai un tableau précis de cholécystite par exemple.
Mais c'est vrai que je sais pas si j'ai déjà eu le cas de demander à faire sortir un parent quand il accompagne un mineur, Mais j'essaierais je pense.

Moi : Ok, et quand tu parles des questions gênantes, ou en rapport avec la sphère sexuelle tu poserais quoi comme question ?

INTERNE : Euh .. ba... je pense que je poserais la question directement, même si le parent est là. Quand ça m'est arrivé en stage, je demandais si elle avait ses règles, un petit copain, une contraception. Et en fonction je demandais si la contraception était bien cadrée, rien de plus, mais sinon je refaisais un petit topo sur ce qui existait, ce qu'on peut proposer en 1ere intention...
Et après la question du petit copain c'est assez facile mais après, pour le reste, devant les parents, c'est un peu plus compliqué, notamment si elles ont eu des rapports ou autres.
Après j'ai pas eu trop d'occasions de demander ça devant les parents en fait ! Les seuls cas que j'ai eus c'était aux urgences, des ados placés donc accompagnés par des adultes mais pas les parents donc en fait plus facile de leur dire de partir. C'était moins gênant en fait car il n'y avait pas ce rapport parent/enfant en fait. C'est moins gênant en fait de leur demander de partir dans ces cas-là.
Mais en cabinet, j'ai jamais eu le cas de demander à un parent de sortir en fait.

Moi : Donc le fait que l'adulte accompagnant ne soit pas le parent, tu osais plus leur dire de partir ?

Interne : En fait oui, la figure parentale rend moins facile les choses.

Moi : Si on revient au cas clinique, la patiente n'a rien de particulier. Donc si on reprend la patiente, tu la fais rentrer avec antalgies et +/- examen en externe ?

Interne : Oui c'est ça et bilan bio plus ou moins échographie.

Moi : Cette jeune patiente revient vous voir 15 jours plus tard, toujours accompagnée de sa maman pour persistance des douleurs pelviennes. Elle vous informe d'ailleurs qu'elle est allée aux urgences il y a 72h. Et vous montre le compte rendu des urgences :
apyrétique, palpation abdominale sans particularité, biologie : normale, bu négative, hcg nég, échographie abdomino-pelvienne sans particularité.
Un créneau s'étant libéré rapidement, elle a même pu bénéficier d'une IRM pelvienne (afin d'éliminer une endométriose), qui s'avère être normale.
Que fais-tu ?

Interne : je lui fais confirmer pour être sûre que j'ai bien compris la douleur qui persiste, je ré-insiste peut-être sur la temporalité, ou voir s'il y a eu des nouveaux éléments. Je lui explique qu'au niveau organique il n'y a rien de particulier, mais que j'entends qu'elle ait mal et que du coup il y a peut-être un côté psychosomatique à sa douleur qu'on pourrait explorer, peut-être une somatisation de ses symptômes par rapport à ce qu'elle a pu vivre ou quoi,
Du coup peut-être lui laisser une porte ouverte pour qu'elle puisse me parler s'il y a qqch de particulier, si elle a eu un choc émotionnel ou autre mais qu'elle puisse comprendre que j'entends qu'elle a mal mais que je ne trouve rien au niveau organique quoi.
Il faut que je m'assure qu'il n'y ait rien de psychosomatique avant de la laisser partir car les douleurs abdo c'est assez parlant c'est souvent un point d'appel quand quelque chose ne va pas, donc j'essaie aussi de ne pas la mettre mal à l'aise.

Moi : donc là, tu partirais sur quelle piste ?

Interne : plutôt un aspect psychologique mais au moins je laisse la porte ouverte en fait pour qu'elle puisse me parler. Peut-être qu'elle ne parlera pas d'un souci, si souci il y a ! Mais au moins elle sait qu'elle peut revenir. Après si vraiment il n'y a rien sur les examens bio, clinique psychologique, je demanderais aussi l'avis à un spécialiste en fait : gynéco si c'est pelvien, gastro si c'est plus haut.

Mais je pense qu'avant l'avis spé je vérifierais l'aspect psychologique quand même car les 1ers éléments ne retrouvent rien quoi !

Moi : Et quand tu dis je lui ouvre une porte, tu ferais comment en fait ? Imagine que tu doives me parler à moi...

Interne : tu vois ce qu'on a fait comme examens, on a éliminé telles choses. Tels examens ont éliminé ci et ça, moi j'ai plus d'autres idées par rapport à ce que tu m'as dit mais j'entends ce que tu as dit. Alors est-ce que tu as du stress ? A l'école, comment ça se passe ? Les problèmes de stress ça peut donner mal au ventre, est ce que c'est une boule au ventre ? Est-ce qu'il y a qqch qui te dérange ? Même si tu ne vois pas de liens avec ta douleur, parfois ça peut être lié.

Comment tu te sens de manière globale ?

Est-ce qu'il y a qqch qui te dérange dans ta vie ?

ça peut paraître un peu frontal, mais je pense qu'il faut expliquer ce qu'on pense.

Car c'est aussi de la mise en échec, c'est un peu chiant quand on sait pas ce qu'ils ont. Il faut leur faire comprendre que t'es en galère, et faut pas leur dire « T'as mal au ventre, j'ai rien trouvé. Rentre chez toi quoi ».

Leur expliquer, c'est pas nocif je pense, ça leur fait entendre qu'on n'est pas surhumain, et que ça peut peut-être l'aider à se confier sur un souci par exemple.

Moi : Ok, ça marche.

Et imaginons.... Elle revient te voir et là tu vois des scarifications sur son abdomen, qu'est-ce que tu fais ?

Interne : Alors là, c'est plus simple en fait car tu n'as plus quelque chose d'invisible, donc t'as un peu quelque chose à te mettre sous la dent. Tu fais quand même ton examen clinique mais c'est quelque chose de visible quand même, tu as quelque chose de physique et objectivable. Du coup tu peux directement dire les choses. Enfin tu vois, en pédiat, je leur demandais « Qu'est-ce que c'est que cette blessure ? » je leur demandais pas « Comment tu t'es fait ça ? »

La réponse est pas tout le temps claire, mais la lésion physique ça permet de demander directement en fait, ça ouvre directement la discussion donc c'est plus aidant pour nous malheureusement.

Du coup en consultation, tu perds moins de temps car tu t'excites moins à demander des bilans des avis spé. Pour moi c'est plus facile dans ces cas-là pour ouvrir la conversation.

Moi : C'est plus légitime du coup pour toi de questionner sur ça ?

Interne : oui, car tu vois sur la toute première consultation, je saute pas direct sur le côté psychologique mais j'élimine directement la cause organique. Spontanément, j'élimine l'urgence ! Enfin...l'urgence organique, parce qu'au final on peut aussi avoir une urgence psychologique...Si je trouve rien, ensuite, je vais aller vers une cause psy. Sûrement parce qu'on apprend aussi comme ça. Mais c'est peut-être un peu dur d'évoquer l'aspect psychologique si elle n'en parle pas quoi.

Moi : Ok ok,. Donc là, c'est la fin de la partie cas clinique.

Mon sujet de thèse, c'est la place de la médecine générale dans la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent.

On va attaquer la 2ème partie.

Quel est le pourcentage de victimes de violence sexuelle sur mineur en France ? Et la part intrafamiliale ?

Je pense que l'intrafamiliale doit faire une grande partie
J'imagine que je vais sous-estimer le truc mais euh je dirais 5% peut-être, mais ça fait beaucoup !!

Quels sont les signes d'appel que tu pourrais observer chez un adolescent victime de violence sexuelle ?

Tous les symptômes de la sphère génitale, IST, douleurs abdominales.
Syndrome dépressif : je pense qu'il faut toujours évoquer la question.
Je pense que toutes les douleurs un peu bizarres chez les enfants, les douleurs articulaires, les douleurs abdominales chroniques, les soucis d'isolement de mal insertion à l'école aussi.
Il y en a sûrement plus, mais spontanément je vois pas plus.

A partir de quand selon vous, un mineur peut-il être examiné seul en consultation ?

A bah là, j'aurais tendance à dire 15 ans révolus, pour la majorité sexuelle, mais je sais pas si en fonction de l'accord du parent ça change. Est-ce que tu peux l'imposer à partir de 15 ans ? Ou as-tu le droit d'examiner un enfant de 13 ans si les parents sont d'accord ? Ou est-ce que sur le plan général oui et le plan gynéco non ?
Donc je dirais à partir de 15 ans révolus!

En as-tu déjà fait la demande ?

Oui, mais l'enfant avait 16 ans et puis sinon spontanément en salle d'attente elles étaient accompagnées, mais venaient dans le cabinet toutes seules, donc dans ce cas-là, je me posais pas trop la question.
Après dans mon stage de gynéco, on n'avait pas le droit d'examiner un mineur seul sans représentant légal, mais je pense que là c'est parce que c'est l'examen gynéco en tant que tel qui est plus délicat.

Comment abordez-vous lors de vos consultations avec des ados des sujets comme la maltraitance ?
La sexualité ? La violence ?

Chez les enfants, j'ai beaucoup posé la question en pédiatrie. Je posais plutôt la question cash car les enfants/ado sont plus réceptifs quand on leur parle direct plutôt que de tourner autour du pot et ils peuvent ne pas tout comprendre
du genre « Est-ce que tu as été malmené par un camarade ou t'as déjà été violenté par tes parents ?
C'est peut être biaisé car souvent en pédiatrie dans mon stage, ils étaient issus d'un milieu particulier, ils étaient souvent placés notamment et ils venaient direct avec le motif étiqueté de « mal être » en fait.
En tout cas en médecine générale, j'ai pas souvenir d'avoir évoqué directement ce sujet-là dans une consultation lambda.
Je l'évoquais en fait plus cash quand le motif était déjà présenté.
C'est un peu délicat sinon.

Quand j'ai un point d'appel, je pose des questions cash sinon ça peut-être délicat.

Je pense que c'est plus facile pour les patients de répondre à une question en fait, plutôt que de se dire « Qu'est-ce qu'il veut savoir ? »

Et quand j'étais en consultation de chef, j'ai eu le cas de toute façon de chef plus « doux » et d'un autre chef plus frontal et ça se passait mieux avec le chef frontal.

Selon vous, quelle place occupe le MG dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales sur mineur ?

Elle est majeure pour détecter, dépister les urgences, après pour la prise en charge c'est pas évident. Car en tant que méd G, souvent tu t'occupes de toute la famille derrière. Donc bon, même pour les violences sexuelles c'est délicat de mener des actions ensuite car tu connais la famille, et en 15 min de consultation c'est rapide pour avoir le temps et les moyens de faire quoique ce soit même pour dépister ! Et puis aussi pour contacter les personnes compétentes !

Mais en même temps qui d'autre que le méd G peut faire ça ?

Parce que qui voit les gamins ? C'est que toi quoi ! Donc pour dépister et détecter il n'y a que nous ou le pédiatre qui peut le voir je pense !

Sauriez-vous avec qui prendre contact afin d'améliorer votre prise en charge ?

J'appellerais le médecin de PMI du coin, pour lancer peut-être une enquête sociale et faire un lien avec le service judiciaire pour protéger l'enfant; ou alors il y a la combine « aller aux urgences » et puis tu leur refiles le bébé mais bon, si tu veux gérer le truc, il faut contacter la PMI ou appeler le proc' mais après... c'est délicat, les histoires de signalement tout ça ... parce qu'au final tu peux peut-être faire fausse route alors que la PMI après son enquête a plus de poids.

A part si c'est un truc ouvertement grave ou une urgence immédiate, là j'envoie aux urgences.

Mais si c'est plutôt insidieux ou qui dure depuis plus longtemps, j'appellerai la PMI

Après comment savoir le caractère urgent en fait ? La question se pose ? Est-ce qu'il faut pas mettre l'enfant tout de suite en sécurité ? Je saurais pas comment faire en fait. Les placements en urgences, c'est un peu difficile à gérer quoi parce que t'es tout seul quoi.

Moi : c'est là qu'il faut faire la différence entre ip et signalement en fait, non ?

Interne Ouais en fait c'est là le problème, alors moi j'ai pas eu en faire mais signalement c'est l'étape avant IP non ? Ou l'inverse ? Je sais plus ?

Moi : Explication sur la différence entre les 2.

Interne : ah oui, pour faire une IP je saurais pas en fait, je saurais même pas à qui m'adresser, où trouver les papiers, après en recherchant sur Google je finirais par trouver mais ça prend du temps quoi

Moi : Quel est le numéro maltraitance ?

Interne :119

Moi : Quels sont selon vous les freins d'une IP ou d'un signalement ?

Le temps imparti de la consultation car il faut avoir recueilli un max d'info pour avoir une demande légitime, non subjective.

L'isolement aussi : car on est tout seul. Après si tu es en cabinet, tu peux toujours en discuter avec

tes collègues mais bon, en consultation t'es quand même tout seul.

Euh et puis euh peut-être la relation que t'as avec les parents aussi, car dans l'idéal quand tu fais le RIP (= recueil d'information préoccupante) le mieux c'est quand même de prévenir les parents, mais quand t'es médecin G c'est quand même compliqué quoi.

Moi : Pourquoi compliqué ?

Interne : bah ça dépend de la présentation des parents, mais leur expliquer que le comportement ou que celui de leur enfant va pas ... bah c'est un peu délicat quoi. Et puis le manque d'information sur les contacts, la sphère de qui contacter ...

Ba moi je connais que la PMI, la sphère judiciaire ou autre bah j'en ai aucune idée. Donc peut-être un manque de connaissance aussi là-dessus. Et en stage on n'est pas forcément amené heureusement à en voir souvent, alors si t'en fais pas plusieurs, t'apprends pas vraiment.

Donc voilà je dirais le temps, la relation avec les parents et l'isolement car on est seul face à la consultation. Et puis les connaissances.

Quand tu parles du rôle primordial du méd G dans la prévention ou le dépistage, Quels seraient les moyens que tu aurais toi à disposition pour prévenir les violences sexuelles intra familiales ? ou faciliter les révélations ?

Pour prévenir les violences pour moi ça se fait déjà quand l'enfant n'est pas encore né en fait..

Tu vois quand tu reçois une femme enceinte, tu recherches les facteurs de risque comme l'isolement sociale, les antécédents de violence sur la personne ou sur le conjoint, s'il y a des frères et sœurs, interroger sur comment ça se passe.

Ça, ça se fait avant que l'enfant naisse. Et après, voir si le lien père/mère enfant se passe bien, pas de difficultés au quotidien avec l'enfant, vérifier que l'environnement est sain, s'il y a des pathologies vérifier que ce soit géré au mieux,

S'il a des pathologies, vérifier qu'il ne soit pas démuné et pareil s'il a un handicap.

Et puis faire que l'enfant soit à l'aise d'en parler, si l'enfant tu le connais depuis longtemps faut qu'il se sente à l'aise de parler de tout et n'importe quoi avec toi et apparaître comme quelqu'un d'ouvert et digne de confiance pour qu'il se dise qu'on peut l'aider.

Expérience personnelle : Avez-vous déjà été confrontée à des révélations d'un adolescent victime de violence sexuelle ? Comment l'avez-vous vécu ?

Euh ouais en stage de gynéco. J'ai eu plusieurs jeunes filles, enfants placés, en situation sociale précaire, mais là, c'était pas intrafamilial. Mais j'ai eu un petit garçon placé, c'était horrible. Il avait des problèmes psy, comme tous les enfants placés, et il venait pour une crise spastique et sa famille d'accueil était dépassée, et lui était intenable. En discutant il m'a avoué qu'il avait été abusé par son oncle et il s'est mis à pleurer. C'est le seul que j'ai vu, le reste c'était extrafamilial.

Et tu l'avais vécu comment cette situation ?

Ca m'avait touché, car le gamin avait 14 ans et ça s'était passé quand il avait 5 ans et il en avait jamais parlé à part à sa famille d'accueil tout récemment, quelques semaines auparavant, et pour le coup c'est sa famille d'accueil qui l'avait amené.

Et j'avais dit au gamin « Pourquoi tu t'es énervé ? » et lui me disait « Je sais pas, j'étais pas content. »

Et sa tata d'accueil lui a dit « Tu veux parler au docteur de ce que tu m'as dit la dernière fois »

et au début il disait rien alors j'ai attendu et je lui ai dit : « On est entre ta tata et moi, et moi je peux rien dire car mon métier me l'interdit, ça va rester entre nous. Tu peux me dire s'il y a un souci, ça va m'aider à t'aider. » Et là il m'avait expliqué, mais c'était assez retournant car il est passé du gamin

infect qui a tout retourné à un gamin traumatisé.

Euh donc après bah j'avais surtout écouté, je trouve qu'il n'y a pas forcément besoin de parler car c'est pas facile déjà de trouver les mots je vais pas lui dire « bah oui c'est pas facile ce que t'as vécu » (*sur un ton condescendant*)

Donc non j'avais surtout écouté et j'avais essayé un peu d'ouvrir, essayé de l'aider en lui posant des questions plutôt ouvertes quoi mais je sais plus trop par la suite. On l'avait hospitalisé mais j'avais beaucoup écouté en fait.

Tu te rends compte que parfois juste écouter ça leur suffit.

Mais c'est le seul que j'ai vu en intrafamilial, j'en n'ai pas vu en cabinet.

Comment avez-vous été formée sur la prise en charge des violences sexuelles sur mineur ?

Euh non, sur le côté psy en fait on s'en occupait pas trop, on appelait les psy et voilà après c'est les chefs qui faisaient les recueils d'IP. Et en apprentissage magistral, j'ai pas souvenir d'avoir été formée, peut-être dans un bout de cours. Mais c'est ce qui manque dans la formation de médecine générale, des cours pratiques. Ce serait bien d'ailleurs qu'on sache un peu car c'est pas en 2 lignes de cours que l'on peut savoir comment faire un RIP ou un signalement.

Et savoir en vrai comment ça se passe dans ta région, l'organisation générale, les contacts.

La formation n'est pas assez importante, surtout qu'en tant que médecin généraliste, on va voir beaucoup d'enfants alors ça me semble important.

Moi : d'accord, et bien je te remercie c'est la fin de l'entretien, merci de ta participation

INTERNE B

Moi : Voilà donc la 1ère partie de l'entretien. C'est un cas clinique : « Tu es au cabinet et tu me dis tout ce que tu ferais, interrogatoire, examen clinique, et comme tu clôtures la consultation.

Une jeune fille de 13 ans, accompagnée de sa maman vient vous voir en consultation pour des douleurs abdo/ pelviennes depuis environ 15 jours. »

Comment mènes-tu la consultation ?

Interne : Alors je les accueille toutes les 2, mais je vais plus m'adresser à la jeune fille, je vais plus m'adresser à elle qu'à sa maman car c'est elle qui vient pour une plainte.

Donc d'abord je regarde ses antécédents, je lui demande si elle est réglée car elle a 13 ans, et en fonction des réponses, j'avise.

Moi : D'accord donc là, elle n'a pas d'antécédent particulier, elle est réglée, les cycles sont réguliers. Que fais-tu par la suite ?

Interne : hm hm...Je lui demande depuis quand la douleur est apparue, et puis je l'examine. Et tu m'as dit des douleurs comment déjà ?

Moi : Abdomino-pelviennes, pas franchement localisée.

Interne : Ah oui c'est vrai, donc je la palpe, je regarde s'il y a défense ou contracture.

Et puis entre temps, je demande quand même aussi l'avis à la maman pour voir ce qu'elle en pense.

Et si mon examen est rassurant, je vais quand même lui faire une écho abdo en urgence hein, parce que les douleurs abdo parfois c'est un peu traître quoi, donc je ne la laisse pas repartir comme ça juste avec un traitement symptomatique.

Moi : D'accord. Donc là, imaginons que ton examen clinique est rassurant, abdomen bien souple dépressible, légère sensibilité diffuse mais sans défense ni contracture.

Interne : Alors peut-être que je la ferais rentrer chez elle avec une écho extrêmement rapide car les douleurs abdominales des fois c'est très traître. Je laisserais pas une petite jeune de 13 ans comme ça.

Moi : Donc si je te reprends en fonction de l'examen, soit urgences, soit retour au domicile mais avec une échographie très rapide c'est bien ça ?

Interne : Alors urgences bon je sais pas trop, après si la mère et la fille sont bien cortiquées, je leur fais une ordo de traitement symptomatique et je leur fais faire une échographie rapide en externe plus ou moins un scanner abdominal bon euh en fonction des résultats de l'échographie.

Et du coup, je leur précise bien que s'il se passe quoique ce soit, je leur dis d'aller aux urgences sans hésiter. Je leur donne les conseils.

Et je peux aussi poser des questions si elle a des rapports sexuels aussi.

Après je ne suis pas sûre qu'une jeune fille de 13 ans me le dirait devant sa maman mais bon on peut toujours poser la question.

Moi : D'accord donc là, la patiente est rentrée et elle revient te voir 15 jours plus tard, toujours accompagnée de sa maman pour persistance des douleurs. Elle t'informe d'ailleurs qu'elle est allée aux urgences il y a 72h car elle était toujours douloureuse. Elle revient te voir et te montre le compte-rendu des urgences.

Apyrétique, palpation abdominale sans particularité, biologie : normale, bu négative, hcg neg, bilan hépatique normale, échographie abdomino pelvienne sans particularité.

Un créneau s'étant libéré rapidement, elle a même pu bénéficier d'une IRM pelvienne (afin d'éliminer une endométriose) qui s'avère être normale.

Donc elle revient, et elle reste douloureuse, que fais-tu ?

Interne : Alors euh là... bonne question !

Alors là j'aurais plutôt un entretien avec sa maman déjà pour peut-être éliminer un stress psychologique, l'interroger plus sur sa vie perso pour pas me concentrer que sur l'aspect somatique quoi. Pour voir s'il n'y a pas un truc qui ne va pas dans sa vie, à l'école, tout ça tout ça quoi.

Moi : donc là tu pars sur une cause plutôt psychologique ?

Interne : ba là en fait pour moi l'aspect psychologique c'est un diagnostic d'élimination.

Elle a 13 ans j'ai envie de la croire, donc j'aurais pas envie de la laisser comme ça quoi.

Et si je vois pas de solution je peux l'envoyer à un spé aussi, je regarde dans mon petit carnet de contacts euh quelqu'un qui pourrait m'aider ! Je sais pas, pédiatre par exemple. Je pense pas chir dig mais euh je sais pas quelqu'un qui pourrait m'aider quoi.

je vais pas dire « ça passera quoi », je vais lui montrer que ça m'inquiète.

Moi ; Ok d'accord, et si jamais elle était venue te voir avec des scarifications sur l'abdomen, comment aurais-tu réagis ?

Interne : Ah ! Bah le côté psy, il est là quoi !

Donc là, je lui demande si elle est d'accord de voir un psy, et sans sa mère elle serait peut-être plus ouverte donc peut-être je pourrais la voir seule.

Et le côté psy je chercherais rapidement une infirmière de liaison ou un psy de liaison ou je sais pas, un réseau peut-être près de là où j'exerce. Mais là il y a clairement un signe de souffrance chez la jeune fille.

Moi : Et comment t'essayerais de comprendre ce qu'il se passe, comment tu mènerais ton interrogatoire? Toi quand tu vois ça, qu'est-ce que tu ferais ?

Interne : ba je regarde s'il y a d'autres scarifications, je lui demande si elle a eu des idées hm... un peu suicidaires en fait, comment ça va dans la famille, comment ça va avec papa maman les frères et sœurs, je lui demande franco pourquoi elle fait ça. Je suppose que c'est un mal être intérieur qu'elle veut exprimer, donc j'essaie de la mettre en confiance en fait, en lui précisant qu'à la fin je serai obligé d'en parler avec sa mère en fait, parce qu'elle est mineure. Mais que je suis pas obligée de tout dire, mais il y a des choses que je dois raconter à sa mère. En respectant la petite jeune fille mais également aussi le secret médical.

Je voudrais garder un climat de confiance quoi, je ne voudrais pas lui dire : « Dis-moi tout. » et ensuite tout balancer à sa maman quoi, mais je lui propose, je lui dis que c'est une souffrance, ça se soigne, qu'elle n'est pas la seule, pour ne pas la stigmatiser, qu'elle ne doit pas avoir honte d'avoir mal, et que je vais pas la laisser comme ça, et qu'il faut qu'elle voit quelqu'un qui puisse mieux l'aider, qui a plus de temps , mais que ma porte est toujours ouverte si elle veut quoi .

Moi : C'est la fin de ma partie cas clinique.

Donc en fait mon sujet de thèse, c'est la place de la médecine générale dans la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent.

Maintenant on va passer à la 2eme partie de l'entretien. Ca va plutôt faire appel à tes connaissances et ton expérience personnelle.

Alors première question, selon toi, quel est le pourcentage de violence sexuelle chez les mineurs ? Alors déjà global et ensuite la part intrafamiliale ?

Interne : ohla euh...Vraiment euh je sais pas du tout... si je donnais un chiffre ce serait comme ça... J'ai pas idée de ça du tout.

Moi : Est-ce que tu penses qu'il y en a dans une patientèle de médecin généraliste ?

Interne : Oui sûrement je pense, après est-ce qu'on le découvre ?...euh.. C'est ça la question et puis la plupart sont accompagnés d'un des parents en consultation alors oui sûrement il y en a, mais est-ce qu'on le dépiste, est-ce qu'on le diagnostique ? ...ça je sais pas....

Moi : Quels signes connais-tu en point d'appel de violence sexuelle chez l'adolescent ?

Interne : Les douleurs abdomino pelv chez une ado, des signes de scarification, une souffrance morale, une jeune fille un peu effacée, un changement de comportement, une prise / perte de poids, un changement à un moment donné, les parents en général savent dire s'il y a eu un changement d'un coup. Après je pense hein, je ne suis pas sûre du tout car je suis 1^{er} semestre alors euh je suis pas sûre quoi.

Moi : A partir de quand pour toi on peut examiner un mineur seul sans ses parents ?

Interne : Ben moi je dirais même à partir de 6/7 ans hein, ça dépend du motif de consultation ! De toute façon ils ne sont jamais loin et on demande l'autorisation des parents, C'est vrai qu'un enfant de 2 ans, j'aurais pas envie de le voir tout seul mais en CP ou à partir du moment où ils sont socialisés en fait. Si l'enfant n'a pas peur de moi, qu'il sait que papa maman sont à côté, et si j'en éprouve le besoin oui, je le demanderais aux parents.

Moi : tu as déjà fait une telle demande ?

Interne : Oui ! Mais dans un autre cadre, plutôt quand j'ai dû faire des sutures chez un enfant et le papa par exemple ne supporte pas la vue du sang pour éviter qu'il tombe dans les pommes ! Donc plutôt en traumatologie. Après là moi je suis aux urgences et dès qu'il y a une cause psy on fait un examen somatique vite fait et ensuite on appelle l'infirmier psy qui est à côté quoi ! Donc dans ce cadre-là comme le cas ici, non ça ne m'est jamais arrivé.

