UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011 N° 21

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de médecine générale)

par

Julia MESLIN

Née le 17 septembre 1982 à Dakar (Sénégal)

Présentée et soutenue publiquement le 19 avril 2011

RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA RÉVÉLATION TARDIVE D'ABUS SEXUELS PAR LES PATIENTS

Jury :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE
Directeur de thèse : Madame le Docteur Brigitte TREGOUËT
Membre du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE
Membre du jury : Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE

RESUME :

Introduction : En France, 10% des femmes et 3% des hommes déclarent avoir été victimes d'abus sexuels avant leur majorité. Les conséquences médico-psychologiques en font un problème de santé publique. L'objectif est de préciser le rôle du médecin généraliste dans la révélation tardive d'abus sexuels par les patients.
Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés « de visu » auprès de 9 survivants d'abus sexuels contactés par le biais d'une association de victimes et « téléphoniques » auprès de 6 médecins généralistes vendéens choisis dans l'annuaire. Les thèmes abordés étaient la place du médecin généraliste en tant qu'interlocuteur de la révélation, les obstacles et les facteurs favorisant le dialogue médecin-survivant et ce qui a aidé les survivants dans leur processus de guérison.
Résultats : La révélation d'abus sexuels dans l'enfance est souvent tardive car il faut sortir du déni, surpasser la honte, la culpabilité et la peur de ne pas être cru. Les facteurs favorisant étaient les qualités relationnelles du médecin et le fait qu'il pose la question ; l'obstacle principal : le manque de temps. Le malaise ressenti par les médecins n'est pas identifié par les patients. La première parole, la justice, une psychothérapie, les associations de victimes, le travail corporel et l'écriture ont pu aider dans le processus de guérison.
Conclusion : Le médecin généraliste doit se former à dépister les antécédents d'abus sexuels afin d'appréhender les patients dans leur globalité et de les prendre en charge de façon adaptée dans un réseau pluridisciplinaire.

Mots clés : Médecin généraliste – Abus sexuels – Survivants – Révélation

"The Role of the General Practitioner (GP) in patients' late disclosure of sexual abuse"
Introduction: In France 10% of women and 3% of men stated having been victims of sexual abuse before reaching adulthood. Medical and psychological consequences suffered as a result makes it a public health problem. The goal is to clarify the role of GPs in the patients' delayed disclosure of such abuse.
Method: This qualitative study consists of semi-directed 'face to face' interviews of 9 survivors of sexual abuse contacted through a victims' association combined with telephone interviews of 6 GPs from Vendée randomly selected in the telephone directory. Main topics covered were the GP's role in bringing the abuse to light, obstacles encountered and factors facilitating patient-physician dialogue, and what helped victims to move forward in their healing process.
Results: Disclosing sexual abuse in childhood comes often late as one must overcome denial, shame, guilt and fear of not being believed. Quality of the patient-physician relationship and and his/her daring to ask the question represented the main facilitating factors whereas time shortage was the main obstacle. Physician discomfort is not identified by patients. First words spoken on the subject, justice, psychotherapy, victims' associations, specific physical exercises and writing may have facilitated the healing process.
Conclusion: GPs must be trained to detect markers of prior sexual abuse to understand and treat their patients in their entirety and to provide adapted care in a multidisciplinary network.

Keywords: GP, Sexual abuse, survivors, disclosure

Abréviations

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMDR : Eye Movement for Desensitization and Reprocessing

ESPT : Etat de stress post traumatique

MG : Médecin généraliste

ODAS : Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée

SNATEM : Service National d'appel téléphonique pour l'enfance maltraitée

TCC : Thérapies cognitivo-comportementales

Table des matières

AVANT-PROPOS 7

INTRODUCTION 9

1. Définitions 9

1.1. Définitions médico-sociales 9

1.2. Définitions juridiques 10

1.3. Autres termes utilisés 10

2. Données épidémiologiques 11

3. Les conséquences à moyen et long terme des abus sexuels 12

METHODE 18

1. Le choix de la méthode 18

2. L'échantillon 18

2.1. Taille de l'échantillon 18

2.2. Composition de l'échantillon 18

3. Les entretiens 19

4. Le guide d'entretien 19

5. La méthode d'analyse des résultats 20

RESULTATS 21

1. Résultats des patients 21

1.1. Caractéristiques des patients interrogés 21

1.2. Résultats des entretiens 22

1.2.1. Les interlocuteurs privilégiés 22

1.2.2. Les obstacles potentiels à la révélation 23

1.2.3. Les facteurs favorisant la révélation 25

1.2.4. Les éléments déclencheurs de la première révélation 27

1.2.5. La prise en charge par le médecin traitant 27

1.2.6. Les symptômes, la somatisation 28

1.2.7. Les facteurs d'amélioration 30

2. Résultats des médecins généralistes 31

2.1. Caractéristiques des médecins interrogés 31

2.2. Résultats des entretiens 31

2.1.1. Interlocuteur privilégié 32
2.2.2. Les obstacles à la révélation 32
2.2.3. Les facteurs favorisant la révélation d'après le médecin généraliste 33
2.2.4. Les éléments déclencheurs 34
2.2.5. Prise en charge par le médecin généraliste après la révélation 34
2.2.6. La formation 35
DISCUSSION 36
A. DISCUSSION SUR LA METHODE 36
1. Pour les patients 36
- Limites liées à la constitution de l'échantillon - biais de recrutement 36
- Limites liées au type d'enquête 36
2. Pour les médecins 36
- Biais de non réponse ou d'absence au rendez-vous. 36
- Limites liées au type d'enquête - biais de mémoire 36
3. Comparaison de 2 populations 37
B. DISCUSSION DES RESULTATS 37
1. La révélation 37
1.1. Le MG, un interlocuteur de choix pour la révélation tardive d'abus sexuel mais pas en premier recours. 37
1.2. Dépister 38
1.2.1. Les éventuels obstacles au dépistage 38
1.2.1.1. Malaise des médecins généralistes 38
1.2.1.2. Absence de formation et de sensibilisation 40
1.2.1.3. Manque de temps 41
1.2.2. Les facteurs favorisant la communication autour de ce thème 41
1.2.2.1. « Y penser » 41
1.2.2.2. Reconnaître un survivant d'abus sexuel 42
1.2.2.3. Eléments « gâchette » 42
1.2.2.4. Questionner le patient 43
1.2.2.5. Le cheminement personnel vers la révélation 46
1.2.2.6. La relation de confiance 47
1.2.2.7. Rôle des affiches, plaquettes et dépliants en salle d'attente 47
2. La prise en charge du survivant d'abus sexuel après la révélation 47
2.1. L'accueil de la révélation 47
2.2. Les méthodes thérapeutiques, l'orientation 49

✓ La Justice 49
✓ Les psychotropes 49
✓ Psychologue, psychiatre 50
✓ Associations de victimes 50
✓ Travail corporel, écriture 52
CONCLUSION 53
BIBLIOGRAPHIE 55
ANNEXES 59
Annexe 1 : Guide d'entretien des patients 59
Annexe 2 : Entretiens des patients 61
Annexe 3 : Guide d'entretien des médecins généralistes 62
Annexe 4 : Entretiens des médecins généralistes 118
Annexe 5 : Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique dans le DSM IV-TR (F43.1) 132
Annexe 6 : Peines encourues par l'auteur selon le Code Pénal 134
Annexe 7 : Extrait du « Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de santé : Leçons tirées de survivantes d'abus sexuel dans leur enfance ». Santé Canada. 135

AVANT-PROPOS

Nous sommes un mardi soir d'hiver vers 17h, j'assiste à mes premières consultations de médecine générale. La salle d'attente est comble, les consultations s'enchaînent et ne se ressemblent pas. Puis entre une jeune femme d'une vingtaine d'années. La conversation s'engage, les langues se délient, il n'y a pas de tabou ici. Le médecin lui demande si elle a pu contacter l'association de victimes des abus sexuels dont elle lui avait donné le numéro la fois dernière. Et petit à petit, j'apprends que Mademoiselle T. a vécu des abus répétés de la part de son beau-père depuis l'âge de 8 ans et jusqu'à ce qu'elle parte de chez elle à 17 ans... Je pâlis, j'aimerais pouvoir m'enfoncer dans le sol, disparaître dans les murs, ne pas avoir à entendre ça pour espérer que ça n'existe pas… « Et j'ai régulièrement des révélations de ce genre ! » me dit le médecin à la fin de la consultation, « c'est dur de savoir quoi faire, comment accueillir ce genre de révélation, comment orienter ces femmes (ou hommes mais c'est plus rare), comment les aider, nous ne sommes pas formés à ça, sans parler de la difficulté à enchaîner sur les consultations ultérieures, parce que c'est difficile à recevoir ». Effectivement, je venais d'en faire l'expérience…

Notre formation médicale nous a enseigné la prise en charge médico-légale « en urgence » d'une victime d'abus sexuel avec tout ce que cela comporte : la constatation des lésions, les prélèvements, la mise en route d'une contraception d'urgence/d'un traitement prophylactique. Nous connaissons également nos devoirs en termes de signalement aux autorités concernées lorsqu'il s'agit d'une victime mineure considérée « en danger ».

Les révélations qualifiées de « tardives » sont des révélations d'abus sexuel des mois ou plus souvent des années après les faits et comprennent essentiellement les abus sexuels dans l'enfance ou à l'adolescence révélés à l'âge adulte. Ces situations sortent de notre champ d'apprentissage puisqu'il n'y a plus « d'urgence » ni médicale ni judiciaire. Le médecin, et notamment le médecin généraliste a-t-il sa place dans ces révélations et la prise en charge de ces patients ?

Ma question était posée : « Le médecin généraliste a-t-il un rôle dans la révélation tardive d'abus sexuel par les patients ?»

Mes expériences ultérieures m'ont convaincue de la pertinence d'un tel sujet, d'une part du fait du malaise réel que celui-ci pouvait générer lorsque je l'évoquais, amenant certains médecins à dénier la réalité de la situation (comme l'avait été mon premier réflexe, mécanisme de défense face à une situation inimaginable inspirant l'horreur) *« ah bon, quelle idée… » « ça n'existe pas dans mon cabinet ».*

D'autre part, j'ai rencontré des médecins généralistes qui se sont montrés extrêmement intéressés en soulignant le bien-fondé d'un tel sujet à la lumière d'expériences de révélations qu'ils avaient pu avoir à leur cabinet.

Ces réactions contradictoires n'ont fait qu'aiguiser ma curiosité et m'ont donné l'envie d'aller plus loin.

C'est ainsi qu'est née l'idée de ce travail.

INTRODUCTION

1. Définitions

Nous parlerons plus volontiers « d'abus sexuel » dans ce document mais l'on retrouve dans la littérature toutes sortes de thèmes qu'il s'agit d'expliciter : maltraitances sexuelles, violences sexuelles, agressions sexuelles que nous allons définir.

1.1. Définitions médico-sociales

Pour l'Observatoire Nationale de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) (1) l'enfant maltraité est « tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes, ayant des conséquences sur son développement physique et psychologique »

La maltraitance sexuelle est un des registres de la maltraitance. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2) utilise le terme d'exploitation sexuelle et en donne la définition suivante : « L'exploitation sexuelle d'un enfant implique que celui-ci est victime d'un adulte ou d'une personne sensiblement plus âgée que lui aux fins de satisfaction sexuelle de celle-ci. Le délit peut prendre différentes formes : appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste ou prostitution des mineurs. » Mais la maltraitance sexuelle peut être vécue à tout âge.

Les abus sexuels se définissent comme 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 son développement psychosexuel, qu'il subit sous la contrainte, par violence ou séduction, ou qui transgressent les tabous sociaux. (2) Le terme « abus sexuels » qui vient directement de l'anglais « sexual abuse » sera retenu de préférence à sévices sexuels ou à violences sexuelles qui excluent les abus commis sans violence.

La notion d'abus comprend un certain nombre d'attitudes :
- abus sans toucher : exhibitionnisme, voyeurisme, propos obscènes, utilisation de médias pornographiques en présence d'un enfant...
- abus avec toucher sans violence : toucher sur les parties génitales ou les zones érogènes (caresses, masturbations, attouchements avec pénétration, relations sexuelles complètes...)
- abus avec violences : entraînant des lésions de gravité variable (exploitation sexuelle à des fins de prostitution ou de pornographie,...)
- attitudes malsaines : conduites sexualisées, climats à tonalité sexuelle, actes…

1.2. Définitions juridiques

Le code pénal (3) parle d'agression, d'atteinte sexuelle et plus récemment d'inceste (voir Annexe 6 pour les peines encourues):

- Les crimes et délits d'agression sexuelle (article 222-22) comportent les infractions suivantes : le viol (*« tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte – physique ou morale-, menace ou surprise »)*, l'agression sexuelle *stricto-sensu* (c'est-à-dire toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise), l'exhibition sexuelle, le harcèlement sexuel.

- Les délits d'atteinte sexuelle sont commis « sans violence, contrainte, menace ou surprise » (article 227-25) et distinguent l'atteinte sexuelle sur mineur de quinze ans et sur mineur de plus de quinze ans non marié.

- L'inceste **:** La loi française lui avait substitué jusque là la notion de circonstance aggravante : « ascendant légitime naturel ou adoptif ou toute personne ayant autorité sur la victime ». Mais depuis le 8 février 2010, une loi est passée pour l'inscrire au code pénal en tant que tel : « *Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait »* (article 222-31) (3).

1.3. Autres termes utilisés

Un « survivant d'abus sexuel » est une personne ayant un antécédent d'abus sexuel dans son enfance, son adolescence ou son passé d'adulte.

Le terme de « survivant » est préféré au terme de « victime » ou « d'ancienne victime » afin de louer les ressources de la personne qui a su trouver les moyens d'affronter les conséquences de l'abus (4). Le terme « combattant » est maintenant utilisé au Canada pour décrire les personnes qui non seulement ont survécu mais se sont épanouies. Il reflète l'idée que l'abus sexuel est quelque chose qui arrive aux gens et ne devrait pas être considéré comme l'essence même de leur identité (5). Dans le présent document, les termes de « survivants » et de « patients » seront utilisés de manière interchangeable (puisque les patients dont on parlera sont tous des « survivants »).Nous emploierons le masculin car même si les abus sur les femmes sont plus souvent répertoriés et si l'on peut supposer qu'il existe des caractéristiques de l'abus sexuel et donc du processus de guérison plus masculines ou plus féminines, il a été montré qu'il existait plus de similitudes que de différences (5).

Les différents « types » de violences sexuelles chez les mineurs

- Les abus sexuels intra-familiaux :

    - L'inceste (du latin *incestus* : « impur ») désigne une relation sexuelle entre membres de la même famille et soumise à un interdit. Ce tabou, considéré par l'ethnologue Claude Lévi-Strauss comme un universel présent dans toute société, prend cependant différentes formes selon les formations sociales. Toute la difficulté est la définition de la « parenté » qui varie selon la culture et les époques (6). Pour Freud, l'inceste est un tabou dont l'interdit permet de contrecarrer les forces pulsionnelles ce qui permet l'origine de l'échange et la construction de sociétés (7).

- Les abus sexuels extra-familiaux :

    - Par des proches de la famille
    - Par des inconnus
    - Au sein des institutions (famille d'accueil, établissement, centre de vacances)

    Et plus spécifiquement pour les adolescents : viol au sein d'un couple d'adolescents, viol par d'autres adolescents

2. Données épidémiologiques

Selon l'enquête *Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France* (ENVEFF)[1] (8; 9; 10), en 2000, en France, 11% des femmes interrogées déclarent avoir subi des agressions sexuelles au cours de leur vie. Ce sont surtout les jeunes qui sont concernées, même si les femmes ne sont épargnées à aucune période de leur vie, de la petite enfance à l'âge mûr. Ainsi, plus de la moitié des femmes agressées sexuellement l'ont été avant l'âge de 18 ans et plus du tiers avant 15 ans. Alors que les petites filles sont surtout victimes d'attouchements sexuels, perpétrés principalement par des familiers (dans 85% des cas, l'enfant connait son agresseur et les abus sont répétés 8 fois sur 10), les adolescentes et les femmes jeunes subissent

[1] ***L'****enquête Enveff, commanditée par le Service des Droits des femmes et le Secrétariat d'État aux Droits des femmes répond aux recommandations faites aux gouvernements, lors de la Conférence mondiale sur les femmes à Pékin en 1995, " de produire des statistiques précises concernant les violences faites aux femmes ". Coordonnée par l'Institut de démographie de l'université Paris I (Idup), elle a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs appartenant au CNRS, à l'Ined, à l'Inserm et aux universités.*

L'enquête a été réalisée par téléphone de mars à juillet 2000, auprès d'un échantillon représentatif de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans, résidant en métropole et vivant hors institutions. Le questionnaire a été conçu pour faire émerger progressivement les situations de violence et favoriser la remémoration d'événements parfois très anciens. La violence n'était jamais nommée, chaque module recueillant, pour les douze derniers mois, l'occurrence de faits non qualifiés de violents. L'enquête a aussi porté sur les violences les plus graves subies au cours de la vie.

plutôt des tentatives de viol et des viols. Le viol conjugal occupe une place importante et méconnue : près de la moitié des femmes victimes de viol l'ont été de la part d'un conjoint, dont beaucoup se sont séparées par la suite.

Dans l'enquête *Contexte de la Sexualité en France* (CSF) en 2006[2] (11), 16 % des femmes et 5 % des hommes déclarent avoir subi des rapports forcés ou des tentatives de rapports forcés au cours de leur vie, dont 10% des femmes et 3% des hommes avant leur majorité. En réponse à la question « En avez-vous parlé à quelqu'un? », 46 % des femmes et 62 % des hommes ayant subi l'un de ces actes disent n'en avoir parlé à personne avant l'enquête. Et parmi ceux qui en ont parlé, seuls 8% se sont adressés à un médecin. On peut donc penser que les médecins généralistes travaillent fréquemment, sans le savoir avec des « survivants » d'abus sexuel (12).

Concernant les maltraitances sexuelles chez les enfants en France, les seules sources fiables sont celles de l'Observatoire National de l'enfance en Danger (ODAS) et du Service National d'Appel Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée (SNATEM) qui offrent un panorama national du problème. Les signalements pour abus sexuels sur enfant, après avoir connu une régression (4800 en 1999 versus 5500 en 1995: soit une baisse d'un peu plus de 13%) ont connu une progression (5900 en 2001 versus 5500 en 2000). C'est la seule maltraitance qui ne connaisse pas de baisse avec le temps. L'inceste représente 75% des situations d'agression sexuelle sur enfant (13).

Les maltraitances sexuelles sont en effet un véritable **problème de société** sur lesquelles le silence et le peu de reconnaissance sociale ont longtemps pesé, et qui ne sont prises en considération que depuis peu. Et encore, ces données ne concernent qu'une partie de ce fléau puisqu'aucun chiffre valide ne peut être avancé pour les maltraitances sexuelles touchant les autres personnes vulnérables, personnes âgées ou handicapées, ni même les adultes du fait de la difficulté à se remémorer et à énoncer ces évènements.

3. Les conséquences à moyen et long terme des abus sexuels

Au-delà du drame de société, il y a là un important **problème de santé publique** si l'on prend en compte la fréquence des souffrances et des conséquences médico-psychologiques, psychiatriques et sociales, présentées à court, moyen et long terme par les personnes victimes.

Il faut noter d'emblée la diversité des situations et leurs conséquences propres.

[2] *Cette enquête a été réalisée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'Institut national d'études démographiques (INED), à l'initiative de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS). Elle a été réalisée par un entretien téléphonique, de 49 minutes en moyenne, auprès de 6824 femmes et 5540 hommes âgés de 18 à 69 ans, tirés au sort. Le module du questionnaire concernant les violences et agressions sexuelles reprenait les formulations utilisées pour l'enquête Enveff de 2000.*

Roland Summit (14) a décrit le **« syndrome d'adaptation de l'enfant abusé »** qui correspond plus particulièrement aux abus sexuels intra-familiaux, et qui nous aide à mieux comprendre les symptômes de « l'adulte survivant » à la lumière de ce qu'il a vécu en tant qu'enfant. Les réponses inadaptées de l'adulte sont initiées par les réflexes de survie de l'enfant pour supporter cette situation intolérable. Il identifie 4 phases :

- **Secret et silence** : le silence de l'enfant est souvent garanti par des menaces de l'abuseur sur l'intégrité de la famille et sur les conséquences catastrophiques de la révélation du secret. De plus, d'éventuelles expériences positives de l'enfant durant l'abus (physiques, sexuelles ou émotionnelles) entraînent un sentiment de confusion qui éveille en lui, en plus de la peur, de la honte et de la culpabilité qui l'isolent et maintiennent le secret pour des années.

- **Impuissance et vulnérabilité** : dans le cas de l'inceste, l'enfant dépend de l'adulte pour sa nourriture, ses habits, son toit, sa « sécurité ». A l'âge adulte, il se demandera pourquoi il n'a pas réagit, sans se rendre compte à quel point il était vulnérable en tant qu'enfant.

- **Piège et adaptation** : la trahison par un adulte de « confiance » abouti à un sentiment de dépréciation de l'enfant qui se considère forcément comme « mauvais » puisque ça lui arrive à lui. Ce sentiment se traduira plus tard par une faible estime de soi, une dépression, des comportements d'autodestruction. Il va mettre en place des mécanismes de défense comme la dissociation, la culpabilisation et le déni qui peuvent devenir parti intégrante de sa personnalité et altérer ses perceptions et ses émotions.

- **Révélation et rétractation**. La révélation implique souvent les conséquences catastrophiques prédites par l'abuseur : éclatement de la famille, implication de la police et des services sociaux… ce qui est insupportable pour l'enfant et peut mener à sa rétractation pour rétablir l'ancien « équilibre ».