Moi : OK, comment toi t'aborderais la question de la maltraitance, violence, notamment du point de vue sexuel chez un ado ?

Interne : Alors déjà moi je commencerais par lui parler d'autres choses quoi. Parce que déjà quand on est adolescent, on le sait ce n'est pas une période facile pour se confier notamment à un médecin, même quand on n'a pas subi de violence ce n'est pas facile.

Alors je parlerais déjà d'autres choses comme « Qu'est-ce que tu écoutes comme musique ? », ses loisirs, et je ferais en entonnoir. Je commencerais large pour essayer de cibler ce qu'elle dit, en lui montrant que c'est elle qui a le contrôle. C'est une enfant elle a besoin d'être guidée, elle a vécu des choses qui ne sont pas très normales mais qu'elle a le droit d'en parler, qu'il n'y aura pas de conséquences. J'essaierais quoi mais ça dépend de chaque enfant aussi !

Moi : Et comment tu aborderais la sexualité ?

Interne : Euh je demanderais « Est-ce que parmi tes copines, euh tu as des copines euh qui ont fait l'amour avec leurs petits copains ? Ou pas ? Et toi qu'est-ce que tu en penses ? Vraiment en entonnoir toujours. C'est plus compliqué chez l'enfant ou l'ado, on va moins y aller direct comme chez l'adulte. Et à la fin : « Est-ce que tu connais l'âge légal pour avoir des rapports, est-ce que tu as envie d'en parler ? » Je parlerais aussi du consentement. Après tout, ça c'est très théorique car j'ai jamais eu à parler de ça pour le moment !

Moi : Pour toi quelle place tient le méd G dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?

Interne : Il est primordial je pense ! C'est lui le centre, la base de la prise en charge tout autour. Quand ils vont aller voir le psy, ou psychiatre, c'est sûrement que c'est le médecin traitant qui les aura envoyés. Donc ça peut-être un peu lourd aussi je pense pour elle.

Après tout, c'est des « on dit », il n'a pas pu constater la violence. Mais il peut pas non plus fermer les yeux. Donc c'est un rôle primordial.

La sexualité chez les ados c'est assez délicat on va dire. Mais après aussi derrière, quand on a confirmé ses doutes, faire les démarches derrière, c'est aussi très délicat en fait ! C'est lourd pour le médecin. Il a la place centrale mais c'est lourd aussi psychologiquement, oui c'est lui le rôle central.

Il y a peu d'adolescent qui se présente chez un psy spontanément, c'est vraiment en général le médecin traitant qui va l'envoyer.

Moi : Et par rapport à la famille ? Dans le cadre d'une violence sexuelle intrafamiliale, comment tu vois le rôle du médecin généraliste ?

Interne : Ben le rôle est aussi compliqué !

Car, le médecin traitant en général traite aussi les frères et sœurs, le père, la mère, donc il va être un peu celui qui va faire « éclater » un peu les choses dans la famille quoi ! Donc euh, c'est compliqué quoi !

Et même des fois c'est dangereux ! Le papa peut très bien aller faire la fête au médecin traitant s'il apprend qu'il a signalé ou dénoncé je sais pas quoi ! C'est vraiment qqch de très délicat !

Donc un rôle central mais pas du tout évident !!

Moi : Est-ce que tu saurais à qui t'adresser dans cette situation ?

Interne : Euh... bah disons que je ne connais pas encore le réseau ici mais euh... je ne connais pas d'ailleurs la différence entre le signalement eteuh... il y a un truc aussi avec le procureur, ou un truc préoccupant là.

Il faudrait faire un truc préoccupant. Donc la PMI je crois que c'est pour ça justement mais c'est pour les tous petits je crois. Alors il y doit y avoir des choses type protection de l'enfance je pense.

Je sais pas, mais je suppose qu'il y a des structures spécifiques pour qu'on ait des numéros directs ensuite quoi ! Mais je ne connais pas.

Moi : Et est-ce que tu connais la différence entre IP et signalement ?

Interne : Alors une IP euh... je crois que c'est pas adressé au procureur ... ou alors c'est l'inverse ! Je sais plus !

Je sais qu'il y en a un c'est le procureur que l'on doit contacter, donc on l'appelle et il intervient car c'est un danger imminent en fait je crois, et l'autre c'est moins immédiat, c'est un truc plus comme ça quoi mais je sais pas qui on contacte.

Moi : Connais-tu le numéro des enfants en danger ?

Interne : Sur Google quoi je pourrais le retrouver mais je m'en souviens plus !

Moi : Pour toi, quels seraient les freins pour le méd g pour faire un signalement ou une IP ?

Interne : Alors les obstacles c'est surtout le temps quoi ! C'est pas une consultation qui se fait en 15 minutes quoi ! et même pas en 30. Donc je pense que si on a une salle pleine de patients, des enfants qui pleurent dans la salle d'attente, c'est compliqué de prendre une heure pour un patient.

Donc le temps déjà c'est compliqué. Et puis les doutes quoi !

Dans un hôpital, on a des collègues, donc on peut en parler, c'est plus facile ! Car quand on a des doutes, on peut déclencher quelque chose qu'on peut regretter après quoi ! Car si ça se trouve c'est pas vrai. On peut briser les gens quoi ! Le fait de pas être seul ça aide quoi !

Donc vraiment le temps et le fait d'être seul je dirais ! Et la confiance aussi avec la famille qui peut en

prendre un coup

Moi : Comment pourrais-tu faire pour favoriser les révélations des ados ?

Interne : Je pense avec l'accord des patients faire une consultation seule avec un médecin ce serait bien. En disant aux parents : « Voilà c'est une petite adulte ou un petit adulte, peut-on faire la consultation et vous attendre dehors, et si on a besoin de vous, on vous appelle. » Ça instaure un climat de confiance, comme ça l'adolescent se dit : « Le médecin va prendre en compte ce que MOI je vais dire et pas ce que papa ou maman va dire. »

Ce serait mieux d'avoir une consult seule à seule avec les ados ! C'est vraiment une base ! Après ça dépend aussi des gens, parfois ça passe mieux avec un patient plutôt qu'un autre mais je pense que ce serait bien d'avoir une consultation seule.

Moi : D'accord, tu penses à d'autres choses ?

Interne : Alors je sais pas trop mais à l'école, en primaire il y avait des visites scolaires. Alors au collège, lycée, je ne sais pas trop si ça existe ou si ça existe pas encore. Mais qu'il y ait une concertation avec le méd scolaire et le méd de famille ce serait bien je pense.

Moi : As-tu déjà été confrontée à la prise en charge d'une violence sexuelle intrafamiliale chez un ado ?

Interne : Non, jamais mais je suis que 1er semestre.

Moi : Comment as-tu été formée sur ce sujet ?

Interne : Alors je suis en tout début de formation alors je n'ai pas eu du tout de formation sur ça. Peut-être quand je passerai en pédiatrie ?

Moi : Considères-tu avoir une formation suffisante sur ce sujet ? Ou est-ce que ça te semble important d'être formé dans ce cadre-là ?

Interne : Ah oui oui oui très très important. Avoir des cours de psychologie, la base quoi car moi dans ma formation j'ai fait mon externat à Rennes, et je crois qu'en 2ème année j'ai eu une formation d'une ou deux heures sur la psy quoi mais encore ! C'était de la psy générale mais je me rends compte que notre métier, c'est beaucoup de psychologie, de communication. Alors s'il y avait des cours sur ce sujet je prendrais.

Je pense que c'est une part importante de notre métier, et je n'ai pas eu de cours donc pour moi ce serait super si j'avais des cours sur les mineurs, les adultes, même les personnes âgées. Ce serait cool d'avoir des outils face à ses situations compliquées, c'est pas simple quoi !

Moi : D'accord merci et bien c'était ma dernière question.

Interne : D'accord merci. En tout cas, sujet super intéressant !

Moi : Merci de ta participation !

INTERNE C

Moi : La première partie de l'entretien ça va être un cas clinique.

Tu imagines que tu es au cabinet, tu mènes la consultation de A à Z, et tu me dis tout ce qui te passe par la tête. C'est parti :

Une jeune fille de 13 ans, accompagnée de sa maman vient vous voir en consultation pour des douleurs abdo/ pelviennes depuis environ 15 jours.

Comment mènes-tu la consultation ?

Interne : euh d'abord je lui demande si elle a d'autres symptômes, des problèmes de transit par exemple. Euh je lui demande si c'est la première fois que ça lui arrive.

Je lui demande aussi si elle est réglée, si oui si c'est régulier, si elle a des règles douloureuses.

Euh.. bah après, avec la présence de la mère je serais peut-être un peu embêtée de lui demander si elle a eu des rapports sexuels.

Et puis je lui demanderais de me décrire ses douleurs.

Euh savoir si.. si elle a eu de la fièvre, aussi s'il y a d'autres personnes malades voilà.

Moi : Et ensuite, examen clinique ?

Interne : Auscultation, palpation abdominale, puis euh... bah je m'arrêteraï (petit blanc) pour le moment, je m'arrêteraï là.

Moi : La jeune fille n'a pas de fièvre, cycle régulier, pas de métrorragie, pas de règles douloureuses, pas de trouble du transit, abdomen bien souple, sensible dans l'ensemble mais bien souple.

Interne : Alors ... euh... je lui demanderais peut-être s'il y a un contexte anxieux, si elle n'est pas trop stressée, si elle a pris des antalgiques et puis je lui dirais de prendre au moins du paracétamol et voilà pour le moment.

Moi : D'accord. Donc comment tu conclus ta consultation ?

Interne : Je lui dirais qu'il n'y a rien d'alarmant et qu'on peut se laisser le temps d'un traitement symptomatique pour voir comment ça évolue.

Moi: D'accord....La patiente revient te voir car les douleurs persistent. Entre 2, elle est allée aux urgences et elle te montre le compte-rendu.

Bilan biologique normal : pas d'hyperleucocytose, pas de syndrome inflammatoire, pas d'anémie, HCG négative, BH normale, BU négative.

Et les urgentistes lui ont dit « Retournez voir votre médecin traitant pour la suite» .Donc, elle revient te voir.

Interne : Bon ! Ba je lui demande si elle a bien pris le traitement antalgique.

Et là, elle revient toute seule ou avec sa mère ?

Moi : Avec sa mère.

Interne : Euh ba je lui redemande comment les douleurs se sont majorées, ce qui l'a motivé pour consulter aux urgences.

(blanc)

Moi : A quoi tu penses à ce moment-là ?

Interne : Ba vu que le bilan bio est normal, la palpation est rassurante c'est ça ?

Moi : Oui pas de défense, pas de contracture

Interne : Et trouble du transit ?

Moi : Non plus

Interne : On n'a pas grand chose à se mettre sous la dent du coup... parce que faire une écho abdo pourquoi pas ...mais pour rechercher quoi ? C'est un peu compliqué.

(blanc) euh... (blanc)

Moi : Que lui dirais-tu ?

Interne : Je lui dirais que les examens sont rassurants, que la douleur ne me paraît pas inquiétante, que la douleur me paraît plutôt fonctionnelle et qu'il faut se laisser un peu de temps et voir avec les antalgiques simples comment ça se passe.

Plutôt faire de la réassurance.

Moi : Donc retour à domicile, elle a bien pris son traitement de 1ere intention mais elle revient encore pour les douleurs.

Interne : bon ba la du coup je ferais peut-être une écho abdo quand même car ça fait 3 fois qu'elle consulte alors faudrait faire une imagerie.

Moi ; Elle va faire son échographie : normale. Entre 2 elle est allée voir un gynéco, qui lui a prescrit quand même une IRM pour possible endométriose et IRM normale.

Elle revient te voir pour te montrer les résultats et refaire un point, sachant que persistent toujours ses douleurs.

Comment mènes-tu ta consultation ?

Interne : Alors le je ferais peut-être un examen plus poussé sur le mode de vie ? Voir comment elle va ? Comment ça se passe à l'école ? Si elle subit du harcèlement ?

Car si tous les examens sont normaux, j'irais plus voir sur le côté perso du coup.

Moi : Imaginons que tu retrouves des scarifications sur l'abdomen ?

Interne : je lui demanderais ce que c'est. Euh... ce qu'elle a fait, sachant que la mère est toujours là ? A voir avec sa mère si on peut faire un entretien seule à seule avec sa fille et voir pourquoi elle a fait ça.

Et peut-être le signaler ? C'est une mineure en danger alors il faut le signaler je pense.

(blanc)

Moi : D'accord. Alors mon sujet de thèse est le suivant : la place de la médecine générale dans la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent.

Donc on va partir maintenant sur une 2ème partie, plutôt sur tes connaissances et ton expérience personnelle.

Interne : Ok.

Moi : Quel est le pourcentage de victimes de violence sexuelle chez les mineurs en France ? Et ensuite la part de violence sexuelle intrafamiliale ?

Interne : Euh... je sais pas je dirais 1 enfant/10 et pour la part intrafamiliale ça doit être au moins les $\frac{3}{4}$.

Moi : Quels signes rechercherais-tu comme point d'appel ?

Interne : Quelqu'un de renfermé, des troubles de la temporalité, par exemple une difficulté à mettre des

éléments dans l'ordre, une douleur d'allure fonctionnelle euhh.. Après je sais pas.

Moi : A partir de quand selon toi on peut voir un mineur seul en consultation ?

Interne : ah ! Ba j'avais justement posé la question à mes prat !
ça dépend de la maturité du mineur, de la présence des parents. Je dirais déjà à partir de 11/ 12 ans.

Moi : L'as-tu déjà demandé ?

Interne : Non, je vais au planning familial donc là déjà elles viennent toutes seules ; et au cabinet j'ai pas beaucoup de mineurs en fait en consultation.

Moi : Comment tu aborderais des sujets comme la violence, la sexualité, avec des adolescents ?

Interne : Ba au planning on le demande assez facilement en fait, on demande à quel âge a été le 1er rapport, et s'il a été consenti. Ça permet de montrer que nous, ça ne nous gêne pas d'en parler et que la personne en face de nous n'ait pas peur d'en parler. Au final ça se fait plutôt naturellement, je dirais même les nouveaux patients on leur demande s'ils ont déjà été victimes de violence, verbale ou physique dans leur vie.

Donc on leur demande plutôt directement en fait.

Moi : selon toi quelle place occupe le médecin généraliste dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?

Interne : Je pense qu'elle est assez importante car on est souvent le 1^{er} contact avec les profs aussi à le voir.

On doit être assez réactif, et on doit l'avoir au final toujours en tête je pense pour pouvoir faire quelque chose donc on doit être assez réactif euhhh ne pas laisser ça de côté,
Il peut y avoir que nous à être au courant ou à le chercher.

Moi : Par rapport au côté médecin de famille, comment tu vois ton rôle ?

Interne : C'est compliqué car si on soigne la famille c'est compliqué Après justement ça peut être l'occasion de voir les autres membres de la famille sans euh sans trahir le secret, mais voir s'il n'y a pas d'autres membres de la famille qui sont impliqués, ou alors d'autres violences aussi. Mais en même temps ça reste délicat car si on soigne tout le monde, le problème du secret se pose quoi.

Moi : Quels seraient les interlocuteurs ?

Interne : Pour les mineurs... euh la PMI, mais après je sais pas du tout.
En premier lieu je m'adresserais à la PMI

Moi : Connais-tu le numéro enfance en danger ?

Interne : oula j'ai dû le savoir, mais là comme ça je ne m'en souviens plus.

Moi : 119

Interne : Ah oui ça me revient !

Moi : quelle est la différence entre IP et signalement ?

Interne : Il me semble que le signalement est plus fort que l'IP mais ça ne va pas aux mêmes personnes il me semble... euh.... signalement c'est au procureur je crois et l'IP c'est la PMI.

Moi : Et concrètement comment fais-tu ?

Interne : un de mes praticien m'avait montré justement car il a dû en faire une pour un enfant qui n'avait pas de suivi médical, il m'avait montré un peu le texte qu'il avait fait. Mais à qui envoyer, je sais pas du tout !

Après à l'écrit, il m'a dit de mettre des faits objectifs, il m'a montré la rédaction de la lettre...

Car à part ce cas-là, j'en avais entendu parler en cours, mais je n'aurais pas su réellement comment ça se faisait.

Moi : Quels seraient les freins / obstacles pour le méd G ?

Interne : Le fait de suivre les autres membres de la famille. C'est pas évident de signaler ses patients et de perdre leur confiance du coup. Ce serait vraiment ça la difficulté.

Moi : Aurais-tu des idées pour favoriser des révélations chez les adolescents ?

Interne : Je pense en parler dans les écoles, libérer la parole et mettre en place des structures comme le planning familial car c'est gratuit, facile d'accès, pas besoin des parents. Les mineurs peuvent venir plus librement.

Et développer vraiment la communication autour de ses structures pour que les ados les connaissent, qu'ils sachent que ça existe.

Moi : As-tu déjà été confrontée à ce type de situation ?

Interne : Ba oui au planning, j'en ai vu pas mal, après on a jamais signalé parce que celles qui nous l'apprenaient étaient maintenant majeures, et sinon pour les mineurs le processus de signalement ou IP avait déjà été fait avant.

J'ai pas eu de signalement à faire mais j'ai eu plusieurs cas oui au planning familial !

Moi : Comment tu réagis, que ressentais-tu face à ce genre de situation ?

Interne : C'est pas simple car c'est des histoires assez tragiques.

Et puis à gérer c'est très compliqué car ce sont souvent des filles qui sont complètement perdues, qui ont des gros troubles psychologiques en fait. C'est pas simple de les accompagner, de savoir comment les accompagner car il y a souvent une certaine méfiance. L'accroche n'est pas simple à avoir.

Et puis pour certaines, elles sont très euh...comment dire Elles semblent prendre ça à la légère donc il y a un paradoxe entre ce qu'elles nous racontent et la façon dont elles nous le racontent. Donc c'est compliqué. J'ai pas encore les phrases adéquates, comment rebondir, comment réagir face à leur propos.

Moi : As-tu déjà eu un cours sur les violences sexuelles ?

Interne : J'ai eu un cours sur les violences en général sur les mineurs, mais sur les violences sexuelles non. C'était quand j'étais en 5eme année quand j'étais externe.

Moi : La formation te semble suffisante ?

Interne : J'ai une prat' qui est très orientée là-dessus, donc j'ai de la chance qu'elle puisse me former.

Mais à la fac non, je ne pense pas qu'on soit formé suffisamment, on n'a pas assez de formation.

Qui appeler ? Les structures qui existent ? Que mettre dans un signalement ? Pour ces choses-là, ces choses un peu pratiques, on n'a pas de formation.

Et on n'a pas non plus de cours sur comment dépister la violence et même la violence sexuelle c'est plus des choses que j'ai pu apprendre sur le terrain.

Moi : Fini, juste dernière question : A partir de quand t'as pensé au côté plutôt fonctionnelle de la douleur ?

Interne : J'y ai pensé vite fait au début, mais je me suis dit qu'il fallait déjà que j'élimine qqch d'organique donc je l'ai mis dans un coin de ma tête.

Et une fois que tout a été éliminé, ba là c'est vrai que là, je me suis dit qu'il fallait vraiment chercher ailleurs !

INTERNE D

Moi : Alors la première partie de l'entretien ça va être un cas clinique.

Tu imagines que tu es au cabinet, tu mènes la consultation de A à Z, et tu me dis tout ce qui te passe par la tête, tout ce que tu penses, et tout ce que tu ferais.

C'est parti :

Une jeune fille de 13 ans, accompagnée de sa maman vient te voir en consultation pour des douleurs abdomino-pelviennes depuis environ 15 jours.

Comment mènes-tu la consultation ?

Interne : Ba déjà j'essaie de savoir si c'est la première fois, l'intensité de la douleur, vraiment ou c'est localisé, vraiment faire le bilan de sa douleur. Voir s'il y a déjà eu des choses de faites, s'il y a d'autres symptômes associés digestifs ou plutôt gynéco, s'il y a eu des rapports sexuels, si elle a déjà ses règles, toute cette partie-là. Euh...elle a 13 ans tu m'as dit ?

Moi : Oui c'est ça.

Interne : Alors peut-être aussi pour les questions gynéco, envisager de la voir sans sa mère ou sans son accompagnatrice pour qu'elle soit plus à l'aise. Après euh...voir aussi s'il y a un lien avec ses antécédents, ou antécédents de sa famille, voir si d'autres personnes dans la famille ont les mêmes symptômes, voir s'il y a eu des bilans ou pas. Euh...faire un peu le tour quoi.

Moi : D'accord et en terme d'examen clinique ? Tu peux faire comme dans une consultation, tu me dis l'examen clinique, les prescriptions si t'en ferais, et à partir de quand tu la ferais sortir ou pas.

Interne : OK, bah au niveau de l'examen je ferais examen général, abdominal bien sûr mais aussi cardio pulmonaire et voir s'il y a pas des céphalées aussi, vérifier la localisation de la douleur, voir s'il y a défense ou contracture, voir s'il y a des signes associés, même au niveau cutanée, examen assez large en fait.

Au niveau prescription je ferais antalgies simples doliprane spasfon.

Je ne ferais pas d'examen tout de suite. Peut-être une BU, et HCG urinaire s'il y a eu des rapports.

Et après je me laisserais le temps de voir avec les antalgiques classiques si ça suffit et après en fonction voir s'il faut une prise de sang ou éventuellement une échographie.

Moi : D'accord.

Interne : Après tout dépend de sa douleur aussi, s'il y a défense en fosse iliaque droite, je m'alarmerais un peu plus quoi ! (rire)

Moi : Oui oui, donc là, l'examen clinique tu as un abdomen souple, sensible dans son ensemble sans défense ni contracture. La BU et HCG urinaire que tu as lancées reviennent négatives.

Et elle revient te voir quelques jours plus tard, elle t'informe qu'elle est allée aux urgences qui ont complété en faisant un bilan biologique : pas de syndrome inflammatoire, pas d'hyperleucocytose, bilan hépatique normal, pas d'anémie, HCG sanguine négative et ils ont refait BU négative.

Elle revient te voir car aux urgences ils lui ont prescrit comme toi doliprane spasfon et ils lui ont dit « Il n'y a rien d'alarmant, allez voir votre médecin généraliste si ça perdure. »

Elle a pris les antalgiques simples mais la douleur persiste donc elle revient.

Interne : Elle n'a toujours pas de troubles digestifs ? De fièvre ?

Moi : Transit normal, pas de fièvre.

Interne : D'accord...Alors ...si elle revient te voir c'est qu'elle est forcément inquiète alors j'essaierai de voir si son inquiétude est plutôt liée à l'intensité de la douleur, essayer de la rassurer aussi en lui disant

que les bilans réalisés sont normaux donc que c'est plutôt rassurant mais que si elle a mal faut quand même arriver à la soulager.

Après je verrais en fonction des antalgiques voir peut-être comment on peut adapter le traitement antalgique, après bon ... euh... oui, essayer d'adapter euh... à 13 ans euh j'avoue que je sais pas trop à part paracétamol ibuprofène spasfon, je sais pas trop si on peut trop monter en gamme non plus.

Et puis euh ...pousser un peu plus en faisant une échographie en se disant qu'on peut cibler un peu plus la zone douloureuse, pousser un peu plus le bilan en lui disant qu'il n'y a pas d'urgence dans la minute. Mais ouai, je pousserais peut-être à l'échographie.

Moi : D'accord.

Interne : Et juste aux urgences, ils ont modifié le traitement ou pas ?

Moi : Ils ont mis comme toi doliprane spasfon en systématique.

Interne : Alors peut-être que je rechercherais quand même voir ce qu'on peut mettre en plus. Je sais pas si acupan par exemple en per os à 13 ans c'est possible... Donc je regarderais et si c'est possible je tenterais un acupan en plus de doliprane spasfon avec une échographie.

Moi : Donc elle fait son échographie qui est normale et la maman a pu avoir un rdv gynéco rapide qui a fait un petit point et qui confirme aussi la normalité de l'examen clinique et des bilans déjà réalisés. Et il lui prescrit quand même une IRM pour éliminer une endométriose qui est normale. Elle revient te voir avec les résultats de l'IRM. La douleur est inchangée malgré acupan paracétamol doliprane, comment mènes-tu la consultation avec ses nouveaux éléments ?

Interne : Alors j'essaie de la rassurer. De lui dire que la douleur est gênante mais qu'à priori ça ne relève pas de quelque chose de grave, que tous les examens réalisés sont normaux. En plus elle a eu l'avis spécialisé donc ça va dans ce sens-là. Et puis j'essaierai de voir s'il y a pas des nouveautés, des éléments nouveaux qui seraient apparus, peut-être du côté digestif, voir s'il n'y a pas de perte de poids. Et puis peut-être que si ça évolue comme ça, que tous les examens sont rassurants, peut-être que j'irai voir si ces douleurs elles n'apparaissent pas dans un cadre particulier par exemple dans le bus en allant à l'école, ou voir s'il n'y a pas une phobie scolaire ou quelque chose comme ça pour voir si ça ne relève pas d'une anxiété ou d'une angoisse associée.

J'essaierai peut-être de creuser sur ce côté-là, voir le côté plutôt somatique du coup.

Moi : OK, et imaginonsSi elle était venue te voir et qu'en palpant l'abdomen tu remarques des scarifications. Comment cet élément modifie ou non ta prise en charge ?

Interne : AH ! Alors là c'est plus embêtant ! J'essaierais de voir déjà si c'est elle qui se les ait faites ou pas, euh... et puis euh.... j'essaierais d'avoir un petit temps que avec elle. M'arranger pour que la mère sorte un moment soit en trouvant un prétexte soit en lui demandant carrément et puis de discuter avec elle, lui demander si elle est plus à l'aise qu'on en parle toutes les 2 ou si je fais revenir sa mère ou pas. Euh oui, essayer de voir si c'est elle qui a fait ça toute seule ou si c'est quelqu'un qui lui a fait, essayer de voir un petit peu d'où vient le mal-être, voir si ça se passe bien à la maison, à l'école, depuis quand ça dure, est-ce que c'est nouveau ? Est-ce qu'il y a des idées suicidaires, des idées noires, des symptômes de dépression.

Moi : En fait le sujet de ma thèse c'est la place de la médecine générale dans la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent.

Donc on va partir maintenant sur une 2ème partie plutôt sur tes connaissances et ton expérience personnelle.

Interne : D'accord.

Moi : Alors première question, aurais-tu une idée du pourcentage de victimes de violences sexuelles chez les mineurs en France ? Et ensuite la part de violences sexuelles intrafamiliales ?

Interne : J'espère que c'est peu mais en tout cas ce sera toujours trop. Euh je sais pas euh je dirais peut-être euh... autour de 5%.

Et sur le côté intrafamilial probablement la moitié, je sais pas !