<u>Les conséquences sont multiples:</u>

- <u>Psychiques :</u>

- **L'état de stress post-traumatique** (ESPT) (Annexe 5) est une conséquence directe de l'évènement stressant. Ce serait le trouble le plus fréquent (présent dans près de 50% des cas d'abus sexuels, d'autant plus que l'on est proche de l'abus ou de leur révélation), isolé ou associé à d'autres troubles comme la dépression. Il est fréquent à tous les temps de l'évolution : dans les jours suivant l'abus sexuel, dans les semaines ou mois suivants ou à distance des évènements traumatiques après un intervalle libre de plus de 6 mois. Son évolution peut être prolongée sur plusieurs années.

- **L'anxiété ou l'angoisse** sont souvent au premier plan. Il peut s'agir d'une angoisse de fond (anxiété généralisée), de crises d'angoisse aiguës (attaques de panique) ou toutes sortes de phobies surtout en rapport avec l'événement traumatique.

- **La dépression et les tentatives de suicide :** Tous les types de dépression sont décrits, de la plus simple à la mélancolie délirante. Entre ces deux extrêmes, la dépression a une forme classique: tristesse de l'humeur, inhibition psychique et psychomotrice, sentiment de fatigue physique et psychique, surtout le matin, aboulie avec difficulté d'entreprendre, troubles de la mémoire, de la concentration et surtout de l'attention, baisse de la libido, anhédonie, plaintes somatiques comme des céphalées... Le niveau d'angoisse mêlé à la dépression est variable, tantôt celle-ci est au premier plan dans les entraves et la souffrance qu'elle apporte à la vie du sujet, tantôt la dépression terrasse le patient dans une douloureuse inaction, tantôt angoisse et dépression conjuguent leurs effets à parts égales.

  Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les personnes ayant des antécédents d'abus sexuels, cet antécédent ayant en lui-même une meilleure valeur prédictive du risque de suicide que la dépression elle-même (15).

- **Les troubles des conduites :**

  - Automutilation : plus les abus ont été violents et prolongés, plus les actes automutilateurs sont sévères.

  - Troubles du comportement alimentaire : il semblerait que l'on retrouve en moyenne une histoire d'agression sexuelle dans l'enfance dans plus de la moitié des cas de troubles du comportement alimentaire (16). L'obésité qui peut en résulter servira de véritable « rempart » vis-à-vis du monde extérieur. Les femmes obèses rapportent dix fois plus d'antécédents d'abus sexuels comparées à des femmes de corpulence normale (17).

  - Conduites addictives : Lorsque l'on considère une population d'alcooliques dépendants, on retrouve dans leur anamnèse une histoire d'abus sexuel dans l'enfance, avant l'âge de 16 ans chez 54% des femmes et 24% des hommes (16). Les taux sont à peu près identiques concernant la consommation de drogues, puisque l'on retrouve chez 29% d'hommes et 55% de femmes toxicomanes des antécédents incestueux (16).

  - Prise de risque non volontaire : Une étude de 2003 du Centre Information Documentation Jeunesse menée auprès de 1 500 jeunes indique que les filles victimes d'abus sexuels dans l'enfance présenteraient plus de risque d'accident de la voie publique. Trois fois

plus si l'abus a connu une reconnaissance, 8 fois plus s'il n'a pas été révélé (16).

- Conduites infractantes et infractantes sexuelles avec notamment les risques de répétition transgénérationnelle **:** Un adulte ayant vécu des abus sexuels étant enfant présentera plus fréquemment des conduites antisociales dans l'agressivité des comportements criminels par identification à l'agresseur et troubles de la référence à la loi. De même, il sera plus souvent l'auteur de délits et de crimes sexuels sur les adultes et sur les enfants, et ce d'autant plus que l'abus fut précoce, grave et qu'il n'aura pas pu trouver une reconnaissance de la violence qu'il a subi (16).

- **Les troubles du comportement sexuel :** Lorsqu'une femme présente des difficultés à parvenir à l'orgasme, une baisse d'intérêt pour la sexualité, une lubrification insuffisante ou/et une dyspareunie, on retrouve dans 40% des cas une agression sexuelle au cours de leur vie (16). A l'opposé, on peut retrouver une sexualisation des relations : le survivant a l'habitude d'utiliser son corps comme monnaie d'échange. Ainsi, selon les estimations des Canadiens, 80% des prostituées auraient été victimes d'abus sexuels dans leur enfance (18). Le risque d'apparition d'une maladie sexuellement transmissible à l'âge adulte est également plus importante chez les survivants d'abus sexuels (prise de risques sexuels) (16).

- **Les problèmes de confiance, de limites et d'intimité.** Paradoxalement, « les survivants manquent à la fois de la confiance nécessaire pour dévoiler leur intimité et de la méfiance nécessaire pour se protéger » (19). Un comportement inadapté, hyperérotisé avec séduction exagérée est souvent retrouvé chez le survivant qui peut ainsi se retrouver pris dans de nouvelles relations abusives à la maison ou au travail. Au contraire, le sentiment de trahison peut expliquer une méfiance excessive, une irritabilité, une agressivité et une paradoxale dépendance envers les adultes redoutés.

- **Pathologies psychiatriques d'une manière plus générale** : si les agressions sexuelles ne son pas prises en compte et traitées suffisamment tôt, elles fournissent un terreau ultérieur, tout au long de la vie de l'adulte, où pourront venir éclore des troubles psychiques, des pathologies psychiatriques et diverses difficultés d'intégration sociale (mais également des difficultés « affectives » de tout ordre) (16). Ainsi, une revue de 40 études montre que 50% des femmes et 28% des hommes ayant ou ayant eu recours aux services de santé mentale, auraient été victimes d'abus sexuels dans l'enfance (15). Une étude australienne constate que les taux de psychoses en général et de schizophrénie en particulier sont plus élevés (environ le double) lorsqu'il y a eu abus sexuel avant 16 ans, par rapport à la population générale (20).

- Somatiques

  Les survivants d'abus sexuel présentent plus de problèmes médicaux en général, notamment inexpliqués. En effet, diverses études (4; 12; 16; 19; 21) admettent que des expériences traumatisantes dans l'enfance, notamment l'abus sexuel, peuvent générer un certain nombre de troubles somatoformes. Parmi ceux-ci, on enregistre ceux accompagnant les symptômes de panique (troubles musculaires, maux de tête, palpitations cardiaques), puis viennent des troubles de la sphère urinaire et génitale (problèmes gynécologiques en général et notamment douleurs pelviennes chroniques), des troubles gastro-intestinaux (prévalence de 14% d'agression sexuelles dans les maladies digestives (16)), certaines maladies de peau, de la sphère respiratoire (rhinite chronique), des problèmes de mémoire, mais également la notion de douleurs chroniques. Ainsi, des antécédents de violence et d'abus sexuels sont fréquemment retrouvés chez des patients présentant des lombalgies chroniques, des douleurs pelviennes chroniques (4) ou un syndrome polyalgique diffus : la fibromyalgie (22).

La plupart des symptômes psychiques ou somatiques énoncés ci-dessus sont retrouvés dans toute névrose traumatique, quel que soit le traumatisme psychique initial (accident, attentat, catastrophe naturelle…) (23). Cependant, il a été montré, avec des mesures d'ESPT, de dépression et d'anxiété-trait, que les victimes d'agressions sexuelles avaient des réactions initiales et à l'acmé de leurs troubles plus sévères que des victimes d'agressions non sexuelles, ainsi qu'un délai de récupération plus long (16).

L'évènement traumatisant est l'élément étiologique central des troubles psycho-traumatiques en nature et intensité. Le caractère particulièrement intense de menace vitale lié à l'agent stressant est un facteur étiologique important. La « violence » (sans qu'il n'y ait forcément recours à la force) provoquée par un être humain, désintégrant le bouclier de protection sociale et familiale présente un caractère intense de menace vitale, bien plus délétère que celle des catastrophes naturelles, notamment si l'agression est perpétrée par une figure d'autorité comme dans l'inceste (16). Il s'agit ainsi de sexe « mortel », car visiblement ici le sexe est lié à la mort : mort du corps, mort du choix (car son choix est nié) et mort de son altérité (24).

Des marqueurs de gravité de l'abus sexuel ont pu être corrélés à un devenir psycho-pathologique plus sévère chez les survivants :

- la notion de viol donc de pénétration,
- l'utilisation de violence et de coercition,
- le fait que l'agresseur soit une personne de l'entourage familial. En effet, le parent incestueux qui jouit du corps de son propre enfant, va perdre sa place

symbolique de donneur de vie pour entraîner son enfant dans la mort. C'est un « assassinat psychique »,

- un âge plus jeune, une durée plus longue des abus et violences subies.

A l'inverse, la qualité du soutien des parents en cas d'abus extra-familial ou du parent non abuseur en cas d'inceste est vraisemblablement un facteur protecteur de l'apparition de troubles psychopathologiques.

On comprend mieux les conséquences à moyen et long terme des abus sexuels dans l'enfance même si elles sont loin d'être univoques ou pathognomoniques.

Ces violences et leurs conséquences concernent donc les professionnels de santé et notamment les médecins généralistes, qui, en tant qu'acteurs de soins primaires, ont du fait de leur compétence médicale, un rôle à promouvoir en matière d'aide psychologique thérapeutique (25). Et après une telle négation de son identité, reconnaître la parole de la victime, c'est reconnaître son existence et déjà participer au soin (26).

A l'heure où les missions du médecin généraliste de premier recours sont réaffirmées comme contribuant entre autres au diagnostic, au dépistage, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'orientation des patients, selon leur besoin, et en prenant en compte « sa dimension humaine » (27), ainsi que « psychologique, sociale, culturelle et existentielle » (28), il semble primordial de s'interroger sur son rôle réel dans la pratique.

En effet, « quel est le rôle du médecin généraliste dans la révélation tardive d'abus sexuels par les patients ? »

Pour tenter de répondre à cette question, des entretiens à visée exploratoire ont été réalisés avec des survivants d'abus sexuel, afin de mieux comprendre la place qu'ils attribuent au médecin généraliste dans cette problématique, quels sont à leurs yeux les déterminants du dialogue médecin-patient à ce propos et ce qui les a fait avancer dans leur processus de guérison afin d'ouvrir des pistes de réflexion quant à une prise en charge plus adaptée. En miroir, il a été décidé d'interroger également des médecins généralistes afin de connaître leurs expériences et ressentis sur ce sujet.

L'hypothèse formulée était qu'il existait des obstacles à la révélation tardive d'abus sexuels par les patients à leur médecin généraliste, et notamment le malaise du médecin concernant ce sujet, malaise lié à une barrière psychologique (réactions émotionnelles propres et tendance « naturelle » à minimiser ou refuser de croire à l'impensable) mais également à un manque de formation sur ce sujet. Cela freine-t-il la révélation d'une part et la prise en charge adéquate du patient d'autre part? Mais quelle est la prise en charge adéquate d'un patient révélant un antécédent d'abus sexuel ?

METHODE

1. Le choix de la méthode

L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre la place du médecin généraliste dans la révélation tardive d'abus sexuels, au travers du vécu des patients mais aussi des médecins quant aux obstacles et aux facteurs favorisant la communication sur ce thème et ainsi élaborer des pistes de réflexion quant à une meilleure prise en charge de ces patients. Pour pouvoir appréhender le vécu des médecins et des survivants à ce sujet, la méthode qualitative était la plus appropriée. En effet, ce type d'étude, issu de la sociologie, permet de comprendre en profondeur, plus que de mesurer, en élaborant des hypothèses par induction, à travers le discours des sujets interrogés. Aller à la rencontre des survivants mais aussi des médecins, leur donner l'occasion de s'exprimer librement sur leur expérience sur ce sujet paraissait essentiel. La démarche est donc celle d'une enquête exploratoire et compréhensive, fondée sur des entretiens semi-dirigés. La diversité des points de vue est recherchée et le critère de qualité est celui de la cohérence et non de la représentativité (29).

2. L'échantillon

2.1. Taille de l'échantillon

Dans une étude qualitative, le critère utilisé pour la détermination du nombre d'entretiens est celui de la saturation théorique, c'est-à-dire quand la collecte de nouvelles données ne sert plus à améliorer la compréhension du phénomène étudié. En pratique, cette enquête étant à visée exploratoire et compte tenu des limites techniques (recrutement d'anciennes « victimes » en capacité de réaliser un entretien à ce sujet), le nombre de patients a été volontairement limité. Initialement, nous avons choisi de réaliser 20 entretiens, 10 de patients et 10 de médecins généralistes.

2.2. Composition de l'échantillon

- Pour les patients : Dix patients ont été désignés par l'intermédiaire de la présidente et de la psychologue de l'association Parole et Justice, une association vendéenne de victimes d'abus sexuels. Neuf de ces patients font partie d'un groupe de parole au sein de l'association. Tous avaient donc déjà effectué un cheminement certain quant à leur histoire, ce qui rendait l'entretien réalisable.

- Pour les médecins : Un échantillon de 12 médecins généralistes a été constitué à partir d'un annuaire téléphonique afin de concrétiser au moins 10 entretiens. Les critères de sélection ont tenu compte à la fois du sexe de l'âge et du type d'activité (urbain, rural et semi-rural), afin d'avoir un échantillon le plus représentatif possible.

Au final, nous avons observé une saturation de l'information (c'est-à-dire que les nouveaux thèmes se répétaient et qu'aucun nouveau thème n'apparaissait) après 9 entretiens de patients. Cela a été plus difficile pour les médecins chez qui le recrutement a cessé avant saturation de l'information par difficulté de réalisation.

3. Les entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 4 mars 2009 et le 20 octobre 2009:

- *Pour les patients* : « de visu », le lieu étant laissé au choix de la personne interrogée : au domicile de celle-ci, au mien, ou dans un cabinet médical.
- *Pour les médecins* : téléphoniquement sur rendez-vous car il était supposé que les médecins disposaient de peu de temps pour une rencontre et accepteraient plus volontiers de s'entretenir par téléphone pour des entretiens dont la durée estimée était entre 10 et 15 minutes.

4. Le guide d'entretien

Les entretiens ont été semi-directifs, donc réalisés à partir d'une grille d'entretien qui dressait la liste des sujets à aborder (Annexes 1 et 3). Au cours de l'entretien, l'ordre des questions s'est adapté au discours de chacun pour préserver la spontanéité et la fluidité de la discussion et la façon dont elles étaient formulées devait éviter d'orienter les réponses.

Les thèmes abordés avec les patients ont été les suivants (Annexe 1):

- L'interlocuteur privilégié de la révélation,
- Les facteurs favorisant la révélation et notamment le questionnement du médecin à ce sujet,
- Les obstacles à la révélation et notamment le ressenti éventuel d'un malaise de la part du médecin généraliste,
- Les éléments ayant déclenché la révélation,
- Les symptômes motivant les consultations chez le médecin traitant,

- La manière dont leur médecin traitant les a orientés et ce qui les a aidés à avancer dans leur cheminement personnel.

Les thèmes abordés avec les médecins généralistes ont été les suivants (Annexe 3) :

- La confrontation éventuelle à des cas de révélation tardive d'abus sexuel,
- L'abus était-il suspecté ? Les indices qui mettent « la puce à l'oreille »,
- Le malaise éventuellement ressenti face à ces situations,
- L'accueil et l'orientation des patients après une révélation tardive,
- La formation reçue à ce sujet et leur besoin éventuel de formation.

5. La méthode d'analyse des résultats

L'analyse du discours a consisté à sélectionner et à extraire les données du terrain pour faire progresser les connaissances. C'est l'approche de la théorie fondée sur les faits. Une analyse du contenu des entretiens a été réalisée sur un mode transversal, c'est-à-dire thème après thème. Cette analyse thématique a donné lieu au travail de rédaction (29).

RESULTATS

1. Résultats des patients

1.1. Caractéristiques des patients interrogés

Toutes les personnes désignées par l'association ont accepté, lors de mon appel, de prendre rendez-vous avec moi pour un entretien. Huit entretiens ont été faits « de visu » lors d'une rencontre dans un lieu que la personne choisissait : 1 a été fait chez la Présidente de l'association, 4 au domicile des personnes concernées, 2 dans un endroit « neutre » c'est-à-dire dans un cabinet médical, 1 chez moi, 1 par entretien téléphonique à la demande de la personne après plusieurs tentatives de rendez-vous avortés par la personne pour cause de « manque de temps ». Huit des personnes interrogées sont des femmes. Il n'y a qu'un homme. Les entretiens ont duré entre 12 minutes (entretien téléphonique) et 1 heure 26 minutes avec une moyenne de 35 minutes. Au cours de l'entretien, j'ai toujours essayé d'adopter une attitude de neutralité et d'empathie, sans révéler mon point de vue et mes pensées, pour amener l'interviewé à exprimer ses sentiments et dévoiler son expérience personnelle. Les entretiens ont tous été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, afin de permettre la retranscription la plus exacte possible, avec l'accord des interviewés et en leur assurant le respect de l'anonymat.

Concernant les abus, 3 des personnes interrogées ont été victimes de 2 agresseurs différents, à des années d'intervalle ; les 6 autres ont été victimes d'un seul agresseur. Sur 12 agressions, on recense 9 abus « extra-familiaux » (3 dans le cadre scolaire ou équivalent ; un conjoint ; un supérieur hiérarchique dans le cadre professionnel, un ami de la famille, des adolescents plus âgés, et agresseurs non précisés dans 2 cas), 3 abus « intra-familiaux » (dans 2 cas, c'est le père qui est l'agresseur, dans 1 cas, il s'agit d'un cousin). Toutes les personnes interrogées ont un médecin généraliste. L'âge des personnes interrogées se situe entre 19 et 52 ans avec une moyenne de 41,1 ans. Leur niveau d'étude est variable, entre le secondaire (arrêt de l'école à 16 ans) et BAC + 5.

1.2. Résultats des entretiens

1.2.1. Les interlocuteurs privilégiés

- **Sept personnes interrogées sur 9 en ont parlé à leur médecin généraliste mais il n'a jamais été le premier interlocuteur de la révélation.**
    - Les interlocuteurs privilégiés sont des proches (conjoint, ami, famille, collègue de travail) pour la majorité des personnes interrogées (8/9), proches qui ne sont d'ailleurs pas toujours en capacité de recevoir cette révélation *« j'ai fait des tentatives avec des gens très proches qui ne m'ont pas entendue » ; « j'en ai parlé une première fois à ma tante, il n'y a eu aucune réaction » ; « j'en ai parlé la première fois à une amie proche (…) elle n'était pas vraiment armée pour une annonce ».* Une des personnes interrogée a fait sa première révélation à une infirmière scolaire *« je la connaissais, ça faisait 2 ans qu'on avait établi une sorte de rapport de confiance ».*
    - Les « professionnels de santé » n'apparaissent le plus souvent qu'en 2ème recours : 3 personnes se sont tournées spontanément vers un « psy » (psychothérapeute, psychologue ou psychiatre) *« c'est pas vers le médecin que je me suis tournée d'emblée quoi (…) c'est vers le thérapeute » ; « ça a été révélé à une psychologue »,* 2 y ont été adressées (au moment de l'adolescence), une par une assistance sociale, l'autre par le médecin généraliste *« j'étais pas bien, forcément dans mon adolescence, mon médecin généraliste a conseillé à mes parents de m'envoyer chez un psy ».* Une personne est allée voir un kinésiologue, une autre une orthophoniste *« et puis petit à petit, en séance, je lui ai dévoilé mon histoire »*
    - Le médecin généraliste n'intervient que dans un 2ème voire 3ème temps le plus souvent *« quand je l'ai dit à cette personne là, après j'ai pu le dire à mon médecin » ; « c'est après la première visite chez le psychologue que je lui ai révélé » ; « j'ai pu en parler avec un médecin, une fois que tout était posé, que ça avançait ».* Pour 2 patients, le médecin généraliste a été mis au courant par des personnes intermédiaires *« mon mari était pas bien du tout (…) il lui a expliqué mon histoire. Ce n'est pas moi… mais bon, il le sait » ; « ce n'est pas moi qui lui en ai parlé directement, c'est ma mère »*

- **1 personne interrogée n'en a jamais parlé à son médecin généraliste :** *« non, elle n'est pas du tout au courant »*

- **1 personne interrogée ne se souvient plus :** *« Honnêtement, je ne me souviens pas du tout si je lui avais dit que j'avais été abusé sexuellement ou pas, en tous cas, ça ne l'avait pas alerté plus que ça donc… »*

1.2.2. <u>Les obstacles potentiels à la révélation</u>

- Pour 6 personnes interrogées, la révélation ne peut se faire que suite à un **cheminement personnel** qui consiste en différentes étapes :

    - **prendre conscience de l'impact du traumatisme ancien dans la vie quotidienne :** *« je n'avais pas suffisamment de recul (…) j'ai essayé de mettre ça dans un côté de ma tête et de m'efforcer d'avoir une vie euh…le plus normal possible » ; « je ne voyais pas l'intérêt d'en parler dans la mesure où j'avais construit ma vie, j'étais mariée, j'avais 2 enfants (…)je pensais que c'était dans un coin et je ne pensais pas que ça pouvait avoir un impact sur ma vie (…) dans ma façon d'être, dans ce que je pouvais transmettre à mes enfants aussi (…) et comme je ne faisais pas les liens, je ne pouvais pas faire le lien avec un médecin » ; « je croyais pas que c'était…grave » ; « j'avais mis ça très très au fond de moi et je pensais pas que c'était une difficulté dans la vie quoi (…) je regardais ça… comme quelque chose d'assez banal en fait (…) comme je niais les choses, il a fallu que je comprenne pourquoi je niais les choses (…) il a fallu du temps » ; « j'étais moi-même dans le déni (…) c'est bizarre (…) on le sait évidemment, on a l'impression que c'est là mais c'est pas ça qui fait qu'on est pas bien… c'est vraiment le refus de voir ce qu'il se passe (…) de faire les liens, de chercher, de comprendre »,*
    - **surpasser un certain nombre de sentiments :** *« il y a la honte, la culpabilité (…) qui est encore tellement, tellement lourde à porter »*
    - **réapprendre à s'écouter :** *« beaucoup de… des sentiments que je ressentais, ben j'ai enfoui tout ça dans mon quotidien »*
    - **cesser de protéger autrui au détriment de soi même :** *« j'ai protégé mes parents, les adultes qui m'entouraient » ; « on protège l'agresseur » ; « pendant longtemps je me suis dit « je ne pourrai en parler que quand il sera mort »*
    - **de passer outre les conséquences de la révélation :** *« je savais que quand j'allais révéler ça (…) ça allait faire boule de neige, ça allait être un désastre (…) le tsunami »*
    - **« avant l'heure c'est pas l'heure » :** *« je n'étais pas prête à lui en parler je pense, c'est tout » ; « je ne pouvais pas le dire plus tôt (…) je n'ai pas pu » ; « c'était pas le moment »*