Moi : Quels point d'appels connais-tu ? Quels signes rechercherais-tu comme point d'appel dans le cadre des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?

Interne : Ba je pense que finalement faut ratisser assez large. J'imagine que quand on est enfant ou adolescent ça peut se manifester plutôt pas des douleurs abdo, des troubles digestifs, de la constipation, des choses comme ça. Donc il faut y penser assez souvent. Après je me dis aussi nomadisme médical, un suivi médical qui n'est pas bien fait, des vaccinations qui ne sont pas à jour, s'il y a d'autres signes de négligence, incurie, perte de poids, rechercher un mal-être du jeune. Peut-être aussi s'il y a des paroles un peu déplacées chez des enfants qui peuvent avoir un discours trop sexualisé ou inadapté par rapport à leur âge je pense. (blanc)

Moi : Tout à l'heure tu disais que tu essaierais de voir la jeune fille toute seule. Selon toi, à partir de quand peut-on voir un mineur seul en consultation ?

Interne : Ahhhh alors ça je l'ai su en plus ! On en a parlé il y a pas si longtemps que ça !

Au planning on voit des mineurs de 12 ans pour des consultations de contraception donc oui je dirais une douzaine d'année.

Moi : Et dans le cadre de tes stages tu fais facilement cette demande ?

Interne : Oui, et même parfois c'est le parent qui demande. La dernière fois la maman a fait genre d'avoir oublié sa carte vitale pour que je commence avec la jeune fille. Ça m'est arrivé quelquefois de demander aux ados de les voir seuls en consultation ou demander aux parents et j'ai jamais eu de refus en fait.

Moi : Comment abordes-tu des sujets comme la sexualité ou la violence ?

Interne : Ba là actuellement je suis en stage de gynéco avec des sages-femmes et au centre de planification et on l'aborde systématiquement quelque soit l'âge.

Et euh en fait ça vient assez naturellement. Les consultations d'adolescentes en fait c'est souvent une demande de contraception donc en fait facilement on leur demande pourquoi elles veulent une contraception, et souvent elles disent qu'elles sont en couple alors on leur demande comment se passe leur relation de couple, est-ce qu'il y a déjà eu des rapports, et plus on en parle, plus on met la jeune à l'aise et on finit par demander si jamais il y a eu rapport, si ça c'est bien passé, et s'il n'y en a pas eu : « Est-ce que vous vous sentiriez prêtes, est-ce que vous en avez déjà parlé. » On essaie de faire des questions simples, moins intimes pour la mettre à l'aise et puis dans un second temps on va voir si la relation est saine ou pas.

Moi : Et les adolescents viennent accompagnés ?

Interne : Pas toujours, la majorité vient seule. Parfois certains viennent avec infirmière scolaire, éducateurs, mère (j'ai jamais vu le père).

Moi : Est-ce que ça change qu'il y ait un accompagnant ?

Interne : Ba pas vraiment car je demande directement à l'ado si ça la gêne que l'accompagnateur soit là ou non, pour voir si elle est à l'aise ou non.

En général, je demande au début de consultation.

Moi : Selon toi quelle place occupe le médecin généraliste dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?

Interne : Et bien je pense qu'on a un rôle de vigile un peu, de dépistage.

Surtout que le médecin peut être le médecin traitant de la victime parfois du ou des auteurs, ou de l'entourage en tout cas.

S'il est amené de se poser les questions il va être amené à faire euh mince je sais plus comment ça s'appelle ! Ah si les informations préoccupantes ou un signalement. Après s'il y a un doute ne pas laisser traîner le truc.

Plus un rôle de dépistage et d'alerte.

Moi : Si tu étais face à une situation comme le cas clinique, saurais-tu à qui t'adresser pour la suite de la prise en charge ?

Interne : Eh bah alors je sais qu'il y a des sites gouvernementaux ou c'est repris. Là au planning familial, on a une affiche avec des numéros notamment en cas d'urgences avec le numéro des urgences pédiatriques, du procureur pour aussi les mises à l'abri.

Après sur le plan juridique pur j'avoue que je sais pas trop. Je pense que j'appellerais les urgences ou alors les unités d'UMJ pour avoir un peu le déroulé, voir s'il faut faire les certificats de coups et blessures ou autres.

Moi : Tu parlais tout à l'heure de l'information préoccupante, quelle est la différence entre information préoccupante et signalement ?

Interne : Alors dans ma tête IP c'est quand il n'y a pas de danger immédiat, quand par exemple il y a présomption ou que l'auteur n'est pas dans le même foyer. Et signalement c'est plutôt quand il y a une mise en danger dans l'immédiat.

Moi : Oui, et au niveau pratique si tu devais faire soit l'un soit l'autre comment ferais-tu ?

Interne : Alors euh, je crois que pour les relevés d'information préoccupante il y a des feuillets un peu type ou alors c'est un écrit à envoyer mais alors après je saurai pas ... C'est à la PMI qu'il faut envoyer ça. Et le signalement c'est plus direct ou on contacte le procureur je crois.

Moi : Connais-tu le numéro enfance en danger ?

Interne euhhh, c'est pas 119 ?

Moi : C'est ça oui. Pour toi quels pourraient être les freins pour faire un signalement ou une IP ?

Interne : Peut-être justement de connaître la famille ou l'entourage. En se disant que je peux les mettre dans l'embarras sans pour autant que ce soit les parents les auteurs. Mais s'ils ont l'air bien c'est vrai que j'ai pas envie de les mettre dans cette situation-là.

Et puis le doute quoi, se dire que je vais peut-être déclencher des choses alors que j'ai un doute, que je suis pas sûre quoi.

Moi : Que pourrais-tu mettre en place pour faciliter les révélations des adolescents ?

Interne : Ba le fait déjà tout bêtement de mettre des affiches en salle d'attente, mettre une affiche avec le numéro enfance en danger. Et ensuite lors des consultations notamment de jeune fille pour leur pilule, leur poser la question, ou euh leur demander s'il y a des violences.

Pour les garçons du coup c'est peut-être plus compliqué, peut-être au moment des vaccinations, hépatite B c'est peut-être tôt, mais sinon Gardasil. Profiter de ces consultations qui ont un lien pour éviter que

ça tombe un peu comme un cheveu sur la soupe quoi !

Euh ouai leur demander directement comment ça se passe à l'école, dans la famille. Peut-être pas commencer directement par les violences ou la sexualité mais y venir après.

Moi : D'accord OK, as-tu déjà été confrontée à une situation de violence sexuelle intrafamiliale chez un adolescent ?

Interne : Alors euh oui alors en fait c'est souvent des faits anciens et euh on les a pas forcément quand ils sont jeunes ado, mais plutôt fin d'adolescence 17-18 ans ou à l'âge adulte, et c'est là qu'elles en parlent. Mais celles que j'ai eu il y avait un retard à chaque fois. Du coup, on leur conseille de porter plainte, mais il n'y a plus de signalement ou IP à faire quoi.

Moi : As-tu déjà eu des formations sur la prise en charge des violences sexuelles chez l'adolescent ?

Interne : Alors par les cours, on avait eu un cours sur les violences en général et le côté administratif du signalement. Après sur mes stages euh quand j'avais été externe en pédiatrie on avait refait un point sur la maltraitance. Et quand j'étais interne aux urgences au CHU, j'avais eu un cours sur tout ce qui est certificat par l'UMJ, et c'était très orienté violence sexuelle, violence conjugale mais c'était orienté uniquement sur les adultes. Et là au centre de planification j'ai pas de cours mais j'ai accès à pas mal de documents.

Moi : D'accord. Penses-tu que ce serait légitime d'avoir une formation sur la prise en charge des violences sexuelles chez l'adolescent ?

Interne : Ah bah oui oui c'est sûr que ce serait intéressant. A partir du moment où on va être amené à en voir, et qu'on est amené à le dépister c'est toujours intéressant d'avoir une formation sur comment l'aborder, comment le prévenir. Et c'est vrai que quand on avait eu le cours sur les violences sexuelles chez les femmes adultes c'était hyper bien fait, on avait eu des descriptifs, même sur le plan anatomique le descriptif des lésions, et même du point de vue psychologique. Après là ; le fait que ce soit un adolescent, ça change quand même la donne. Un adolescent, c'est toujours plus difficile de l'aborder, s'il n'est pas réceptif, c'est toujours plus compliqué qu'une personne adulte.

Donc avoir quelque chose de plus spécifique sur l'adolescent ce serait intéressant.

Moi : D'accord merci, une dernière question. A partir de quand dans le cas clinique tu as pensé à une étiologie plutôt psychologique ?

Interne : Alors dès le début c'est vrai que j'y ai pensé mais plutôt en arrière-plan. Car c'est vrai qu'on dit toujours d'éliminer une cause organique avant de passer au côté psychologique, et là où j'y ai plus pensé c'est après le passage aux urgences avec les examens paracliniques normaux.

INTERNE E

Moi : Alors la première partie de l'entretien ça va être un cas clinique.

Tu imagines que tu es au cabinet de médecine générale, tu mènes la consultation de A à Z, et tu me dis tout ce qui te passe par la tête, tout ce que tu penses, et tout ce que tu ferais.

C'est parti :

Une jeune fille de 13 ans, accompagnée de sa maman vient te voir en consultation pour des douleurs abdomino-pelviennes depuis environ 15 jours.

Comment mènes-tu la consultation ?

Interne : Oh la alors OK, euh tu m'as dit je viens en tant que remplaçant ou médecin généraliste ?

Moi : Peu importe.

Interne : Alors déjà je vais voir ses antécédents à cette jeune fille.

Euh enfin je vais reprendre ses traitements habituels quoi. Ses antécédents, ses traitements, un moyen de contraception si elle en a, déjà avant la contraception si elle est réglée, euh toutes ses questions qu'on a habituellement.

La douleur, depuis quand elle est présente, ce qui peut la calmer, toutes les caractéristiques, la localisation précise, ce qui la provoque.

En terme d'interrogatoire, après ça dépend si j'apprends des choses ou pas pendant l'interrogatoire ?

Moi : Alors pas d'antécédents particuliers, pas de traitement, elle est réglée, pas de moyen de contraception, douleurs pas franchement localisées mais diffuses (péri ombilicale et bas ventre) pas très précis lorsque tu l'interroges.

Interne : Alors la situation scolaire actuellement ? ... Alors en fait la situation scolaire souvent je le demande soit en début de consult quand je pense qu'il y a un lien soit en fin de consult. Généralement plus en fin car j'élimine d'abord la partie organique et puis après je passe sur la partie « psychologique ». Alors pour l'examen clinique, moi ce que j'ai appris, enfin plutôt ce qu'on m'a appris à faire car je ne l'ai pas appris tout seul. C'est de soit la voir toute seule pendant l'examen clinique, sauf si elle ne le souhaite pas, soit en fait je leur dis dès le départ que je vais faire l'examen clinique avec sa mère mais que de toute façon en fin de consultation il y aura un temps d'échange sans sa mère. C'est obligatoire, on passera « 5 minutes », ça peut être plus. Pour savoir comment ça va, pour savoir s'il y a des conduites à risque, parce que généralement ils en parlent pas devant leurs parents. Est-ce qu'il y a déjà eu des rapports. Actuellement je suis en gynéco, je fais les IVG donc... bon voilà...

Voilà un peu comment je présente les choses avec les ados.

Qu'est-ce que j'ai à l'examen clinique ?

Moi : Alors à l'examen clinique tu as auscultation cardio pulmonaire rien de particulier, ORL rien de particulier, au niveau abdominal, tu as une sensibilité diffuse mais pas de contracture, pas de défense, pas de signes urinaires, pas de douleurs lombaires, pas de fièvre.

Interne : Diarrhées, vomissements ?

Moi : Pas de diarrhées, pas de vomissements.

Interne : ça peut pas être un covid ? (rire) non OK ça marche. Donc examen clinique plutôt rassurant ma fois. N'est-ce pas ?

Moi : Oui.

Interne : Alors là je vais faire mon truc. Je suppose que je ne l'ai pas fait avant.

Je demande à la mère de sortir pour en savoir un peu plus. Je lui demande si elle est bien dans sa peau. Ça, c'est quelque chose qu'on m'a appris, je trouve que c'est vraiment pas mal de le demander aux jeunes,

aux jeunes filles mais aussi aux garçons. Donc de savoir si elle est bien dans sa peau, si elle a des choses à me dire ou pas, est-ce qu'il y a eu des rapports, est-ce qu'il y a des conduites à risque, de la violence, voilà. Alors est-ce que tout ça j'ai des réponses?

Moi : Alors oui, en fait je vais pas avoir besoin d'aller plus loin. En fait le sujet de ma thèse c'est la place de la médecine générale dans la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent. L'idée du cas clinique est qu'en fait j'arrête le cas à partir du moment où tu arrives à poser des questions sur le mal être, le consentement et/ou la violence.

Interne : Je crois que je suis un peu biaisé par mon stage en ce moment (cf ci-dessus en gynéco, IVG). Bon après pas tellement car on me l'a appris dans mon stage de pédiatrie à Bayeux. Mais c'est vrai qu'en faisant cette partie seule avec l'ado on apprend tellement de choses. Alors peut-être que la première fois en faisant cette consultation seule avec l'ado, elle me dira pas tout. Dans ce cas-là, on ira vers des antalgiques simples et après ça va dépendre de ce qu'elle me dit sur ses rapports, et puis bon c'est là qu'on voit la différence entre le cabinet et l'hôpital. Mais à l'hôpital c'est vrai qu'on aurait fait de suite des Béta HCG urinaire et en cabinet de médecine générale on va plutôt revoir à posteriori.

Après si elle ne m'avait rien dit, je ne sais pas si j'aurais fait des examens complémentaires ou pas. C'est aussi cette petite partie de la médecine générale voire même grosse partie où on fait au feeling. Après elle ne serait peut-être pas revenue.

Après si elle m'avait dit le mot « viol » c'est là où je pense c'est un peu plus compliqué dans la prise en charge car à mon sens en cabinet de médecine général on est un peu dépourvu de moyens. Mise à part prévenir les urgences pédiatriques qu'on va leur envoyer une ado de 13 ans qui me dit avoir été violée. Bon euh après derrière c'est la prise en charge aussi pédopsychiatrique. On est assez démuné.

Après très clairement si on commence à dire à la mère, car il faut leur dire, qu'on va devoir faire un RIP, et en plus RIP quand on parle de viol ce ne sera pas suffisant. On élimine cette case-là. Donc en fait on n'a plus que l'appel au procureur quoi.

Moi : Alors je vais y venir dans la suite de mes questions.

Puisque la 2ème partie de cet entretien ça va plutôt faire appel à tes connaissances et aussi ton retour d'expérience.

Interne : Ah (rire) pardon je bavarde un peu.

Moi : Alors première question aurais-tu une idée du pourcentage de victimes de violences sexuelles chez les mineurs en France ? Et ensuite la part de violences sexuelles intrafamiliales ?

Interne : Alors en France on n'est pas sur 1 sur 4.

Moi : Et la part intrafamiliale ?

Interne : Alors je dirai une grosse partie, 70%.

Moi : Que rechercherais-tu comme point d'appel sur un cas de violence sexuelle intrafamiliale chez l'adolescent ?

Interne : Alors ça peut être un décrochage scolaire, elle peut être très triste, ça peut être une prise de poids, perte de poids, ça peut être tellement général sans critère spécifique par rapport à ça que la comme ça euh après les scarifications sur l'abdomen ou les cuisses c'est vrai que quand on voit ça on se dit « C'est pas possible ». Voilà tout ça quoi, je sais pas si je pourrais te dire plus.

Moi : Alors on parle aussi parfois de rupture avec un état antérieur.

Interne : Oui c'est ça, à un moment donné tout va bien et puis après ça bascule. Et puis par rapport à ce que j'ai lu, quand c'est une personne en intrafamilial, la personne va l'amener et soit elle en a conscience mais elle ne dit rien, soit elle se voile complètement la face et donc ne dit rien.

Et puis derrière, nous quand on apprend ça derrière, on se dit qu'on vit dans le monde des Bisounours.

Moi : Selon toi, à partir de quel âge peut-on voir un mineur seul en consultation ?

Interne : Euh... ça c'est difficile, ça c'est difficile parce que moi j'en ai pas conscience, j'ai rien lu là-dessus et on m'a pas appris. Donc à partir du moment où je remplis ces trois critères (rire) euh alors si tu me demandes ça comme ça euh à n'importe quel âge, à partir du moment où on a connaissance de l'enfant, en fin il a connaissance lui de son extérieur de ce qu'il se passe autour de lui ou tout ça, je dirais vers l'âge de 7, 8 ans quoi.

J'ai pas d'âge précis quoi, je sais même pas si cet âge est bon. Mais en tout cas pour l'adolescent, à partir du collège ça c'est sûr, ça c'est clair. Mais à partir de l'école, ça tu vois ça bloque. Je sais pas à partir de quel moment on peut s'autoriser à voir un enfant seul.

Moi : Donc la question d'après était : « En as-tu déjà fait la demande, mais de ce que tu m'as déjà dit, tu le fais assez systématiquement quand tu as des ados ?

Interne : Oui systématiquement.

Moi : Comment abordes-tu des sujets comme la sexualité ou la violence ?

Interne : Ma manière de faire c'est d'y aller de manière directe en n'employant pas de phrases métaphoriques. Car ils ne vont pas forcément comprendre nos métaphores comme les adultes.

La première question que je pose dans ce contexte-là c'est : « Est-ce que tu as déjà subi des violences ? Soit physiques, morales et quand je parle de physiques je parle bien entendu de violences sexuelles ? » Cash car en fait je me rends compte que, en fait ça peut paraître violent pour nous adultes mais en fait quand on utilise des phrases métaphoriques, pour l'avoir essayé hein, eh bah ils nous regardent avec des gros yeux et ils comprennent pas.

Moi : Selon toi quelle place occupe le médecin généraliste dans la prise en charge des violences sexuelles chez l'adolescent ? Notamment dans la part intrafamiliale ?

Interne : Eh bien je dirais premier recours. On est premier recours parce que de toute façon : d'un, pas de gynéco, de deux, c'est pas la médecine scolaire qui va s'en charger au vue de la situation de la médecine scolaire actuelle. Ou alors parfois il y a l'infirmière scolaire qui peut les voir de temps à autre. Donc en fait, à part nous, je vois pas qui d'autres.

Moi : Et par rapport à l'entourage familial, comment te sentirais-tu par rapport à la famille ? Comment tu aborderais la situation avec les parents ?

Interne : La première chose, ça serait de garder ce qu'on nous a appris, même si ça peut être difficile dans cette situation-là, c'est ce décalage avec la situation. Essayer de comprendre comme on fait habituellement. Mais si on commence à devoir entrer au plus profond de nous cette situation, on va s'y perdre, à mon sens, on va s'y perdre totalement. Euh et euh moi ce que je dirais à l'adolescente, on va dire l'adolescente car c'est plus souvent des adolescentes que des adolescents même si ça peut aussi arriver à des jeunes garçons, c'est que on va tout faire pour l'aider. Avant d'inviter le parent à re rentrer, je vais lui dire clairement ce qu'on va faire, c'est que je vais prévenir les urgences pédiatriques et qu'il va falloir aller en pédiatrie. Si l'ado me dit que sa maman est au courant, euh et qu'elle voudra rien faire, dans ce cas-là eh bah on n'a pas le droit, mais j'inventerais un subterfuge, je ne mentirais pas mais je ne dirais pas totalement la vérité, (rire). Voilà, mais je lui dirai je pense qu'il y a besoin de faire des examens à l'hôpital, je vais prévenir mes collègues des urgences pédiatriques, et ils vont vous attendre. Donc comme ça déjà, en disant à la mère ou au père, ou à n'importe qui, ils seront dans leur tête obligé de l'adresser. Et je sais que certains médecins généralistes y vont aussi cash en disant : « J'ai appris ça et je me dois de vous envoyer aux urgences pédiatriques. » Pour faire un appel au procureur, pour qu'il y ait une enquête.

Moi j'ai du mal avec ça, dans le sens où derrière on est un premier recours, j'ai peur qu'après ça on ne voit plus l'ado. Certains y vont quand même.

Je sais qu'il y a un médecin généraliste sur Bayeux, elle arrivait à leur dire à chaque fois, et ses patients continuaient à aller la voir quand même.

C'est un retour d'expérience hein, alors niveau de preuve.... complètement pourri, mais euh c'est ...je sais pas si dans ta thèse tu inclus ça, pour savoir ce qu'il faut faire ou du moins ce qu'il faudrait faire, parce que je pense pas qu'il y ait UNE bonne prise en charge quand c'est comme ça.

Est-ce qu'il faudrait prévenir la famille de l'adolescent ou l'adolescente ou est-ce qu'il faut les amener en inventant quelque chose pour qu'ils aillent à l'hôpital Ou leur dire : « Voilà je vous envoie aux urgences et si vous le faites pas, j'appellerai moi-même le procureur quoi et je ferai un rip. ». Bon après le rip, pour ce que ça apporte voilà quoi.

Moi : Déjà ça va dépendre du degré d'urgence, de voir si on va faire une IP ou un signalement. Ça dépend aussi de la famille, mais oui j'en parle dans ma thèse. Mais on doit informer les parents d'une information préoccupante, sans pour autant leur donner le papier ou le certificat, mais les informer. Sauf évidemment intérêt contraire de l'enfant.

Interne : Oui dans ce cas-là faut inventer un subterfuge quoi.

(quelques secondes durant lesquelles le téléphone a coupé)

Reprise Interne : Tu vois moi, si je le dis au cabinet j'ai toujours cette peur, que ba derrière il n'y ait plus cette confiance quoi. Et que le lien qu'on a entre médecin généraliste et patient, car en premier recours c'est nous qui avons ce lien si on arrive à le mettre en place bien entendu, euh et ba j'ai peur qu'on le perde et que derrière, cette ado change de médecin traitant et qu'on l'a perde quoi. Donc voilà. C'est clairement un frein de devoir informer lors d'une consultation.

Moi :Et si je rebondis sur les freins... Quels seraient les freins pour toi et/ ou aussi pour les médecins généralistes en général, pour faire une IP ou un signalement ?

Interne : bah pfffff, on se dit que si on a ça dans la famille est-ce que la personne derrière ne va pas être dangereuse, et avoir un impact sur nous type menace. Euh en soit pour moi ce serait pas un réel frein car j'y pense pas. Parce que je pense déjà à cette jeune personne qui est devant mes yeux, qui a vécu un truc horrible, et donc je pense d'abord à ça. Mais je pense que pour certains confrères ça peut être un frein.

(blanc)

Moi : Tu penses à d'autres choses ?

Interne : Euh non, là comme ça non. La menace en premier plan.

L'autre frein après, ça peut être le manque de moyen, je dis ça comme ça, sans être certain, mais en tout cas pas dans ma vision des choses.

Voilà.

Moi : Si tu étais face à une situation comme le cas clinique, à qui pourrais-tu t'adresser pour la suite de la prise en charge ? Tu parlais tout à l'heure des urgences pédiatriques?

Interne : Alors oui notre premier interlocuteur. Alors soit on fait un relevé d'information préoccupante, enfin dans tous les cas on va en faire un, et on prévient la CRIP qui va faire son enquête administrative par la suite.

Soit on considère qu'il y a une menace à la vie de la personne et soit c'est un euh mince un signalement par voie judiciaire et on prévient le procureur, et il y en a toujours un 24h/24.

Mais euh mais voilà pour nous en tant que médecin généraliste.

Après, je pense urgences pédiatriques parce que obligatoirement il y aura une hospitalisation. On ne peut pas laisser cette fille ou ce jeune garçon avec cette histoire-là. Je mets de côté le côté CRIP mais ce sera judiciaire.

Mais, il y aura nécessairement une hospitalisation à la demande du procureur, c'est pour ça que je pense l'envoyer directement aux urgences pédiatriques.

Moi : Et si jamais c'est une ado qui a vécu ça il y a longtemps ?

Interne : Alors là, plutôt UMJ dans les centres hospitaliers. Mais le problème c'est qu'il y a de moins en moins de médecins légistes. Mais je sais qu'il y en a toujours un d'astreinte, qu'on peut appeler pour n'importe quelle information. On peut appeler le 15 et ils nous le passent. Et puis en fonction ils peuvent nous guider. Comme tu dis si c'est une jeune qui a vécu ça depuis longtemps, en effet on n'est pas dans le cadre de l'urgence, n'empêche qu'on va quand même évaluer sur le plan psychiatrique comment ça va. Et puis on va mettre en place un suivi par un CMP ou une psychologue. Depuis que le 1er janvier on a le droit à des consultations psychologiques gratuites, euh voilà, je sais plus si c'est 4 ou 8 dans l'année. Et puis derrière, l'UMJ de toute façon prendra rdv avec elle pour statuer sur ce qu'il va se passer. Sur le plan médical, c'est quelque chose qui va se faire, mais le souci ça va être sur le plan juridique. Parce que si ça s'est passé il y a longtemps, on peut quand même faire un certificat médical descriptif sur ce qu'elle nous dit oralement mais on aura rien du tout, l'ITT on va pas le faire car on n'a pas d'infos là-dessus, on sait jamais combien en mettre, on n'a pas de cours là-dessus, sauf si on arrive à avoir le médecin légiste d'astreinte donc voilà.

Moi : Connais-tu le numéro enfance en danger ?

Interne : Oulah non, non.

Moi : Le 119

Interne : Le 119 ok ça marche.

Moi : Différence entre IP et signalement Tu me l'as dit de toi-même.

Aurais tu des idées sur ce que tu pourrais mettre en place pour favoriser les révélations des adolescents sur notamment ce sujet, ou un autre. Ou même sur la prévention en général des violences sexuelles de l'adolescent.

Interne : Alors le premier truc que j'ai trouvé, enfin plutôt qu'on m'a appris car je ne l'ai pas trouvé moi-même, c'est ce temps, c'est accorder du temps à l'adolescent ou adolescente pendant la consultation où on voit ce jeune seul.

Depuis que je fais ça, j'apprends tellement de choses. Ça sert tellement et puis finalement je garderai toute ma carrière ce temps. Pour moi c'est la première chose pour libérer la parole.

Et quand ils sont timides ou quoi, même ça on arrive quand même à ce qu'ils disent quelques mots quoi. Après pour la prévention... euh la prévention.... je sais qu'il y a une affiche qui est bien faite avec un numéro, qu'on pourrait placarder dans la salle d'attente. Bon après là, les salles d'attentes des médecins généralistes sont quasi toutes fermées. Mais en salle d'attente avec les numéros d'assistances, violences faites aux femmes, ou comme tu disais le 119.

A part mettre des affiches... Après en moyen de prévention, je vais aussi dans les lycées pour la contraception. Donc faire ça dans les lycées et les collèges, dans les écoles je ne sais pas s'ils auraient assez la compréhension. Mais faire ça dans les collèges ou les lycées, dans ce cadre de prévention.