- **Le fait que le médecin soit un homme** est une difficulté abordée dans 5 entretiens *« quand c'est un homme c'est horrible »* (parle du moment où il faut se déshabiller pour l'examen) *; « en plus, c'était un homme… voilà, moi je préfère parler avec une femme donc il y avait peut être ça aussi qui me freinait » ; « c'était un médecin homme donc c'était pas évident pour moi » ; « je dis, je veux pas passer devant un homme » ; « oh non, un médecin généraliste homme, je pense que j'aurais pas pu »*

- **Le fait que ce soit un « médecin de famille »** est évoqué comme un obstacle dans 3 entretiens, dans les 3 cas dans le cadre d'abus extra-familiaux dans

l'enfance/adolescence : *« il aurait certainement parlé à ma mère » ; « j'avais peur qu'il en parle à mes parents ».*

- **La confrontation ultérieure au regard de l'autre « qui sait »** est évoquée dans un entretien : *« un coup quand on a raconté une chose une fois à quelqu'un, moi ça me stresse le regard des gens, ce qu'ils peuvent penser, ça m'angoisse »*

- **Le manque de temps** revient dans 3 entretiens : *« il n'a pas toujours ce temps là, parce qu'il enchaine, vous êtes là pour ¼ d'heure – 20 minutes, quand il prend 20 minutes c'est génial, et non, ça ne se fait pas comme ça, ça se fait dans le questionnement, et le questionnement, ça demande du temps » ; « on peut pas compter sur le médecin, ils n'ont pas le temps, ils sont débordés » ;*

- **Le manque d'investissement, d'intérêt de la part du médecin généraliste quant-au patient lui même :** *« il a même pas cherché à savoir, quoi » ; « (…) pas de recherche au niveau de l'histoire familiale…rien. Ni de recherche au niveau de l'histoire personnelle…rien » ; « il n'a rien vu » ; « le médecin reste trop généraliste dans la consultation, peut être que si il essayait d'aller plus loin »* **ou plus largement concernant le sujet des abus sexuels :** *« je m'en vais mettre des affiches chez lui (de Parole et Justice), j'ai l'impression…qu'on s'en fout (…) elle est restée peut être un mois ou deux dans la salle d'attente et puis terminé hein (…) moi je me dis, est ce que lui sait que les victimes sexuelles c'est grave ? je me dis, il ne doit pas se rendre compte… » ; « une fois j'en avais mis une (affiche de Parole et Justice), au culot dans la salle d'attente, il me disait (le médecin généraliste) « parce que ça existe encore ça, y'a des gens qui font ça ? Ben moi, j'en ai jamais entendu parler », je pense qu'il était vraiment fermé à ça, à mon avis, le domaine le dérangeait »*

- **La peur d'une part et la constatation d'autre part que les symptômes physiques sont quasiment systématiquement considérés en tant que « somatisation » de cet évènement de vie traumatisant :** *«je ne voulais pas non plus qu'il se dise « avec tout ce qu'elle a vécu (…) il y a peut être une relation (…) elle fabule peut être par rapport à ses douleurs » (…) je voudrais pas qu'il fasse un amalgame de tout » ; « ils me cataloguent d'office (…) c'est-à-dire que le moindre symptôme est associé à ça (…) mes problèmes psycho ont un dos assez large (…) j'ai l'impression de ne pas être prise au sérieux »*

- **Pour 2 personnes interrogées, le rôle du médecin généraliste dans la révélation tardive d'abus sexuels n'est pas évident :** *« pour moi, ce n'était pas forcément logique d'en parler à mon médecin généraliste (…) je ne voyais pas ce qu'il pouvait faire de plus » ; « je ne vois pas trop l'utilité de lui en parler (…) vu que maintenant, je ne suis plus en dépression (…) elle est vraiment axée sur le médical, ce n'est pas quelqu'un qui est dans la parole donc… ».*

- Divers :

    - **Le fait que le médecin soit un « adulte »** *« le fait que ce soit un adulte quand j'étais plus jeune »* **mais aussi dans la même configuration, la peur du signalement** *: « le médecin traitant, j'imaginais rapport tout ça (…) signalement »*
    - **L'examen physique :** *« il fallait que j'enlève mon tee-shirt et tout, enfin c'était une catastrophe, je mettais 10 minutes (…) quand ils nous examinent après ils peuvent savoir des choses même si des fois on les dit pas… alors que là je raconte ce que je veux »*
    - **La présence des parents lors de la consultation pour les enfants/ados :** *« comment voulez-vous qu'un enfant, même un ado, introverti, puisse parler au médecin traitant quand les parents sont toujours là au cours de la visite »*
    - **Le fait d'y aller « avec les enfants » :** *« c'est plus des questions sur la vie familiale »*
    - **La peur de ne pas être crue :** *« j'avais peur qu'on prenne ça à la légère ou qu'on ne me croit pas donc… »*
    - **Orientation différente :** *« on a évolué sur notre façon de nous soigner (…) pour aller plus vers la médecine (…) « parallèle » (…) plus sur la compréhension globale de la maladie »*

1.2.3. <u>Les facteurs favorisant la révélation</u>

- **Les questionnements :**
    - **Le médecin généraliste n'a posé de question que dans 1 cas sur 9, question évasive** *« qu'est ce qui ne va pas ? »,* **à laquelle la patiente n'a pas répondu :** *« j'aurais pu le dire, mais je ne l'ai pas dit »*
    - **Dans la majorité des cas, les personnes interrogées ne savent pas si elles auraient pu répondre si la question leur avait été posée par leur médecin généraliste**
    - **Mais 6 personnes sur 7 pensent que si le médecin a un doute, il faut effectivement questionner le patient sur ce sujet :** *« s'il m'avait posé une question allant dans ce sens là (…) peut être que je n'aurais pas pu lui cacher (…) je pense qu'il vaut mieux essayer de lancer la conversation, même si ça doit s'arrêter » ; « (à propos de scarifications que la patiente s'était faite) j'attendais qu'il me pose la question « pourquoi » mais en fait il ne m'a même pas posé la question (…) personne essayait d'ouvrir pour voir (…) qu'il pose des questions (…) c'est le rôle du médecin (…) quitte à se planter on se plante, au pire des cas, ça permet à des personnes de parler plus tôt (…) certaines personnes ont juste besoin qu'on fasse un geste pour les aider à parler, qu'une personne pose une question, ça peut aider, oui » ; « c'est intéressant qu'il puisse y avoir une main tendue, un questionnement tendu, après, la personne elle saisit ou elle saisit pas » ; « en tous cas, ça*

aurait interpellé quelque chose chez moi (…) cette question là (…) générer un début de cheminement » ; « oui franchement oui. J'avais besoin d'aide. J'aurais eu besoin d'aide mais je n'avais personne » ; « oui, je pense que j'aurais gagné du temps, parce qu'après le chemin est long » ; « ça peut être des questionnements (…) ça aurait pu être à un moment donné « oh vous avez beaucoup de choses à répétition… » (…) aiguiller un peu (...) penser à deux »

- *« La question doit être un peu subtile quand même, c'est-à-dire que le questionnement, c'est de mettre la personne en questionnement (…) après elle va à son rythme et ou elle est prête à saisir et à ce moment là, elle va le saisir (…) ou elle n'est pas prête et à ce moment là, elle va vous le faire sentir (…) elle ne reviendra pas »*

- **Pour une meilleure connaissance de la personne dans sa globalité (2/9) :** *« ça n'allais pas (…) je lui fais « en fait pour savoir exactement et me suivre correctement, autant que je vous dise pourquoi» » ; « je parle de ça assez facilement (avec les médecins généralistes) dans le sens où je sais l'influence que ça peut avoir sur mon corps (…) ça fait parti de moi »*

- **Une relation de confiance (5/9) :** *« le fait que j'étais très à l'aise avec lui » ; « j'ai rencontré des gens qui ont parlé à leur médecin traitant et je comprends pourquoi ils se sont confiés, parce qu'ils étaient à l'aise » ; « j'avais confiance en lui » ; « il était abordable (…) on aurait pu être à l'aise pour le dire » ; « je pense que maintenant, je pourrais lui en parler, elle entendrait, j'ai assez confiance »*

- **Disponibilité, écoute, non-jugement (4/9) :** *«c'est (le médecin traitant) qui a dit à mon mari : « il faut que votre femme vienne me voir pour parler de son histoire » ; « l'écoute est importante (…) c'est primordial, et le non-jugement » ; « il fallait que je sente qu'il y avait quelqu'un qui pouvait recevoir cette parole (…) un médecin formé à l'écoute » ; « elle abordait vraiment directement tous les soucis (…) m'a demandé de raconter un peu » ; « je crois que ce qui est important (…) c'est que la parole de la personne soit prise en compte et entendue »*

- **Plaquettes « Parole et Justice » (1/9) :** « *il devrait y avoir des plaquettes de ce genre un peu partout, même pas que chez les médecins »*

- **Médecin généraliste pratiquant la gynécologie (1/9) :** *« ce n'était pas un hasard (…) je pouvais aborder ces choses là plus facilement là avec elle »*

1.2.4. Les éléments déclencheurs de la première révélation

- **Rencontre de l'agresseur des années après (2/9)** (abus extra-familial) : *« je l'ai recroisé, j'étais persuadée que c'était lui donc… j'ai été très très angoissée » ; « un des deux agresseurs est venu me trouver »*
- **Conflit avec le père abuseur (1/9)**: *« c'est à partir du moment où j'ai eu l'altercation (…) avec mon père, que ça a vraiment débordé, que ça a été vraiment très loin dans la discussion (…) je me suis littéralement effondrée (…) il a fallu que ça parte »*
- **Difficultés du conjoint (1/9):** *« mon affaire est passée au tribunal, mon mari n'était pas bien du tout (…) il lui a expliqué mon histoire (au médecin généraliste)»*
- **Déstabilisation professionnelle, personnelle et/ou familiale pour 3 des personnes interrogées:** *« (au travail) pourquoi est ce que je pouvais ressentir les choses de façon aussi douloureuse (…) mon fils ainé me renvoyait mon image à la même époque (…) et là, j'ai compris que ce que j'avais vécu, je n'en avais jamais parlé à qui que ce soit et que c'était le moment » ; « j'ai perdu mon père, donc voilà, il y avait des choses que j'avais envie d'évoquer sur ma vie familiale, et puis en fait, très vite, j'ai abordé le sujet » ; « j'ai tout changé dans ma vie à un moment donné, je me suis mise dans des conditions qui m'ont tellement déstabilisée (…) ma seule issue, c'était d'en parler, c'était le suicide ou ça… »*

1.2.5. La prise en charge par le médecin traitant

- **Dans la totalité des cas, il n'y a pas eu de perception d'un malaise de la part du médecin généraliste au moment où a été faite la révélation :** « *au contraire » ; « ça peut être…délicat…et en fait ben non, vraiment (…) je n'ai pas senti de gêne chez lui, à aucun moment» ; « lui était vraiment très ouvert au sujet »*
- **L'accueil a été très bon dans la majorité des cas :** *« elle était à l'écoute (…) elle a pris en compte les choses (…) elle voulait me soutenir (…) j'avais besoin d'être rassurée à ce niveau là » ; « j'ai eu un accueil extraordinaire (…) très très à l'écoute (…) plutôt rassurant (…) avec des propos (…) très doux (…) une compréhension de ce qu'il se passait » ; « il m'a posé des questions, il était très intéressé » ; « il m'a remercié de lui avoir dit (…) il m'a dit après « si tu as besoin de quoi que ce soit (…) je suis là » ».* **Sauf pour une des personnes interrogées :** *« sur le moment il a été surpris (…) j'ai trouvé qu'il s'en était pas trop occupé par contre ».*
- **L'orientation** par le médecin généraliste s'est faite, quand il y avait besoin:
    - Majoritairement **vers un « psy »** (pour ceux/celles qui n'en avaient pas encore consulté)
    - **Vers des numéros anonymes pour une seule des personnes interrogées :** *« il les a cherchés sur l'ordinateur, il me l'a donné la fois d'après, il a dit qu'il allait se renseigner de son côté »*
- D'autres types de prise en charge ont été recensés (en complément):

- **Aide médicamenteuse pour 2 des personnes interrogées:** « *j'ai eu mes premiers cachets bien corsés* » ; « *il n'a pas voulu me donner d'anxiolytique ou d'antidépresseur parce qu'il avait peur que je fasse une bêtise (…) il m'a donné des trucs à base de plantes* »
- **Techniques** : « *je pouvais ouvrir un dictionnaire et chercher les mots à l'intérieur (…) parce que j'ai peur de mettre des mots dessus (…) de parler à quelqu'un en lui tournant le dos, de lui téléphoner si je souhaitais (…) je pouvais l'écrire (…) ce qui évitait la confrontation et le regard* »

- **Le suivi :** « *elle m'a redemandé (des nouvelles)* » ; « *il me demande comment ça évolue* »

1.2.6. Les symptômes, la somatisation

La fréquence de consultation du médecin traitant est peu évoquée et très variable, cela va de : « je vais le voir très rarement » à : « à une période, j'allais le voir toutes les semaines ».

Les troubles psychologiques/psychiatriques sont les plus fréquents:

- **Les troubles du sommeil, insomnies, cauchemars** reviennent dans 6 entretiens sur 9**:** « *je crains de m'endormir et puis de (…) faire des cauchemars… on croit que la personne est (…) avec toi (…) qu'il me touche* » ; « *ça m'est arrivé de me réveiller avec des choses qui concernaient le sujet* » ; « *quand je parle de peur, c'est vraiment de la peur, ça me paralyse, c'est des cauchemars, des insomnies* »
- 4 des personnes interrogées parlent **d'idées noires, voire de tentative de suicide** chez une 5ème : « *si je faisais une bêtise, je laissais 2 enfants* » ; « *j'avais très envie de mourir* ». Une seule personne (une 6ème) évoque clairement le terme de **« dépression ».**
- **Des crises d'angoisse** sont retrouvées chez 3 des personnes interrogées **:** « *j'ai horreur de pleurer donc j'intériorise beaucoup et après oui, ça s'exprime beaucoup par des crises d'angoisse* »
- **La notion d'image de soi dévalorisée** est retrouvée dans 2 entretiens.

Les problèmes relationnels :

- **Des difficultés de couple sont rapportées dans 3 entretiens:** « *ça a généré dans notre couple beaucoup de difficultés (…) dans la vie intime (…) difficultés quotidiennes (…) n'arrivant pas à fonder, à construire une famille* » ; « *les relations de couple qui ne tiennent pas (…) elle ressent mes tensions (…) c'est assez invivable* »

Les conduites à risque :

- **Scarifications chez une des personnes interrogées, au moment de l'adolescence**
- **La consommation d'alcool et/ou de drogues revient dans 2 entretiens:** « *j'ai beaucoup bu… je me suis un peu droguée* »

Plaintes somatiques pour lesquelles une cause organique est inconstamment retrouvée :

- **3 des personnes interrogées parlent de douleurs:** *« des douleurs qui se baladaient… poignets, chevilles (…) tendinites à n'en plus finir, mal au dos (…) tendue au niveau des trapèzes (…) c'était du bois quoi » ; « des douleurs diverses au niveau des membres et tout ça, bon , c'est forcément lié à… à plein de choses »*
- **Des problèmes gynécologiques sont rapportés dans 2 entretiens :** *« mes règles se sont arrêtées (…) ça a duré 2 ans (…) j'ai fait une hémorragie pendant quasiment 5 jours (…) j'ai eu des ovaires polykystiques, et de l'endométriose (…) j'ai mis 3 ans à être enceinte, et encore, j'ai eu un traitement inducteur de l'ovulation » ; « j'ai eu beaucoup de soucis… stérilité, tout un tas de choses »*
- **Des migraines sont évoquées dans 2 entretiens :** *« j'ai commencé à faire des migraines terribles et je pense que ça a commencé à me titiller vraiment (…) ça remontait » ; « j'avais beaucoup de migraines (…) en faisant un double travail (…) sur le mental (…) et corporel (…) les migraines ont disparu »*
- **Deux des personnes interrogées ont été sujettes à des malaises avec perte de connaissance :** *« le nombre de fois où j'ai eu des analyses biologiques… et puis en fait il y avait rien derrière»*
- **Une personne parle d'oppression :** *« en tous cas, je sens qu'il s'est dégagé quelque chose (…) j'ai pleuré, pleuré (…) alors qu'avant j'étais plutôt oppressée »*
- **Palpitations (1/9)**
- **Fatigue chronique (1/9)**
- **Symptomatologie ORL (1/9) :** *« je suis partie sur une rhinite, une pharyngite, une extinction de voix, ensuite ça a tourné en asthme avec décompensation et puis là ma sinusite, encore latente (…) on va dire que je me suis empêchée de crier »*

En fait, on voit bien que les répercussions sont multiples pour une même personne, ce qui est largement évoqué par les patients : *« je crois qu'il y a plein de signaux quand on est à l'écoute (…) alors les signes ils sont vraiment très très nombreux, ça peut être une timidité excessive, ça peut être des pertes de mémoire, enfin ça peut être plein de choses (…) vous pouvez faire parler (la personne) de … autour de ses relations aux autres (…) ou au niveau professionnel (…) on a des signaux d'alerte qui peuvent permettre au professionnel dans tous les cas de pousser son questionnement (…) en fait ça se sent, et après il faut creuser » ; « toute ma personne s'est écroulée en même temps, mes genoux, ma tête » ; « ça joue dans tout, ça joue dans mon travail, ça joue dans mes relations avec les autres (…) et c'est pas quelques heures par jour, c'est un espèce de parasitage 24h sur 24 au niveau de la pensée, c'est pas une vie » ; « tout ce que j'ai enfoui avait des répercussions sur mon quotidien, dans mes relations, dans ma vie sociale et dans ma vie de couple ».* **La notion de somatisation est bien connue des personnes interrogées, et sa complexité évoquée :** *« ce n'est pas toujours évident en consult' des médecins qui nous trouvent aucun… il n'y a pas de symptômes, il n'y a pas d'explication »*

1.2.7. Les facteurs d'amélioration

- **La première parole puis l'accompagnement, le suivi psychologique** : *« on a vraiment le sentiment d'une libération (…) un poids en moins quoi » ; « c'est important (…) mais pas suffisant »*
- **Les groupes de parole de l'association Parole et Justice**: Pour certains, dans un premier temps : *« il fallait que je commence par ça »* ou dans un deuxième temps pour d'autres *: « je n'étais pas toute seule (…) ce n'était pas moi qui fabulait (…) on a les même ressentis, on a les mêmes difficultés » ; « j'avais cheminé et je me dis que c'était intéressant de (…) rencontrer d'autres personnes dans ce cadre là (…) je n'y suis pas restée puis j'y suis retournée » ; « c'était vraiment une autre dimension de la thérapie (…) là c'est vraiment le partage d'autres vécus, différents » ; « ça mettait parfois de mots sur ce que je n'arrivais pas à exprimer (...) et puis de partager (…) c'est une soupape de sécurité » ; « le fait d'en parler à d'autres, on se sent beaucoup moins seul (…) il y a comme un air de famille (…) c'est un truc qui passe »*
- **L'indépendance***: « Le travail, la stabilité, l'argent »*
- **Chemin personnel : Parler à la famille** : *« j'avais besoin de faire appel au passé (…) d'aller poser des questions » ; « c'est important de restituer sa part de responsabilité à chacun (l'agresseur, la famille, la société), c'est difficile, très difficile, ça se fait sur du temps » ; « j'en ai parlé à mes frangines, à ma mère (…) pour être bien (…) je vais m'occuper de moi (…) » ; « j'ai parlé, j'ai parlé beaucoup (…) à ma mère, à mes frères »* **Parler à l'agresseur** *: « je lui ai dit (à l'agresseur) ce que je pensais de lui » ; « j'avais besoin d'aller parler à ce cousin »* ou **le rechercher :** *« j'ai fait des tas de recherches, j'ai un peu abandonné pour l'instant (…) je me fais confiance là-dessus »*
- **Judiciaire, un pas important pour certains** : *« pouvoir faire le signalement (…) c'est une reconnaissance, c'est connu et reconnu par la justice (…) on a été entendues quoi » ; « c'était très dur mais après c'est un soulagement quoi (…) pour tourner la page, c'est un plus »* **Un échec pour d'autres :** *«ce que j'ai trouvé dur, c'est quand j'ai porté plainte (…) les flics (…) ne m'ont pas comprise (…) donc j'ai arrêté » ; « c'était une catastrophe (…) c'était une gendarme qui m'a dit qu'elle était sûre que je racontais pas toute la vérité »*
- **3 des personnes interrogées font ou ont fait appel à l'écriture**: *« j'avais besoin de déposer ce qu'il s'était passé » ; « j'ai écrit entre temps un livre (…) ça m'a permis de proposer un atelier d'écriture dans le cadre de l'association (…) c'est génial » ; « je tiens mon journal »*
- **Le travail corporel est évoqué par 2 personnes, de manière différente, par un thérapeute manuel***: « avec des manipulations type étiopathie (…) ce sont des choses qui marchent très très bien sur (…) des personnes qui ont vécu ça»* **ou par la danse :** *« ça me permet de me réapproprier mon corps »*

On se rend bien compte que pour chaque personne, le chemin est différent mais dans tous les cas : *« il y a des étapes à franchir quoi, c'est incroyable, tant qu'on les a pas franchi, on n'avance pas… et si les éléments ne sont pas là pour faire avancer, et ben on avance pas »*

2. Résultats des médecins généralistes

2.1. Caractéristiques des médecins interrogés

Tous les médecins interrogés exercent en Vendée. Sept hommes et 5 femmes ont été contactés. Un médecin a refusé l'entretien, 2 médecins ont accepté mais n'étaient finalement pas là au moment où le rendez-vous était fixé (il avait été fixé pour l'un quelques jours auparavant, pour l'autre 15 minutes avant), 1 médecin n'a jamais répondu (le contact ayant été passé par l'intermédiaire de sa secrétaire à plusieurs reprises qui m'a finalement conseillé de lui envoyer un mail). Au total, 4 des médecins ayant répondu aux entretiens sont des hommes, 2 sont des femmes. Trois ont une activité rurale ou semi-rurale (nombre d'habitants de la commune dans laquelle leur cabinet est implanté: entre 2 300 et 3 500). Trois ont une activité urbaine (entre 15 433 et 50 000 habitants). Deux exercent seuls en cabinet, 4 exercent au sein d'un cabinet de groupe. La durée des entretiens a été en moyenne de 11 minutes et 30 secondes. L'âge des médecins interviewés s'échelonne de 38 à 55 ans avec une moyenne de 48,1 ans. Leur ancienneté d'installation s'échelonne entre 7 et 29 ans avec une moyenne de 18,8 ans.