Au cabinet voir les affiches et voir les jeunes seuls, c'est à ce moment-là que je fais de la prévention.

Moi : D'accord OK, as-tu déjà été confronté à une situation de violences sexuelles intrafamiliales chez un adolescent ?

Interne : en cabinet ?

Moi : Oui

Interne : ouais euh pffff il n'y a pas de mots.

Moi : Comment tu l'avais vécu cette consultation?

Interne : Euh lourde, lourde parce que c'est tellement dur quand ils nous informent. Que on sait pas, au début c'était un peu cafouillage, et après on reprend nos esprits.

La patiente, car c'était une patiente, et bah il faut que je l'aide hein, je vais pas m'aider tout seul.

Et euh c'est surtout ce moment où les 30 premières secondes, on est perdu, ça cafouille et après c'est propre à chacun mais on arrive à retrouver nos esprits mais après on peut reprendre nos esprits quoi, mais au début c'est dur.

Moi : Quel âge avait-elle ?

Interne : 15 ans

Moi : C'était sur des faits récents ou anciens ?

Interne : Quand je l'ai vue, je l'ai hospitalisée en pédiatrie et vu que c'était la première fois que ça m'arrivait, j'ai demandé à ma senior comment faire, et l'équipe de pédiatrie à Bayeux est juste géniale. Et bien elle m'a expliqué, et elle m'a dit qu'il fallait contacter le procureur et voilà.

Et là tu vois il y avait une déscolarisation. La mère ne comprenait pas, elle disait qu'il y avait une thymie altérée alors qu'avant c'était une bonne élève, pas non plus excellente mais qui avait des notes normales quoi, des amis, des loisirs, et au final pour apprendre que c'était son oncle quoi, enfin je crois.

Moi : C'était aux urgences ça ?

Interne : En fait c'était en consultation. En fait c'était en pédiatrie à Bayeux et de 9h à 17h, les urgences qui arrivaient c'est moi qui les voyaient ou un senior et là le motif c'était déscolarisation.

Et à ce moment-là j'avais une interne de pédopsychiatrie avec moi et du coup j'ai pu demander conseil, en plus elle était plus avancée que moi, et ça lui était déjà arrivé bien entendu, et je lui ai demandé quelle était la prise en charge, la manière de faire, et à partir de ce moment bah bien entendu, c'était l'appel au procureur, l'hospitalisation etc

Moi : As-tu eu des formations sur la prise en charge des violences sexuelles chez l'adolescent ?

Interne : A ma connaissance, sur le tas (rire) sur le tas... Euh je crois pas.

Ce serait utile d'avoir un cours pratique sur comment conduire une consultation, sur nos possibilités, sur tout ça. On avait eu un cours intéressant sur l'évaluation du risque suicidaire mais chez l'adulte. Mais non je n'ai pas souvenir que j'ai eu des cours.

Moi : Ca t'intéresserait ?

Interne : Ah ba oui! Car à chaque fois on apprend sur le tas. Et c'est insupportable ! On se retrouve devant une jeune ou un jeune, qui nous dit ça, mais bon bah j'ai entendu vaguement la théorie et je sais que ça arrive mais bon allez on passe à la pratique. Qu'est-ce que je fais ? Voilà, on a des connaissances vagues sur les relevés d'informations. Mais encore moi quand ça m'est arrivé j'étais en 4ème semestre, donc j'avais quand même des bases. Mais j'imagine même pas un interne de premier semestre à qui ça arrive. Encore un adulte on peut voir quand même à peu près la prise en charge, mais une enfant ...c'est panique quoi !

Moi : Donc on arrive à la fin de l'entretien, merci beaucoup pour ta participation.

INTERNE F

Moi : Alors la première partie de l'entretien ça va être un cas clinique.

Tu imagines que tu es au cabinet, tu mènes la consultation de A à Z, et tu me dis tout ce qui te passe par la tête, en termes de questions cliniques, para cliniques. Clôture de la consultation, tout ce que tu penses, et tout ce que tu ferais.

C'est parti :

Une jeune fille de 13 ans, accompagnée de sa maman vient te voir en consultation pour des douleurs abdomino-pelviennes depuis environ 15 jours.

Comment mènes-tu la consultation ?

Interne : Euh c'est une patiente que je connais ou pas ?

Moi : Oui tu l'as déjà vue en consultation.

Interne : En fonction des consultations précédentes, je lui demande si elle veut que la maman soit là ou pas, et en fonction oui/ non la maman sort ou pas.

Euh, je lui demande de m'en dire plus sur ses douleurs, depuis combien de temps elle a mal, la localisation etc ...

Si elle a des signes associés : diarrhées, vomissements, constipation, où elle en est dans son cycle en fonction de si elle est déjà réglée ou pas, si elle a déjà eu des rapports ou pas etc... En fonction de ses réponses, examens complémentaires ou pas en fonction de ce qu'elle me dit.

Moi : Et sur l'examen clinique, que ferais-tu ?

Interne : Alors auscultation cardio pulmonaire classique, palpation abdominale pour localiser la douleur, voir si c'est reproduit, voir si c'est majoré ou pas à la palpation. Voir si elle a des douleurs plus coliques néphrétiques ou voir si douleurs ébranlement fosses lombaires etc. ...

(blanc)

Moi : Donc là, je vais te faire un petit résumé par rapport à ce que tu as demandé. Donc elle a des douleurs diffuses sans localisations précises, pas de signes associées, transit normal, elle est réglée et a un cycle régulier, pas de moyen de contraception, pas de signes urinaires, pas de fièvre, pas d'antécédents particuliers. Et au niveau clinique abdomen sensible dans son ensemble, pas de défense, pas de contracture, pas de douleurs ébranlement fosses lombaires, cardio pulmonaire et ORL rien de particulier.

Que ferais-tu par la suite ?

Interne : Alors est-ce qu'elle a des rapports ou pas ?

Moi : Non.

Interne : Alors après c'est plutôt rassurant, c'est vrai que s'il n'y pas de constipation, pas de signes associés, alors c'est plutôt rassurant. A voir si elle est angoissée en ce moment, à quelle période ça se produit par rapport à l'année scolaire.

Euh c'est vrai que là j'aurais envie de temporiser, car il n'y a pas l'air d'avoir de signes de gravité. Donc j'attendrais avant de lancer une bio ou une écho en fait. Ça fait pas trop appendoc, je temporiserais avec des antalgiques quitte à la revoir quelques jours après pour voir où on en est.

Moi : OK. Donc là tu l'as fait rentrer. Elle revient te voir quelques jours plus tard et entre temps elle est allée aux urgences car ça n'allait pas mieux. Elle te montre le compte rendu des urgences : l'examen clinique plutôt rassurant, ils ont quand même lancé un bilan biologique pas de syndrome inflammatoire, pas d'hyperleucocytose, bilan hépatique normale, pas d'anémie, HCG sanguine négative et ils ont fait BU négative. Et ils lui ont dit : « C'est plutôt rassurant, voyez avec votre médecin traitant pour la suite.»

Interne : Classique

Moi : Ils l'ont fait sortir sous doliprane spasfon et elle revient te voir.

Interne : et Est-ce que ça soulage doliprane spasfon ?

Moi : Non, ça ne change rien.

Interne : Alors je lui ferais quand même une écho abdopelv de principe pour voir s'il n'y a pas euh, je sais pas adénite mésentérique, ou un truc ovarien quoi. Mais sans grande conviction, plus parce que ça traîne.

Moi : Elle va faire son échographie. Entre 2 la maman a eu rdv gynéco car elle était inquiète. Sur l'examen clinique et les résultats, il est plutôt rassurant comme toi et il lui prescrit quand même une IRM pelvienne pour éliminer endométriose qui s'avère être normale.

Donc elle revient te voir pour te montrer tout ça, et les douleurs sont toujours là, pas intenses mais elles sont là quand même.

Interne : Alors euh... c'est pas musculaire, c'est pas euh ...

Moi : Non, pas musculaire.

Interne : Alors, je chercherais peut-être un contexte de stress, d'anxiété, ou un antécédent d'agression sexuelle ou je ne sais quoi euh voilà

Moi : Et comment tu lui poserais ces questions ?

Interne : Comment ça se passe à l'école, si elle a des copines, si elle a des bons résultats, si elle s'entend bien avec ses professeurs, si ça se passe bien à la maison, si elle s'entend bien avec ses frères et sœurs, si les parents entre eux ça va, s'il y a un contexte de divorce ou chose comme ça.

Est-ce qu'elle a subi des agressions, ça j'ai tendance à le demander clairement voilà. Après, elle me répond ce qu'elle souhaite me répondre aussi.

Moi : Et si tu avais vu qu'il y avait eu des scarifications sur l'abdomen, comment ça aurait changé ta prise en charge ?

Interne : Alors là, je me serai moins acharnée sur des examens abdo et compagnie (rire).

Après savoir le « pourquoi elle se scarifie », si c'est récent, ancien, la cause,

Pourquoi pas la réorienter vers CMP, maison des ados, mais les délais sont hyper longs. Après, une psychologue externe selon les revenus, car c'est un coût aussi. Plus ou moins urgences pédiatriques s'il y a des idées suicidaires ou des éléments inquiétants quoi.

Moi : En fait, le sujet de ma thèse, c'est la place de la médecine générale dans la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent.

Donc on va partir maintenant sur une 2ème partie, plutôt sur tes connaissances et ton expérience personnelle.

Interne : Hm OK.

Moi : Alors première question, aurais-tu une idée du pourcentage de victimes de violences sexuelles chez les mineurs en France ? Et ensuite la part de violences sexuelles intrafamiliales ?

Interne : Alors global, je dirais pas loin des 50% peut-être 40/45% et pour la part intrafamiliale peut-être la moitié si on considère famille élargie oncle et tante.

Mais je pense qu'il y en a plus que ce qu'on pense.

Moi : Maintenant que tu connais le sujet, quels points d'appels pourraient te faire penser à une situation de violences sexuelles intrafamiliales chez un adolescent ? Clinique, interrogatoire, facteurs de risques ?

Interne : Signes cliniques : mal être récent, angoisse récente, douleurs abdo pas franchement étiquetées. Sur la sexualité, en fonction de l'âge, ça peut être une hyper sexualité, des conduites à risques : oh tabac et compagnie, un changement de look aussi chez les ados, plusieurs consultations rapprochées sans motifs réellement évidents.

Euh ouais.

Moi : OK. Quand tu parlais tout à l'heure de voir l'adolescente seule... Selon toi, à partir de quand peut-on voir un mineur seul en consultation ?

Interne : Alors j'ai pas vraiment d'âge, ça dépend de la personnalité du mineur. C'est vrai que j'en ai vu seules dès 10/12 ans quand elles étaient plus formées, quand elles faisaient plus âgées. Enfin Après, j'en ai vu aussi à 16 ans avec leur parents. J'ai pas d'âge précis... En fonction aussi du motif.

Moi : Et ça t'arrive de le demander ?

Interne : Bah oui, quand j'étais chez le prat. Et là, je suis en pédiatrie donc on le demande assez facilement sans soucis.

Moi : Est-ce que parfois tu as des refus ?

Interne : Non.

Moi : Comment abordes-tu des sujets comme la sexualité ou la violence ? Avec des adolescents ?

Interne : bah là, comme je te le disais, je suis en pédiatrie, donc ils viennent pas mal pour des mal-être. Donc, on leur demande franco mais c'est vrai qu'ils consultent pour ça.

Après tourner autour du pot, je pense pas que ça sert vraiment donc je vais leur demander directement : « Est-ce que tu as subi des agressions verbales, physiques, harcèlement scolaire, attouchements, des agressions sexuelles ? »

Moi : Et quand tu es en cabinet, quand tu n'as pas ce motif, dès le départ étiqueté, comment tu l'abordes ?

Interne : Hmm, alors c'est vrai que je vais moins l'aborder de moi-même sauf s'il vient pour des scarifications, un mal-être. Après des douleurs abdos, je vais pas forcément le rechercher en première intention. Après si j'ai pas de point d'appel évident, je vais demander : « Comment ça va en ce moment ? », s'il se sent stressé et dérouté mais ouais, je vais moins le faire en première intention.

Moi : Selon toi quelle place occupe le médecin généraliste dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?

Interne : Alors les violences intrafamiliales, je pense que ça doit être plus compliqué car souvent on connaît la famille aussi. Surtout si ses parents, frères /sœurs, on peut être amené à les soigner aussi. Alors ça peut être délicat. Délicat oui, après je pense qu'on a un rôle important mais qu'on n'utilise pas assez. C'est vrai que chez mes prat, euh, je ne les ai jamais vus en parler, poser la question ouvertement aux ados qu'ils ont pu voir.

Après, je pense qu'on est peut-être pas assez formé là-dessus.

Moi : Et après dans le rôle du médecin en général, même si ce n'est pas en intrafamilial ?

Interne : Ba pour moi c'est la même chose, enfin dans le sens où on peut être une personne ressource qu'ils vont consulter en première intention. Blanc

Après je sais pas si on est réellement la première personne qu'on put consulter car comme on peut connaître les parents. Si on les voyait jusque là avec leurs parents, avec la notion de secret médical aussi, ils peuvent se dire qu'on peut en parler à leurs parents quoi.

Moi : Connais-tu le numéro enfance en danger ?

Interne : Non.

Moi : C'est le 119.

Interne : OK ça marche.

Moi : C'est ça oui. Pour toi quels pourraient être les freins pour faire un signalement ou une IP ?

Interne : Alors l'information préoccupante c'est plus quand il y a un danger immédiat, je dirais ?

Le signalement c'est plus administratif que judiciaire ?

Ou c'est l'inverse ?

Moi : C'est l'inverse.

Interne : Ah oui c'est l'inverse, une chance sur deux.

Moi : Information préoccupante, c'est danger non immédiat, on envoie à la CRIP, et signalement c'est danger immédiat avec appel au procureur.

Interne : Ah oui c'est le procureur.

Moi : Comment ferais-tu ?

Interne : Signalement, je sais que mes prat envoient un mail au substitut du procureur et l'appelle ensuite. Donc, je ferais probablement la même chose. Et après la CRIP, j'irais voir sur internet, il doit y avoir un formulaire type à remplir.

Moi : Que mettrais-tu dedans ?

Interne : Alors je me présenterais, avec l'identité de la patiente, son adresse, euh peut-être l'identité des parents ? Et puis : « Dit avoir subi et mettre entre guillemets. » Et puis l'examen clinique.

Moi : Quels pourraient être les freins pour faire un signalement ou une IP ?

Interne : Le fait de suivre les parents.

Moi : Donc pour toi et puis aussi en général ? Pour l'ensemble des médecins généralistes ?

Interne : Alors le fait de connaître les parents, c'est clair que je me sentirais en difficulté par rapport à ça. Après j'ai jamais vu des médecins généralistes faire des signalements. Alors est-ce qu'ils sont moins confrontés, ou est-ce qu'ils n'en font pas, je ne sais pas.

Moi : Et pourquoi le fait de connaître les parents ça te mettrait en difficulté ?

Interne : Ba le fait de les connaître en fait. De les suivre, d'avoir aussi leur retour par rapport à ce qu'il

peut se passer dans la famille. Être leur médecin en fait, je saurais pas trop comment leur dire que je fais un signalement surtout si c'est des violences intrafamiliales.

Moi : D'accord. Que pourrais-tu mettre en place pour faciliter les révélations des adolescents ? Peut-être pour les mettre plus à l'aise sur des sujets comme la sexualité, la violence, et des idées aussi en termes de prévention ?

Interne : Leur dire régulièrement qu'il y a un secret médical même chez les mineurs. Qu'ils peuvent venir même seul me voir sans leurs parents. Alors après, si je suis en plein campagne avec les kilomètres, c'est plus compliqué... Mais euh leur rappeler régulièrement quand ils viennent pour des motifs lambda qu'on est là aussi si besoin. Pourquoi pas, en parler un peu plus dans des motifs tels que la contraception, aborder le sujet. Blanc

Moi : As-tu déjà été confrontée à une situation de violences sexuelles intrafamiliales chez un adolescent ?

Interne : Ouais que ce soit chez le prat ou aux urgences. Euh c'est vrai que là aux urgences péd à St Lo dès que les parents veulent pas porter plainte ils font des signalements. Chez le prat, je pense qu'un signalement aurait été nécessaire mais euh ma prat était pas axée là-dessus non plus donc ça n'a pas été fait mais ça aurait dû être fait, je pense.

Moi : C'était dans un cadre intrafamilial ?

Interne : Euh non, alors chez le prat , c'était dans des attouchements dans le bus scolaire avec d'autres et elle avait demandé à son père de porter plainte mais il l'avait jamais fait. Et à mon avis, à ce jour, ça n'a pas été fait. Et à St Lo, c'était des amis de la famille. Et sinon, à St Lô, le frère d'une copine de l'ado dans l'autre cas.

Moi : Comment avais-tu vécu ces consultations ?

Interne : A St Lo, c'était un peu compliqué car la mère ne voulait pas porter plainte. Son argument c'était qu'on ne peut pas accuser quelqu'un sans preuve. Sachant qu'elle avait subi la même chose elle, dans l'enfance. Et l'UMJ n'était pas là, donc on leur avait laissé les coordonnées de l'UMJ, mais je les avais contacté 2 semaines après et rien n'avait été fait, et du coup mon chef avait fait un signalement.

Et chez le prat, c'était un peu compliqué car la jeune s'était confiée à moi. Le père ne voulait pas porter plainte. Et l'ado était d'accord pour qu'on en reparle tous ensemble. Mais bon euh ma prat c'était chrono en main 10 minutes max et bon bah voilà. Elle était venue trois fois dans la pièce en mode « Tu te dépêches, il y en a d'autres derrière, t'as déjà plus de 10 minutes de retard », donc bon ...

Moi : Finalement le temps est un facteur aussi important.

Interne : Ba ce genre de consultation oui il faut du temps, il faut prendre son temps, ça ne se résout pas en 10 minutes.

Moi : Tu t'étais sentie en difficulté du coup ?

Interne : Ba oui, parce que c'était compliqué de lui dire : « Au revoir, 25 euros merci. »

Moi : As-tu déjà eu des formations sur la prise en charge des violences sexuelles chez l'adolescent ?

Interne : Pas spécialement non. Après là, à St Lô, ils sont venus pendant un staff pour nous dire qu'il ne fallait pas hésiter à les appeler si on avait besoin, qu'il y avait une permanence mais sinon pas spécialement de formation, non.

Moi : Est-ce que tu penses que ça pourrait être important dans notre cursus ?

Interne : Bah oui totalement.

Moi : Dernière question : A partir de quel moment tu as pensé au côté plutôt psychologique ou violence dans le cas clinique ?

Interne : Alors violence pas tout de suite, et après le côté psychologique assez tôt, enfin à partir du moment où il n'y a rien de particulier à l'examen, et euh que ça dure sans que ce soit lié à grand chose. C'est vrai que les ados ont souvent mal au ventre, quand elles sont stressées, pas bien. L'aspect violence plutôt après l'IRM, quand je suis sûre au final qu'il n'y ait rien d'organique.

Moi : D'accord merci beaucoup pour ta participation.

Interne : Mais de rien !

INTERNE G

Moi : Alors la première partie de l'entretien ça va être un cas clinique.

Tu imagines que tu es au cabinet, tu mènes la consultation de A à Z, et tu me dis tout ce qui te passe par la tête, tout ce que tu penses, et tout ce que tu ferais, comme si on était en consultation.

C'est parti :

Une jeune fille de 13 ans, accompagnée de sa maman vient te voir en consultation pour des douleurs abdomino-pelviennes depuis environ 15 jours.

Comment mènes-tu la consultation ?

Interne : OK alors déjà moi j'ai pas du tout été en cabinet, j'ai été aux urgences.

Moi : Alors c'est pas grave, tu peux t'imaginer, ne t'inquiète pas, tu fais comme tu peux.

Interne : OK. Alors je pense que déjà je commencerais la consultation en demandant si elle est d'accord pour que sa maman soit là, demander si elle veut que la maman soit présente et ensuite demander à la maman si elle veut être présente.

Euh demander les questions classiques : depuis combien de temps ça dure, décrire les douleurs, irradiation, et ci et ça. Est-ce que c'est la première fois que ça lui arrive, est-ce que c'est rythmé, est-ce qu'elle déjà ses règles, est-ce qu'elle a essayé des médicaments, est-ce que ça soulage, est-ce qu'elle a des signes urinaires, est-ce que ça irradie, voilà les questions classiques. Est-ce qu'elle a eu de la fièvre. Et est-ce que ...elle a 13 ans... oui si elle a un petit copain, est-ce qu'elle est à l'aise avec la sexualité, est-ce qu'elle en a déjà parlé avec sa maman, est-ce qu'elle a envie d'en parler.

Et ensuite je passerais à la clinique.

Moi : D'accord et qu'est-ce que tu ferais comme examen clinique ?

Interne: Ba je déshabille la jeune en sous-vêtements, je regarde le ventre, je regarde s'il est douloureux, je fais aussi cœur poumon. Et puis, je pense que je m'arrête là.

Moi : Alors je vais te faire un petit résumé par rapport à ce que tu as demandé.

Alors pas d'antécédents particuliers, elle est réglée, elle a des cycles réguliers, douleurs pas franchement localisées mais diffuses (péri ombilicale, cadre colique et bas ventre) pas très précis lorsque tu l'interroges.

Et à l'examen clinique tu as auscultation cardio pulmonaire rien de particulier, ORL rien de particulier, au niveau abdominal, tu as une sensibilité diffuse mais pas de contracture, pas de défense, pas de signes urinaires, pas de douleurs lombaires, pas de fièvre. Tu as des bonnes constantes.

Interne : Alors je pourrais parler un peu de l'alimentation, est-ce qu'elle mange bien, est-ce qu'elle a pris ou perdu du poids, le transit aussi. Je poserais aussi des questions si elle a des saignements entre les règles, si elle a noté quelque chose d'anormal. Je creuserais un peu plus par rapport aux renseignements que tu m'as apportés. Et par rapport aux antalgiques est-ce qu'il y a quelque chose qui la soulage ou pas ?

Moi : Elle n'a rien pris

Interne : Et ça fait combien de temps que ça dure ?

Moi : Ca fait 15 jours.

Interne : OK, bah demander s'il y a des gens malades dans la famille, s'il y a des nausées tout ça, et la fièvre je sais plus ?

Moi : Apyrétique.

Interne : D'accord bah voilà, je lui demanderais si elle a des questions, est-ce qu'elle a des choses à me raconter en plus.

Moi : Alors pour la suite des réponses à tes questions : pas de troubles digestifs, pas de saignements entre les cycles, alimentation classique plutôt équilibrée, pas de prise ou perte de poids.

Interne : Et comme c'est une ado je lui demanderais aussi comment ça se passe à l'école, est-ce que ça se passe bien, comment ça va, « Est-ce que tu te trouves anxieuse ? ».

Moi : Alors là, tu vois qu'en lui posant les questions scolaires, elle parle un peu moins mais sa maman prend le relais en disant que c'est une bonne élève, qu'elle est en classe de 4ème donc normal pour son âge et elle te dit quand même qu'il y a eu des résultats un peu moins bons en ce moment.

Interne : Alors je lui demande si ça l'inquiète, est-ce qu'elle est angoissée à propos de ça, est-ce que les douleurs arrivent quand elle est à l'école. Et qu'est-ce qu'elle me répondrait ?

Moi : Alors, elle te répond que les douleurs ne sont pas rythmées par le fait d'aller à l'école qu'elle sont là tout le temps, qu'à l'école ça va, qu'elle a bien vu que ses résultats étaient moins bon mais elle te dit qu'elle sait pas trop pourquoi, et voilà.

Interne : Alors je la rassurerais, je lui dirais que l'examen est normal, que je ne vois pas de signe de gravité. Je lui propose d'essayer de prendre paracétamol pour les douleurs, et je lui proposerais une consultation dans une semaine à peu près pour faire le point.

Moi : D'accord, alors elle revient te voir la semaine prochaine comme tu lui as proposé, et elle te dit qu'entre deux elle a pris le paracétamol, mais qu'elle est allée aux urgences parce que la douleur ne passait pas. Elle t'amène le compte rendu des urgences où tu vois que la clinique était rassurante et ils lui ont fait une bio qui retrouvent ; pas de syndrome inflammatoire, pas d'hyperleucocytose, bilan hépatique normal, pas d'anémie, HCG sanguine négative et ils ont refait BU négative.

Aux urgences, ils lui ont prescrit comme toi doliprane plus spasfon et ils lui ont dit : « Il n'y a rien d'alarmant, allez voir votre médecin généraliste car elle leur avait dit qu'elle avait un rdv quelques jours plus tard.

Interne : Alors je lui demande si elle a toujours ses douleurs ?

Moi : oui, les douleurs sont toujours là.

Interne : Ba je repose les questions, est-ce que c'est rythmé par son cycle ou autre chose, je lui repose les questions, je refais l'examen clinique et euh elle est venue toute seule ?

Moi : Non avec sa mère.

Interne : Alors est-ce qu'elle a des nouvelles choses à signaler, est-ce qu'elle veut être seule, est-ce qu'elle veut qu'on fasse sortir la maman ou pas ?

Moi : Elle te dit qu'elle est d'accord pour te voir seule.

Interne blanc

Moi : Que lui poserais-tu comme questions ?

Interne : La maman est bien d'accord ?

Moi : Oui.

Interne : Alors là vu qu'elle est toute seule, on peut peut-être plus insister sur les copines, est-ce qu'elle a des rapports sexuels, est-ce qu'elle a un petit copain, est-ce que ça se passe bien à la maison. Euh creuser tout ça quoi.

Moi : Alors les copines ça va, elle n'a pas de petit copain, n'a pas de rapport, à la maison ça se passe bien, quelques conflits quand même en ce moment sur certaines fréquentations notamment, mais globalement elle te dit que ça va.

Interne : Elle n'a rien au niveau génital ?

Moi : C'est à dire ?

Interne : Est-ce qu'il y a des boutons, des écoulements, est-ce que ça la gêne, ça la gratte ?

Moi : Pas de signe de mycose, pas de perte blanche, pas de saignement en dehors des cycles.

Interne Alors je lui demande si je peux regarder au niveau génital, je ne vais pas faire d'examen, mais juste est-ce que tu es d'accord qu'on regarde en-dessous de tes sous-vêtements ?

Moi : OK, elle est un peu gênée, mais elle est d'accord.

Interne : Et donc il y a rien ?

Moi : Il n'y a rien.

Interne : Et bah qu'est-ce que je fais ? ... Et bah je lui propose de la revoir quelques temps plus tard, de prendre du paracétamol, oui de la revoir d'ici 15 jours.