2.2. Résultats des entretiens

- Tous les médecins interrogés ont déjà été confrontés à une ou plusieurs situations de révélation tardive d'abus sexuel. (10 situations en tout pour 6 médecins généralistes)
- Dans 2 cas, la révélation a été faite par l'intermédiaire d'un proche (mère, ami).
- Dans 3 des 10 cas énoncés (et pour 3 médecins généralistes différents), le médecin suspectait qu'il s'était passé quelque chose. Les signes « d'alerte » étaient divers :
    - Dans un des cas, il s'agit d'une patiente qui a eu une *« aventure très rapide de 48h »* qui *« ressemblait plus à la limite du viol » « elle m'a dit le lendemain en pleurs « je me suis laissée faire mais je n'étais pas consentante du tout » (…) qu'une fille aussi brillante rentre dans un fonctionnement comme ça, ce n'est pas banal, c'est qu'il y avait une souffrance derrière »*. Cette patiente consultait par ailleurs pour des cervicalgies, des douleurs abdominales, des migraines.
    - Dans le deuxième cas, il s'agit d'une patiente qui présente une *« fibromyalgie, des polyalgies diffuses (…) qu'on n'arrive pas trop à soulager (…) on aurait pu en parler beaucoup plus tôt mais bon, sans doute que je me suis mal débrouillé pour aborder le sujet »*
    - Dans le troisième cas, il s'agit d'un patient obèse : *« quand il y a une obésité dans une famille où il n'y a pas d'obèse, je pense (…) qu'il faut y penser »,* associé à un certain « vide » : *« au bout d'un certain temps, on sent qu'il y a un espèce de vide (…) et à ce moment là, il faut évoquer la question »*

- Dans les autres cas, il n'existait aucun signe pouvant y faire penser : *« ça se passait bien, y'aurait pas eu tellement de raison d'aborder le sujet » ; « elle avait un comportement absolument normal (…) il n'y avait aucun élément qui aurait pu suspecter ça » ;*

2.1.1. Interlocuteur privilégié

- Dans 2 cas sur 10, le médecin généraliste a été **l'interlocuteur privilégié** pour la révélation : *« c'est la première fois qu'elles disaient ça à un médecin ou à quelqu'un ».*
- Dans 3 cas, il a été l'interlocuteur de 2ème recours (après les proches : conjoint, amis, famille).
- Dans 2 cas, il a été un énième interlocuteur, après l'affaire judiciaire.
- Dans 3 cas, ce n'est pas précisé.

2.2.2. Les obstacles à la révélation

- Les difficultés du médecin

  - **La quasi-totalité (5/6) des médecins interrogés expriment un malaise mais dont l'origine est diverse :**
    - Au niveau émotionnel : *« ça n'a pas été simple à gérer, sur le plan émotionnel, parce qu'une gamine de 12 ans qui te raconte ça, houla… » ; « on ne peut pas se sentir à l'aise en tant que femme par rapport à ça (…) ça fait beaucoup de peine »*
    - Manque d'expérience : *« c'était une grande première pour moi (…) qu'est ce que je dois faire, non je n'étais pas à l'aise du tout » ; « on ne peut pas être à l'aise (…) je me sentirais pas de prendre en charge quelqu'un, moi je pense qu'il faudrait que je passe la main »*
  - **Un médecin interrogé évoque la difficulté de soigner la famille des agresseurs:** *« ça a été assez compliqué à gérer, alors moi j'ai pris la position d'être complètement impartial (…) pour moi le but c'était surtout que tout le monde s'y retrouve sur le plan psychologique et médical, moi je n'étais pas là pour faire la justice, et ça, ils ont très vite compris »*
  - **Deux médecins évoquent le temps comme un facteur limitant majeur** : *« les gens viennent déjà pour un motif particulier que tu dois gérer (…) généralement, tu es déjà un peu limité (…) donc aller piocher des choses assez subtiles et assez sournoises, en général, tu le fais pas du tout (…) il faut vraiment que ce soit une demande spontanée ou qu'il y ait un comportement qui puisse vraiment te mettre la puce à l'oreille (…) c'est très compliqué » ; « elle me dit ça, c'est terrible, bon vous pensez à ça et puis vous vous dîtes « j'ai encore 12h de consult*

devant moi, au moins », faut être catégorique (…) faut que ce soit des tiroirs (…) je réfléchis en deux secondes, tout de suite je me dis c'est ça (…) consultation de psy (…) c'est une gestion, comme si c'était une angine, est-ce qu'il faut donner un antibiotique ou pas ? c'est terrible de dire ça, je ne vais pas passer ¾ d'heure avec elle (…) on gère aussi bien une angine qu'un abus sexuel… c'est fou »

- **Ne pas y penser ?** *« avant, elle n'était pas très bien, on ne savait pas trop pourquoi, mais on trouve toujours des raisons, naissance d'un enfant, travail du mari (…) »*

- <u>Les difficultés du patient supposées par le médecin</u> :

  - *« il y a très souvent un sentiment de honte et de culpabilité qui s'instaure et donc ils ne veulent pas en parler»*
  - *« on peut pas rentrer dans l'intimité des gens quand ils ne sont pas prêts »*
  - **Le regard ultérieur de « celui qui sait »** *: « le fait que je le sache, ça l'a complètement bloquée par rapport à moi au niveau médical (…) elle a changé de médecin généraliste »*

2.2.3. Les facteurs favorisant la révélation d'après le médecin généraliste

- **Une relation de longue date** : dans 8 cas sur 9, cela faisait plusieurs années que le médecin suivait le/la patiente : *« c'est des femmes que je connais vraiment bien » ; « il faut que ce soit une patiente qu'on connaisse bien, c'est clair, elles en parlent pas si elles n'ont pas confiance déjà ».* **Au contraire, un des médecins interrogés souligne que le fait que ce soit leur médecin habituel ou médecin de « famille » puisse être un obstacle :** *« il y en a même qui seront plus à l'aise pour en parler si ce n'est pas leur médecin habituel, elles quitteront leur médecin de famille (…) elles viendront plutôt en parler à quelqu'un qu'elles connaissent moins bien finalement »*
- **Le sexe féminin (pour les deux médecins femmes interrogées) :** *« elles changeront de médecin parce que justement, elles veulent voir une femme, ça c'est vraiment ce qui ressort »*
- **Etre à l'écoute, bien observer**
- **« Tendre des perches »** pour 2 médecins interrogés**, « creuser un peu »** pour 1 d'entre eux**. Poser la question directement** n'est évoqué que par 1 médecin. Pour les autres, cela paraît difficile : *« poser la question directement, c'est jamais facile… ben ce qui bloquerait, c'est plus se retrouver face à quelqu'un qui réponde « non non » ou qui soit sur la défensive » « je ne me vois pas poser la question de but en blanc » « c'est très délicat ».*

2.2.4. Les éléments déclencheurs

- **Problèmes de couple dans 2 cas relatés :** *« leur relation de couple est difficile parce qu'il n'y a pas de relation physique possible » ; « au moment d'une rupture (…) ce problème là y était pour beaucoup »*
- **Un mal-être, une dépression dans 3 des cas décrits :** *« elle venait (…) pour dire que finalement si elle n'allait pas bien depuis des années, ce n'était pas forcément du fait de sa thyroïdite mais plutôt du fait de ça» ; « des gens (…) très déprimés (…) un mal être absolument certain, ça se ressent »*
- **Des problèmes somatiques insolvables dans un des cas :** *« des grosses douleurs (…) on n'arrive pas trop à la soulager (…) c'est elle qui a fini par me dire « ben il faut que je vous dise, je crois que c'est ça »*
- **Des examens gynécologiques difficiles pour 2 personnes.**
- **« Au terme » d'un cheminement personnel pour 1 des patientes.**

2.2.5. Prise en charge par le médecin généraliste après la révélation

- **L'écoute, les consultations répétées, la prise en charge de l'entourage**
- **Le rôle du médecin généraliste est évoqué : dépister, écouter, orienter** : *« c'est déjà essayer de le détecter, d'aider le patient au cheminement pour arriver à formuler un certain nombre de choses et puis après, il faut passer la main à des gens qui sont spécialisés » ; « à notre niveau, c'est plus aider ces personnes à révéler leur chose, à en parler, et puis une fois qu'elles ont fait le premier pas, les aider à pouvoir travailler ça avec un spécialiste »*
- En termes d'orientation :
    - **La prise en charge psychologique par un spécialiste** est le premier recours pour tous les médecins interrogés.
    - **Aucun des médecins interrogés ne connait l'association de victimes « Paroles et Justice » (ni une autre association spécialisée dans ce domaine d'ailleurs) :** *« non, j'ai jamais travaillé avec eux (…) je pense que ce serait plus le travail du psy »***. Deux d'entre eux sont à l'écoute quand je leur en parle.** *« ok, c'est bien, ça peut être un contact supplémentaire » ; « c'est vrai qu'on ne sait pas toujours vers qui les orienter à part un psy mais on sent bien qu'il y a besoin d'une prise en charge, oui éventuellement en groupe, comme ça»*

2.2.6. La formation

- Les médecins interrogés sont unanimes sur le fait de ne pas avoir eu de formation théorique sur ce sujet. C'est donc plutôt l'expérience qui prime (quand elle existe).
- D'après un médecin interrogé, ce qui pourrait aider, plus qu'une formation théorique serait «un lien (…) un réseau avec les associations ou des groupes».
- Le manque de formation théorique ne semble pas peser puisque pour les 4 médecins avec qui le sujet a été abordé, le rôle du médecin généraliste est d'y penser et d'aider à la révélation *« dans la mesure où le problème est d'y penser (…) je ne me sens pas bien ou mal formé, c'est l'intérêt que j'y porte et point barre »* puis, il faut « passer la main rapidement » à un spécialiste.

DISCUSSION

A. DISCUSSION SUR LA METHODE

1. Pour les patients

- Limites liées à la constitution de l'échantillon - biais de recrutement. La directrice et la psychologue de l'association ont demandé à des personnes qu'elles estimaient en capacité de parler de ce sujet sans que cela soit préjudiciable pour elles (qui avaient donc déjà réalisé un cheminement certain vis-à-vis de leur histoire).

- Limites liées au type d'enquête. Malgré un guide d'entretien préalablement pensé et supposé répondre aux questions de la recherche, il est arrivé que, suivant l'orientation du discours, certaines questions soient omises lors de l'entretien. Ainsi, le thème du sexe du médecin comme obstacle à la révélation n'a été abordé qu'avec 5 personnes sur 9 (sachant qu'une des personnes avec qui cela n'a pas été abordé est un homme et que donc instinctivement, cette question était moins évidente à poser). Même chose pour la question du « médecin de famille », abordée dans 4 entretiens sur 9 ou celle du « temps » dans 3 entretiens sur 9. En pratique les entretiens ont été plus exploratoires (du fait de la faible connaissance du sujet, « à la pêche d'informations auxquelles je n'aurais pas pensé ») malgré la volonté théorique de faire ressortir des thèmes par un guide d'entretien structuré (à partir d'hypothèses).

  De plus, on peut penser qu'il existe un biais de mémoire puisque que les échanges avec le médecin traitant à ce sujet pouvaient dater de quelques mois ou années, d'autant plus qu'il s'agit d'un sujet assez intime dans lequel la part affective n'est pas neutre, ce qui peut avoir influencé les souvenirs.

2. Pour les médecins

- Biais de non réponse ou d'absence au rendez-vous. On peut supposer qu'un malaise se dégage de certains refus *« ça ne me dit pas grand-chose, non non je suis navré »* et probablement des absences aux rendez-vous convenus : 2 médecins différents, un homme, une femme, pour l'un a dit à sa secrétaire qu'il me rappellerait avant 15h mais ne l'a jamais fait (sans excuses par la suite), pour l'autre, 2 rendez-vous manqués d'affilée, la troisième fois, quand je rappelle, pas d'excuses, et quand je redemande un rendez-vous : « c'est compliqué au niveau des rendez-vous en ce moment… ».

- Limites liées au type d'enquête - biais de mémoire. Comme pour les patientes, on peut imaginer que les entretiens faisant appel à des souvenirs plus ou moins lointains, et d'autant plus qu'il s'agit d'un sujet générateur d'émotions, ceux-ci aient pu être involontairement modifiés avec le temps.

3. Comparaison de 2 populations

Comparer deux groupes si différents par leurs attentes et leurs enjeux (les médecins généralistes et les patients survivants d'abus sexuels) a été source de difficultés. Cependant, même si la comparaison n'a pas pu se faire sur tous les thèmes recueillis, il a été intéressant de confronter les points de vue des uns et des autres sur certains d'entre eux comme le malaise du médecin généraliste par exemple.

B. DISCUSSION DES RESULTATS

1. La révélation

1.1. Le MG, un interlocuteur de choix pour la révélation tardive d'abus sexuel mais pas en premier recours.

- La quasi-totalité des patients interrogés ont parlé de leur antécédent d'abus sexuel à leur médecin généraliste. Pourtant, ce sont des évènements dont on parle peu : dans l'étude Contexte de la Sexualité en France (CSF) (11) en 2006, il ressortait que 46% des femmes et 62% des hommes ayant subi un abus ou une tentative d'abus sexuel dans leur passé n'en avaient parlé à personne avant l'enquête. Et parmi ceux qui en avaient déjà parlé, seuls 8% se sont adressés à un médecin, 4% à la police ou la gendarmerie et 31% à la famille, qui reste donc l'appui principal, même en cas de violences perpétrées par l'un de ses membres. Donc la majorité des patients ayant accepté de participer à cette étude font partie de ces 8%. Est-ce lié au biais de recrutement ? Ne peuvent-ils en parler à un médecin et au médecin généraliste plus particulièrement que quand ils ont déjà entamé leur processus de guérison ? Ou ces patients ont-ils été adressés à l'association de victime par leur médecin après la révélation ? La question n'a pas été posée telle quelle mais il ne semble pas que ce soit le cas.

- Le médecin n'a jamais été le premier interlocuteur pour les patients interrogés

  « J'ai pu en parler avec mon médecin une fois que tout était posé, que ça avançait »

  Pour les victimes d'inceste plus particulièrement, il semblerait que pour 10% d'entre elles, le médecin ait été leur premier interlocuteur sur ce sujet. (30) Il semble d'après l'enquête CSF que certains types d'agressions soient moins « dicibles » que d'autres, à savoir les rapports forcés par les partenaires ou conjoints qui ne sont révélés à des tiers que dans 40% des cas. En revanche, et contrairement à ce qu'en disait l'enquête ENVEFF (8; 9) en 2 000, sont plus souvent divulgués ceux qui sont commis par un père

ou un beau-père (78%), par des collègues (71%), par des personnes de la famille (62%), et par des inconnus (63%) (11).

- A l'inverse, tous les médecins qui ont bien voulu réaliser l'entretien sur le sujet ont déjà été confrontés à une ou plusieurs révélations tardives de patients. Or nous avons vu que peu de survivants en parlaient à un médecin (8%) et donc moins encore à un médecin « *généraliste* ». Il était donc peu probable que tous les médecins interrogés aient été concernés. Cela est-il une coïncidence ou est-ce lié à un biais de recrutement à savoir que seuls ceux qui y avaient été confrontés ont accepté de me répondre ? Cependant, je n'ai jamais essuyé de refus pour « absence de cas de révélation ». Par contre, j'en ai essuyé pour cause de « non intéressé » mais un lien peut éventuellement être établi. D'autre part, le « manque de temps » a été évoqué et certaines absences aux rendez-vous fixés sont restées inexpliquées. Mais n'est-ce pas imbriqué au final ? Ce n'est probablement pas un hasard si des médecins ouverts au sujet ont déjà été confronté à des révélations et inversement. On peut penser qu'on ne trouve que ce que l'on cherche et que l'on n'entend que ce que l'on peut entendre. Il est probable que certains médecins soient peu sensibles à la psychologie médicale et qu'ils ne voient pas l'intérêt d'aborder la question de tels sévices avec leurs patients. D'autres seront par contre peut être gênés d'en parler en fonction de leurs représentations et/ou de leur histoire personnelle ?

1.2. Dépister

1.2.1. Les éventuels obstacles au dépistage

1.2.1.1. Malaise des médecins généralistes

Nous avons vu plus haut qu'a priori, « on ne trouve que ce que l'on cherche ». Il semble que la majorité des médecins ressentent un malaise vis-à-vis de ce sujet. Cela peut-il constituer un obstacle à l'abord de cette thématique avec les patients ? L'expression du malaise s'est faite de différentes manières :

- ✓ Les médecins interrogés évoquent quasiment tous un malaise ressenti (émotionnel et/ou lié à un manque d'expérience) face aux révélations reçues.
- ✓ J'ai contacté presque deux fois plus de médecins que ceux qui m'ont répondu pour cette étude. Bien que l'on puisse supposer que le manque de temps et la surcharge de travail aient pu être un frein à la participation de certains médecins, certaines réactions m'ont convaincue du malaise que mon sujet pouvait générer. J'ai essuyé un refus après avoir présenté le thème de mon travail : *« ça ne me dit pas grand-chose, non non, je suis navré »*. Un autre médecin avec lequel j'avais déjà échangé autour de ma thèse (car j'avais eu l'occasion de travailler avec lui) n'était pas au

rendez-vous fixé deux fois de suite, dont l'un fixé 10 minutes avant. Je n'ai jamais eu de nouvelles.

- ✓ J'ai assisté à une journée de Formation médicale continue sur *« Les abus sexuels : du doute à la réalité et à la complexité »* (31). J'ai été très surprise du comportement d'un médecin qui avait semble-t-il choisi d'être là (puisque les formations ne sont pas obligatoires) et qui lisait le journal alors que nous étions en temps d'échange en petits groupes autour d'une table ronde et après avoir affirmé que « cela n'existait pas dans son cabinet ». On peut supposer, au vu des statistiques, qu'il est quasiment impossible que «cela » n'existe pas dans sa patientèle. N'était ce pas plutôt un déni de la réalité de la situation, mécanisme de défense face à une situation inimaginable inspirant l'horreur ?

On peut penser que ce malaise peut être l'obstacle principal à une révélation.

Cependant, <u>du côté des patients interrogés et pour la majorité d'entre eux, il n'y a pas eu de perception d'un malaise de la part du médecin généraliste au moment de la révélation et l'accueil a été très bon la plupart du temps.</u>

Comment expliquer cela ?

- ✓ Les patientes interrogées avaient-elles toutes un médecin ouvert à ce sujet ?
- ✓ Ou les médecins, même ceux chez qui j'ai pu percevoir (ou imaginer) un malaise sont-ils capables d'accueillir une révélation ?

> Nous avons tous notre propre histoire et nos propres représentations de la sexualité, élaborées dans notre enfance, générées le plus souvent par l'influence de notre milieu familial proche, qui seront parfois très éloignées des situations et des vécus rencontrés par nos patients. Notre formation a par ailleurs peu abordé le domaine de la sexologie, et nous a peu donné l'occasion de prendre conscience de ces représentations et de les confronter à des réalités différentes (32).

D'ailleurs, les Canadiens (4) recommandent aux professionnels de santé prenant en charge des survivants d'abus sexuels de ne pas ignorer leur propre malaise, au risque de le faire ressentir au patient. Cela pouvant majorer chez le patient concerné son sentiment de honte ou de culpabilité.

Chaque clinicien doit élaborer des stratégies pour faire face aux situations difficiles que présentent les patients. Mais il est aussi essentiel de se rappeler que notre capacité de supporter les situations difficiles n'est pas constante, même chez le sujet expérimenté. Il pourrait ainsi être bon de recourir au soutien d'un collègue ou d'un conseiller pour discuter de nos propres réactions aux évènements. De même, et nous le verrons, les cliniciens en général et les médecins généralistes en particulier ne sont pas les seules personnes sur qui les patientes doivent pouvoir compter. Afin de bien traiter la personne à part entière, le clinicien devrait offrir à sa cliente de l'aider à repérer les autres ressources communautaires et à y accéder (4).

1.2.1.2. Absence de formation et de sensibilisation

Les médecins interrogés sont unanimes sur le fait de ne pas avoir eu de formation théorique à ce sujet. C'est donc plutôt l'expérience qui prime quand ils se retrouvent confrontés à ce genre de situation. Le manque de formation ne semble pas peser pour les médecins interrogés *« dans la mesure où le problème est d'y penser, je ne me sens pas bien ou mal formé, c'est l'intérêt que j'y porte et point barre»*. De plus, l'orientation se fait rapidement vers les spécialistes *« quand je ne sais pas quoi faire et bien je délègue et j'envoie », « il faut passer la main rapidement ».*

Mais malgré l'absence de demande de formation à ce sujet par les médecins, celle-ci n'améliorerait-elle pas la communication médecin-patient autour de ce thème ainsi que sa prise en charge ? En effet, comment se rendre compte de la fréquence du problème quand on n'y a pas été sensibilisé ? Comment apprécier les conséquences d'un tel vécu sur l'état de santé de la personne ? Comment reconnaître et traiter les survivants de la manière la plus adaptée ?

Nous sommes effectivement pendant nos études peu sensibilisés à ce sujet; un des patients interrogés mettait d'ailleurs en cause le manque d'intérêt de son médecin à ce propos. Qu'en est-il à plus grande échelle ?

En France, le Ministère chargé de la santé s'est tout d'abord penché sur la question, en 1987 en éditant un premier fascicule sur la prise en charge médicale des victimes d'abus sexuel « Le praticien face aux violences sexuelles ». Une réédition a vu le jour en 2000 (26) qui tenait compte de l'évolution des connaissances et de la pratique médicale. Par la suite, la Fédération Française de Psychiatrie, avec le soutien de la Direction Générale de la Santé s'est intéressée au sujet en 2003 de manière complète et très approfondie (16). Le but était d'établir des recommandations en vue de modifier les pratiques. Qu'en est-il? Les médecins français sont-ils prêts à ça ? Une étude à grande échelle à ce sujet serait la bienvenue pour évaluer l'impact de ces recommandations sur la pratique. Ces recommandations incluent d'ailleurs la nécessité pour chaque médecin d'avoir suivi une formation sur la reconnaissance de maltraitances sexuelles. Existe-t-il plus de formations à ce sujet depuis ces recommandations ? Les médecins y participent-ils plus ?

Au niveau international, les Canadiens (5) suivis plus récemment par les Néo-Zélandais (12) ont mis à la disposition des professionnels de santé des « guides » ou « manuels » de « pratique sensible » (Annexe 7), construits à partir de « leçons tirées de survivantes d'abus sexuel dans leur enfance ». Il semblerait intéressant de créer de tels guides en France, plus centrés sur « les survivants d'abus sexuel », leur prise en charge et l'accompagnement spécifique en cabinet de médecine générale, en partant de leurs « besoins ».

On remarque que la littérature des pays latins est moins abondante que la littérature anglo-saxonne à ce sujet. En effet, les Canadiens, les Néo-Zélandais mais également

les Américains (qui ont apparemment établi un guide similaire en 1995 mais que l'on ne peut plus se procurer) ont beaucoup travaillé sur ce thème. En Europe, outre la France, la Suisse et quelques publications Belges, on ne retrouve rien du côté Italien ou Espagnol par exemple. Est-ce lié à une culture scientifique particulière ? Une culture de société avec un tabou plus fort ? Un certain machisme ?

1.2.1.3. Manque de temps

Le manque de temps du médecin est largement évoqué comme un frein pour poser une question dont on suppose qu'il faut du temps pour bien l'écouter et l'appréhender, que ce soit par les médecins eux-mêmes ou par les patients interrogés.

Mais écouter un patient ne prend pas nécessairement autant de temps qu'on l'imagine. Le temps est un concept, une construction de l'esprit qui est extrêmement subjectif. Par ailleurs, le médecin suit le patient dans la durée et tout ne se doit pas d'être résolu en même temps. Le patient peut être revu dans un laps de temps assez court. Néanmoins, si la consultation devait durer plus longtemps que prévu et par là même occasionner du retard, cela ne serait probablement qu'en faveur d'une meilleure prise en charge de la personne dans sa globalité. Car la médecine n'est-elle pas outre l'art de soigner, le désir de connaître et de comprendre ? (21) La véritable satisfaction d'un médecin n'est-elle pas dans la qualité relationnelle qu'il va développer avec son patient plus que dans le fait de rentrer dans son « timing ». On voit alors l'avantage certain à parler de richesse et de densité plutôt que de durée. Dans une société où le souci est la rentabilité, l'efficacité, où l'action prime le plus souvent sur la réflexion, il semble important de rappeler que c'est l'être humain dans toutes ses dimensions physique, sociale et mentale qui est au cœur de nos préoccupations en médecine générale. Et comme le disait P. Valery « la cohésion de notre durée est faite de la cohérence de nos choix ».

1.2.2. Les facteurs favorisant la communication autour de ce thème

1.2.2.1. « Y penser »

Nous avons vu que la maltraitance sexuelle est un problème majeur de santé publique. La prendre en charge, c'est d'abord y penser. Y penser c'est avoir en tête son existence, les modalités de sa reconnaissance afin de favoriser l'émergence de la parole de la personne victime de maltraitance sexuelle (d'où la nécessité comme nous venons de le voir de formations du monde médical à ce sujet) (16).

1.2.2.2. Reconnaître un survivant d'abus sexuel

Les patients interrogés présentent des symptômes certes multiples mais « typiques » en termes de conséquences à moyen ou long terme d'abus sexuels. Ainsi, on retrouve des symptômes en lien avec un syndrome de stress post-traumatique : troubles du sommeil, insomnies, cauchemars. Sont également évoqués : une faible estime de soi, une dépression, des tentatives de suicide ou des « idées noires », des crises d'angoisse, des conduites à risque avec scarifications, consommation d'alcool ou de drogues ; des difficultés relationnelles, et notamment de couple ; mais également des plaintes somatiques variées à type de douleurs diffuses, migraines, problèmes gynécologiques, malaises inexpliqués, oppression, palpitation, fatigue chronique, symptômes ORL…

Comme nous l'avons vu auparavant, tous ces symptômes sont retrouvés dans la littérature comme étant plus fréquents chez les survivants d'abus sexuel (2; 4; 5; 12; 14; 16; 24). Néanmoins, aucun d'entre eux n'est spécifique d'un antécédent d'abus sexuel. Mais savoir qu'ils peuvent être en lien avec une éventuelle histoire de ce type doit nous inciter à être à l'écoute du patient afin de permettre la communication si besoin. De plus, bien que les répercussions de l'abus puissent se faire sentir dans tous les aspects de la vie d'une personne, celles-ci peuvent être difficiles à préciser. Il n'est pas facile pour le patient d'établir un lien entre l'abus sexuel passé et ses effets dans le présent. De plus, ces effets ne sont pas nécessairement permanents bien qu'ils puissent sembler accablants. (5) Ainsi, le médecin, par la prise en compte des symptômes pourra éventuellement aider le patient à faire le lien s'il y a lieu d'être.

1.2.2.3. Eléments « gâchette »

- Les patients interrogés rapportent des éléments ayant précipité la première révélation, dans tous les cas liés à des **moments de déstabilisation**, que ce soit personnelle (rencontre de l'agresseur des années après, conflit avec le père abuseur), professionnelle ou familiale (difficultés du conjoint, décès d'un proche…)

- Les grandes étapes de la vie psychoaffective (mariage, enfant, décès familial…) peuvent être des moments forts de déstabilisation, que le médecin devra surveiller, afin de déceler une résurgence d'éventuels symptômes traumatiques.

- D'autres éléments peuvent être déstabilisateurs pour un survivant, et notamment dans un cabinet médical, **l'examen clinique** pourra se révéler une réelle difficulté à surmonter *« il fallait que j'enlève mon tee-shirt et tout, enfin c'était une catastrophe, je mettais 10 minutes.. »*. Les Canadiens dans leur guide (4) suivis par les Néo-zélandais (12) ont beaucoup étudié la « pratique sensible » c'est-à-dire les interactions entre le professionnel de santé et le survivant d'abus sexuel et notamment lors de l'examen clinique qui peut faire un parallèle avec la situation d'abus : en effet, une figure d'autorité (le professionnel de santé) requiert le

déshabillement, l'examen implique le toucher du corps voire la douleur, le tout allongé sur un « lit » dans un environnement plus ou moins inconnu où le patient n'a pas le contrôle de la situation. Cela peut déclencher des souvenirs en lien avec l'abus et des réactions émotionnelles ou psychologiques comme de l'anxiété, une dissociation ou d'autres symptômes du syndrome de stress post-traumatique. Le médecin ne sait pas forcément ce que son patient a vécu mais s'il porte attention à son langage corporel, la moindre disparité apparente entre les réactions verbales ou non verbales pourra être l'occasion de discuter de ce qui ne va pas ou de ce qui le met mal à l'aise (21). Des recommandations simples ont été développées dans ces guides, déterminées à partir d'entretiens avec des survivants d'abus, afin de gérer ce genre de situation. Ainsi, expliquer chaque étape de l'examen, demander la permission avant de toucher, permettre au patient d'interrompre la procédure s'il se sent mal à l'aise, permet de sécuriser le patient et d'améliorer la qualité des soins.

L'examen gynécologique en particulier est bien entendu encore plus difficile à supporter pour les survivantes d'abus sexuels. Il peut cependant être l'occasion d'aborder ce sujet et donc favoriser la révélation (évoqué par une des personnes interrogées comme un facteur favorisant la révélation). Cependant, il faudra veiller à éviter les expériences négatives de la patiente lors de l'examen, ce qui est un réel frein à la révélation et pourrait générer un nouveau traumatisme (voir conseils ci-dessus). Hilden et Al (2003) (33) ont rapporté qu'1/3 des femmes survivantes d'abus sexuels décrivent un inconfort lors de l'examen gynécologique mais précise que seules 7,6% des femmes ont révélé leur histoire d'abus à leur gynécologue.

- De même, **le genre masculin du médecin** peut se révéler être dans certaines situations un élément « gâchette » réactivant la situation d'abus par identification du médecin à l'agresseur. En effet, 97% des agresseurs sont des hommes (2). Ce thème revient ainsi dans l'étude comme un obstacle à la révélation, autant chez certaines patientes que chez les médecins de sexe féminin. On remarque cependant que cela n'empêche pas les médecins généralistes hommes d'avoir des révélations donc on peut imaginer que d'autres facteurs entrent en jeu et notamment la relation de confiance, le respect, la sensibilité et notamment la sensibilité aux questions d'abus sexuels et une capacité à accueillir et gérer la révélation (12).

1.2.2.4. Questionner le patient

Le fait de questionner les patients à ce sujet (ou de « les mettre en questionnement ») au moindre doute fait l'unanimité ou presque parmi les survivants interrogés.

Cela confirme des études parues à ce sujet en Nouvelle-Zélande: les survivants sont moins à même de parler si on ne leur pose pas la question (15). Ils se sentent capables de parler de cela avec leurs professionnels de santé et apprécieraient donc qu'on leur pose la question (12). En effet, les personnes interrogées dans une de ces études (12) auraient aimé que les professionnels de santé et plus particulièrement les

médecins généralistes, les sages-femmes, les gynécologues et les obstétriciens, jouent un rôle plus actif dans l'opportunité donnée à une révélation potentielle. Pourtant, et toujours en Nouvelle-Zélande, il a été montré que peu de professionnels de santé posent des questions concernant une éventuelle histoire d'abus sexuel. Seuls 30% des médecins demandent de manière routinière si le patient a des antécédents d'abus sexuels. Les raisons supposées (par les patients) sont la peur que la question heurte les survivants et aliène les patients qui n'ont pas été abusés. Les professionnels de santé semblent craindre que cela ne perturbe trop le patient, mais aussi d'avoir trop peu de temps pour en parler ou ne font pas le lien entre l'abus et le symptôme actuel (12).

Mais quand et comment poser la question ?

- Certains médecins poseront la question de manière systématique, « routinière » au moment du premier interrogatoire, afin de préciser les antécédents du patient (19).

  - ✓ Lors de la formation médicale continue à laquelle j'ai assisté en Bretagne, certains médecins procédaient ainsi et avaient différentes manières d'aborder la question :

    « Avez-vous vécu des évènements de vie traumatisants ? Accidents de voiture, perte d'un être proche, abus sexuels… »

    « Ecrivez-moi ce que vous pensez important que je connaisse » (31)

  - ✓ La Fédération Française de Psychiatrie (16) insiste sur le fait que la recherche d'antécédents traumatiques devrait faire partie de tout bilan clinique initial au même titre que la recherche d'antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, addictifs. Poser systématiquement la question permettrait d'obtenir des réponses et de mettre fin à la loi du silence qui pèse sur ces patients.

  - ✓ Cette manière de faire est également évoquée par plusieurs survivants interrogés en Nouvelle-Zélande (12), qui suggèrent que la question soit intégrée à des questionnaires écrits ou à l'interrogatoire initial oral lors de l'accueil de nouveaux patients.

  - ✓ Un article Canadien de médecine de famille insiste également sur le fait que le médecin généraliste devrait demander de manière systématique s'il existe d'éventuels traumatismes physiques, émotionnels ou sexuels dans leur passé. Ces derniers conseillent d'aller plus loin et de poser des questions plus larges sur l'humeur du patient, ses habitudes alimentaires, l'éventuelle consommation d'alcool et de drogue, la violence, son histoire psychiatrique ou d'éventuels gestes suicidaires. S'enquérir de savoir si la famille du patient a également eu ce genre de problèmes peut amener à parler d'éventuels abus physiques et sexuels passés (14).

- Au contraire, d'autres pensent qu'il faut s'assurer que le patient se sente en sécurité avant de demander et donc attendre de le voir plusieurs fois en consultation (12; 31). A ce moment là, l'occasion de poser la question peut se présenter quand le patient présente un symptôme connu pour être une possible conséquence d'abus sexuel. (cf ci-dessus)

La question peut être directe, le professionnel de santé peut simplement demander au patient si il a été victime d'abus sexuel dans son passé. Ou au contraire plus indirecte afin de ne pas être trop intrusif et d'amener le patient à réaliser lui-même le lien entre ses symptômes actuels et son antécédent d'abus sexuel. « Y'a-t-il quelque chose dans votre passé dont vous aimeriez me parler et qui me permettrait de vous aider à mieux vivre l'examen clinique ? ». Encore plus indirect, on peut poser des questions plus générales sur l'enfance, les relations actuelles et tout ce qui était évoqué un peu plus haut dans l'étude Canadienne (14) (l'humeur, la consommation de drogues et d'alcool…).

On se rend bien compte qu'il n'existe pas de manière « type » de poser la question, que chaque situation est unique, et qu'il s'agit donc d'une rencontre entre un praticien et un patient à un moment donné. Chaque praticien pourra donc réfléchir sur la manière de faire qui lui correspond le mieux, tout en gardant la possibilité d'adapter sa pratique au patient concerné. L'important est de ne pas craindre d'aborder le sujet, que cela se fasse de manière directe ou indirecte. C'est en effet l'attitude empathique du praticien qui compte, plus que les mots utilisés.

De manière plus large, le médecin doit se préoccuper de la dimension « sexuelle » de la santé de ses patients. En portant attention à l'aspect « sexué » de leur existence, en leur signifiant qu'il est disposé à les écouter sur ce sujet, dans le respect de leur demande et dans le non jugement de ce qu'ils sont et vivent, en les dirigeant vers d'autres personnes-ressources ou des services d'aide appropriés à leur besoin, les médecins pourront jouer un rôle précieux d'interlocuteur soutenant. (32) Ainsi, le vécu d'une agression sexuelle ancienne est plus facilement révélé en réponse à des questions directes concernant la santé sexuelle ou plus précisément le vécu de la sexualité actuellement ou dans le passé (21).

On pourrait croire que quatre décennies après mai 1968 et la « libération sexuelle », les médecins généralistes sont suffisamment à l'aise pour parler de sexualité avec leurs patients. Or, sur le terrain, il semble que la réalité soit bien différente. Chacun des deux protagonistes, à savoir le médecin et le patient, attend que l'autre aborde le sujet. D'après 2 études, le médecin généraliste n'apparait qu'en troisième position après le partenaire et un ami proche, comme interlocuteur privilégié en cas de troubles sexuels, et 84% des patients désirent que ce soit le médecin qui initie les questions sur la sexualité. Les raisons invoquées par les médecins généralistes pour expliquer le fait qu'ils n'abordent pas la sexualité avec leurs patients sont : la volonté de respecter la pudeur du patient, le manque de temps, le manque de formation ou de compétence, la crainte de médicaliser la sexualité, la honte, l'embarras, le fait de ne

pas trouver les mots (34; 35). Ces obstacles évoqués à la communication médecin-patient autour de la sexualité en général ne peuvent que faire écho à ceux mis en évidence dans cette étude concernant les freins au dialogue sur les abus sexuels en particulier. Le malaise de base est-il donc le tabou de la sexualité ? Auquel se surajoute le tabou encore plus fort de l'abus sexuel et parfois même de l'inceste ? Un médecin capable d'aborder la sexualité avec son patient sera-t-il plus à même de le questionner et de recevoir les révélations d'abus sexuel ?

1.2.2.5. Le cheminement personnel vers la révélation

Il faut aussi être conscient du fait qu'une réponse négative peut vouloir dire bien plus qu'une absence d'antécédent d'abus sexuel. Cela peut vouloir dire que le patient ne fait pas encore assez confiance au médecin pour lui révéler son histoire. Mais cela peut aussi être en rapport avec des mécanismes de défense comme le déni, la dissociation, la minimisation ou l'intellectualisation (mécanismes qui le protégeaient étant enfant) et qui continuent d'opérer.

Ainsi, les personnes abusées mettent souvent des années à en parler : l'agression sexuelle a été vécue dans l'effroi, avec un fort sentiment d'impuissance, sans capacité de réagir sous peine de mettre sa vie en danger. Elle est ressentie ensuite comme une expérience impensable, intransmissible et irréparable (21; 26).

Le « cheminement personnel » vers la révélation qu'évoquent les personnes que j'ai interrogées se retrouve dans la littérature : dans les difficultés de révélation d'abus sexuel, on retrouve le fait de ne pas réaliser l'effet de l'abus sur les symptômes actuels (12) ou même l'incapacité à reconnaître l'aspect abusif de l'abus sexuel (36), peut-être parce qu'on a amené les victimes à croire qu'il s'agissait d'un acte normal ou parce que le déni prend le dessus (5). Ou parce que « les mots manquent » (36). Il s'agit également de surmonter des sentiments de honte, de culpabilité, mais également la peur de ne pas être cru (12; 36). Certains survivants veulent protéger leur famille, ou l'abuseur lui-même. Parmi les autres inquiétudes qui n'ont pas été citées dans mon étude, on peut mentionner l'impression d'être responsable de l'abus, le sentiment de confusion et de trahison attribuable à l'excitation physique ressentie pendant l'abus mais également la difficulté à trouver le moment idéal pour parler du passé. (5) Une patiente parlait également de l'appréhension des conséquences de la révélation sur son environnement « un tsunami » craint-elle.

Une réponse négative doit donc être respectée, mais n'exclut pas qu'il y ait pu avoir abus sexuel. La révélation ne doit pas être une obligation mais rester une option. La poursuite de la relation médecin-malade permettra que la question soit reposée ultérieurement (14).

1.2.2.6. La relation de confiance

On retrouve également dans le guide Canadien (4) et l'article néo-zélandais (12) l'importance d'établir une relation de confiance avec les survivants d'abus sexuel et les différentes étapes pour y parvenir. Le lien de confiance constitue le fondement de toute relation thérapeutique. Tout d'abord, le patient doit sentir de la part du médecin une certaine disponibilité et éventuellement sa connaissance et son intérêt du sujet (par des moyens indirects : affiches… nous y reviendrons plus loin). Ensuite, il s'agit de créer un espace sécurisé, ce qui est crucial pour les survivants, à cause des violations vécues dans le passé. Ainsi, il s'agit de s'assurer de l'absence d'irruption dans la salle d'examen ainsi qu'un respect de l'intimité : cabinet isolé phoniquement ou éloigné de la salle d'attente et table d'examen « cachée » au cas où quelqu'un pénètrerait quand même dans la pièce. Enfin, le contact est plus facile quand le médecin a une attitude professionnelle empreinte de sensibilité, une capacité à écouter plutôt qu'à essayer de deviner ce que le patient ressent, et qu'il est attentif au langage corporel du patient.

1.2.2.7. Rôle des affiches, plaquettes et dépliants en salle d'attente

Un patient évoquait la nécessité pour les médecins généralistes de mettre à disposition des « plaquettes » d'associations de victimes dans leur salle d'attente, ce qui permettrait de penser que le médecin est ouvert à ce genre de problème. Cela est également évoqué par les patients dans l'étude néo-zélandaise : afin de faire connaître leur disponibilité et leur capacité à aider pour ce genre de problème, les médecins devraient mettre à disposition des brochures dans les salles d'attente (12). De même, les Canadiens (4) insistent sur le fait que beaucoup de survivantes sont à l'affut d'indices signalant que le clinicien est sensible aux questions de violences et d'abus et que des signes tangibles tels que la présence d'affiches et de dépliants du « centre local d'aide aux victimes d'agressions sexuelles » laissent entendre que le professionnel de santé en question porte attention à ces sujets.

2. La prise en charge du survivant d'abus sexuel après la révélation

2.1. <u>L'accueil de la révélation</u>

Pour la majorité des patients interrogés, l'accueil de la révélation par leur médecin généraliste a été très bon. Mais qu'est-ce qu'un « bon accueil » ? Que nous conseille la littérature à ce niveau ?

La Fédération Française de Psychiatrie souligne que la qualité de l'accueil est essentielle pour ne pas inhiber l'expression de la souffrance de la victime. En effet, une telle révélation est une nouvelle chance de reconnaissance pour la victime de maltraitances sexuelles, préalable incontournable à toute possibilité de reconstruction. L'entretien ne doit être ni suggestif ni intrusif ni humiliant. Le médecin doit faire référence au Code pénal, qualifier les faits comme crime ou délit grave puni d'une peine de prison, poser la question d'un dépôt de plainte et informer sur les délais de prescription des faits, sans toutefois en faire une condition nécessaire à la prise en charge (16).