Moi : elle revient et dans le laps de temps, la maman a pu avoir un rdv gynéco rapide qui a fait un petit point et qui confirme aussi l'aspect rassurant de l'examen clinique et des bilans déjà réalisés. Il lui a fait une écho pelvienne (voie abdo) qui est rassurante. Et il lui prescrit quand même une IRM pour éliminer une endométriose qui est normale.

Elle revient te voir avec les résultats de l'IRM et la douleur est inchangée, pas intense mais toujours là. Comment mènes-tu la consultation avec ces nouveaux éléments ?

Interne : Oh la qu'est-ce que je fais... euh bah déjà j'en parle à mes collègues. Blanc

Moi : Alors imaginons que pendant ta consultation tu remarques des scarifications sur son abdomen.

Interne : Je lui ai dit que j'ai remarqué ça, qu'est-ce que ça représente, est-ce qu'elle, elle l'a remarqué, voilà qu'est-ce qu'elle me répondrait ?

Moi : C'est elle qui l'a fait, récemment, en ce moment elle ne va pas très bien. Elle ne t'en dit pas plus.

Interne : Je lui demande si elle en a ailleurs, est-ce qu'on peut regarder, est-ce qu'il y a d'autres endroits où elle a ça, est-ce qu'elle a des explications ou pas, « Qu'est-ce que tu veux dire quand tu dis que ça va pas, que s'est-il passé de nouveau car les autres fois tu me disais que ça allait ?

Moi : D'accord, alors en fait le sujet de ma thèse c'est la place de la médecine générale dans la reconnaissance des violences sexuelles infra-familiales chez l'adolescent.

Donc on va partir maintenant sur une 2ème partie plutôt sur tes connaissances et ton expérience personnelle.

Interne : OK.

Moi : Aurais-tu une idée du pourcentage de victimes de violences sexuelles chez les mineurs en France ? Et ensuite la part de violences sexuelles intrafamiliales ?

Interne : Non je sais pas du tout. Non je sais pas Euh au pif je dirai 10 / 20%.

Moi : Et pour la part intrafamiliale ?

Interne : Euh je sais pas, je dirais la moitié.

Moi : Maintenant que tu connais le sujet, Quels signes rechercherais-tu comme points d'appel dans le cadre des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?

Interne : Ba, je sais que les douleurs abdo, qui traînent un peu comme ça avec des bilans normaux, ba justement, il faut tout le temps revoir, reposer les questions et tout. Surtout les douleurs abdos. C'est pour ça que je lui proposais de la revoir à chaque fois en consultation pour toujours en reparler. Après, je sais que les scarifications et sur les cuisses et sur le ventre, il faut que ça attire notre attention sur ce côté-là, sur les violences sexuelles ou autres.

Moi : Penses-tu à d'autres choses ?

Interne : Euh bah non, elle a dit qu'elle était moins bien mais au bout d'un certain temps.

Moi : Alors ne te réfère plus au cas clinique, pense maintenant en général, est-ce que tu penses à d'autres signes ?

Interne : Ba le fait qu'ils consultent, je me dis toujours que s'ils consultent, c'est pas pour rien. Les passages répétés, ça doit attirer notre attention, ouais après euh voilà c'est ça que je me dis.

Moi : Tout à l'heure, au début du cas clinique, tu disais que tu essaierais de voir la jeune fille toute seule. Selon toi, à partir de quel âge peut-on voir un mineur seul en consultation ?

Interne : Euh moi, je dirais qu'il n'y a pas vraiment d'âge, on peut toujours le proposer si les parents sont d'accord. Moi j'essaie tout le temps de faire un temps avec les parents après dire est-ce que vous voulez rester, partir, je demande tout le temps soit au jeune soit aux parents. Je ne mettrais pas d'âge.

Moi : Est-ce que ça t'est t'arrivé de le demander dans ta pratique ?

Interne : Oui je l'ai déjà demandé. Il était au collègue. Je n'ai pas fait.

Moi : Comment le demandes-tu ?

Interne : Je le demande directement. Dès le départ, je dis : « On se voit tous ensemble, on fait le point et après si vous êtes d'accord, je vois le jeune tout seul ». Et voilà. Après si le jeune veut pas, ou si la mère veut pas s'en aller je vais pas l'obliger quoi, je vais pas dire : « Si si ! » Et puis si ils veulent pas bah je sais pas quoi.

Moi : Comment abordes-tu des sujets comme la sexualité ou la violence avec des adolescents ? ou comment tu l'aborderais ?

Interne : Hm, bah au départ j'aime bien savoir ce que eux ils pensent, comment ils se sentent. Voir s'il y a des signes spécifiques comme là les scarifications. Mais sinon au départ je suis un peu vague en leur demandant comment ça se passe à l'école, à la maison, « Est-ce que tu te sens bien ? » tout ça. Et je pense qu'au bout d'un moment je poserais la question mais ça m'est jamais arrivé. Je n'ai jamais posé la question : « Est ce qu'il y a des violences ? » Euh non, ça ne m'est jamais arrivé.

Quand j'avais vu le jeune là, je l'avais vu toute seule, et c'est sa mère qui d'emblée m'avait dit qu'il y avait du harcèlement à l'école. Mais bon j'espère que je poserais la question. (rire)

Moi : Selon toi quelle place occupe le médecin généraliste dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?

Interne : Ba c'est central et je sais qu'il faut pas avoir peur de poser les questions et qu'il faut les poser même si on n'est pas à l'aise. Et ce qui est bien en médecine générale, on peut revoir les patients plusieurs fois si on se rend compte qu'on n'a pas posé les questions correctement, bah on peut les améliorer la prochaine fois.

Et par rapport aux scarifications ou aux idées suicidaires tout ça, je sais que moi j'aime bien demander : « Est-ce que vous avez des idées suicidaires ? » J'aime bien aussi utiliser les bons mots, je n'ai pas peur de dire « idées suicidaires », « scarifications », ou même « violence » même si je ne l'ai jamais dit. Et le médecin généraliste bah toute sa pratique, c'est coordonner tout ça. On peut avoir les premiers signes et être comme un lanceur d'alerte et après coordonner tous les soins quoi.

Moi : Si tu étais face à une situation comme le cas clinique, saurais-tu à qui t'adresser pour la suite de la prise en charge ? Ou aurais-tu gérer toi-même ?

Interne : Alors dans un premier temps, j'aurais demandé à mes collègues et ensuite très vite j'aurais proposé à la jeune de voir un psychologue ou orienter vers un psychiatre. Alors euh je sais pas trop pour les ados euh il y a pas mal de choses qui existent. Euh mais voilà, d'abord adresser un psychologue ou un psychiatre pour des entretiens individuels si elle a envie de parler. Et après je sais qu'il existe de structures comme des HDJ, ce genre de chose dont elle peut bénéficier quoi.

Moi : Saurais-tu me dire quelle est la différence entre information préoccupante et signalement ?

Interne : Euh ouais alors information préoccupante euh ah bah c'est vrai que je peux faire ça aussi ! Alors information préoccupante c'est juste un relevé d'informations en fait qu'on envoie à la cellule qui recense les informations préoccupantes. Et le signalement euh c'est un autre papier qu'on envoie au procureur, c'est le niveau au-dessus.

Par exemple après l'entretien où elle me dit que ça va pas trop à la maison je peux faire un relevé d'information préoccupante. Je sais qu'il faut le dire à la jeune et à la famille.

Moi : Et tu dois mettre quoi dans ce relevé par exemple ?

Interne : Alors j'imagine que ça doit être comme les autres certificats quoi. Il faut rester descriptif parler au conditionnel dire ce qu'on a vu, dire ce qu'on a constaté et mettre des guillemets quand on reprend les dires.

Moi : Connais-tu le numéro enfance en danger ?

Interne : Euh non.

Moi : C'est le 119.

Moi : C'est ça oui. Pour toi quels pourraient être les freins pour un médecin généraliste pour faire un signalement ou une IP ?

Interne : Ba si on s'occupe de la famille depuis longtemps, si les parents c'est aussi des patients, ça je pense que c'est hyper compliqué à gérer quoi.

Rédiger le papier ça va, mais rien que dire à la mère ou au père ou aux 2 parents j'ai fait un relevé d'info préoccupante, rien que ça je sais pas comment je le dirais.

Moi : Et c'est quoi qui te gênerait dans ce cas ?

Interne : Euh bah je trouve qu'on n'est pas trop formé là-dessus sur le versant communication quoi. Arriver avec ce truc quoi, en disant bon bah voilà on a fait ça, sans accuser la personne accompagnante, sans créer de malaise. Je pense qu'on a déjà notre malaise à nous à gérer vu qu'on n'a pas trop de formation. Je pense que je me sentirais pas à l'aise avec le truc quoi.

Et le fait de les connaître, d'avoir leur histoire, leur vie à eux, est-ce que ça va pas changer... aussi ...A chaque fois, on se dit : « Ils vont plus venir me voir. » Mais après, je sais que c'est pas ça qui doit m'empêcher de le faire.

Moi : Est-ce que tu vois d'autres choses ? Pour toi ou les médecins en général ?

Interne : Ba je sais qu'on peut avoir peur, au niveau judiciaire, de faire une fausse déclaration. Mais aux urgences, on en discute, et je me suis renseignée un peu. Et on en a aussi parlé en gaap, dans un cadre de « coups et blessures », mais je sais qu'en fait si on reste déclaratif, objectif et au conditionnel on peut pas nous reprocher d'avoir fait une fausse déclaration en fait. Donc ça, je sais que ça peut être une crainte, si on se dit : « Ba c'est pas vrai ou je sais pas ».

Moi : Que pourrais-tu mettre en place dans ta pratique médicale pour faciliter les révélations des adolescents ? Ou prévenir les violences sexuelles chez les adoh ?

Interne : Ba j'espère que j'arriverai à en parler tout le temps, parce que je me dis que tant qu'on parle c'est important donc j'espère que j'aurai le temps dans mes consultations d'aborder la sexualité. « Est-ce que ça va ? Est-ce qu'il y a des problèmes ? Est-ce que voilà on s'est tout dit ?

Après je pense que maintenant on est suffisamment au courant sur ce sujet, et du coup on ne peut pas ne pas poser les questions quoi.

Moi : Tu dis ça parce que tu penses que c'est moins tabou ?

Interne : Non pas moins tabou, mais je trouve que maintenant il n'y a plus d'excuses. Il faut en parler quoi.

Moi : As-tu déjà pris en charge dans le cadre de tes stages, des violences sexuelles intrafamiliales chez un adolescent ?

Interne : Hm en tant qu'interne ?

Moi : Oui, ou sinon en tant qu'externe.

Interne : En tant qu'externe, j'étais allée en pédopsychiatrie sur Caen. On en parlait un peu en hospit, ou aux urgences. Et aux urgences, là j'ai juste eu le jeune là, mais je t'en ai parlé.

Moi je trouve qu'on est hyper souvent confronté, mais qu'on n'est pas du tout formé pour ça quoi ?

Moi : Comment tu réagis face à ce genre de situation ?

Interne : Ba en fait, j'ai eu de la chance car la mère direct m'avait dit : « Il y a harcèlement scolaire. » tout ça. Il venait pour une ecchymose dans le dos et puis je m'étais dit que ça ne ressemblait pas à une ecchymose de chute, et hm j'avais vu qu'il y avait déjà beaucoup de passage aux urgences avant donc pas mal de signes d'alerte.

Et j'avais pas mal parlé sur le côté scolaire, car la maman m'avait expliqué la situation d'harcèlement scolaire. Donc, je lui en avais parlé et tout. Mais le jeune ne disait rien. Il me disait : « Tout va bien, nanana... Je suis tombé avec mon cartable sur le dos. » Et la mère était inquiète et elle n'y croyait pas et elle m'a dit : « Ah bah, c'est reparti et tout ».

Et là, je lui avais demandé si on pouvait se voir tous les 2. Il avait dit oui et la maman avait dit oui aussi. Et je lui avais demandé comment ça se passait à la maison, parce qu'il y avait le versant scolaire comme

la maman le disait, en parlant d'harcèlement scolaire et tout. Mais il y avait des incohérences aussi, le fait qu'ils étaient venus beaucoup plus tard aux urgences et puis il y avait d'autres signaux d'alerte. Le téléphone de la mère sonnait tout le temps et elle disait : « Ah bah, c'est le père, il va arriver un peu angoissé. » Le jeune n'avait pas voulu me dire, et comme il n'était pas clair sur les circonstances de la chute, je lui avais dit : « Ba tu sais, quand on tombe, ça peut être un malaise, j'avais proposé une hospit. C'est ça aussi qu'on peut faire, on peut proposer des hospit.

Moi : D'accord et au final, tu avais eu le suivi ? Il y avait des violences intrafamiliales ?

Interne : Euh je sais pas. Moi j'avais posé les questions à l'interne de pédiatrie et à priori ils n'avaient rien fait de plus car le jeune n'avait pas eu envie de parler quoi. Mais je sais pas s'ils ont fait signalement par exemple.

Moi : Tu t'es sentie en difficulté dans cette situation ?

Interne : Non ça va. Mais après je sais pas si je pose les bonnes questions, et je sais pas si c'est bien ce que je dis, je sais pas si je fais des boulettes car personne ne m'a appris. Mais j'essaie quand même d'en parler quoi.

Moi : Et en parlant de formation, est-ce que tu as déjà eu une formation sur les violences sexuelles de l'ado ?

Interne : Non c'est sur le tas, mais pas de formation.

Moi : Est-ce que tu penses que ce serait utile pour notre formation de médecin généraliste ?

Interne : Ah ba oui carrément, et en plus je pense que ça aiderait plein de gens, car entre ceux qui disent que ce n'est pas à eux d'en parler, ceux qui ont peur d'en parler, ou même ceux comme moi qui n'ont pas peur d'en parler mais qui ne savent pas, qui sont pas formés et qui se demandent : « Est-ce que c'est bien ce que je fais ? ».

Tu vois les violences en général, c'était notre premier sujet de réflexion dans notre premier GAAP, et en fait les encadrants disaient que c'était toujours le sujet qui revenait au début, sur les 1er gaap, « Qu'est-ce qu'on fait, selon les situations chez la femme, les jeunes, sujets vulnérables ? » et quand ils nous ont dit ça, on s'est tous dit : « Ba oui, c'est parce qu'on n'est pas formé, on ne nous en a jamais parlé, et qu'on est très vite confronté à ça ».

Moi : Merci beaucoup.

Interne : Mais de rien.

INTERNE H

Moi : Alors la première partie de l'entretien ça va être un cas clinique.

Tu imagines que tu es au cabinet de médecine générale, tu mènes la consultation de A à Z, et tu vas me dire tout ce qui te passe par la tête, tout ce que tu penses, et tout ce que tu ferais, ou ce que tu ne ferais pas : clinique paraclinique conclusion.

C'est parti :

Une jeune fille de 13 ans, accompagnée de sa maman vient te voir en consultation pour des douleurs abdomino-pelviennes depuis environ 15 jours.

Comment mènes-tu la consultation ?

Interne : Euh, déjà je pense que je ferais deux temps, l'interrogatoire avec la maman mais à un moment, je ferais sortir la maman.

Je passerais pas mal de temps sur l'interrogatoire pour essayer de comprendre d'où ça vient, où elle en est dans son cycle, dans sa vie génitale. C'est d'ailleurs pour ça que je ferais sortir la maman, et puis ensuite je l'examinerais. Après, je ne ferais peut-être pas d'examen gynéco vu qu'elle a 13 ans. Et puis voilà.

Moi : Si tu devais être un peu plus précise, que lui poserais-tu comme questions ? Et que ferais-tu aussi plus précieusement dans ton examen clinique ?

Interne : Donc j'essaierais de savoir s'il y a d'autres signes qui accompagnent la douleur, s'il y a des nausées, des vomissements, euh j'essaierais la rythmicité des douleurs, si c'est plus la nuit que ça la réveille ou la journée, ou si c'est post prandial, voilà je ferais à peu près comme ça pour l'interrogatoire. Voir aussi si elle prend un traitement ou une position qui peut la soulager, si c'est la première fois qu'elle présente cette douleur comme ça.

Ensuite pour l'examen clinique, je palperais pour essayer de voir s'il y a une défense ou une contracture. Et puis selon le cadran, je m'orienterais comme ça. (Blanc)

Et je lui demanderais aussi si elle fait de la fièvre.

Moi : D'accord. Donc là, je vais te donner quelques infos en fonction de tes questions.

Elle n'a pas fait de fièvre, tu n'as pas franchement de localisation sur la douleur à l'interrogatoire, c'est diffus sur l'ensemble de l'abdomen cadre colique, bas ventre, et à l'examen clinique tu as une sensibilité diffuse mais pas de contracture, pas de défense, pas de fièvre, pas de nausées pas de vomissements. Elle est réglée, cycle régulier. Là, elle n'a pas pris de traitement et n'a pas de position qui la soulage plus que ça. C'est une douleur constante, environ 5/10.

Avec ces éléments, comment orienterais-tu ta prise en charge ?

Interne : Alors vu que ça fait 15 jours, peut-être que je lui ferais un bilan et j'insisterais bien à l'examen clinique sur la fosse iliaque droite, être sûre que je n'ai pas de psoitis, et je lui poserais la question sur des signes urinaires aussi, est-ce qu'il y a des brûlures par exemple.

Ah, et à quoi je pensais aussi ?...Ah oui. Et elle en est où dans son cycle aussi ? Car tu m'as dit qu'elle était réglée, mais là, elle en est où ?

Moi : Elle vient de terminer sa période de règle.

Interne : D'accord, et elle n'a pas de diarrhée ?

Moi : Non.

Interne : Ben oui, alors je ferais peut-être en plus un bilan, finalement plus pour la rassurer elle, que pour rechercher quelque chose et puis j'essaierais de la revoir.

Moi : Et quand tu dis bilan, tu penses à quoi exactement ?

Interne : nfs plaquettes crp et des béta HCG. Je lui ferais faire aussi un ecbu.

Moi : Alors à ce moment-là tu en es où dans ta consult ? Elle rentre chez elle ?

Interne : Oui, je la fais rentrer avec l'ordo pour faire le bilan.

Moi : Alors elle rentre chez elle et elle fait son bilan comme tu l'as demandé. Pas d'hyperleucocytose, pas de syndrome inflammatoire, hcg négative, ecbu négatif.

Donc, elle revient te voir. Les douleurs sont toujours là. Qu'est-ce que tu ferais ?

Interne : Alors moi dans un premier temps je m'orienterais vers une colopathie fonctionnelle. Je la rassurerais, vu qu'il n'y a rien de particulier, et que les douleurs sont modérées, j'essaierais de lui faire tenir un journal des douleurs, voir si certains aliments lui déclenchent les douleurs. Et puis voir aussi sur le côté psycho, voir comment ça se passe à l'école.

Moi : Et concrètement alors dans ta consultation ? Que fais-tu ? Tu lui donnes des ordo ? Qu'est-ce que tu lui dis ?

Interne : Euh, peut-être que je lui donnerais du spasfon, voilà.

Moi : Et quand tu dis que tu irais voir vers le côté psy, quelles questions lui poserais tu ?

Interne : S'il y a eu des événements récents qui pourraient la stresser un peu, si elle n'est pas stressée par les examens, si ça va, si elle a des amis, si elle fait du sport, voilà.

Moi : Donc elle rentre avec son spasfon. Elle revient te voir une semaine après. Elle a fait ton agenda de la douleur mais elle te dit que l'agenda n'est pas contributif, parce qu'elle a mal tout le temps. Et elle revient te voir en disant ça.

Interne : Alors là, je ferais peut-être une échographie abdo et euh ouais je pense que je ferais une écho abdo.

Moi : Elle arrive à avoir une écho abdo ; rien de particulier. Entre 2, la maman a eu rdv gynéco car elle était inquiète. Sur l'examen clinique et les résultats, le gynéco est plutôt rassurant comme toi et il lui prescrit quand même une IRM pelvienne pour éliminer l'endométriose, qui s'avère être normale. Donc elle revient te voir pour te montrer tout ça. Les douleurs sont toujours là, pas intenses mais elles sont là quand même.

Interne : Alors je rajouterais, j'aurais peut-être dû le faire avant les IgA transaminases pour la maladie cœliaque.

Moi : Ca revient normal.

Interne : Alors tout est normal...Euh et elle se tord de douleur ?

Moi : Non c'est environ 5/10 constant.

Interne : Euh bah oui, je pense que je partirais sur une colopathie fonctionnelle et je la rassurerais.

Moi : Et si tu remarques des scarifications sur son abdomen ?

Interne : Euh.. Ba du coup, je partirais sur un truc psy. Je crois qu'il y a des tests sur les enfants ou les ados, des petites grilles d'évaluations, j'irais chercher. J'essaierais de la rapprocher d'un cmp, d'aller voir un psy.

Après tout dépend comment elle est aussi. Si elle me parle de ce qui va pas, ou si elle est plus dans le déni ou quoi. Si elle me dit que ça va pas, je lui proposerais direct quelque chose type stresam ou quoi. Pour essayer de l'apaiser un petit peu sans aller direct aux antidépresseurs. Mais si elle n'en parle pas c'est plus compliqué quoi.

Moi : Et que lui poserais-tu comme questions en voyant les scarifications ?

Interne : Alors dans un premier lieu j'essaierais de voir s'il y a des idées noires, des idées suicidaires, voir par rapport à son poids s'il y a des variations, et je lui demanderais ce que c'est, et pourquoi c'est là, voir si elle m'en parle.

Moi : D'accord. Alors en fait, je vais maintenant t'annoncer le sujet de ma thèse. C'est la place de la médecine générale dans la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent. Donc on va partir maintenant sur une 2ème partie, plutôt sur tes connaissances et ton expérience personnelle.

Interne : Hm oui OK.

Moi : Alors première question, aurais-tu une idée du pourcentage de victimes de violences sexuelles chez les mineurs en France ?

Interne : Euh, je dirais 25%.

Moi : Et maintenant connais-tu la part de violences sexuelles intrafamiliales ?

Interne : euh, je sais pas, là comme ça je dirais les trois quart.

Moi : Maintenant que tu connais le sujet, quels points d'appels pourraient te faire penser à une situation de violences sexuelles intrafamiliales chez un adolescent ? Que pourrait-on rechercher ?

Interne : Euh des signes cliniques comme des lésions ou saignements génitaux. Peut être des marques d'auto défense, des ongles arrachés. (blanc)

Moi : Et dans ton interrogatoire ?

Interne : Voir si quelqu'un l'a forcée à faire des choses qu'elle ne voulait pas. Après je dis « elle » mais on peut dire « il » aussi, ça peut être des garçons aussi.
Après euh là, comme ça je sais pas. J'ai pas de phrases types.

Moi : OK. Quand tu parlais tout à l'heure de voir l'adolescente seule... Selon toi, à partir de quel âge peut-on voir un mineur seul en consultation ?

Interne : Euh seul ? Je sais pas du tout.

Moi : Et si tu devais dire un âge minimal en imaginant ?

Interne : Alors avant 10 ans, je ne le ferais peut-être pas. A part si j'ai des signes physiques ou quelque chose qui m'aiguille vers ça, je ferais sortir les parents. Après sur des plus petits c'est délicat, car des enfants de 3, 4, 5 ans, souvent ils veulent rester près des parents. Mais je pense que si vraiment j'avais des gros doutes je... ou alors je trouverais une excuse type « Il faut aller chercher des vaccins à la

pharmacie. »

Moi : l'as-tu déjà demandé toi ?

Interne : Non, ça m'est arrivé au tout début d'externat, mon stage infirmier après la PACES, où j'étais aux urgences enfants et il y avait une ado avec des scarifications. Je lui ai demandé ce qu'il s'était passé et elle m'a tout lâché. Mais j'étais un peu trop jeune pour gérer, alors j'en ai parlé avec l'infirmier avec qui j'étais et voilà.

MOI : Et ton maître de stage, il voit des enfants seuls ?

Interne : Non, j'ai pas en tête.

Moi : Comment aborderais-tu des sujets comme la sexualité ou la violence ? Avec des adolescents ?

Interne : Peut-être que je commencerais à raconter une histoire qui peut évoquer ça pour ne pas y aller franco ou frontalement, je sais pas. J'essaierais de faire une petite métaphore pour que l'ado ne se sente pas seul, et qu'il ait l'impression qu'il puisse en parler quoi.

Moi : Selon toi quelle place occupe le médecin généraliste dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?

Interne : Je pense qu'il a un rôle de dépistage assez important quand même. Après, peut-être qu'il faudrait mettre en place des sortes de formations pour ça, car le livre psy bon, c'est pas non plus la panacée. Donc mettre en place des formations sur ça. Ça pourrait être bien, car il y a pas mal de méd G, qui se sentent pas à l'aise sur ça, encore maintenant. Et parfois on croit bien faire, et on fait des boulettes car on n'est pas bien formé. Alors peut-être qu'il pourrait avoir un rôle plus important, mais en même temps pas comme ça lâché quoi. Je sais pas trop comment dire.

Moi : Et par rapport à son rôle de médecin généraliste et la part intrafamiliale, quel est son rôle ?

Interne : Ba je pense que c'est important, et en tant que méd G, je pense qu'il faut pas oublier qu'on soigne avant tout des individus et non pas des familles. Et souvent peut-être qu'avec les années, les patients peuvent venir en famille ou devenir des amis, et il faut quand même faire gaffe individuellement et pas se dire : « C'est bon, c'est une bonne famille. » Voilà.

Moi : Connais-tu le numéro enfance en danger ?

Interne : Non.

Moi : C'est le 119.

Interne : OK

Moi : Si tu as cette situation-là en cas réel, vers qui pourrais-tu te tourner ?

Interne : Je pense qu'une fois qu'on est installé, c'est important d'avoir un réseau autour de notre lieu d'exercice, un CMP, un autre psy. Mais là, tout de suite, je n'aurais pas su. J'aurais probablement cherché ou essayé, ou appelé pour prendre les choses en main. Mais une fois installée, c'est important d'avoir son réseau, pour toutes spé confondues d'ailleurs.

Moi : Et si tu avais eu un interlocuteur, tu aurais choisi qui ?

Interne : Plutôt un CMP ou quelque chose comme ça. J'aurais évalué la situation. Mais on est obligé de faire une information préoccupante dans ce cas-là.

Moi : Connais-tu la différence entre IP et signalement ?

Interne : Alors euh, information préoccupante c'est quelque chose qui doit être pris en charge tout de suite alors que le signalement c'est l'inverse. Enfin je crois.

Moi : C'est l'inverse.

Interne : Ah, c'est l'inverse. OK.

Moi : Concrètement, est-ce que tu sais ce que tu devrais faire ?

Interne : Concrètement non, j'ai jamais vu faire.

Moi : Quels pourraient être les freins pour un médecin généraliste pour faire une IP ou un signalement ?