Pour les Canadiens, il s'agit de prendre en compte les émotions. Le patient doit se sentir entendu (le médecin doit faire comprendre au survivant qu'il est sensible à son histoire) et cru. Le médecin doit insister sur le fait que l'abus n'était pas de la faute du patient et l'informer sur les conséquences à long terme d'abus sexuels, qui peuvent éventuellement inclure ses symptômes actuels. Il faut l'encourager, le féliciter d'avoir eu le courage d'en parler, lui dire que ses symptômes sont des vestiges de réflexes de survie et non pas comme il le craint des signes de folie. Parfois, ces simples mesures de reconnaissance, de support et d'information peuvent suffire au « traitement » du patient (4; 14).

Les néo-zélandais reprennent ces principes et ajoutent que les patients ne devraient pas être traités différemment après la révélation d'abus sexuel. Deux des personnes que j'avais interrogées avaient pointé ce problème de la part du médecin d' « attribuer » systématiquement tous les symptômes ultérieurs à cet évènement de vie, « l'impression de ne pas être prise au sérieux » dans ses symptômes physiques (12).

D'autre part, le médecin n'a pas à jouer un rôle d'enquêteur. Il ne lui appartient pas d'établir l'exactitude des faits. On ne lui demande pas de confondre les agresseurs. En aucune façon l'entretien ne peut se réduire à un feu roulant de questions destinées à renseigner une grille d'examen. Il convient d'écouter la victime avec attention et patience. Le médecin doit faire appel à toutes ses capacités d'empathie, de délicatesse et d'humanisme sans renvoyer au patient une impression de méfiance, d'incrédulité ou de jugement de valeur. Les perspectives de soin doivent être : de verbaliser un vécu douloureux, de nommer des affects, de mettre des mots sur la souffrance. Il faut toujours resituer la victime comme sujet et ne pas l'enfermer dans son statut de victime, objet d'une agression. De quel entourage social, familial, affectif dispose-t-elle ? Sur qui peut-elle s'appuyer dans les jours qui viennent ? (26)

Après la révélation, le survivant peut se sentir plus vulnérable et exposé. Il faut que le médecin le rassure en lui disant qu'il n'a pas eu tort de divulguer l'abus sexuel qu'il a subi, qu'il réaffirme le respect qu'il a à son égard et à l'égard du caractère confidentiel de cette révélation (5). Néanmoins, le patient pourrait se sentir trop vulnérable lors de la prochaine consultation et il serait bon de lui réitérer brièvement ces points ; à moins qu'il ne revienne pas par peur de la confrontation au regard de l'autre « qui sait » (évoqué dans un entretien).

2.2. Les méthodes thérapeutiques, l'orientation

Il est nécessaire pour les professionnels de santé confrontés à ces situations de décloisonner leurs pratiques et d'engager un travail partenarial et en réseau avec l'ensemble des professionnels concernés et impliqués dans une telle situation (26). En effet, c'est le recours à différentes techniques grâce à différents intervenants qui ont pu aider les patientes à avancer dans leur processus de guérison.

✓ La Justice

Le recours à la justice doit permettre que la personne victime soit reconnue, tout comme son agresseur en tant que tel. Chacun retrouve sa place aux yeux de tous. Et la loi devient ainsi un « outil de guérison », puisqu'après cette parole socialisée peut venir, le temps de la réparation (16; 36). Cependant, d'après les personnes interrogées, ce recours à la justice n'a pas toujours été un pas en avant. On se rend compte que c'est l'accueil plus que le fait de porter plainte qui a été important. En effet, un mauvais accueil va renvoyer le patient aux sentiments de honte et de culpabilité qu'il aura tenté de surmonter et va réactiver ceux-ci. Ainsi, comme les professionnels de santé, les forces de l'ordre (police ou gendarmerie) devraient être mieux formées à l'accueil d'un survivant d'abus sexuel.

(Annexe 6 : les peines encourues)

✓ Les psychotropes

Les personnes interrogées, que ce soient les patients ou les médecins, ont peu abordé les traitements médicamenteux. Pourtant, les psychotropes peuvent être utiles pour atténuer des symptômes trop envahissants. Cependant, ils doivent toujours être prescrits en cothérapie avec une technique de prise en charge individuelle ou groupale associée (16).

Ainsi, les anxiolytiques apaisent l'angoisse et permettent l'induction du sommeil. Il convient d'utiliser les benzodiazépines avec modération et pendant de courtes périodes car elles risquent d'aggraver le ralentissement ainsi que les troubles de la mémoire et de la concentration, conséquences psycho traumatiques habituelles. De plus elles sont responsables d'un phénomène d'accoutumance qui risque d'entraîner des problèmes de sevrage difficiles.

Les antidépresseurs sont intéressants en cas de dépression majeure associée.

Dans l'état de stress post traumatique, c'est la paroxétine qui est indiquée (37).

✓ Psychologue, psychiatre

On a relevé que les médecins interrogés ont tendance à orienter directement les patients qui font des révélations tardives d'abus sexuels vers un psychologue ou un psychiatre. Certains patients évoquent également le bienfait d'un suivi psychologique.

Il existe plusieurs techniques psycho-thérapeutiques (16) dont le choix sera bien évidemment laissé au professionnel concerné, selon son évaluation, sa formation et son expérience:

- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)
- L'EMDR (Eye Movement for Desensitization and Reprocessing), d'efficacité comparable à la TCC.
- Les psychothérapies dynamiques (psychanalyse)
- L'hypnose
- Les thérapies de groupe (voir plus bas « associations de victimes »)
- Les thérapies familiales (sans jamais inclure l'agresseur ni ses complices)

Cependant, si le survivant d'abus sexuel doit être informé de la possibilité de ces recours, cela ne doit pas lui être imposé d'emblée. En effet, l'idée de suivi psychothérapique systématique immédiat pour toutes les victimes peut être une décision hâtive, souvent mal préparée, qui ne laisse pas à la victime le temps d'élaborer sa demande. Ainsi, l'orientation rapide vers un psychiatre ne sera nécessaire que dans les cas les plus sévères avec notion de dépression majeure, de syndrome de stress post-traumatique, de troubles de la personnalité, de pathologie psychotique, de symptômes de déréalisation ou de dépersonnalisation… (26).

✓ Associations de victimes

Ayant choisi de « sélectionner » d'anciennes victimes par le biais d'une association, d'autant plus celles qui faisaient parti d'un groupe de parole, il semble assez logique que nous en ayons parlé au cours de tous les entretiens. Cela a été d'une grande aide à tous les survivants, que ce soit dans un premier ou dans un deuxième temps.

Concernant les groupes de parole en particulier, ils permettent de rompre les liens de dépendance qui entravent l'autonomie des participants. La mise en commun des épreuves, humiliations, émotions, permet de reconnaître en l'autre une personne semblable à soi, confrontée à des problèmes personnels, familiaux, sociaux souvent assez proches. L'entraide et la création de liens sociaux constituent une dimension importante de ces groupes ; les participants apprennent à fonctionner ensemble et à se faire mutuellement confiance. Les groupes luttent contre les sentiments de culpabilité ; ils permettent de transformer la honte en colère qui, bien dirigée, constitue une puissante motivation (16).

Il est cependant nécessaire d'évaluer le moment opportun pour proposer le recours à une association de victimes. En effet, une association se conseille à un patient donné à un moment donné. La première condition pour adresser un patient à une association est qu'il se considère comme un membre potentiel du groupe, c'est-à-dire une « victime » (ou « un malade » pour les associations de malades). Les cheminements sont différents d'un individu à l'autre, par le délai, le fait de chercher soi-même ou d'attendre que quelqu'un en parle, par les étapes de rétablissement par lesquelles il passe, par ce qu'il en attend. L'association, dans un deuxième temps orientera chacun vers les services adaptés au chemin personnel réalisé. Sans jamais oublier qu'un même individu passe par des périodes fluctuantes et qu'il faut donc admettre que sa participation à la vie associative peut être fluctuante (38).

De l'autre côté, j'ai été très surprise du peu d'intérêt des médecins généralistes interrogés vis-à-vis des associations, auxquelles ils ont déjà très peu recours spontanément. Cela peut être mis sur le compte d'une méconnaissance des associations existant dans ce domaine et je leur ai donc parlé de celle que je connaissais en Vendée afin qu'ils puissent avoir une référence supplémentaire. La majorité d'entre eux n'ont pas semblé relever voire m'ont coupé la parole, ce qui m'a vraiment amené à me poser la question de la place des associations de patients/victimes dans la pratique du médecin généraliste. Les médecins ont-ils peur de perdre un certain pouvoir ? Peur de rompre le secret médical ? Est-ce lié à une sorte d'arrogance qui met les "non médecins " à un rang d'ignorant ? Ou tout simplement une méconnaissance du service qui peut être rendu aux patients ?

Pourtant les associations contribuent au mieux-être de leurs adhérents grâce à l'ensemble de leurs actions : par le réconfort et l'entraide, par l'information, par la force que les adhérents retirent du groupe. Il existe aussi bien entendu des inconvénients comme le fait d'entendre sans cesse parler du même sujet, de devoir écouter et soutenir les autres, le problème de certaines associations « négatives » qui maintiennent le patient dans un processus de victimisation… Mais lorsque la formation des écoutants est de qualité, c'est la vision et la façon d'appréhender son histoire qui changent chez la « victime » ; le véritable « gain » vient de l'intérieur de l'individu (38).

Dans une thèse réalisée sur ce sujet, il semble que ce soit le manque de temps des médecins généralistes qui soit le plus gros frein à cette rencontre association/médecin, bien plus que d'hypothétiques réticences de la part du médecin généraliste. Ceux-ci ont par ailleurs une vision partielle mais juste des bénéfices attendus des associations. (38) Qu'attendons-nous pour permettre aux patients de bénéficier de ces richesses, lorsqu'elles existent ?

- ✓ **Travail corporel, écriture**

La réappropriation de leur corps a aidé quelques patientes dans leur processus de guérison. Cela pourra se faire par le biais d'activités physiques comme la danse, évoquée par une patiente, éventuellement par des thérapeutes manuels (qui devront être bien choisis afin d'éviter le charlatanisme) ou par des méthodes de relaxation (sophrologie, yoga…).

L'écriture a également été évoquée comme participant au mieux-être de certains survivants. On peut en effet imaginer qu'après tant d'années de silence, libérer enfin la parole ne peut être qu'un soulagement.

CONCLUSION

Il semble, au vu des données épidémiologiques, que les médecins généralistes croisent plus souvent qu'ils ne le pensent des survivants d'abus sexuel en consultation. Ce travail nous a permis de mieux comprendre les attentes de ces patients vis-à-vis du médecin généraliste et nous a fourni des pistes de réflexions sur la place de celui-ci dans la révélation et la prise en charge des survivants d'abus sexuel, mais aussi sur les éventuelles difficultés des médecins face à cette thématique.

Ainsi, pour les patients, la disponibilité du médecin semble être la clé du dialogue. Disponibilité qui pourra s'exprimer de diverses façons : en témoignant de son ouverture sur le sujet par la mise à disposition de plaquettes d'association de victimes dans la salle d'attente ; en étant à l'écoute de chaque patient quant-à ses symptômes, son langage corporel, ses attitudes ; et surtout, en le questionnant sur son histoire de vie, ses comportements, sa sexualité ou plus directement sur d'éventuels antécédents de violences, notamment sexuelles.

Mais cette disponibilité présuppose plusieurs éléments.

Tout d'abord, que le médecin accepte et formule son éventuel malaise, sentiment universel et légitime devant une telle situation « impensable » et que la société elle-même a mis si longtemps à prendre en compte. Ainsi, réfléchir sur ses représentations, échanger autour de ce thème et s'entourer d'un réseau pluridisciplinaire pourraient éventuellement contribuer à l'amélioration du vécu de ces situations par le médecin et par là, favoriser la prise en charge des patients concernés.

Ensuite, que le médecin généraliste soit sensibilisé à cette problématique. Car encore faut-il « y penser ». Et connaître les conséquences à long terme des abus sexuels pour « les reconnaître ». C'est seulement grâce à ces pré-requis que le dépistage pourra avoir lieu. Les formations sur ce thème prônées par l'OMS et la Fédération Française de psychiatrie se sont-elles multipliées depuis les recommandations ? Les médecins généralistes y participent-ils ? Cela modifie-t-il leurs pratiques ?

De manière plus large, quelle est la place de la « santé sexuelle » du patient en médecine générale ?

Le médecin généraliste a donc bien un rôle dans la révélation tardive d'abus sexuels, en tant que témoin privilégié de la problématique du patient dans son ensemble. Spécialiste de la globalité, c'est à lui que revient le travail de synthèse entre les différentes composantes pathologiques, psychologiques, sociaux…qui constituent la valeur de l'individu. Il est aussi le coordonnateur et le régulateur entre le patient et les différents intervenants.

Enfin, comme les Canadiens puis les Néo-Zélandais, ne devrions-nous pas nous pencher sur des méthodes de « pratique sensible », dont le but est de tenir compte des besoins particuliers propres à une population en les interrogeant directement sur le sujet, ici les survivants d'abus sexuels, afin d'en faire des partenaires de soin ? Cela permettrait-il d'améliorer la relation thérapeutique et donc le bien être du patient ? Pourrait-on extrapoler cette méthode à d'autres « populations » de patients qui présentent des problématiques différentes ?

BIBLIOGRAPHIE

1. *Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée.* [En ligne] http://www.odas.net.

2. **Faculté de médecine-Université de Genève.** Enfants, santé mentale et droits humains. [En ligne] 2005. [Citation : 22 novembre 2009.] http://www.dhsantementale.net/cd/enf_intro.php.

3. [En ligne] [Citation : 24 février 2011.] www.legifrance.gouv.fr.

4. **Santé Canada, Centre national d'information sur la violence dans la famille.** Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de la santé: Leçons tirées de survivantes d'abus sexuel dans leur enfance. Ottawa (Ontario) : s.n., 2001.

5. **Agence de la santé publique du Canada.** Les survivants et survivantes adultes de l'abus sexuel dans l'enfance. [En ligne] 2002, modifié en 2008. [Citation : 27 octobre 2010.] http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications/nfntsxagrsexadult-fra.php.

6. Wikipédia. [En ligne] [Citation : 21 février 2011.] http://fr.wikipedia.org/wiki/Inceste.

7. **Laure, Hermouet.** Les abus sexuels. Interrogations et positionnement des soignants. . *Thèse de psychiatrie.* Nantes : s.n., 2003.

8. **Jaspard M. et équipe enveff.** *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France.* s.l. : Paris, la documentation française, 2003.

9. **Jaspard, M et ENVEFF.** Nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête nationale en France. *Population et sociétés.* Janvier 2001, 364.

10. **Prescrire Rédaction.** Violences sexuelles en France. *Revue Prescrire.* Septembre 2009, Vol. 29, 311, pp. 706-707.

11. **Bajos, N. et Bozon, M.** Les violences sexuelles en France: quand la parole se libère. *Population et sociétés.* Mai 2008, 445.

12. **McGregor K, Glover M, Gautam J, Jülich S.** Working Sensitively with Child Sexual Abuse Survivors: What Female Child Sexual Abuse Survivors Want from Health Professionals. *Women ant Health.* 2010, Vol. 50, 8.

13. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles: Repérage et signalement des violences sexuelles intrafamiliales chez l'enfant. Note de cadrage.* **Haute Autorité de Santé.** Juillet 2009.

14. **Bala, Martha.** Caring for adult survivors of child sexual abuse. Issues for family physicians. *Canadian Family Physician.* May 1994, Vol. 40, pp. 925-931.

15. **Read J, Mc Gregor K, Coggan C, Thomas D.R.** Mental health services and sexual abuse: The need for staff training. *Trauma and dissociation.* 2006, 7.

16. *Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir.* **Fédération Française de Psychiatrie avec le soutien de la Direction Générale de la Santé.** 6 et 7 novembre 2003. 7ème conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie.

17. *Le lien entre obésité morbide et abus sexuels est confirmé.* **Poplawaski S, Bravo C.** Fort Lauderdale : s.n., 2003. Congrès annuel de la North American Association for Study of Obesity .

18. **Gruyer, F., Fadier-Nisse, M. et Sabourin, P.** *La violence impensable. Inceste et maltraitance.* s.l. : Editions Nathan, 1991.

19. **Shearer SL, Herbert CA.** Long-term effects of unresolved sexual trauma. *Am Fam Physician.* 1987, Vol. 36, 4.

20. **Cutajar M, Mullen P, Ogloff J, Thomas S, Wells D, Spataro J.** Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children. *Archives of general psychiatry.* 2010, Vol. 67, 11, pp. 1114-1119.

21. **Renteria, S.C.** Violence envers les femmes: on ne trouve que ce que l'on cherche. *Revue Médicale Suisse.* 2003, 543.

22. **Guitteny M, Bougouin-Kuhn E, Sauvaget A, Vanelle J.-M.** Syndrome fibromyalgique, le point de vue du psychiatre. *Annales médico-psychologiques.* Elsevier Masson France, 2010, 168, pp. 228-232.

23. **F, Lebigot.** *Le traumatisme psychique.* Bruxelles : s.n., 2006.

24. **Chanal, Frédéric.** Contribution à l'étude des conséquences à l'âge adulte des abus sexuels dans l'enfance. *Thèse d'exercice - MEDECINE.* Dijon : s.n., 2000.

25. **Comité consultatif de santé mentale, Direction Générale de la Santé.** *Groupe de travail relatif à " l'évolution des métiers en santé mentale : Recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé ".* 11 avril 2002.

26. **Ministère de l'emploi et de la solidarité et Secrétariat d'état à la santé et aux handicapés.** *Le praticien face aux violences sexuelles.* 2000.

27. **Loi n°2009-879 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.** 21 juillet 2009.

28. **WONCA EUROPE.** La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002. p. 8;15;37.

29. **Blanchet A, Gotman A.** *L'enquête et ses méthodes: l'entretien.* s.l. : Armand Colin, 2009.

30. **Cannasse, Serge.** Entretien avec Estelle Kramer, de l'association AIVI. Inceste: fréquent, méconnu et pathogène. *La revue du praticien de médecine générale.* 2010, Vol. 24, 848.

31. *Formation médicale continue: "Abus sexuels: du doute à la réalité et à la complexité".* **FMC-Action.** Ploermel : s.n., 2009.

32. **Lacroix S, Vanoverbeke C, Brasseur P.** La place du médecin généraliste dans la prise en charge des enfants abusés sexuellement au sein de leur famille. 1ère partie: introduction. *Revue de la médecine générale.* 2002, 192.

33. **Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B.** Women's experiences of the gynecologic examination: Factors associated with discomfort. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* 2003, Vol. 82, 1030.

34. **E, Montesi.** Sexualité: encore tabou pour les médecins généralistes? *La Revue de la médecine générale.* 2010, 271.

35. **C, Denis.** Dépistage et prise en charge des violences sexuelles en médecine générale: enquête auprès de 80 médecins généralistes de Seine-Saint-Denis. *Thèse d'exercice - MEDECINE.* PARIS 5 DESCARTES : s.n., 2009.

36. **Vincent, Catherine.** Pouvoir dire l'inceste.

37. **AFSSAPS.** Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Recommandations. 2006.

38. **C., Barré.** Les associations de santé, le médecin, le malade: relations et interactions. *Thèse d'exercice-MEDECINE.* Nantes : s.n., 2002.

39. **Spiegel, David et Oxana, Palesh.** Trauma dans l'enfance et désir de vivre à l'âge adulte. *Stress et Trauma.* 2008, Vol. 8, 3, pp. 197-204.

40. **Moroy, F., et al.** Abus sexuel: le temps de la révélation et ses ambiguïtés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* 2000, Vol. 48, 2, pp. 109-112. Communication présentée aux Journées annuelles de SFPEA, Nancy, 19-20 juin 1998 sur le thème: "Ethique et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: entre théories et pratiques".

41. **Born, M., et al.** *Les abus sexuels d'enfant.* Liège : Mardaga, 1996.

42. *Observatoire National de l'Enfance en Danger.* [En ligne] http://oned.gouv.fr.

43. *Congrès annuel: Soigner les victimes d'inceste.* **Association internationale des victimes de l'inceste (AIVI).** Paris : s.n., 9 Octobre 2008.

44. **Prescrire Rédaction.** Les femmes victimes de violence. *Revue Prescrire.* 2002, Vol. 22, 228, p. 385.

45. **L, Daligand.** Les conséquences médico-légales et psychiques des abus sexuels chez la petite fille de moins de 6 ans.

46. —. La prise en charge des enfants victimes de violences sexuelles. *La revue du praticien.* 1998, 48.

47. —. Le trauma de l'inceste. Le témoignage de l'expert. [auteur du livre] Lebovici S, Mazel Ph. Gabel M. *Le traumatisme de l'inceste.* Paris : PUF, 1995.

48. **Daligand L, Gonin D.** L'inceste: profanation de la génération et refus de la vie. *Journal de Médecine Légale - Droit médical.* 1988, Vol. 31, 1, pp. 7-13.

49. **McGregor K, Jülich S, Glover M, Gautam J.** Health professionals' responses to disclosure of child sexual abuse history: female child sexual abuse survivors' experiences. *Journal of Child Sexual Abuse.* 2010, 19, pp. 239-254.

50. **Hélène, Brocq.** Facteurs de vulnérabilité psychique chez le patient douloureux chronique. *Institut UPSA de la douleur.* [En ligne] 2002. [Citation : 10 mars 2011.] http://www.institut-upsa-douleur.org/.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien des patients

Bonjour, je m'appelle Julia Meslin, je suis jeune médecin généraliste et je réalise actuellement ma thèse de fin d'études sur « le rôle du médecin généraliste dans la révélation tardive d'abus sexuels »

Tout d'abord, je voulais vous remercier d'être là aujourd'hui avec moi car je pense et j'espère que le travail que nous allons faire ensemble permettra d'améliorer la prise en charge par le médecin généraliste des patient(e)s victimes d'abus sexuels dans leur passé.

Nous n'allons bien entendu pas revenir sur les faits en eux-mêmes mais sur la communication (ou l'absence de communication) que vous avez pu avoir avec votre médecin traitant à ce sujet.

L'entretien que nous allons avoir sera enregistré avec votre accord et traité de façon anonyme.

Q1 : Avez-vous un médecin traitant, un médecin « de famille » ?

Si non :

- Quelles ont été les premières personnes à qui vous vous êtes confiées ? (interlocuteur privilégié)
- Combien de temps après les faits a eu lieu la première révélation ?
- Quel a été le facteur déclenchant ?
- Avez-vous parfois des contacts avec des médecins quels qu'ils soient (pour d'autres raisons – lesquelles) ?
- Avez-vous déjà pensé à en parler à une personne du corps médical/paramédical ?
  - Si oui : quels ont été les obstacles ? Qu'est ce qui vous a gêné ?
  - Si non : pensez vous que ce ne soit pas son rôle ?
- Comment avez-vous connu l'association « Parole et Justice » ?

Q2 : Avez-vous déjà parlé de cette partie de votre passé avec votre médecin ?

Si non :

- Avez-vous déjà pensé lui en parlé ?
- Le médecin vous a-t-il déjà posé la question ? Si non, auriez-vous aimé qu'il le fasse ?
- Quels ont été les obstacles à la révélation, qu'est ce qui vous a gêné ?
  (Question ouverte et proposition éventuelle des items suivants dans un second temps)
  - Le fait que ce soit un « médecin de famille » qui connait les autres membres de la famille
  - Que ce soit un homme si c'est le cas
  - La trace écrite éventuelle
  - Les éléments extérieurs (téléphone qui sonne…)
  - La sensation du manque de disponibilité du médecin, la peur d' « embêter »

- Malaise personnel/perception d'un malaise de la part du médecin
- La peur de changer la relation

- Quelle est la fréquence de consultation de votre médecin traitant ? Quels sont les motifs de consultation ? Souffrez-vous notamment de douleurs, d'angoisse, de troubles du sommeil… ou autres ? Connaissez-vous le terme de somatisation ? (explications si non) Avez-vous l'impression de « somatiser » d'une façon ou d'une autre ?
- Quelles ont été les premières personnes à qui vous vous êtes confiées (interlocuteur privilégié)
- Combien de temps après les faits a eu lieu la première révélation ?
- Quel a été le facteur déclenchant ?
- Quels ont été les conseils que l'on a pu vous donner ? Qu'est ce qui vous a aidé à avancer ? (psychothérapie, procédure judiciaire, association, autres…)
- Comment avez-vous connu l'association « Paroles et Justice » ?

<u>Q3 : Racontez-moi comment ça s'est passé ?</u>
(Question ouverte puis proposition d'autres questions dans un second temps)

- Etait-il la première personne à qui vous en avez parlé ? Si non, qui était-elle ?
- Les circonstances initiales
    - Le lieu, le moment de la consultation
    - Etait-ce le motif de consultation initial ? Si non, quel était-il ?
    - Les facteurs favorisants
        - La relation de confiance
        - Vous a-t-il posé la question ? Si non : Auriez-vous aimé qu'il vous la pose ?
    - Les obstacles (propositions ci-dessus dans un second temps)
- Souffrez-vous d'angoisse, de dépression, de troubles du sommeil ou autres ? Prenez-vous des médicaments ?
- La réponse du médecin :
    - Sa réaction initiale, avez-vous ressenti un malaise ?
    - Quelle attitude a-t-il eu à votre égard ? A-t-il été à l'écoute ?
    - Vous a-t-il orienté vers un spécialiste ? Une association ? Une ligne d'écoute ?
    - Vous a-t-il donné des conseils ?
- L' « après »
    - Comment avez-vous connu l'association « Paroles et Justice » ?
    - Le fait d'en parler a-t-il été libérateur ?
    - Qu'est-ce qui vous a aidé à avancer ?

Annexe 2 : Entretiens des patients

Les entretiens sont consultables sur la thèse papier.

11NANT021M

Annexe 3 : Guide d'entretien des médecins généralistes

RDV téléphoniques, durée environ 10-15min. Acceptez-vous l'enregistrement de l'entretien ? Celui-ci sera traité de façon anonyme. Présentation de mon travail.

Q1 : Un patient ou une patient vous a-t-il (elle) déjà révélé des années après avoir été abusé(e) sexuellement ?

Si non :

- Avez-vous déjà eu des doutes, avez-vous déjà posé la question ? Avez-vous tendance à y penser (à vous poser la question) ?
- Si un(e) patiente devait vous révéler tardivement un abus sexuel, comment l'orienteriez-vous ?
- Connaissez-vous des associations d'aide aux victimes ?
- Vous sentez-vous à l'aise vis-à-vis de ce sujet ?
- Trouvez vous que vous avez été suffisamment formé à la prise en charge des abus sexuels ?

Si oui :

Q2 : Racontez-moi comment ça c'est passé (pour le/la dernier(e) patient(e) s'il y en a eu plusieurs)

Réponse libre puis orientation dans un 2^{e} temps par les items suivants

- Avez-vous posé la question ou était-ce une révélation spontané ?
- Y aviez-vous déjà pensé pour ce(tte) patient(e) ? Avez-vous tendance à y penser plus généralement ?
- Vous êtes vous senti à l'aise ?
- Comment l'avez-vous conseillé puis orienté ? Connaissez-vous des associations d'aide aux victimes ?

Q3 : Vous sentez-vous suffisamment formé dans les situations d'aide psychologique en général et dans les abus sexuels en particulier (notamment en révélation tardive) ?

Annexe 4 : Entretiens des médecins généralistes

Entretien médecin N°1 : homme 54 ans, activité rurale, installé depuis 25 ans

- Avez-vous déjà eu un patient ou une patiente qui vous a révélé des années après les faits un abus sexuel… dans ses antécédents ?
- Alors moi c'est-à-dire que… j'ai pas eu de fait de personnes qui m'ont révélé des choses récentes mais effectivement j'ai eu deux femmes qui m'ont révélé que dans l'enfance alors que maintenant elles étaient mariées et avaient de grands enfants, voilà c'est ça
- Oui, ben c'est tout à fait dans le cadre de ma thèse en fait, c'est ça
- D'accord
- Et comment ça s'est passé, est-ce que ce c'est vous qui avez posé la question, est ce que ce sont elles qui vous ont…
- Non alors j'ai été surpris parce qu'à chaque fois ça faisait plusieurs années que je les…
- Que vous les suiviez ?
- Que je les connaissais, que je les suivais, y'en avait une ça se passait bien y'aurait pas eu tellement de raison d'aborder le sujet et puis c'est venu comme ça un peu par hasard mais y'en avait une autre, y'avait vraiment des gros problèmes et on aurait pu en parler beaucoup plus tôt mais bon sans doute que je me suis mal débrouillé pour aborder le sujet, je sais pas moi j'en sais rien… et en fait c'est plusieurs années après alors qu'il y avait ces gros problèmes qui duraient depuis 2-3 ans que… je sais pas parce que maintenant ça fait longtemps, je sais pas est ce que c'est moi qui ai tendu… non non je pense pas je pense que c'est elle qui a fini par me dire « ben il faut que je vous dise, je crois que c'est ça » parce que c'est pas évident de dire à quelqu'un…
- C'est pas évident…C'était quels genres de problèmes, des problèmes plutôt…
- Alors là c'était une fibromyalgie, des polyalgies diffuses que l'on a du mal à étiquetter, des grosses douleurs, bon, on l'a étiquetté fibromyalgie mais vous savez bien ce que c'est que la fibromyalgie, c'est des douleurs qu'elle traine comme ça… elle a vu des rhumato, des centres anti douleurs des machins, des trucs et puis on arrive pas trop à la soulager quoi…
- Alors que l'autre patiente n'avait pas de plainte particulière
- Alors elle ça roule tout seul maintenant, non elle ça va et puis on a parlé de ça… c'est venu comme ça un jour ou on parlait et puis on en a parlé mais ça allait quoi elle a pas spécialement besoin… enfin d'après ce qu'elle m'a dit, elle a plus vraiment besoin maintenant d'en parler…
- Elle avait déjà fait son chemin avant… ?
- Voilà, elle a réussi à passer par-dessus… enfin j'ai l'impression qu'elle a réussi à… elle arrive bien à vivre avec quoi
- Est-ce que vous savez si l'autre dame qui est fibromyalgique en avait déjà parlé à quelqu'un d'autre avant vous ?
- Non, justement non
- Vous étiez la première personne ?
- Ah non, dans le milieu médical … Elle en a parlé à ses frères et sœurs mais alors les frères et sœurs, et ça a été une fin de non- recevoir, ils ont commencé à faire la tronche, à plus l'inviter aux fêtes de famille, après ça c'est calmé mais ils ont commencé par la rejeter, plutôt que de l'aider et de l'épauler, ils ont commencé par la prendre pour une paria, mais elle en a parlé ni psychologue, ni psychiatre, non j'étais le premier médecin à qui elle en a parlé, elle a pas accepté hein d'en parler, parce que je lui ai proposé de l'orienter là dessus, alors depuis on en a reparlé de temps en temps mais elle veut pas aller plus loin
- Et est ce que vous connaissez vous des associations d'aide aux victimes ?
- Non
- Non, d'accord. Et du coup vous proposez en suivi, plutôt un soutien psychologique ?
- Oui, j'ai proposé mais elle a pas voulu
- Et est ce que vous vous êtes sentis mal à l'aise vis-à-vis de cette situation ?
- Non, non parce que c'est des femmes que je connaissais vraiment bien, je les suivais depuis des années, il n'y avait pas de problème, je sais pas comment ça se serait passer avec, par exemple, ça serait un jour de garde, quelqu'un qui débarquerait comme ça, qui voudrait me parler de ça, je sais pas comment je réagirais, mais là c'est des femmes que je connaissais vraiment bien, je suivais leurs petits gamins,

- Il y avait pas de malaise quoi ?
- Non et puis le mari était au courant, elles me disaient que le mari était au courant et c'est vrai qu'après effectivement, c'est arrivé qu'on en parle avec les maris, c'était pas une situation très difficile pour moi
- Et est ce que vous avez l'impression d'avoir été bien… 'fin formé à une prise en charge de ce type ?
- Ah non ! Je suis vieux moi, j'ai plus de 50 ans, donc la médecine générale à la fac… rien du tout, nous on a pas appris nous la médecine générale à la fac, les trucs biscornus en médecine interne, ça on connaissait par cœur mais la médecine générale..non non, aucune… aucune…on a eu 3 heures de psy, 3 heures de cours de psychiatrie mais ça s'arrêtait là, non, pas du tout
- Si il se présentait des FMC ou je sais pas…sur ce sujet, est ce que ça vous intéresserait du coup ou… vous vous sentez à l'aise avec la situation ?
- Ben on peut pas être à l'aise… on peut pas être à l'aise avec ça…mais non…enfin sans doute oui mais ça n'empêche que je me sentirais pas de prendre en charge quelqu'un, moi je pense qu'il faudrait que je passe la main,
- Oui, d'accord
- Enfin vous allez trouver que je suis pas très exigeant mais moi je pense qu'à notre niveau, c'est plus aider ces personnes là à révéler leurs choses, à en parler et puis une fois qu'elles ont fait le premier pas, les aider à pouvoir travailler ça avec un spécialiste, je vois pas bien, ou alors il faut vraiment un généraliste vachement passionné du sujet pour réussir à vraiment aider…'fin je pense qu'il faut être spécialiste
- Dans la révélation justement, est ce que maintenant vous avez plus tendance à y penser ou à poser la question ?
- Oui, mais c'est toujours pareil, on peut pas, enfin moi je ne me vois pas poser la question de but en blanc, on tend des perches, on suggère plus ou moins mais je ne vois pas dire carrément « est ce que dans l'enfance vous avez eu des… » mais bon, on tend des perches…
- Remerciements

Entretien médecin N°2 : homme de 38 ans, activité urbaine, installé depuis 7 ans

- Donc tu as eu un cas ?
- Oui j'ai eu un cas, un seul depuis que je suis installé, ça fait 5 ans que je suis installé. Tu veux que je te raconte un peu comment ça s'est passé ? Les circonstances dans lesquelles je me suis retrouvé à gérer ça ?
- Oui je veux bien
- Alors en fait je suis la famille depuis le début de mon installation et ce sont des gens que je connais aussi de façon un peu personnelle par l'intermédiaire de mes parents et la petite fille en question, alors à l'époque, elle avait 12 ans quand je l'ai vu la première fois en consultation pour ce problème là, je l'avais vu avant pour toutes les petites pathologies enfantines classiques, elle ne m'en avait jamais parlé et les parents ne m'en avaient jamais parlé évidemment puisqu'ils n'étaient pas au courant. Donc, c'était en 2006, en juin 2006, la mère est venue en consultation si je me souviens bien, avec la petite fille et c'est la mère qui s'était exprimée en me racontant que d'une façon assez spontanée leur petite fille leur avait exprimé qu'il y avait eu des attouchements lors du séjour passé chez des amis dans le cadre de garde pendant l'été quoi, et elle s'était trouvé par les enfants qui à l'époque, c'étaient 2 garçons qui avaient je crois que c'était 14 et 15 ans. Donc elle a dit qu'il y avait eu des jeux sexuels avec des attouchements qui la concernait et puis qu'ils lui avaient demandé de faire des choses, ben pareil sur les deux garçons… donc elle voulait pas en dire plus à ce moment là, la maman elle non plus… était un petit peu atterrée donc du coup elle arrivait pas à avoir plus d'informations, donc moi comment je me suis positionné là dedans, c'est que la première chose, sans vouloir savoir quelle était la vérité ou l'exactitude des faits, je voulais voir un peu dans quel état d'esprit elle elle se trouvait à ce moment là, alors au moment où il y a eu les attouchements et au moment où je l'ai vu à la consultation parce que bon, elle était un peu renfermée sur elle-même, il y avait des choses qui étaient pas très cohérentes dans ce qu'elle racontait donc c'était difficile de savoir si ce qu'elle disait était la vérité, si il y avait un peu de manipulation et puis quand on en a discuté vraiment sérieusement, je lui ai même demander de sortir pour pouvoir discuter tout seul avec la petite fille, elle me disait que elle elle avait révélé ça en discussion avec ses amies de l'école lors d'une soirée pyjama entre filles et elle avait raconté ça à ses amies, donc du coup tout ça s'est un peu ébruité et j'avais eu l'impression qu'elle s'était retrouvée piégée par ce qu'elle avait raconté et donc c'était un peu difficile de savoir si elle avait été piégée par ce qu'elle avait raconté à ses amies ou si vraiment il y avait des faits avérés et du coup ça méritait d'aller plus loin…donc elle était évidemment très gênée, bon moi je ne l'ai pas examinée sur le coup, les faits dataient de 3 ans, elle

avait 12 ans donc elle avait 9 ans à l'époque donc elle était petite… donc elle je lui ai demandé ce qu'elle pensait de tout ça, voir le retentissement et quelle était sa démarche par rapport à ce qu'elle racontait… comme elle avait du mal à bien s'exprimer, je lui ai dit « ben écoute, on va se revoir plusieurs fois, si tu as des choses à me dire, ben tu les notes et puis on en rediscutera et entre temps, j'aimerais bien que tu vois un spécialiste qui va essayer de t'aider un peu là dedans» alors il se trouve qu'entre temps, les parents ont porté plainte, la plainte était très bien ciblée pour les 2 enfants qui l'avait côtoyée, qu'ils connaissaient très bien et donc il y a eut une enquête policière et je l'ai adressée au CMP où il y a des pédopsychiatres où elle a été entendu, justement moi je voulais voir si ce qu'elle racontait pouvait rentrer dans le cadre d'histoires entre gamines ou s'il y avait vraiment des choses. Donc je l'ai revu après pour d'autres problèmes médicaux mais pas spécialement pour ça, mais à la fin de la consultation on discutait un peu, elle me racontait que de parler avec le pédopsychiatre, ça lui faisait énormément de bien, elle avait quand même vraiment beaucoup de honte et de culpabilité par rapport à ce qu'il s'était passé, donc de pouvoir enfin en parler, ça l'avait soulagé de façon vraiment certaine quoi

- Et du coup, l'avis des pédo-psy, qu'est ce qu'ils en disaient ?
- Alors les pédopsychiatres ont pas voulu trop communiquer avec moi, j'ai essayé de moi les contacter, ils disaient que bon, pour l'instant le travail se faisait, a priori les faits étaient avérés mais ils voulaient pas rentrer dans le détail de la façon dont elle gérait l'histoire, bon, c'était un peu dommage mais ils restaient un peu dans la confidentialité alors bon moi j'ai pas voulu les heurter, les forcer à me donner des éléments…moi le principal, c'est que la petite s'y retrouve… après moi j'ai eu plus à gérer les parents, qui s'étaient retrouvés dans une procédure judiciaire un peu compliquée à avoir été entendu par la police à plusieurs reprises, avec la petite fille, eux même de façon isolée, enfin toute la famille y est passé, d'autant plus qu'a priori un de ses frères à cette petite fille, donc le 2^{e} des enfants aurait lui aussi eu des attouchements
- Par les mêmes personnes ?
- Oui. Donc ça a vraiment fait beaucoup de bruit, donc dans la famille et les amis, ça a été vraiment le coup de tonnerre…voilà, après je te dis, ben elle, ça allait quand même pas trop mal, je pense que vraiment, il y a eu une prise en charge à un moment donné de cette histoire qui l'a soulagé d'un grand poids, par contre, il n'y a pas eu de retentissement particulier sur le plan ? (ça coupe) sous réserve que par la suite ça se passe bien hein…on verra bien comment ça se passera quand elle aura à rencontrer des garçons et à gérer un petit peu plus ses propres émotions quoi..
- Et elle ne s'est jamais rétractée à aucun moment en disant « non ce que j'ai dit c'était pas vrai » ?
- A un moment c'était un peu limite, parce que beaucoup de gens autour d'elle lui disaient « est ce que tu es sûre de ce que tu racontes parce que ça va un peu loin » comme il y avait la police qui venait faire une enquête, ça lui mettait la pression aussi mais à aucun moment elle a dit que c'était faux, elle est toujours restée sur sa position, et en fait il s'est avéré que c'était bien vrai quoi
- Justement, on se rend compte… les enfants, surtout quand c'est vrai d'ailleurs, se rétractent à un moment donné parce que ils voient à quel point ça éclate leur famille
- Voilà voilà, ben là c'était pas loin, il y a un moment vraiment tout le monde autour d'elle était plutôt dans la position de se dire « tiens elle a peut être raconté ça pour épater les copines et puis maintenant elle se retrouve un peu piégée » mais moi, toutes les fois où je l'ai vu, non, elle était un peu limite, on sentait que quand on lui demandait si c'était vrai ou pas, elle hésitait, elle hésitait mais finalement elle disait toujours que c'était vrai
- Et toi tu avais jamais pensé pour elle qu'il y avait pu avoir quelque chose, ce n'était pas une petite fille, je sais pas renfermée…
- Oh non, pas du tout, elle avait un comportement absolument normal… elle était pas hyper expansive mais bon, j'en vois des tonnes des comme elles, il n'y avait vraiment aucun élément qui aurait pu suspecter ça quoi
- Ou elle ne consultait pas pour tout et rien ?
- Oh non pas du tout, il n'y avait pas de motif de consultation…au contraire je la voyais pas non plus très souvent, c'est plutôt des gens qui viennent vraiment quand ils n'arrivent pas à gérer, toute les petites pathologies infantiles, c'est pas comme certains qui viennent dès qu'il y a une goutte au nez, eux non ce n'est pas trop leur attitude, mais les parents aussi ont été vraiment très surpris parce que en plus la famille dans laquelle ça c'est passé, c'était vraiment des gens de confiance et même les parents des enfants qui ont fait les attouchement étaient complètement éberlués quoi, ils comprenaient pas que leurs propres enfants aient pu… d'ailleurs au début ils étaient complètement dans le déni et il s'est trouvé qu'avec l'enquête ils ont fini par avouer et ça a été très dur… Il se trouve que je soigne aussi la famille…
- Les 2 ado ?
- Oui