Interne : Alors déjà, comme je te disais tout à l'heure, la relation avec la famille, ça peut être un peu gênant de mettre les pieds dans le plat. Après, peut-être si l'ado refuse vraiment, c'est délicat de forcer. Mais chez les mineurs, on est quand même obligé de le faire quoi. (blanc)

Moi : Que pourrais-tu mettre en place pour faciliter les révélations des adolescents ? Peut-être pour les mettre plus à l'aise sur des sujets comme la sexualité, la violence, et des idées suicidaires aussi, en termes de prévention ?

Interne : Euh bah, déjà peut-être avec des affiches dans les cabinets, pour dire qu'on est disponible, qu'on peut en parler. Pour aussi dire que c'est pas normal, parce que parfois il peut y avoir des jeux psychologiques et l'ado ne se rend même pas compte que c'est pas normal. Et peut-être une question systématique pour l'ado et la famille : « Comment ça se passe à la maison ? »

Moi : As-tu déjà été confrontée à une situation de violences sexuelles intrafamiliales chez un adolescent ?

Interne : non

Moi : Si tu étais face à une situation comme le cas clinique, comment penses-tu que tu pourrais réagir ?

Interne : Je pense qu'on peut se laisser déborder, et vouloir trop en faire alors qu'on n'est pas formé. Moi mon tempérament, ce serait de peut-être trop parler et de braquer l'ado. Après ça atteint quoi. Moi je suis un peu sensible, donc quand je vois un truc triste, je suis sensible. Mais ça fait partie du rôle du méd G, surtout qu'on en parle de plus en plus. Et à mon avis, ça va être de plus en plus un rôle central dans nos consultations.

Moi : Te sentirais-tu plutôt à l'aise ou en difficulté ?

Interne : Alors malheureusement c'est comme tout, plus on en voit, plus on est à l'aise avec ça quoi. Au début difficile puis.... et puis une fois que tu sais ce que tu dois faire, quand tu dois faire un signalement ou une IP, ce que tu dois mettre dedans tout ça, il y a que la part psychologique qui devient un peu plus difficile. La part pratique elle est lancée, et tu sais faire, donc c'est moins fatigant.

Moi : As-tu déjà eu des formations sur la prise en charge des violences sexuelles chez l'adolescent ?

Interne : Non, à Marseille on avait un séminaire, plutôt médecine légale, avec des photos de bleus chez des petits et tout. J'avais plutôt été choquée moi d'ailleurs qu'on nous montre des photos comme ça. Je m'attendais pas à ce qu'on nous montre ça. Et j'ai été un peu heurtée. Après, je sais que ça fait partie de mon métier et qu'il faudra que je passe par là. Mais au final, je n'en sors rien de concret quoi. Je sais ce que peut faire le médecin légiste, mais moi ça m'a pas plus apporté dans ma pratique.

Moi : Penses-tu que ce serait utile dans notre cursus d'avoir une formation sur ce sujet ?

Interne : OUI

Moi : Actuellement, la formation te semble-t-elle suffisante dans le cadre des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent?

Interne : Non.

Moi : Qu'est-ce qui serait important pour toi ?

Interne : Le côté pratique, comprendre un peu plus vers qui se tourner dans telle situation, et puis peut être avoir des entretiens avec des psychologues ou psychiatres pour avoir des sortes de techniques de communication. Savoir ce qui peut être dit ou pas dans ce genre de cas.

Moi : A partir de quand dans le cas clinique as-tu pensé à la part non somatique de la douleur et au côté plus psychologique ?

Interne : Quand il y avait une plainte comme ça sans signes francs, je le mets dans un coin de ma tête. Mais après moi j'y pense à chaque consultation, j'y pense direct au côté psy du truc quoi, et en fonction j'en parle ou non, en fonction de la consultation. Voir si quelque chose m'oriente vers quelque chose d'organique.

INTERNE I

Moi : Alors la première partie de l'entretien ça va être un cas clinique.

Tu imagines que tu es au cabinet, tu mènes la consultation de A à Z, et tu me dis tout ce qui te passe par la tête, tout ce que tu penses, et tout ce que tu ferais, comme si on était en consultation.

C'est parti :

Une jeune fille de 13 ans, accompagnée de sa maman vient te voir en consultation pour des douleurs abdomino-pelviennes depuis environ 15 jours.

Comment mènes-tu la consultation ?

Interne : Euh à l'interrogatoire, donc euh, savoir le type de douleur ou est-ce qu'elle les localise, si elles sont continues, voir si fond douloureux, si antalgique pris, fièvre associée, date des dernières règles, si moyen de contraception ou pas.

Voir comment la maman est à l'aise ou pas, faire sortir la maman ou pas et voir s'il y a des rapports sexuels ou non, protégés ou non. Est ce qu'il y a des signes fonctionnels urinaires, savoir s'il y a des antécédents appendicectomie ou pas, s'il y a des pertes vaginales.

Au niveau de l'interrogatoire voilà, peut-être aussi diarrhées ? Vomissements ? Nausées ? Ensuite l'examen clinique donc examen cardio pulmonaire, reprendre ou la douleur est localisée, palper l'abdomen, voir s'il y a des irradiations, voir les fosses lombaires. Voilà, je ferais comme ça.

Moi : Alors, je vais te donner les réponses à tes questions.

Elle n'a pas d'antécédents particuliers, ni médicaux, ni chirurgicaux. Elle n'a pas de fièvre, elle est réglée.

Là au niveau de son cycle, elle vient de le terminer. Elle a des douleurs diffuses sans localisations précises, constantes, pas de signes associés, transit normal, pas de nausées, pas de vomissements, pas de trouble du transit, pas de moyen de contraception, pas de signes urinaires. Et au niveau clinique : abdomen sensible dans son ensemble, pas de défense, pas de contracture, souple, pas de douleurs ébranlement fosses lombaires. Cardio pulmonaire, rien de particulier. Pas de perte en dehors de ces cycles, pas de pertes blanches.

Elle n'a pas de rapports sexuels. Et constantes normales, elle n'a pas pris de traitement particulier.

Interne : D'accord, donc là maintenant, qu'est ce je ferais ?

Moi : Oui c'est ça.

Interne : Et la douleur, elle la situerait à combien ?

Moi : 5/10.

Interne : Alors je ferais une ordonnance d'antalgiques avec paracétamol plus ou moins ibuprofène si elle n'est pas soulagée par paracétamol simple. Et puis ensuite je verrais pour peut-être à la revoir par la suite, pour plus ou moins envisager un bilan et une échographie, mais pas tout de suite. Dans un premier temps plutôt la faire sortir avec des antalgiques.

Moi : OK. Donc elle rentre avec ses antalgiques et elle revient te voir quelques jours plus tard et entre temps, elle est allée aux urgences car ça n'allait pas mieux. Elle te montre le compte rendu des urgences : tu vois que leur examen clinique était plutôt rassurant. Ils ont quand même lancé un bilan biologique pas de syndrome inflammatoire, pas d'hyperleucocytose, bilan hépatique normale, pas d'anémie, HCG sanguine négative et ils ont fait BU négative. Et ils lui ont dit : « Ba écoutez, c'est plutôt rassurant, voyez avec votre médecin traitant pour la suite si ça persiste. »

Donc ça persiste, elle revient te voir, comment mènes-tu la consultation ?

Interne : Alors déjà, je reprendrais un peu le compte rendu des urgences, voir si elle a tout compris, essayer de rassurer sur le fait qu'il n'y ait pas d'anomalie somatique pour le moment, qu'on a rien

retrouvé. Alors ensuite peut-être voir si scolairement ça va, voir s'il y a du stress en ce moment, voir s'il y a eu du changement à la maison ou à l'école.

Moi : Elle a bien compris ce qu'il s'est passé aux urgences. Elle est en classe de 3ème, elle te dit que ça va, qu'elle n'est pas forcément anxieuse. Mais là, tu as la maman qui intervient et qui te dit que quand même ses résultats ont un peu baissé depuis quelques temps. A la maison sinon ça va.

Interne : Peut-être insister sur la chute des résultats, voir depuis combien de temps ça évolue. Euh est-ce qu'elle se rappelle de quelque chose à ce moment-là qui l'a fait changer ça. Revoir avec la maman aussi, revoir l'appétit, le sommeil, essayer d'insister.

Moi : Elle te dit que sommeil alimentation, ça va. Tu remarques quelques signes d'anxiété. Elle se rend bien compte que ses résultats ont diminué depuis 2 semaines, mais elle te dit qu'elle ne sait pas trop pourquoi.

Interne : Alors peut-être voir pour faire sortir la maman. Peut-être qu'il y a un frein ce moment-là, peut-être qu'elle ne veut pas tout me dire devant sa maman, et faire un entretien en tête à tête.

Moi : D'accord et alors que lui poserais-tu comme question à ce moment-là ?

Interne : Ba déjà, je vais la réassurer, lui dire que même si sa maman est à côté, qu'il y a le secret médical, qu'elle peut me dire des choses et qu'on évaluera ensemble s'il est besoin de raconter à sa mère. Voir s'il y a des choses qui l'inquiètent, voir s'il y a des comportements inadaptés, ou à l'école, ou dans l'entourage. Que je peux pas avancer non plus sans qu'elle me dise. Après c'est possiblement pas avec moi, ça peut être avec un autre collègue si elle préfère. Lancer des pistes un peu comme ça. J'essaie d'éliminer des idées noires aussi. Qu'elle peut aussi reprendre rdv quand elle veut, si elle ne veut pas m'en parler tout de suite. Que si elle n'est pas prête maintenant, elle peut revenir plus tard sans soucis.

Moi : Et tu clôtures comment ta consultation ?

Interne : Ba j'essaie de la revoir rapidement fin de semaine ou semaine suivante et je vois pour peut-être lui donner des numéros de CMP ou associations qu'elle peut contacter et qu'elle peut aussi reconsulter ici.

Moi ; Si tu avais vu des scarifications sur son abdomen, comment ça aurait pu modifier ta consultation ?

Interne : J'aurai posé des questions comme quand est-ce que c'est arrivé, dans quelles circonstances, si c'était impulsif ou réfléchi, voir s'il y a d'autres signes de scarifications ailleurs.

Moi : D'accord, donc là maintenant, je vais te dire le sujet de ma thèse : C'est la place de la médecine générale dans la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent. Donc on va partir maintenant sur une 2ème partie, plutôt sur tes connaissances et ton expérience personnelle.

Interne : D'accord.

Moi : Alors première question, aurais-tu une idée du pourcentage de victimes de violences sexuelles chez les mineurs en France ? Et ensuite la part de violences sexuelles intrafamiliales ?

Interne : Euh je sais pas je dirais peut être 30%, et sur le côté intrafamilial je pense que c'est la majorité donc 80% je dirais.

Moi : Maintenant que tu connais le sujet, Quels signes rechercherais-tu comme points d'appel dans le cadre des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?

Interne : Euh les choses qui me viennent ça va être tous les symptômes somatiques non expliqués. On peut se poser la question des ados un peu renfermés, baisse des résultats scolaires, idées noires, scarifications. Peut-être aussi pour des enfants qu'on suit habituellement, un changement de comportement, peut-être aussi des parents qui répondent trop à la place des enfants. Voilà je dirais ça.

Moi : Tout à l'heure, au début du cas clinique, tu disais que tu essaierais de voir la jeune fille toute seule. Selon toi, à partir de quel âge peut-on voir un mineur seul en consultation ?

Interne : (blanc) Ba, je pense qu'à partir du moment qu'ils savent parler, je pense qu'on peut, à partir du moment où on a un doute, je pense que c'est faisable.

Moi : As-tu déjà fait la demande dans tes stages ?

Interne : Non jamais, et puis les seules fois où j'aurais pu, c'était des enfants placés avec des éduc et les éducateurs sortaient par eux-mêmes en fait.

Moi : Comment abordes-tu des sujets comme la sexualité ou la violence avec des adolescents ? Ou comment l'aborderais-tu ?

Interne : Euh du coup, par où je pourrais commencer ? Initier peut-être par des messages de prévention pour être global. Savoir s'il y a déjà eu un rapport sexuel, est-ce que l'adolescent a trouvé que c'était dans un cadre normal, rassurant. On peut même poser des questions franches en demandant si dans si quelqu'un dans la famille a déjà eu un comportement inadapté, ou si tu t'es senti mal à l'aise face à un comportement. Est-ce qu'on a déjà touché tes parties intimes quand tu étais plus petit ou maintenant. Essayer de poser des questions précises pour pas être flou, comme ça même, s'ils sont pas prêts à en parler, maintenant ils savent qu'ils peuvent en parler.

Moi : Selon toi quelle place occupe le médecin généraliste dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?

Interne : En tant que premier recours, il y a du dépistage, de la prévention. Savoir aussi orienter quand ça a été diagnostiqué. Donc une place assez importante quand même.

Moi : Et le fait que ce soit une violence intrafamiliale, comment vois-tu ta place de médecin ?

Interne : Ca je pense que c'est un peu délicat, car on n'est peut-être pas beaucoup formé. Je pense qu'en tant que médecin de famille, il peut y avoir un certain déni à voir ces choses-là en connaissant les patients. Je pense que c'est délicat car on n'est pas formé pour savoir comment le repérer, comment on intervient sur des choses qui peuvent être conflictuelles et source d'agressivité des parents aussi je pense.

Moi : Si tu étais face à une situation comme le cas clinique, saurais-tu à qui t'adresser pour la suite de la prise en charge ? Ou aurais-tu gérer toi-même ?

Interne : Alors là, à mon niveau et même plus tard quand je serai installée, je pense qu'il vaut mieux être entouré de personnes, même vis à vis de l'enfant. Avoir plusieurs moyens de dialogue et de prise en charge pour ne pas se retrouver dans la difficulté.

Moi : A qui pourrais-tu t'adresser ?

Interne : Euh là comme ça, faudrait que je fasse des recherches, je sais pas (blanc). Peut-être à un confrère pédopsychiatre ou à des associations. Avoir une petite liste de contacts, ce serait bien.

Moi : Connais-tu le numéro enfance en danger ?

Interne : Euh, non.

Moi : c'est le 119

Interne : le 119. OK.

Moi : Saurais-tu me dire quelle est la différence entre information préoccupante et signalement ?

Interne : C'est au niveau juridique c'est ça. Le signalement ça monte direct au procureur et l'information c'est un peu moins c'est ça ?

Moi : Oui signalement c'est au procureur, c'est un danger immédiat. Et l'information préoccupante, c'est envoyé à la cellule de recueil d'informations préoccupantes. C'est dans un cadre d'un danger non imminent pour l'enfant.

Moi : Concrètement, connais-tu les démarches pour faire soit IP soit signalement ?

Interne non je sais pas du tout, je n'ai jamais eu à en faire.

Moi : Pour toi quels pourraient être les freins pour un médecin généraliste pour faire un signalement ou une IP ?

Interne : Je sais pas, le temps je pense pour le côté administratif.

Vis à vis des parents aussi, ça peut faire peur, peut-être d'avoir des menaces au niveau démarches. Et peut-être un peu de déni, car on n'a peut-être pas envie de le voir.

Moi : Que pourrais-tu mettre en place dans ta pratique médicale pour faciliter les révélations des adolescents ? Ou prévenir les violences sexuelles chez les ado ?

Interne : Hm bah du coup, à un certain âge, essayer de toujours poser la question de manière à banaliser un petit peu pour mieux dépister.

L'infographie aussi en salle d'attente, savoir aussi que c'est une question qu'on peut aussi aborder en cabinet. Voilà je pense déjà à ça.

Moi : As-tu déjà pris en charge dans le cadre de tes stages, des violences sexuelles intrafamiliales chez un adolescent ?

Interne : Non, c'était pas des ados mais des plus petits enfants, ils avaient entre 5-10 ans.

Moi : Comment avais-tu vécu ces consultations ?

Interne : Bah du coup, c'était déjà dépisté chez des enfants placés. Et pareil beaucoup de plaintes somatiques qui revenaient. C'était dur une fois qu'on savait, de faire la part des choses entre ce qu'on savait, entre les plaintes somatiques aussi.

On essaie de poser les questions, mais ils ne s'identifient pas forcément. Petits, ils ne savaient pas trop ce qui était bien ou pas bien en fait.

Moi : As-tu déjà eu des formations sur la prise en charge des violences sexuelles chez l'adolescent ?

Interne : Non.

Moi : Est-ce que tu penses que ça pourrait être important dans notre cursus ?

Interne : Oui, oui, oui, c'est des choses en tant que médecin généraliste qu'on est amené à rencontrer plusieurs fois sur une carrière et c'est des points qu'on n'aborde pas. Il y a des formations mais il faut aller les chercher. Elles ne sont pas proposées systématiquement en médecine générale quoi.

Moi : Merci beaucoup !

Interne : De rien. Est-ce que tu pourras me donner les résultats ? Ça m'intéresserait !

INTERNE J

Moi : Alors la première partie de l'entretien ça va être un cas clinique.

Tu imagines que tu es au cabinet de médecine générale, tu mènes la consultation de A à Z, et tu vas me dire tout ce qui te passe par la tête, tout ce que tu penses, et tout ce que tu ferais, ou ce que tu ne ferais pas : clinique paraclinique conclusion.

C'est parti :

Une jeune fille de 13 ans, accompagnée de sa maman vient te voir en consultation pour des douleurs abdomino-pelviennes depuis environ 15 jours.

Comment mènes-tu la consultation ?

Interne : Alors tout d'abord, je demanderais à la petite fille si elle veut absolument que sa maman soit là ou pas pendant la consultation. En fonction, je commencerais l'interrogatoire.

Donc je lui demanderais si elle a ses règles, si elle a des brûlures urinaires, si elle a des troubles digestifs type diarrhées vomissement, constipation, nausées ; si elle a eu de la fièvre, si elle a déjà eu ce genre de douleurs avant, elle a déjà fait l'appendicite, les antécédents chirurgicaux. Ensuite je passerais à l'examen clinique, je palperais le ventre, je lui demanderais bien sûr avant si elle est d'accord que je l'examine.

J'essaierais d'étayer tout ce qui est gynéco, savoir si elle a déjà eu des rapports, si ses parents sont au courant, si elle a déjà eu des violences sexuelles ou pas, si elle a déjà eu des antécédents de troubles digestifs dans sa famille ; voir si elle a déjà fait des infections urinaires aussi.

Ensuite prise des constantes donc tension, température, l'auscultation cardiaque, voir si elle est tachycarde ou pas. J'essaie de voir s'il y a urgence ou pas, et j'oriente en fonction.

Après en fonction de l'information à la maman, comme elle est mineure, si jamais la fille veut absolument qu'elle soit au courant je lui dis. Après si elle veut pas que la maman soit au courant, je lui dirais pas. Après je lui dirais si c'est grave ou pas mais je ne rentrerais pas dans les détails directement si la fille ne veut pas.

Moi : OK, Alors très bien, je vais pouvoir maintenant t'annoncer le sujet de ma thèse car tu as de suite évoqué un élément important. En fait mon sujet c'est la place de la médecine générale dans la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent.

Interne : Ah oui OK.

Moi : Comme tu as évoqué le tableau de violences sexuelles, on n'a pas besoin d'aller plus loin. Est-ce que tu évoques systématiquement cette question avec les ados ?

Interne : Bah je pense que des fois ça se ressent. Il faut laisser place à toutes discussions. Surtout sur un tableau de douleurs abdos, ça peut tellement être tout et n'importe quoi. Alors peut-être que c'est de par mon parcours, mais je pense que je me souviens avoir eu un stage avec une gynéco qui m'avait dit de toujours demander à une adolescente, déjà si elle voulait que ses parents soient présents ou non . Je pense que c'est quelque chose d'important.

Moi : On va partir maintenant sur la 2ème partie de l'entretien, plutôt sur tes connaissances et ton expérience personnelle.

Alors première question, aurais-tu une idée du pourcentage de victimes de violences sexuelles chez les mineurs en France?

Interne : Donc chez les mineurs, j'aurais tendance à dire entre 5 et 10%

Moi : Et maintenant connais-tu la part de violences sexuelles intrafamiliales?

Interne : Euh j'aurais dit entre 70 et 80%.

Moi : Maintenant que tu connais le sujet, quels points d'appels pourraient te faire penser à une situation

de violences sexuelles intrafamiliales chez un adolescent ? Que pourrait-on rechercher ?

Interne : Euh j'aurais tendance à dire comme ça avec un peu des préjugés, un niveau socio-économique très bas. Euh des filles ou des garçons sexualisés très jeunes, donc qui s'habillent comme des adultes alors qu'ils sont très jeunes. Après euh je sais pas trop sinon. Peut-être dans des familles recomposées, des filles qui peut être ont des rapports sexuels très tôt ou au contraire des petites filles qui ont tendance à se cacher ou IMC fort ou avec problème de sociabilité.

Moi : OK. Quand tu parlais tout à l'heure de voir l'adolescente seule...Selon toi, à partir de quel âge peut-on voir un mineur seul en consultation ?

Interne : Alors ça ! Je me souviens l'avoir appris mais je saurais pas dire ... blanc je sais pas ... peut-être 12 ans ?

Moi : L'as-tu déjà demandé dans le cadre de tes stages ?

Interne : Non parce que pour le moment je n'ai pas encore eu cette place de médecin faisant la consultation toute seule.

Moi : Penses-tu que tu le demanderais facilement ?

Interne : Sincèrement oui ! Si j'étais confrontée à ce cas-là, si vraiment je sens que c'est la mère qui parle pour l'enfant, je demanderais à l'enfant s'il veut bien que je le vois seul sans ses parents.

Moi : Comment aborderais ou comme abordes-tu des sujets comme la sexualité ou la violence avec des adolescents ?

Interne : Ba encore pareil, comme j'ai pas encore eu cette place où j'étais vraiment l'interlocutrice sur une consultation ou alors quand le médecin est là avec moi, je le sens par forcément de venir donner mon avis mais je pense que je l'aborderais de manière explicite mais en douceur. Du genre est-ce que tu as déjà eu des rapports sexuels ? Pour toi est-ce que la sexualité te parle ? Mais oui c'est quelque chose que j'aborderais.

Moi : Selon toi quelle place occupe le médecin généraliste dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?

Interne : Ba pour moi elle est primordiale. C'est comme pour plein de choses. Le médecin généraliste peut voir certains problèmes que personne d'autre ne peut voir parce qu'on est dans l'intimité des patients et de la famille aussi. Donc si le médecin généraliste suspecte des violences sexuelles intrafamiliales, c'est clairement à lui, pour moi, d'en faire le signalement ou peut être d'en discuter avec la famille. Car c'est vrai qu'on peut avoir cette place parfois d'entrer clairement dans l'intimité des gens.

Moi : Et le fait que ce soit intrafamilial, est ce que ça change quelque chose pour toi ?

Interne : Ba c'est sûr que le fait qu'on connaisse les parents ça va être plus difficile à gérer mais je pense que le plus important, c'est la santé de l'enfant, et réussir aussi à trouver les bons interlocuteurs aussi ça peut aider. Je sais que les signalements ne sont pas forcément sus par les parents des patients du coup. Il faut aussi réussir à trouver des combines parfois aussi. Mais on peut pas laisser un gamin se faire violer par quelqu'un de sa famille de peur de perdre un patient, quoi !

Moi : Si tu étais face à une situation comme le cas clinique, saurais-tu à qui t'adresser pour la suite de la prise en charge ? Ou gèrerais-tu seule ?

Interne : Non je ne gèrerais pas toute seule. Déjà si jamais je ne sais pas comment faire je regarderais sur internet. Après on a eu un GAAP récemment sur ça, sur les probables situations, sur signalement et recueil d'informations. Mais je suppose que dans ces cas-là, il faut quand même faire appel à la justice, alors j'imagine qu'il doit y avoir un numéro que je pourrais appeler si on est témoin de violence ou de probable violence. Je pense que je chercherais là-dedans.

Après garder l'anonymat quant au signalement, ça peut-être une idée aussi prioritaire quoi. Car ça peut nous mettre en péril si jamais l'un des parents veut se venger.

Mais je regarderais sur internet pour contacter la justice ou peut-être même des travailleurs sociaux pour voir comment eux ils font.

Moi : Tu parlais tout à l'heure de recueil d'information préoccupante et de signalement, quelle est la différence entre les deux ?

Interne : Alors, euh franchement je l'ai vu mais je crois que je m'en souviens plus.

Le recueil d'information je crois que les parents sont au courant alors que signalement ils ne le sont pas. Après le destinataire n'est pas le même. Ohlala je ne sais plus trop ce que c'est la différence entre les 2 en plus.

Moi : Alors information préoccupante c'est pour un danger non immédiat, et tu contactes la cellule de recueil d'information préoccupante, et signalement c'est danger immédiat et tu contactes le procureur.

Interne : OK.

Moi : Connais-tu le numéro enfance en danger ?

Interne : Hum, il y en a un spécifique qui n'est pas le 17 ou les pompiers ?

Moi : Oui

Interne : Non, je sais pas.

Moi : C'est le 119.

Moi : Pour toi quels pourraient être les freins pour faire un signalement ou une IP ? Pour toi, mais aussi pour les médecins en règle générale.

Interne : Alors déjà la charge administrative je pense. Ensuite peut-être l'impact sur sa propre personne et sa propre sécurité. Peut-être aussi le doute. Est-ce qu'on a eu vraiment le coup d'œil, est-ce qu'on est sûr de soi, est-ce que c'est pas trop de faire un signalement ? Je pense que c'est ces choses-là qui peuvent être un frein. Car après quand on sait que ça va être plus une aide qu'un frein, on y va sans problème.

Moi : Que pourrais-tu mettre en place pour favoriser les révélations des adolescents ? Et dépister les violences sexuelles intrafamiliales ?

Interne : Euh je sais pas, ça dépend si on l'a déjà vu ou pas, l'adolescent. Je sais pas s'il y a des scores qui existent pour déceler des violences, ou des violences sexuelles. Pour favoriser les révélations...hum je sais pas...c'est sûr que la relation médecin/patient est primordiale.

Que les parents ne soient pas là, déjà ça peut aider.

Dire au patient qu'on ne le juge pas, que tout ce qui est dit au cabinet, reste au cabinet et que personne ne le saura. Mettre en confiance. Expliquer que nous, on est vraiment là pour l'aider, et pas pour tout dire après à ses parents.

Après en réalité ça doit être plus compliqué. Après, parfois, certains enfants ne veulent pas s'ouvrir aussi, quoi.

Moi : D'accord OK, as-tu déjà été confrontée à une situation de violence sexuelle intrafamiliale chez un adolescent ?

Interne : Euh hummm quand je suis passée en pédo psy on a suspecté une fois, chez une fille de 13 ans, qui venait pour une tentative de suicide. J'étais avec l'équipe de pédopsychiatrie des urgences et oui il y a une fille qui était très sexualisée, qui parlait comme une adulte et qui parlait de son oncle comme un dieu. Et on s'est vraiment posé les questions de savoir si elle n'avait pas été abusée. Après ça a été une supposition, et son acte était pour une toute autre raison donc sur le coup on n'a pas trop insisté là-dessus quoi.

Après c'est peut-être hors sujet mais j'ai déjà été confrontée à ça hors stage. J'ai déjà connu des filles plus jeunes se faisant abuser.

Moi : Et comment avais-tu réagis? Qu'avais tu ressenti ?

Interne : Ba déjà du dégoût. C'est ma maman qui était prof de couture dans un lycée à Coutances, il y avait beaucoup de filles qui n'avaient pas beaucoup d'argent. Cette fille-là, elle faisait partie d'une famille recomposée, avec une maman alcoolique, et c'est son beau-père qui l'a violée et en plus, régulièrement. Et moi je me souviens, j'avais entre 10 et 13 ans. Ma mère avait essayé de l'aider.

Mais après ce qui était difficile à voir, c'est qu'en fait la gamine, elle était incapable de se rendre compte de ce qu'il se passait. Pour elle c'était un peu normal, c'était son beau-père donc voilà. Elle estimait qu'elle pouvait rien faire en fait. Cette sensation d'impuissance quoi.

Moi : Et si ça arrivait maintenant cette situation et que tu la voyais en consultation ?

Interne : Et bah je pense que je discuterais avec elle, peut-être la maman aussi pour voir si elle est au courant de quelque chose ou pas. Et si je pense que c'est véridique et qu'il y a quelque chose à faire, je ferais un signalement.

Moi : Penses-tu que ça peut être difficile de faire ce signalement ?

Interne : Moi je pense pas que ce serait difficile car c'est quelque chose qui me tient à cœur et je pense que c'est quelque chose qui fera partie de mon activité en tant que médecin.

Donc pour moi, ce ne serait pas une difficulté mais après, devant le fait accompli ce sera difficile car il y a les démarches administratives qui sont compliquées, difficile aussi car le signalement ne va pas forcément tout changer.

Moi : As-tu déjà eu des formations sur la prise en charge des violences sexuelles chez l'adolescent ?

Interne : Non, j'ai jamais eu de formation.

Moi : D'accord. Penses-tu que ce serait légitime d'avoir une formation sur la prise en charge des violences sexuelles chez l'adolescent?

Interne : Ba oui, clairement. Après le problème, c'est qu'il y a tellement de choses à faire en médecine générale. Alors peut-être pas l'appliquer à tous, parce que peut-être c'est une corvée pour certains et super intéressant pour d'autres. Alors peut-être le proposer, je pense qu'on serait beaucoup à venir se former. Mais je ressens quand même qu'il n'y a pas forcément beaucoup de médecins intéressés par ce problème.

Moi : Qu'est ce qui serait intéressant selon toi dans une telle formation ?

Interne : Ba déjà sur les signalements, le recueil d'informations préoccupantes : voir qu'est-ce que c'est, comment on fait, à qui on peut s'adresser ou demander de l'aide. Et puis surtout au niveau de la clinique

et de l'interrogatoire. Être formé pour déceler, essayer d'avoir des repères, je sais pas , des petites choses qui peuvent être communes à la majorité des violences sexuelles. Être formé par des spécialistes, c'est toujours intéressant pour nous d'avoir ce regard, d'avoir des outils, de voir comment on peut faire dans la prise en charge. Des petites astuces pour voir aussi comment faire un suivi psychologique en cabinet.

Moi : D'accord merci beaucoup pour ta participation !

INTERNE K

Moi : Alors la première partie de l'entretien ça va être un cas clinique.

Tu imagines que tu es au cabinet de médecine générale, tu mènes la consultation de A à Z, et tu vas me dire tout ce qui te passe par la tête, tout ce que tu penses, et tout ce que tu ferais, ou ce que tu ne ferais pas : clinique paraclinique conclusion.

C'est parti :

Une jeune fille de 13 ans, accompagnée de sa maman vient te voir en consultation pour des douleurs abdomino-pelviennes depuis environ 15 jours.

Comment mènes-tu la consultation ?

Interne : Euh du coup je revois ses antécédents personnels, familiaux, chirurgicaux, ses vaccinations, savoir si elle fume, si elle a une contraception. Et après les douleurs : quand elles ont commencé, si c'est permanent, (c'est difficile de se projeter) où elles sont exactement, s'il y a une irradiation, s'il y a des symptômes associés urinaires digestif, diarrhées, constipation, vomissements, si elle a ses règles ou pas encore, et si c'est le cas si les cycles sont réguliers, s'ils sont douloureux. Après je vois en fonction de ça en fait.

Moi : Donc elle n'a pas d'antécédents particuliers ni médicaux ni chirurgicaux, ni familiaux, elle est à jour de ses vaccins, elle n'a pas de moyen de contraception, elle ne fume pas. Elle présente des douleurs diffuses dans tout l'abdomen sans irradiation, pas de signes urinaires, pas de nausées ni vomissements, pas de diarrhées, pas de constipation, elle a ses règles, elle vient de terminer son cycle, elle a des clecs réguliers, non douloureux. Les douleurs ont commencé il y a 15 jours, elles sont constantes, avec une Eva à 5/10, il n'y a pas de facteurs déclenchant, pas de position antalgique.

Interne : Elle a pris un traitement ?

Moi : Non, elle n'a rien pris.

Interne : Donc si je résume : elle a des douleurs abdos depuis 15 jours, constantes... faudrait que je sache si elle a des rapports sexuels pour voir s'il faut éliminer les urgences.

Alors moi, comment je procéderaï pour ça, faudrait que je la vois sans sa mère. Est-ce que je vois ça avant ou après l'avoir examinée ? Tout dépend du contexte, mais je ferais sortir la maman ou le papa dans tous les cas. Donc je propose aux parents, et en général ça se passe bien, les parents acceptent quand je le demande.

Donc là, je vais en profiter pour lui demander si elle a des rapports sexuels, si elle a une contraception, préservatifs, si elle a déjà réfléchi, et je vais aussi poser la question des toxiques aussi, si vraiment elle ne fume pas, si elle ne prend vraiment aucun toxique, et voilà.

Ensuite je l'examine.

Moi : Alors, elle n'a pas de rapports sexuels, elle n'a pas de contraception, elle ne prend pas de toxiques, pas de tabac, pas de drogues, pas d'alcool.

Interne : Alors je l'examine, je regarde son ventre, examen cardio pulmonaire, les constantes aussi. Voilà.

Moi : Son abdomen est sensible dans son ensemble mais pas de défense ni contracture, pas de douleurs ébranlement fosse lombaire, examen cardio pulmonaire sans particularité.

Interne : Donc c'est douloureux dans l'ensemble, hum à priori j'ai pas de critères d'urgences donc je commencerais antalgiques et la réévaluer.

C'est difficile de se projeter là comme ça, mais j'essaierais dans un premier temps doliprane, peut-être spasfon, les deux et la réévaluer, voir si ça l'a soulagée ou pas. Et peut-être dans un second temps un bilan. Après ça dépend aussi, si vraiment je lui fais confiance ou pas, si vraiment elle a des rapports ou pas. Là, c'est plus le ressenti et fonction de comment je le sens ou pas. Si vraiment elle n'a pas de rapport sexuel, je n'ai pas de critères d'urgences et je peux temporiser. Puis voir aussi si c'est un vrai 5/10 pour la douleur ou un petit 5/10, voir si elle a l'air vraiment douloureuse ou pas.

Moi : Donc si tu la fais rentrer avec un traitement antalgique. Elle revient te voir en consultation quelques jours plus tard pour ta consultation de réévaluation. Et en fait elle t'informe qu'elle est allée aux urgences entre deux car elle avait toujours mal.

Ils lui ont fait un bilan, elle t'amène le compte rendu des urgences avec un examen clinique rassurant et à la bio tu vois NFS normale, pas d'hyperleucocytose, pas de syndrome inflammatoire, bilan hépatique normale, HCG négative, BU négatif et ils l'ont fait rentrer avec consigne de te revoir par la suite.

Interne : Et elle a bien pris les antalgiques ?

Moi : Oui, oui et ça ne l'a pas soulagée.

Interne : Ba, dans ce cas-là, si ça persiste, et qu'il y a toujours des douleurs, dans ce cas-là je lui prescrirais une écho quand même. Il n'y a pas d'urgences, mais bon pour quand même éliminer, je sais pas moi, peut-être une endométriose. Il n'y a pas de gros point d'appel quoi.

Sans urgence, mais je préférerais regarder quand même, après l'avoir examinée quand même.

Je réfléchis, mais oui je pourrais faire ça, car c'est pas invasif.

Moi : Donc elle revient te voir une semaine plus tard, elle a fait son échographie qui est normale. Et entre deux sa mère a réussi à lui avoir un rdv gynéco et le gynéco est plutôt rassurant, il ne retrouve rien de particulier. Il a quand même pensé à une endométriose, alors il lui a prescrit une IRM pelvienne. Elle revient te voir en te montrant les résultats de l'IRM pelvienne qui sont normaux, en te disant qu'elle a toujours mal.

Interne : Mais, elle a mal en permanence ? Car si elle a mal tout le temps comme ça, j'aurais tendance à me dire endométriose quand même quoiqu'il arrive, avec aucun autre symptôme ?

Moi : Oui, douleur en continue, et pas d'autres symptômes associés.

Interne : Donc pas d'autres symptômes, écho normale, IRM normale, ça commence à faire beaucoup.

Ba là, je vais me poser la question de la part psy.

Alors peut-être que je l'aurais fait à un moment ou à un autre, d'une autre consultation mais voir s'il n'y a pas de soucis à la maison, à l'école, s'il y n'y pas des angoisses qui pourraient expliquer les douleurs, et voir s'il n'y a pas de causes organiques.

Moi : Et si tu vois qu'au cours de ta consultation là, il y a des scarifications sur l'abdomen ?

Interne : Ba là, je pense tout de suite à un viol, au maximum. Mais dans ce cas-là, j'ai déjà réfléchi à cette question, car j'ai déjà été confrontée à cette situation. Si tu veux, j'avais une patiente, je te raconte comme ça, et j'avais vu des scarifications sur ses cuisses. En fait j'étais en cabinet, en 1er stage, et j'ai vu une jeune fille qui avait des scarifications sur ses cuisses mais qui venait pas du tout pour ça à la base. Et je me suis dit : « Merde, qu'est-ce que je fais ? ». En fait, je l'examinais loin de mon prat, car lui était devant son bureau et il y avait la mère aussi. Et j'ai pas pu lui faire de signes enfin bref, je te raconterai ça plus tard. Donc dans ces cas-là, moi ce que je ferais : je l'examine et à un moment ou un autre, je lui demande si elle a déjà été victime de violence verbale, physique ou sexuelle. Je fais une échelle comme ça, et sinon j'essaie d'amener le sujet et après je vois si ça donne quelque chose ou pas. Qu'elle sache qu'on peut en parler.

Moi : En fait le sujet de ma thèse c'est la place de la médecine générale dans la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent.
Donc on va partir maintenant sur une 2ème partie plutôt sur tes connaissances et ton expérience personnelle, donc on reviendra à ton histoire tout à l'heure.

Moi : Alors première question, aurais-tu une idée du pourcentage de victimes de violences sexuelles chez les mineurs en France ?

Interne : J'aurais dit un truc comme 10%.

Moi : Et ensuite la part de violences sexuelles intrafamiliales, ça représenterait quel pourcentage ?

Interne : j'avais une idée comme quoi 70% des victimes connaissent leur violeur, donc je dirais la moitié au moins.

Moi : Quels points d'appels connais-tu ? Quels signes rechercherais-tu comme point d'appel dans le cadre des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?

Interne : les scarifications au niveau des cuisses et du ventre. Ça c'est un truc où je serais plus inquiète. (blanc)

Moi : Qu'est-ce que tu pourrais demander, rechercher ?

Interne : Alors ça peut être aussi un ado qui ne veut pas se déshabiller. Alors ça peut être parce que c'est un ado pas à l'aise avec son corps, mais j'y ferais plus attention. Par exemple aussi pour les examens gynéco, je vais voir si je sens rapidement une tension, ou un stress, je vais plus creuser. Même pour les frottis, quand je leur explique comment ça se passe, je vois un peu leur réaction. Et aussi maintenant que tu le dis, les douleurs abdominales, en fait c'est vrai que je vais pas y penser directement mais je vais à un moment penser à une part psy, et plutôt globale. Je vais penser à de la violence globale aussi si je vois des hématomes diffus. Et dans ces cas-là comme je t'ai dit, je vais poser les questions en leur demandant graduellement s'ils ont eu des violences verbales, physiques, sexuelles, sans pour autant chercher directement la violence sexuelle tout de suite. Après un ado qui vient pour un mal être, je vais poser la question. Voilà, c'est tout je pense.

Moi : Tout à l'heure tu disais que tu essaierais de voir la jeune fille toute seule. Selon toi, à partir de quand peut-on voir un mineur seul en consultation ?

Interne : Alors ça, c'est hyper compliqué ! En fait c'est à partir du moment où j'ai besoin d'aborder le sujet de la sexualité seul, donc je dirais 12-13 ans. Car je sais qu'à cet âge-là c'est possible. Et dans ces cas-là, je propose aux parents, mais je leur dis : « C'est comme vous voulez » et en général ça se passe bien, et les parents, ils disent : « Pas de problème, bien sûr ». Et parfois ils sont même soulagés en fait. Ça m'est jamais arrivé d'avoir un refus en tout cas.

Moi : Alors tu m'en as déjà parlé un petit peu pour la violence mais comment abordes-tu des sujets comme la sexualité ou la violence ?

Interne : Alors oui, comme je te disais, graduellement pour la violence, vraiment progressivement. Avec d'abord : « Comment tu te sens, chez toi ? À l'école ? » Et ensuite : « Est-ce que tu as déjà subi du harcèlement verbal, physique ? ». Voilà je vais faire comme ça, et après si on parle de sexualité d'emblée, je vais demander : « Est-ce que tu es toujours d'accord de ce que tu fais avec ton partenaire ? » parler du consentement. J'ai déjà fait ça : « Est-ce que tu es d'accord ? Tu es sûre ? Tu as l'air de douter ? » Et

creuser petit à petit en fonction des réponses.

Moi : Selon toi quelle place occupe le médecin généraliste dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?

Interne : Je pense qu'on a une place primordiale, car on peut les examiner, les déshabiller même pour un autre motif et tomber dessus. Il faut garder dans un coin de la tête les violences pédiatriques notamment sexuelles.

Moi : Et le rapport intrafamilial ?

Interne : Alors pour moi, c'est encore difficile ça, car je ne connais pas bien les patients, les liens entre eux, mais je vois dans ce que disent les médecins, qu'eux ils connaissent, ils ont les différents points de vue. Ils peuvent avoir plusieurs versions.

Tu vois j'avais eu une patiente qui avait des lésions dans le dos, et je trouvais qu'il y en avait beaucoup quand même. Et ça collait pas trop avec ce qu'elle me racontait.

Et en en parlant avec mon prat, il m'a dit qu'il avait en patiente aussi la mère, et que la fille et la mère avait un rapport très particulier, parce que peut-être que sa mère est violente. Et en fait lui, il a tout de suite trouvé la cause, et se dire il y a quelque chose à surveiller car il connaissait le contexte.

Il savait qu'il y avait beaucoup de violence verbale et potentiellement peut-être physique vu ce que je lui disais... Mais moi j'avais pas du tout ce point de vue-là, donc c'était plus difficile pour moi d'avoir la cause avant de lui avoir parlé en fait.

Moi : Si tu étais face à une situation comme le cas clinique, gérerais-tu la situation seule ou saurais-tu à qui t'adresser pour la suite de la prise en charge ?

Interne : Non, non, non si vraiment elle a des symptômes physiques lié à une violence, ou si je détecte quelque chose lié à une violence, je vais essayer de trouver si déjà au niveau de la loi, voir si j'ai besoin de faire un signalement ou autre.

Ensuite sur le niveau psy, peut-être l'orienter vers un CMP, ou maison des ados en fonction du degré du problème. Je proposerais ça ou sinon psychologue en libéral aussi.

Moi : Connais-tu le numéro enfance en danger ?

Interne : non

Moi : Quelle est la différence entre information préoccupante et signalement ?

Interne : C'est sur la façon dont c'est traité. En fait je sais que c'est plutôt administratif et pas forcément aboutir à quelque chose. Et l'autre c'est vraiment la partie judiciaire ou ça va aboutir à une enquête, ça aura plus d'impact. Mais je sais plus trop laquelle est quoi.

Moi : Pour toi quels pourraient être les freins pour faire un signalement ou une IP ?

Interne : La confiance avec les parents. J'ai pas envie de briser leur confiance. En fonction du degré de gravité, si je suis peu inquiétée, ou si j'ai peu d'arguments, ou si je n'arrive pas à trouver un moyen pour leur en parler. Ça va être un frein pour garder cette relation de confiance.

Si je vois comment réussir à l'amener correctement, je pense que je le ferais.

Mais cet aspect de briser la confiance, ça peut vraiment être un frein.

Et aussi la mise en place technique aussi. L'adresser aux urgences, ou à qui l'adresser ? Surtout si ça arrive un soir tard. L'aspect logistique en fait, mais je n'ai jamais été confrontée à ça.

Moi : Que pourrais-tu mettre en place pour faciliter les révélations des adolescents ? Ou prévenir ces violences sexuelles ?

Interne : Des prospectus dans la salle d'attente, ou dans mon bureau. Je trouve que les gens les regardent quand même. Ils s'intéressent, ils posent des questions.

Là où je suis par exemple il y a un prospectus sur les frottis et je vois que les gens regardent quand même.

Mettre aussi des affiches en salle d'attente, pour dire qu'ici on peut parler de ça, pour qu'ils soient en confiance. Et j'ai aussi des violentomètres, c'est assez visuel, et quand certaines jeunes filles me parlent de certains comportements, j'aime bien l'utiliser pour montrer que c'est pas normal. Pour prévenir certaines violences, mais après c'est pas particulièrement intrafamilial.

Moi : D'accord OK, Et toi as-tu déjà été confrontée à une situation de violence sexuelle intrafamiliale chez un adolescent ?

Interne : Intrafamiliale, je crois pas. Après j'ai eu deux fois des épisodes de scarifications dont une que je te l'ai évoquée tout à l'heure.

Donc, j'étais en cabinet de médecine générale en premier semestre et j'examine une patiente pour un tout autre motif. C'était pour une épaule ou le dos je sais plus. Et bref la patiente est amenée à enlever son pantalon et là je vois des scarifications sur ses cuisses. Et en fait mon médecin était en train de parler à la maman à son bureau. Donc je pouvais faire un signe en mode « Viens me voir ». Et au final après je menais pas vraiment la consultation. Bref j'en ai parlé après à mon médecin et il l'a noté pour surveiller ça une autre fois.

Et l'autre fois c'était aux urgences pédiatriques, une patiente qui venait pour des idées suicidaires et je l'avais vu seule, car elle avait préféré que ses parents ne soient pas là pendant la consultation. Donc je l'ai examiné et j'ai vu les scarifications sur les cuisses sans que ses parents soient là. Donc j'ai pu aborder la question de la violence. Elle ne m'a pas répondu, j'ai senti comme un flottement quand je lui ai posé la question mais elle ne m'a pas répondu et je n'ai pas su vraiment la suite car j'étais aux urgences, donc après, elle a été hospitalisée et quelqu'un d'autre a pris le relais.

Et là, je suis en gynéco, et ça m'arrive souvent en fait d'avoir des patientes qui me disent qu'elles ont déjà été violées donc qu'il faut que je fasse attention. Mais au final, je fais attention pendant mon examen, mais j'ai pas forcément creusé sur qui a été à l'origine de ces violences-là. Donc je sais pas si c'est intrafamilial ou pas.

Moi : Quand tu as eu ces cas de scarifications, est-ce facile pour toi de mener l'entretien ?

Interne : Disons que c'est déjà un truc auquel j'ai réfléchi. Des garçons, ça ne m'est jamais arrivé. Mais avec des filles en gynéco, ça passe bien.

Une fois j'avais eu une ado avec des idées suicidaires et je l'avais interrogée avec ses parents puis sans. Et sans ses parents, on avait parlé de son ex compagnon, pour lequel elle n'avait pas été sûre qu'il y ait un consentement ou non. On en a beaucoup parlé pendant cette consultation, mais elle s'est sentie à l'aise pour me raconter ça et je pense qu'à ce moment-là, j'ai dû trouver les bons mots. C'est pas quelque chose qui me dérange car je vais poser les questions, essayer de chercher. Et en fait de manière générale, c'est hyper important de savoir surtout pour ce type de situation, car pendant l'examen je vais examiner le patient, le déshabiller donc ça touche à son intimité en fait. Même si c'est pas évident toujours de l'aborder, je vais essayer.

Moi : As-tu déjà eu des formations sur la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliale chez l'adolescent ?

Interne : Non, c'est quelque chose qui revient souvent en GAAP par exemple. Je vais chercher par moi-même aussi, mais c'est vrai qu'en GAAP, dans notre formation d'interne, c'est une question qui revient assez souvent. Et je pense que ça doit venir d'un manque de formation au départ mais après il y a plein de choses que j'ai appris petit à petit au cours de ma formation personnelle.

Moi : D'accord. Penses-tu que ce serait légitime d'avoir une formation sur la prise en charge des violences sexuelles chez l'adolescent ?

Interne : Oui, oui, tout à fait. Parler du consentement c'est important.

Et nous aussi, nous former à ça, à cette question du consentement, c'est important. Car moi en soi, je suis assez sensible à ça mais je suis pas sûre que les gens le soient tous. Et puis les signes, et les moyens que nous, médecins généralistes, on a à disposition, que ce soit bien clair pour pouvoir l'utiliser. Car si c'est pas clair, on ne va pas l'utiliser.

Moi : D'accord merci pour ta participation. L'entretien est terminé.

INTERNE L

Moi : Alors la première partie de l'entretien ça va être un cas clinique.

Tu imagines que tu es au cabinet de médecine générale, tu mènes la consultation de A à Z, et tu vas me dire tout ce qui te passe par la tête, tout ce que tu penses, et tout ce que tu ferais, ou ce que tu ne ferais pas : clinique paraclinique conclusion.

Interne : Alors moi, je suis en premier semestre, aux urgences, je n'ai pas encore fait de stage au cabinet.

Moi : C'est pas grave, t'inquiète pas. Tu peux aussi t'imaginer dans ton box d'urgences, il n'y a pas de soucis.

Alors c'est parti :

Une jeune fille de 13 ans, accompagnée de sa maman vient te voir en consultation pour des douleurs abdomino-pelviennes depuis environ 15 jours.

Comment mènes-tu la consultation ?

Interne : Euh je lui demanderais si elle a déjà eu ses règles, si elle a des brûlures urinaires pour voir s'il y a une infection urinaire. Je lui demanderais si c'est tout le temps ou par accoup, si ça lui est déjà arrivé ou si c'est la première fois. Si elle a pris des médicaments pour la douleur, si ça l'a soulagée ou pas du tout. Hum (blanc)

Moi : Alors si tu veux, je peux déjà répondre à tes premières questions.

Elle est réglée, là elle vient de terminer son cycle, elle n'a pas de brûlures mictionnelles, c'est la première fois qu'elle a ce type de douleurs, ce sont des douleurs constantes, elle n'a pas pris d'antalgiques. Voilà pour les premières réponses à tes questions.

Interne : Après je serais embêtée par le fait que la maman soit là pour lui demander si elle a déjà des rapports sexuels ou pas. Devant sa maman, à 13 ans, je suis pas sûre qu'elle oserait dire oui si c'était le cas. Je verrais aussi si elle a eu de la fièvre ou pas.

(blanc)

Moi : Elle n'a pas de rapport, pas de fièvre.

Interne : D'accord (blanc) alors je l'examinerais du coup.

Je lui ferais un examen abdominal, palpation abdominale, je lui demanderais aussi si elle a des troubles du transit, diarrhées, constipation.

Moi : D'accord ferais-tu autres choses ?

Interne : Je lui demanderais si elle a du sang dans les selles aussi.

Moi : Donc pas de trouble du transit, pas de diarrhées, pas de constipation, pas de nausées, pas de vomissements.

Tu as un abdomen souple mais sensible dans son ensemble, pas de défense ni contracture, pas de fièvre.

Comment ferais-tu par la suite ?

Interne : Euh, je serais un peu embêtée du coup. Mais euh, on peut lui faire une prise de sang.

Moi : Et tu voudrais voir quoi ?

Interne : NFS CRP hum voilà au moins ça.

Moi : Si tu étais en consultation, que dirais tu à ta patiente ?

Interne : Qu'on va voir s'il n'y pas une infection ou un syndrome inflammatoire. Pour l'instant on peut être rassuré car il n'y a pas de signes inquiétants. On peut prescrire des antalgiques pour voir si ça la soulagerait et la revoir au décours si ça empire. Je lui mettrais paracétamol et pourquoi pas spasfon en plus.

Moi : D'accord. Donc, elle rentre avec bio et antalgiques et elle revient te voir quelques jours plus tard et elle te dit qu'elle est allée aux urgences entre deux.

Ils ont fait un examen rassurant. Bilan biologique : pas de syndrome inflammatoire, pas d'hyperleucocytose, bilan hépatique normal, pas d'anémie, HCG sanguine négative et ils ont fait BU négative.

Elle revient te voir car aux urgences ils lui ont prescrit comme toi doliprane spasfon et ils lui ont dit « Il n'y a rien d'alarmant, allez voir votre médecin généraliste si ça perdure. »

Donc elle revient te voir car la douleur persiste malgré les antalgiques, douleurs toujours constantes, au même endroit. Comment mènerais-tu la consultation ?

Interne : OK. Je lui demanderais si c'est les mêmes symptômes qu'au début ou si ça a évolué. Je lui demanderais aussi du point de vue moral si ça va ? Et si ça passe toujours pas, je ferais une échographie abdominale pour voir qu'il n'y a pas quelque chose.

Moi : Douleurs toujours constantes, avec Eva à 5/10, pas de changement, moral pas de changement. Sa mère intervient quand même en te disant que moral ça va mais les notes ont un peu baissé.

Interne : Donc je la réinterroge pour voir si vraiment le moral ça va, si elle veut qu'on en parle avec sa maman ou pas, s'il y a eu un élément déclencheur.

Moi : Que lui poserais-tu comme question ? Si c'était moi, imagine qu'est-ce que tu me dirais ?

Interne : Bah je sais pas. (blanc) j'essaierais de voir à partir de quand les notes ont baissé, et voir si elle n'a pas eu un élément qui l'aurait marqué. Voilà j'essaierais de savoir un peu plus. Voir si le matin elle est contente d'aller au collège, s'il y a quelque chose qu'elle redoute.

Moi : Et si elle te dit qu'au collège ça va, qu'elle est contente d'y aller, que ses notes ont effectivement un peu baissé depuis 2 semaines.

A quoi penses-tu ? Que ferais-tu ?

Interne : Euh (blanc) euh ba déjà je lui proposerais de la revoir pour voir comment ça évolue sur les deux plans en fait. Voir si les douleurs abdo sont encore là et voir aussi sur le moral. Car au final les douleurs abdos sont pas forcément liés à la baisse des notes, ça peut être deux choses distinctes. Donc faut continuer aussi à creuser sur les douleurs voir s'il y a quelque chose qui pourrait les expliquer et la revoir d'ici une semaine à peu près.

Moi : D'accord. Donc elle fait son échographie qui est normale et la maman a pu avoir un rdv gynéco rapide qui a fait un petit point et qui confirme aussi la normalité de l'examen clinique et des bilans déjà réalisés. Et il lui prescrit quand même une IRM pour éliminer une endométriose qui est normale.

Elle revient te voir avec les résultats de l'IRM, et échographie. La douleur est inchangée.

Comment mènes-tu la consultation avec ses nouveaux éléments ?

Interne : (blanc) Euh bah du coup je repartirais plus sur le plan moral. En lui expliquant que pour le moment tout était rassurant. Qu'on n'expliquait pas sa douleur (blanc).

Moi : Et si tu vois des scarifications sur son abdomen ?

Interne : Ah bah là, j'aurais tendance à vouloir l'envoyer à un CMP. Là, même si elle me dit qu'elle va

bien je ne la croirais pas. On se scarifie pas si on va bien. Et je lui demanderais pourquoi elle a fait ça. Qu'est-ce qui l'a poussée, ses pensées, ce qui l'a poussée à faire ça.

Moi : En fait le sujet de ma thèse c'est la place de la médecine générale dans la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent.

Donc on va partir maintenant sur une 2ème partie plutôt sur tes connaissances et ton expérience personnelle.

Interne : D'accord.

Moi : Alors première question, aurais-tu une idée du pourcentage de victimes de violences sexuelles chez les mineurs en France ? Et ensuite la part de violences sexuelles intrafamiliales ?

Interne : Euh non mais je crois que c'est beaucoup plus que ce qu'on croit. Je sais pas. Déjà 5% ça me paraît énorme. Je sais pas trop.

Et pour la part intrafamiliale je dirais 75% des cas. Je pense que c'est une grosse partie. Après je dis au hasard, je sais pas du tout.

Moi : Quels point d'appels connais-tu ? Quels signes rechercherais-tu comme point d'appel dans le cadre des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?

Interne : Alors un changement de comportement, un changement de résultats, des douleurs abdominales ou de la constipation qui apparaissent alors qu'ils n'ont jamais eu de constipation, un replis sur soi, un changement de comportement, ou une agressivité nouvelle.

Ou quelqu'un qui a de multiples plaintes physiques sans que jamais on n'objective rien, ou des signes qui ne ressemblent pas à grand chose, je sais pas trop sinon.

Moi : Tout à l'heure tu disais que tu serais peut-être gainée quand tu poserais la question des rapports sexuels devant la maman,

Selon toi, à partir de quel âge peut-on voir un mineur seul en consultation ?

Interne : Hum, je dirais 15 ou 16 ans l'un des deux.

Moi : L'as tu déjà demandé?

Interne : Non je n'ai jamais demandé. J'ai juste eu à prévenir une fois une ado qui venait pour des douleurs abdo que je ferais aussi des HCG et sa mère était à côté. Et au final, j'étais contente quand c'est revenu négatif.

Moi : Comment abordes-tu, ou comment aborderais-tu si ça ne t'ai pas encore arrivé, des sujets comme la sexualité ou la violence ?

Interne : Je leur expliquerais d'abord que leur corps leur appartient et que personne ne peut les toucher sans leur accord. Et si dans le passé, il y a des choses qui se sont passées, comme ça, ils peuvent m'en parler, quand ils veulent pour en discuter. (blanc) voilà.

Moi : Selon toi quelle place occupe le médecin généraliste dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ?

Interne : Je pense qu'il faut qu'il arrive à travers les petits signaux, les détecter. Car c'est lui qui a le plus de chance de le détecter en tant que soignant. C'est pas aux urgences, qu'on a le plus de chance de s'en

rendre compte. S'il n'y a rien aux urgences, le patient va rentrer chez lui. Alors que le médecin traitant, dans son accompagnement il doit pouvoir se rendre compte et pouvoir s'alerter s'il y a quelque chose.

Moi : Et sur côté intrafamilial, notre rôle en tant que médecin généraliste a-t-il un impact différent que d'autres soignants par exemple ?

Interne : Ca peut être plus dur en fait, surtout si potentiellement on suit le membre de la famille incriminé. C'est pas facile de le revoir, et pas facile de prendre soin de l'autre sans juger. Et pour faire un signalement aussi, si on connaît c'est pas simple.

Moi : Et justement en parlant de signalement, quelle est la différence entre information préoccupante et signalement ?

Interne : Alors je crois que signalement c'est au procureur en cas d'urgence immédiate et information préoccupante c'est les services sociaux, quand on est inquiet, sur de la négligence mais pas de danger immédiat.

Moi : Si tu étais face à une situation comme le cas clinique, saurais-tu à qui t'adresser pour la suite de la prise en charge ? Ou gérerais-tu toute seule ?

Interne : Et bien ça dépend quelle personne c'est, pour elle. Si c'est quelqu'un qu'elle côtoie au quotidien j'aurais fait un signalement au procureur, mais si c'est un oncle qu'elle ne voit presque pas euh.. Ba déjà faut qu'elle porte plainte... Mais on peut porter plainte pour elle si elle veut pas? Je sais pas ça. Ou faire un signalement, je sais pas. Et même signalement, je sais même pas comment on fait.

Moi : Connais-tu le numéro d'enfance en danger ?

Interne : Non je ne connais pas.

Moi : c'est le 119

Interne : Ok, ok.

Moi : Pour toi quels pourraient être les freins pour faire un signalement ou une IP ? Pour toi et aussi de manière générale pour les médecins en général ?

Interne : Peut-être la peur de faire un signalement alors qu'en fait il ne se passe rien en fait, que l'enfant ment, que ce ne soit pas vrai. Quand on n'a pas assez de signes objectifs, qu'on n'est pas sûr. Ou ne pas savoir comment s'y prendre, sur les démarches par exemple.

Moi : Que pourrais-tu mettre en place pour faciliter les révélations des adolescents ? Ou prévenir les violences sexuelles ?

Interne : Mettre des affiches de préventions dans la salle d'attente, qui explique le consentement pour qu'ils en aient conscience. Et que ce soit simple pour que ce soit compréhensible, dès le plus jeune âge. Par exemple, pour un enfant de 7 ans qui sait déjà lire, pour qu'il sache que ce n'est pas normal ce qu'il peut se passer à la maison car si on lui a jamais dit, il ne peut pas savoir en fait.

Moi : D'accord ? As-tu déjà été confrontée à une situation de violences sexuelles intrafamiliales chez un adolescent ?

Interne : Non on m'avait juste demandé d'être témoin pendant un examen d'un petit garçon qui avait été violé par son oncle. Il fallait un témoin. Quand j'étais externe.

C'est pas évident d'être témoin de ça car c'est des faits très graves.

Moi : As-tu déjà eu des formations sur la prise en charge des violences sexuelles chez l'adolescent ?

Interne : Non.

Moi : D'accord. Penses-tu que ce serait légitime d'avoir une formation sur la prise en charge des violences sexuelles chez l'adolescent ?

Interne : Oui je pense car on est l'un des premiers à voir les enfants. Entre nous et les instits on est les premiers à s'en rendre compte.

Moi : Qu'est ce qui serait intéressant pour toi dans cette formation ?

Interne : Ba les premiers signes, la façon de s'y prendre pour aborder le sujet, car c'est pas facile d'aborder le sujet surtout que les parents sont toujours à côté. Donc comment aborder le sujet surtout, comment s'y prendre.

Moi : D'accord. Merci, une dernière question. A partir de quand, dans le cas clinique, tu as pensé à une étiologie plutôt psychologique ?

Interne : hum bah la première fois qu'elle est venue comme tout était normal et rassurant, j'y ai pensé au côté moral mais je trouvais que c'était peut-être un peu tôt pour l'aborder. Et après, quand elle est revenue avec tous les examens normaux, je me suis dit que ça devait être ça. J'ai même pensé à une violence sexuelle mais j'ai pas osé l'aborder.

INTERNE M

Moi : Alors la première partie de l'entretien ça va être un cas clinique.

Tu imagines que tu es au cabinet, tu mènes la consultation de A à Z, et tu me dis tout ce qui te passe par la tête, tout ce que tu penses, et tout ce que tu ferais.

C'est parti :

Une jeune fille de 13 ans, accompagnée de sa maman vient te voir en consultation pour des douleurs abdomino-pelviennes depuis environ 15 jours.

Comment mènes-tu la consultation ?

Interne : Alors déjà je lui demanderais si elle veut que je la vois toute seule ou avec la maman

Après je lui demanderais qu'elle me détaille un peu plus les douleurs, l'histoire de la maladie, dans quel contexte, est-ce qu'elle est réglée ou pas, en fonction de si la maman est là j'aborderais la question du petit copain ou pas.

Après les trucs classiques les antécédents médicaux, chirurgicaux, si elle a déjà pris des médicaments pour la soulager, est-ce que ça lui est déjà arrivé ou pas.

Moi : Alors pas d'antécédents particuliers, la douleur a commencé il y a 15 jours, diffuse à tout l'abdomen, pas d'irradiation, douleur constante Eva 5/10 pas de sfu pas de trouble dig. Elle a ses règles, elle vient de terminer son cycle, pas de petit copain, pas de fièvre, elle n'a pas pris de traitement.

Interne : Alors, je regarderais examen cardio pulmonaire, abdomen, m'assurer qu'il n'y a pas de défense ou quoi. Après sur les douleurs, je sais pas pourquoi j'ai l'impression que tu m'amènes sur l'endométriose. (rire) Après les douleurs abdo c'est toujours compliqué. Là, si le ventre est bien souple et que de ce que tu me dis, il n'y a pas de trouble du transit, je peux éliminer constipation.

Je pense que je demanderais une écho. Après en méd G c'est pas toujours évident d'avoir une écho comme on veut.

Après j'essaierais de voir avec elle si je fais un examen gynéco ou pas. Mais à 13 ans je pense pas, j'irais pas lui faire un TV ou quoi.

Moi : Alors si je reprends un peu ce que tu as fait : examen cardio pulmonaire sans particularité, abdomen souple dans son ensemble sans défense ni contracture, mais sensibilité diffuse.

Pas de douleurs lombaires.

Interne : Pas de sfu ?

Moi ; non

Interne : Bon ba du coup je ferai un bilan sanguin avec NFS CRP dans un premier temps, et je demanderais écho abdo, et je prescrirais doliprane, spason.

Moi : D'accord alors elle revient te voir quelques jours plus tard, avec résultats de son bilan biologique : NFS normale, pas de syndrome inflammatoire. Le spason, ça change rien, et son écho est normale. Sa douleur est toujours là.

Interne : Toujours là, depuis 15 jours, 3 semaines du coup.

Moi : Oui.

Interne : Elle n'a pas de régime particulier ?

Moi : Non alimentation normale, standard quoi.

Interne : alors du coup, je me dis que je suis dans la merde (rire).
J'essaierais d'aborder un examen gynéco

Moi : Et comment ferais tu ?

Interne : Ba je lui demanderais si elle a des rapports ou pas, comment elle voit la chose, est-ce que ça la dérange pas que je l'examine. Déjà, je lui demande si ça la dérange pas que je la vois toute nue, si la maman est encore là, je lui demande si elle veut que sa maman reste ou non, je lui demande si elle a des pertes, si elle a ses règles, si ça dure plus longtemps ou pas.
Après, j'ai pas été confrontée à ça encore, alors c'est pas facile. Toucher vaginal à 13 ans ? Euh alors je pense que je ferais pas et j'enverrais au gynéco.

Moi : Alors règles régulières, pas de saignements abondants ou en dehors des cycles, pas de leucorrhées avec ou sans odeurs, pas de signes de mycose, douleurs pas liées au cycle constante, après si tu veux la voir nue tu rechercherais quoi ?

Interne : Des signes de mycoses, ou après je sais pas pour l'examen gynéco, ça dépend si elle est à l'aise ou pas. TV je sais pas.

Moi : Elle n'a pas de rapports.

Interne : Oui, donc c'est chaud dans ce cas, examen gynéco ! Et bah je botte en touche et je l'enverrais voir le gynéco.

Moi : Donc elle revient te voir une semaine plus tard. Sa maman a réussi à lui avoir un rdv gynéco rapide qui a fait un petit point et qui confirme aussi la normalité de l'examen clinique et des bilans déjà réalisés. Et il lui prescrit quand même une IRM pour éliminer une endométriose qui est normale.
Elle revient te voir avec les résultats de l'IRM, et les douleurs sont toujours là.

Interne : Et elle a toujours mal... OK et ba je rechercherais un peu sur le plan dig.
Est-ce qu'elle est constipée?

Moi : Non.

Interne : Pas de diarrhée ou alternance diarrhée constipation ? Pas de maladie inflammatoire intestin dans la famille ?

Moi : Non.

Interne : Et elle est pas stressée?

Moi : Bah elle te le dit pas clairement, mais il y a des signes d'anxiété quand même.

Interne : Oui, en même temps elle revient, donc... Et la tsh, je l'avais pas demandée?!

Moi : Si tu le demandes, la tsh reviendra normale.

Interne : OK euh, elle est chiante un peu quand même 'rire'.

Moi : Que lui dirais-tu ?

Interne : Je lui dirais que je ne comprends pas vraiment ce qu'elle a, que cliniquement, j'ai pas d'argument, que je ne trouve pas d'étiologie à sa douleur. Alors euh je pourrais un peu augmenter les anti douleurs, mais quand j'ai rien comme ça euh. Non ba je lui avouerais que là, j'ai pas d'idées et je

l'enverrais peut-être dans un centre anti douleur, un truc comme ça.

Si elle a rien du côté dig, rien du côté gynéco euh bah je demande à un confrère.(rire).

Après j'essaierais de creuser sur l'anxiété quand même vu que j'avais quelques signes.

Est ce qu'elle a déjà vu un psychologue, est-ce qu'elle a des problèmes familiaux, est-ce qu'elle somatiserait pas un peu un truc psy.

Moi : D'accord, et si elle vient te voir avec des scarifications sur l'abdomen ?

Interne : Oh bah dis donc on avance. Et là j'essaierais de la voir vraiment toute seule, savoir pourquoi elle a fait ça, si elle y a trouvé un bénéfice, est-ce que c'est la première fois ou pas. Après, au niveau de l'abdomen, il me semble qu'il faut se méfier des attouchements ou ses trucs là. Dans mes souvenirs, c'est abdomen et cuisse. Je lui demanderais si quelqu'un a abusé d'elle ou lui a fait des choses interdites, si elle veut m'en dire plus, j'essaierais de travailler avec elle. Et si elle est complètement mutique, je verrais pour l'adresser à un psychologue ou pédopsy. Voilà.

En tout cas, j'envisagerais pas de traitement tout de suite.

Moi : En fait le sujet de ma thèse c'est la place de la médecine générale dans la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent.

Donc on va partir maintenant sur une 2ème partie, plutôt sur tes connaissances et ton expérience personnelle.

Interne : D'accord OK. C'est vrai que j'étais à des années lumières, au début, de penser à ça. Et je pense que ce qui peut nous mettre dedans en méd G, c'est que tu connais de plus en plus tes patients et je pense que tu peux avoir du mal à voir ça.

Moi : Oui c'est vrai. Alors on va attaquer notre dernière partie. Première question : Quel est le pourcentage de victimes de violences sexuelles sur mineurs en France ?

Interne : Ohlala je sais pas du tout ! Je pense que je vais dire une connerie mais si on prend global je dirais 40/50%.

Moi : Et ensuite la part intrafamiliale, ça représenterait combien de % ?

Interne : Je pense que c'est beaucoup, je dirais au moins 75%.

Moi : Quels sont les signes d'appel d'un adolescent victime de violences sexuelles ?

Interne : J'avais notion des scarifications sur le ventre et sur les cuisses. Un peu tout ce qui est partie génitale, seins, certaines veulent cacher tout ça.

Moi je sais que j'avais eu une ado qui mettait un bandeau sur sa poitrine pour la cacher complètement.

Peut-être aussi, quand on est amené à les examiner si elles sont gênées, frustrées.

Et là, je suis en pédiat en ce moment et on nous a appris à leur demander si on leur avait déjà fait des choses interdites, sans pour autant parler directement de violences sexuelles.

Et si c'est des violences interdites, est-ce que c'est des personnes proches d'eux ou pas. Amener tranquillement l'aspect intrafamilial ou pas. Essayer que ce soit eux qui amènent un peu plus de détails, mais c'est pas évident.

Moi : Rapidement, tu disais que tu verrais la jeune fille seule... A partir de quel âge, un mineur peut-il être examiné seul en consultation ?

Interne : Je pense à partir du moment où il est en âge de comprendre. Je sais que j'ai déjà eu en consultation un enfant de 5/6 ans, je pense pas qu'il y ait un âge précis. C'est dépendant de la maturité de l'enfant.

Moi : Et du coup, tu as déjà fait la demande auprès de l'accompagnant du mineur ?

Interne : Oui, chez le prat, mais même aussi aux urgences pédiatriques. Si je vois que l'enfant n'est pas à l'aise sur tel ou tel sujet même lambda, rien que pour le déshabiller par exemple. Surtout les petites filles qui viennent avec le papa, et même parfois les pères le font spontanément.

Moi : Tu as déjà commencé tout à l'heure à l'évoquer mais comment abordes-tu lors de tes consultations la sexualité ? La violence ?

Interne : Ca dépend de l'âge, mais je demande si on leur a déjà fait des choses interdites. Bon après avec les ados, ça dépend de leur maturité, je serais peut-être un peu plus cash.

Une ado de 13/14 ans je lui demanderais plutôt les choses interdites alors qu'une ado de 15 / 16 ans, est-ce qu'on l'a plutôt abusée, ou touchée.

Moi : Selon toi, quelle place occupe le MG dans la prise en charge des violences sexuelles intrafamiliales sur mineur ?

Interne : Alors c'est peut-être la personne la plus accessible pour les patients, notamment ceux qui n'ont pas de suivi psy par exemple. Ceux qui ont déjà un suivi psy, peut-être qu'ils en parleraient d'avantage à leur psy mais, dans les autres cas, pour le patient, le médecin généraliste, on est amené à le voir plus régulièrement, on lui fait confiance, c'est notre référent médical.

Un gynéco ou autre spécialiste t'as moins envie d'aller lui débiller tout ça, le médecin généraliste, c'est le premier recours.

Moi : Et sur la part intrafamiliale ?

Interne : En tant que praticien, je serais peut-être en porte-à-faux, car en général tu suis aussi les parents. Donc c'est un peu plus emmerdant. Si l'enfant te sort ça, t'as forcément des procédures qui sont engagées, mais je pense que ça ne changerait pas. C'est le méd G quand même qui est à la première place pour gérer le problème. Après tu peux t'entourer de confrères pour t'aider à faire la part des choses.

Moi : si tu avais cette situation au cabinet, quels seraient les interlocuteurs à qui tu t'adresserais pour t'aider dans la prise en charge ? Ou gèrerais-tu seule, les suites ?

Interne : Alors non, je ne gèrerais pas seule, sauf si l'enfant ou l'ado ne veut vraiment pas. Je lui demanderais : « Est-ce que tu serais d'accord pour voir quelqu'un qui pourrait t'écouter comme moi, mais qui pourrait te donner de meilleures solutions ». Je pencherais pédopsy dans un premier lieu, après psychologue sinon car les pédopsy c'est pas évident de trouver un rdv. CMP aussi.

Assistante sociale aussi. Après des infirmières azalées peut-être, mais je sais pas trop si elles peuvent jouer un rôle dans ce genre de situation.

Moi : Connais-tu le numéro de téléphone « enfance en danger » ?

Interne : Euh non

Moi : Quelle est la différence entre une Information Préoccupante et un signalement ?

Interne : Alors l'information préoccupante, ça va être une enquête sans urgence qui va prendre 3, 4 mois facile et le signalement, tu signales au procureur si je dis pas de bêtises. C'est un processus plus rapide et ça peut aboutir à une ordonnance de placement provisoire.

Moi : Et concrètement, tu sais comment ça se passe ?

Interne : Euh je pense que je regarderais sur internet pour trouver le numéro du procureur, ou alors j'irais sur le site de la CRIP. Je m'aiderais d'internet.

Moi : Quels seraient selon toi les freins à faire une IP ou d'un signalement pour un médecin généraliste ?

Interne : Essayer de voir si l'enfant dit la vérité ou pas, C'est pas toujours évident de distinguer le vrai du faux. Après si j'ai un doute, je ferais une information préoccupante, pour qu'il y ait une enquête et après j'en parlerais aux parents ouvertement.

Sinon les freins, je pense pas que j'aurais de la culpabilité à signaler à tort. Dans tous les cas, s'il n'y a rien de particulier, ça n'ira pas plus loin. Ce qui est compliqué en méd G, c'est que tu suis les parents, et potentiellement tu peux perdre ce lien de confiance.

Moi : Quels seraient les moyens que tu pourrais mettre à disposition pour prévenir les violences sexuelles intrafamiliales ? Ou faciliter les révélations ?

Interne : J'instaurerais peut-être dès le début, de voir les enfants/ ado seuls.

Après, ce que je faisais au cabinet, c'était de voir en consultation l'ado ou l'enfant avec les parents et à la fin de la consultation, je leur disais de sortir pour avoir un temps seul avec l'ado.

Après sinon j'ai pas d'autres idées.

Moi : As-tu déjà été confrontée à des révélations d'un adolescent victime de violences sexuelles ? Comment l'as-tu vécu ?

Interne : Non, j'ai pas eu d'expérience comme ça dans mes stages. Après, l'ado dont je te parlais tout à l'heure, qui voulait cacher ses seins, on l'avait envoyée vers le pédopsy. On suspectait ça, mais je n'ai pas eu le fin mot de l'histoire.

Moi : As-tu déjà eu des formations sur la prise en charge des violences sexuelles chez l'adolescent ?

Interne : Alors là, pas du tout.

Moi : D'accord. Penses-tu que ce serait légitime d'avoir une formation sur la prise en charge des violences sexuelles chez l'adolescent ?

Interne : Ba oui, rien que de savoir comment faire un interrogatoire avec un ado déjà.

Après on en parle souvent entre nous, mais sur le versant psy, on n'est pas assez formé. On n'a d'ailleurs pas de terrain de stage en psy c'est dommage.

Alors que clairement, c'est une grosse part de notre pratique en méd G. Donc, ce ne serait pas du luxe.

Moi : Que voudrais-tu dans cette formation ?

Interne : Apprendre à leur parler, savoir vraiment à qui je peux m'adresser, vers qui je peux m'adresser, les démarches à faire.

Là, avec ma co interne, on a fait un cas de porte folio sur ça car on a eu un cas dans notre service et on savait pas du tout quoi faire. Dans le bouquin, c'est écrit signalement c'est au procureur mais c'est tout quoi. Après c'est en pratiquant qu'on retient plus les choses, mais pour ces différents éléments ce serait bien.

Moi : Dernière question : A partir de quand tu t'es dit qu'il y avait une part psy ?

Interne : Bah quand tout le monde m'a dit que tout était normal.

C'est vrai que moi, j'ai tendance à ne pas du tout m'orienter sur la psy facilement, surtout chez les enfants en fait. C'est assez tardif dans ma prise en charge. Il faudrait que j'élimine toute la partie organique avant.

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

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

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

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

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2022

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : COLIN ANNE-JUSTINE

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : Quelle est la place du médecin généraliste dans la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent ? Analyse des pratiques des internes de médecine générale de Basse-Normandie.

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS :

Une étude récente de 2020 a montré qu'un français sur 10 est victime d'inceste ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique. Le but de cette étude était d'évaluer les connaissances des internes de médecine générale (IMG) sur le dépistage et la reconnaissance des violences sexuelles intrafamiliales chez l'adolescent. Pour ce faire, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès d'internes de médecine générale de Caen. Sur les 267 IMG, 13 internes ont répondu présents (soit un taux de réponses de 4,9%).

Cette étude a montré un manque de formation auprès des IMG puisqu'aucun n'a eu de formation spécifique sur l'inceste, ou même sur la consultation avec un adolescent. Seulement 2 internes ont évoqué une violence dans leur interrogatoire initial dans la partie cas clinique. De plus, la majorité des IMG a présenté des difficultés à réaliser une IP ou un signalement, d'une part d'un côté purement rédactionnel, mais également par crainte de perdre la confiance de la famille. De plus, l'étude a montré que la plupart des IMG ne sauraient pas à qui s'adresser. Malgré le manque de formation, les IMG ont conscience de l'ampleur et de la gravité d'une telle situation, et du rôle primordial du médecin généraliste. La plupart ont déjà été confrontés à une telle situation.

100% des internes interrogés montrent un intérêt pour une formation, particulièrement sur les sujets suivants : Comment communiquer avec l'adolescent en souffrance ? Comment rédiger une IP ou d'un signalement ? Quels sont les réseaux à connaître et la démarche à suivre ?

MOTS-CLÉS : violences sexuelles, intrafamiliales, adolescents, inceste, médecin généraliste, interne, reconnaissance, dépistage

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : What is the place of the general practitioner in the recognition of intra-family sexual violence in adolescents? Analysis of the practices of general medicine residents in Basse-Normandie.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

A recent study from 2020 showed that one in 10 French people is a victim of incest, which makes it a major public health issue. The aim of this study was to assess the knowledge of general medicine residents on the detection and recognition of intra-family sexual violence in adolescents. To do this, semi-directed interviews were carried out with general medicine resident in Caen. Of the 267 general medicine residents, 13 interns responded (response rate of 4.9%).

This study showed a lack of training course with general medicine residents since none had specific training on incest, or even on consultation with an adolescent. Only 2 interns mentioned violence in their initial interview in the clinical case section. In addition, the majority of resident presented difficulties in making an IP or a report, on the one hand on a purely editorial side, but also for fear of losing the trust of the family. Moreover, the study showed that most resident would not know who to contact. Despite the lack of training course, general medicine residents are aware of the magnitude and seriousness of such a situation, and of the essential role of the general practitioner. Most have already been faced with such a situation.

100% of interns interviewed show an interest in training, particularly on the following topics: How to communicate with adolescents in pain? How to write an IP or a report? What are the networks to know and the procedure to follow?

KEY WORDS : sexual violence, intra-family, adolescents, incest, general practitioner, intern, recognition, screening