- Ah oui, ce qui doit pas être très facile
- Ca a été assez compliqué à gérer, alors moi j'ai pris la position d'être complètement impartial, c'est pour ça que j'essayais pas de savoir moi quelle était la vérité, pour moi le but c'était surtout que tout le monde s'y retrouve ben sur le plan psychologique et médical quoi, moi j'étais pas là pour faire la justice quoi, et ça ils ont très vite compris en fait, les 2 familles sachant que je soignais les uns et les autres, à aucun moment il n'y a eu un esprit de suspicion sur le fait que je prenais parti ou pas. Il y a quand même eu à des moments, des demandes de certificats médicaux attestant qu'ils étaient bien venus consulter dans ce cadre là, ça en général, la police aime bien demander des certificats médicaux…
- D'accord, bon ben très bien
- Voilà, je sais pas si tu as besoin d'éléments supplémentaires, j'ai pas énormément d'élément, après tout est pris dans un engrenage médico-judiciaire…
- Est-ce que toi tu t'es senti à l'aise par rapport à cette situation, est ce que tu savais comment gérer à peu près?
- Ah non, pas du tout, c'était vraiment pour moi c'était une grande première donc moi, dans toutes circonstances quand c'est la première fois, je me rabats sur mes bases… j'essaie d'avoir une attitude un peu hiérarchique et de gérer les priorités et ne pas me disperser, ça a pas été simple à gérer, sur le plan émotionnel, parce qu'une gamine de 12 ans qui te raconte ça, houla, où je vais m'embarquer, qu'est ce que je dois faire, non j'étais pas à l'aise du tout, donc j'ai demandé en fait à la voir plusieurs fois au début avec les parents et puis sans les parents pour vraiment essayer un peu d'apprivoiser la situation.. j'ai demandé des conseils, moi j'ai ma femme qui est psychologue donc évidemment, elle a pu me conseiller sur la façon d'aborder la consultation et puis j'ai aussi appelé les pédopsychiatres quoi pour savoir un peu quelle attitude je devais adopter donc après ben petit à petit, avec les 2-3 clés qu'on m'avait donné, ben on a pu avoir une consultation qui était plutôt construite, qui s'est pas trop mal passé finalement, ça s'est bien enchainé, elle a bien été prise en charge, il n'y a pas eu de mouvement de panique, pas d'énervement, les deux parties ne se sont pas rentrées dedans, enfin je trouve que ça a été bien géré mais j'ai eu des bons conseils aussi, mais c'est vraiment une grande première pour moi !
- J'imagine ! Et est ce que tu connais des associations de victimes ?
- Non pas du tout… ceci dit, c'était…
- Pour elle ou pour d'autres, parce qu'elle elle est un peu jeune mais éventuellement d'autres plus tard… alors il n'y en a qu'une sur la Vendée qui est aux Herbiers, qui s'appelle Parole et Justice
- D'accord ok, bon ben c'est bon à savoir
- En fait ils ont soit des lignes d'écoute anonyme soit ils font après des groupes de parole, et toutes les personnes qui font partie de cette association ont été victimes de près ou de loin, c'est-à-dire soit eux soit un proche…voilà, et ils sont très bien, c'est avec eux que je travaille en fait pour ma thèse…donc voilà donc si jamais un jour tu as besoin d'adresser quelqu'un…
- Ok ben c'est bien, ça peut être un contact supplémentaire
- Et est ce que pour d'autres personnes, est ce que tu t'es déjà posé la question de savoir s'ils avaient vécu des choses de ce genre ?
- Non
- Tu es en résidanat là en fait?
- Oui
- Tu comptes t'installer après?
- Ben oui, enfin je compte faire des remplacements pendant un moment et puis peut être après m'installer
- Alors tu vas te rendre compte que dans la pratique de tous les jours en médecine libérale, il y a un gros facteur limitant dans la consultation c'est le temps, les gens viennent déjà pour un motif particulier et donc que tu dois gérer pendant le temps qui t'es imparti et généralement, tu es déjà un peu limité et tu as pas toujours tout le temps nécessaire pour gérer ce pourquoi ils viennent donc aller chercher les information et aller piocher des choses assez subtiles et assez sournoises, en général tu le fais pas du tout quoi, donc il faut vraiment que ce soit une demande spontanée ou qu'il y ait un comportement qui puisse vraiment te mettre la puce à l'oreille sur ce genre de choses et vraiment c'est très compliqué et ça c'est valable pour ce genre de situation mais c'est aussi valable aussi pour tout un tas de situations, donc voilà, il faut trouver…il faut vraiment je pense être à l'écoute, bien observer et puis parfois, tu vas tomber sur un gros lézard et là ça mérite d'aller un peu plus loin mais vraiment tu vas voir dans ta pratique c'est très très compliqué à gérer, moi les planning, tu vois, ils sont plein 24h à l'avance et souvent, le jour même tu y rajoutes les urgences donc tu passes de 15 minutes de consultation à 10 minutes en général et en 10 minutes, faire un interrogatoire, examiner la personne et les prescriptions,

c'est vraiment très compliqué… parfois, de façon assez spontanée, les gens viennent te raconter ce genre de choses mais c'est très rare, vraiment très rare en plus tu vois, sur ces soucis là, il y a quand même très souvent un sentiment de honte et culpabilité qui s'instaure et donc il veulent pas en parler, moi c'est ce que j'ai senti au bout d'un moment avec la petite, elle voulait pas en parler parce qu'elle avait honte de ce qu'il s'était passé, donc on a réussi à aller toucher des information parce que voilà, elle a bien été encadrée mais, il fallait vraiment creuser quoi… donc, bon ben après, il est possible que je sois passé à côté de plein de situations du même style

- Oui ben comme tout le monde quoi
- Voilà, complètement
- Quand tu disais que ta femme t'avais donné des conseils sur la manière de mener les choses, tu te souviens un peu quel genre de conseils elle t'avait donné ?
- Justement, elle m'avait vraiment conseillé de rester vraiment très impartial et d'être vraiment à l'écoute, surtout ne pas la bassiner de questions à outrance, sur la façon technique dont ça s'était passé…moi je lui ai quasiment pas du tout demandé ce qu'il s'était passé exactement, je lui ai juste demandé des choses qui auraient pu avoir des incidences, est ce qu'il y avait eu pénétration ou pas, enfin tu vois, est ce qu'elle avait eu à manipuler le sexe de… parce que c'était ses cousins, de ses cousins…c'était juste pour savoir, après je lui ai pas demandé chaque fois comment ça c'était passé… c'était juste pour savoir dans quel cadre il fallait que je me mette, si il devait y avoir aussi un examen gynéco à faire…donc elle m'a dit après, ce qu'il faut c'est surtout ne pas l'entretenir dans sa propre culpabilité donc surtout lui dire qu'on est là pour l'aider, on est là pour vraiment bien l'écouter, qu'il n'y aura pas de conséquences pour elle, même la partie adverse, on est pas là pour les défoncer quoi, si il s'est passé des choses comme ça, c'est que peut être eux aussi ils avaient besoin d'un peu d'aide quoi , voilà, elle m'a dit de me positionner comme ça, après c'est venu assez naturellement, il fallait pas forcer les choses
- D'ailleurs, est ce que eux ils ont été chez des pédopsy ?
- Oui oui oui, ils ont été entendu aussi… plus par la justice que par les pédopsy… les policiers sont un peu insistants, ben c'est leur rôle hein…donc non non, ils ont été pris en charge aussi et eux par contre de leur côté, ils veulent plus du tout en parler par contre, le côté judiciaire a été plus un peu traumatisant pour eux, du coup c'est plutôt un épisode à mettre de côté, alors c'est pareil, ce sera à surveiller quoi, on verra bien
- Remerciements

Entretien médecin N°3 : femme de 49 ans, activité urbaine, installée depuis 17 ans

- Est-ce que vous avez déjà eu un patient ou une patient qui vous a révélé des années après les faits avoir été abusé sexuellement ?
- Oui
- Et comment ça c'est passé ?
- Une difficulté dans une relation avec quelqu'un
- D'accord. Entre vous et le patient ou la patiente ?
- Non, une difficulté de relation entre cette personne et un ami, ou leur relation de couple est difficile parce qu' il n'y a pas de relation physique possible, des difficultés à se lâcher sur un plan émotif et qu'en fait cet ami est quelqu'un d'absolument merveilleux et attentif, et s'est dit qu'il devait y avoir quelque chose de grave pour aboutir à une telle impasse dans leur relation entre eux, et c'est comme ça qu'elle lui a dévoilé qu'elle avait eu des soucis dans l'enfance et en fait ils sont venus tous les deux à mon cabinet et c'est lui qui m'a dit « je pense que c'est important qu'on parle un peu parce qu'il y a vraiment eu des choses sévères qui se sont passées » et en fait elle l'a dit devant moi et lui dans mon cabinet
- Et c'était des personnes que vous connaissiez depuis longtemps ?
- Elle je la connais depuis au moins une dizaine d'années, Plusieurs fois je lui ai tendu des perches parce que je pensais qu'il y avait eu des choses, elle avait eu déjà des violences dans l'enfance probablement, des choses pas très claires mais… elle n'avait jamais été jusqu'à dévoiler… en fait elle avait eu des attouchements par un cousin âgé de 10 ans de plus qu'elle
- D'accord, et qu'est ce qui vous y faisait penser à vous ?
- Parce que c'est une fille brillante, absolument merveilleusement gentille et qui avait eu avant d'être avec l'homme avec lequel elle est aujourd'hui, une aventure très rapide pendant 48h et elle s'était fait… moi je pense….'fin je lui avait dit, elle avait du mal à en prendre conscience mais je l'avais envoyé voir un psychologue par rapport à ça…mais la relation qu'elle

avait eu cette nuit là avec cette personne ressemblait plus à la limite du viol qu'à autre chose, moi je l'avait vu le lendemain matin en fait, parce qu'elle était pas bien du tout ce jour là, je lui ai dit « mais qu'est ce qu'il s'est passé » et elle a eu beaucoup de mal à me le dire, elle m'a dit « je me suis laissée faire mais j'étais pas consentante du tout quoi » et elle est tombée sur quelqu'un qui a forcé le rapport sexuel dans la nuit

- D'accord, donc ça ça vous a fait vous dire qu'il y avait peut être eu d'autres choses qui s'était passé avant … ?
- Voilà, qu'une fille aussi brillante rentre dans un fonctionnement comme ça, c'est pas banal quoi, c'est qu'il y avait une souffrance déjà derrière mais on peut pas renter dans l'intimité des gens quand ils ne sont pas prêts
- Oui, tout à fait. Et comment vous avez essayé de tendre des perches, est ce que vous avez posé des questions ?
- Ben délicatement, de savoir si elle avait pas eu des souffrances dans l'enfance, des choses comme ça… sachant que ses parents sont divorcés, une histoire très difficile de divorce, donc ça arrivait qu'on rattache ça à ça
- Et ça en fait elle ne vous en avait jamais parlé ?
- Jamais. En fait elle en avait jamais parlé à personne
- Jusqu'à ce qu'elle en parle à son ami
- Jusqu'à ce qu'elle commence un peu à en parler à son ami et qu'elle finisse par le dire ici devant lui et moi.
- Et comment vous vous êtes sentie vous vis-à-vis de cette révélation, vous vous êtes sentie à l'aise, mal à l'aise ?
- On peut pas se sentir à l'aise en tant que femme par rapport à ça, ou alors on est pas normal,… on est…oui… ça fait de la peine, c'est pas être à l'aise ou pas à l'aise, c'est que ça fait beaucoup de peine, un peu soulagée quand même qu'elle arrive à dire les choses parce que je sentais bien qu'il y avait quelque chose qui devait sortir un jour donc un peu soulagée qu'elle le dise mais avec profondément de la peine, j'aurais préféré que ce soit autre chose qu'une chose aussi abominable que ça
- Et comment est ce que vous l'avez pris en charge à ce moment là ?
- Ben prise en charge psychologique, parce qu'elle avait déjà vu quelqu'un alors je lui ai demandé de revoir quelqu'un, donc ça c'est fait, avec un petit anti-dépresseur, et puis… ben c'est une histoire récente donc je dois la revoir bientôt, avec son ami normalement
- Ok
- Enfin elle est dans les mains d'un spécialiste avec le traitement, tout ce qu'il faut, elle est très entourée par son ami… voilà
- Est-ce que c'était une personne qui consultait pour des motifs particuliers comme des douleurs, des angoisses…
- Oui
- Quels types de consultation…'fin de symptômes ?
- Des cervicalgies, des douleurs dans le ventre, des maux de tête, des migraines …
- D'accord, ok. Et est ce que vous connaissez des associations d'aide aux victimes ?
- Je sais qu'elles existent mais j'en connais pas en particulier
- Alors…ben du coup je…
- De toutes manières elle veut pas rentrer là dedans
- Oui, c'est peut être pas le moment, tout à fait
- C'est… ça fait parti… enfin c'était une histoire au sein de la même famille… parce que c'était un cousin donc…
- Ok. Est-ce que vous vous sentez assez formée à la prise en charge psychologique et globale des abus sexuels ?
- Déjà je pense qu'être une femme ça aide pas mal, après on a son passé personnel et…ensuite je crois qu'il faut pas rester tout seul, est ce qu'on est assez formé ou pas je sais pas, après il y a des gens spécialisés là dedans, moi je crois que c'est chacun son boulot, en tant que médecin généraliste, c'est déjà d'essayer de le détecter, d'aider le patient au cheminement pour arriver à pouvoir formuler un certain nombre de choses et puis après il faut passer la main à des gens qui sont spécialisés. Heureusement qu'on en voit pas trop souvent non plus…
- Vous avez eu d'autres histoires comme ça avant ou c'était la première ?
- Il y a eu quelques histoires mais qui se dévoilent comme ça au cabinet, avec autant de difficultés, c'était la première fois.
- Remerciements

Entretien médecin N°4 : femme de 39 ans, activité urbaine, installée depuis 10 ans

- Je vous remercie de bien vouloir répondre à mes questions, du coup, je vous avais demandé la dernière fois, je crois que vous m'aviez dit que vous n'aviez pas de patients qui vous avaient révélé…

- En fait j'y ai repensé… en fait j'en ai 2… enfin bon c'est pas des révélations…disons que c'est des histoires, enfin des histoires…ça n'a pas été une révélation là ici au niveau du cabinet mais des patientes qui m'ont parlé de leur histoire un petit peu du coup… donc j'ai pas eu à faire à l'épisode de révélation d'un abus sexuel quoi, voilà
- En fait elles vous l'ont dit mais… des années après ?
- Voilà, enfin… des années après…après l'affaire judiciaire ou autre quoi
- Ah oui donc elles en avaient déjà parlé avant?
- Elles en avaient déjà parlé oui
- Et comment elles vous en ont parlé du coup ? Est-ce que vous avez un exemple en tête ?
- Alors… c'était à quelle….elles en ont parlé lors d'une consultation, la plupart du temps à l'occasion d'une consultation gynéco souvent, avec des difficultés pour l'examen et donc elles expliquent ça par… elles donnent l'explication en fait à ce moment là, c'est souvent ça, par le biais d'une consultation gynécologique avec examen difficile quoi, ou pour l'une, ça a été pour une prescription de pilule avec le frottis qui devait être fait par exemple, et puis pour l'autre que j'avais en tête, c'était plus là du coup au moment d'une rupture, alors moi j'avais pas suivi cette patiente au départ et elle m'en a parlé parce qu'elle était en rupture avec son mari, et donc elle m'a expliqué que ce problème là y était pour beaucoup, qu'il y avait eu jugement mais que ça restait difficile quoi quand même
- Et donc oui, vous, vous n'avez pas eu finalement à les orienter ou … ?
- Non, j'ai pas eu à les orienter, non, dans les cas que j'ai en tête puis bon mon expérience j'ai pas eu à orienter vers quelqu'un…alors qu'est ce que j'ai eu … ça n'a pas été des abus à révélation tardifs mais j'ai eu des cas d'abus sexuels du coup récents avec une consultation rapide si vous voulez et une orientation vers un psychiatre, un psychologue mais l'histoire a pas été très bien suivie… 'fin très bien suivie, la femme a abandonné rapidement donc bon, ben après du coup le problème était réglé plus ou moins
- Elle était venue vous en parler d'elle-même ? Et c'était la première fois qu'elle en parlait ou pas?
- Oui, la cette fois là c'était la première fois oui, puisque du coup, c'était récent parce que je suppose que vous le sujet de votre thèse, c'est plus les abus sexuels plutôt dans l'enfance, à révélation tardive ?
- Oui, c'est plutôt ça mais…
- Donc là non, c'était une adulte, qui lors d'une soirée un peu arrosée, avait subi des abus sexuels
- Mais elle était quand même venu vous en parler en premier ?
- Oui elle était venu m'en parler oui
- C'est intéressant. Et vous si…. Alors avec des « si »… est ce qu'il vous est déjà arrivé de poser la question ou d'y penser, de vous dire « cette dame je me demande si elle a pas subi des choses… ? »
- D'y penser, alors oui, ben y'en a pour qui… Il y en a une en particulier à laquelle je pense qui ne m'en a jamais parlé vraiment, alors elle elle a un syndrome dé…une anxiété chronique, un syndrome dépressif avec des douleurs diffuses, un peu partout et bon en fait en creusant un peu, elle me dit « de toutes façons, j'ai pas eu une enfance facile… » alors moi j'ai jamais su ce qu'elle avait eu vraiment pendant son enfance mais bon elle parle de grosses difficultés dans l'enfance quoi, donc je pense qu'il y'a peut être une histoire comme ça, ou alors des violences autres, mais là par contre pour cette patiente là, j'ai jamais réussi à savoir vraiment ce qu'il s'était passé, elle veut pas en parler
- Et est ce que d'autres fois vous avez posé la question ?
- Non, j'ai pas posé la question d'autres fois
- Et si quelqu'un vous parlait comme ça tardivement, si il y avait une révélation, est ce que vous l'orienteriez ou pas… ?
- Oui, ben je pense oui, certainement, si ça se présentait, oui bien sûr, je l'orienterai plutôt vers…. pour faire une psychothérapie, enfin déjà vers une psychologue ou un psychiatre pour qu'elle puisse vraiment en parler et puis voilà quoi
- Est-ce que vous connaissez des associations d'aide aux victimes ?
- Non, j'en connais pas
- D'accord. Alors il y en a une en Vendée, enfin il y en a deux je crois mais surtout une que je connais, qui est « Parole et Justice », aux Herbiers et qui a des lignes d'écoute en fait
- D'accord. C'est vrai qu'on a souvent des documents ou des choses qui nous arrivent ici à afficher dans la salle d'attente, alors bon parmi tout le reste, ça peut passer à la poubelle parfois, sûrement, oui des affiches à mettre dans la salle d'attente, alors j'ai eu plutôt sur les femmes battues mais bon là-dessus, non, j'avais pas les coordonnées
- Donc si jamais… et puis je sais qu'ils font des groupes de parole, ça aide pas mal

- C'est vrai qu'on sait pas toujours vers qui les orienter à part un psy mais on sent bien qu'il y a besoin d'une prise en charge oui éventuellement en groupe comme ça, groupe de parole ou autre, c'est pas toujours facile de s'orienter non
- Et je voulais aussi vous demander, est ce que c'est un sujet vis-à-vis duquel vous vous sentez à l'aise ?
- Assez oui quand même, oui, je pense oui, en l'occurrence il s'agit plutôt de femmes, maintenant les hommes en parleront plus facilement à un homme je pense, mais oui je me sens assez à l'aise oui
- Vous ne vous sentez pas gênée ?
- Non non, 'fin j'essaierai de les pousser un peu à parler enfin si on suspecte ça mais non, ça me gêne pas non
- Et est ce que vous vous sentez bien formée ?
- Euh… alors…peut être pas trop quand même, on peut pas dire qu'il y a ait eu…est ce que je me souviens avoir eu une formation là-dessus, pas vraiment, après c'est vrai qu'on apprend un peu sur le tas quoi, et après avec l'expérience, mais le problème c'est plutôt justement le lien avec…et puis les réseaux avec les association ou des groupes quoi… qui nous manquent … après sur la formation c'est vrai qu'on a plus eu des choses sur les abus sexuels récents, à prise en charge immédiate mais sur les abus à révélation tardive, non pas spécialement
- Est-ce que vous identifieriez des éléments qui bloqueraient un peu la communication, 'fin de votre côté, est ce que vous avez l'impression qu'il y a des choses qui limiterait le fait que vous en parliez ?
- De mon côté ou du côté des patientes ?
- Vous de votre côté. Qui vous gênerait d'en parler ou… ?
- Euh …Je sais pas trop quoi dire…
- Oui, ça vous pose pas de problème de poser la question ou d'en parler quoi ?
- Ben de poser la question directement, c'est jamais facile… ben ce qui bloquerait, c'est plus se retrouver face à quelqu'un qui réponde « non, non non non » ou qui soit sur la défensive… Qu'est ce qui me gênerait le plus…. Non non je me sens pas trop gênée pour en parler non
- Bon ben super
- Mais il faut à chaque fois que ce soit une patiente qu'on connaisse bien, c'est clair, elles en parlent pas si elles ont pas confiance déjà… et vraiment encore une fois, je pense que les femmes n'en parleront pas à un homme, ou difficilement ou alors elles changeront de médecin parce que justement elles veulent voir une femme, ça c'est vraiment ce qui ressort, que ce soit d'ailleurs pour tous les problèmes gynéco, puisque ça ça en fait parti quand même je pense, elle auront plutôt tendance à changer de médecin, même si elles le connaissent moins bien, de façon à avoir plutôt une femme qu'un homme et il y a en a même qui seront plus à l'aise pour en parler si ce n'est pas leur médecin habituel, elles en parleront pas du tout à leur médecin d'enfan…de famille par exemple, on voit par exemple des femmes jeunes, elles quitteront leur médecin de famille habituel et elles viendront plutôt en parler à quelqu'un qu'elles connaissent moins bien finalement
- Oui, et qui connait moins bien leur famille aussi peut être, si il y a des problèmes intrafamiliaux
- Oui, tout à fait oui
- Remerciements

Entretien médecin N°5 : homme de 60 ans, activité rurale, installé depuis 29 ans

- Je me demandais si vous aviez déjà eu un patient ou une patiente qui vous a révélé des mois ou des années après les faits, tardivement quoi, avoir été abusé(e) sexuellement ?
- Oui
- Oui ? comment ça c'est passé ? la révélation ?
- C'est assez curieux parce que j'ai eu une révélation hier… hier matin, donc je vous explique, je vous dis ?
- Oui oui, je veux bien
- Donc c'est une jeune femme qui a déjà des enfants, qui est issue d'une famille très nombreuse, elle est infirmière, je l'ai connue elle était étudiante, elle avait eu un poste à l'hôpital, elle a quitté son poste à l'hôpital, elle a fait une dépression, une hypothyroïdie, une tuberculose à l'hôpital, vous voyez, quand même des petites choses… et là elle est en libéral depuis la rentrée, dans un groupe d'infirmière, et elle a demandé un rendez vous.. Je la connais très bien, des fois je la tutoyais, bon maintenant elle est infirmière (rires) elle a des enfants qui ont 15 ans…et donc hier matin elle s'est assise, elle s'est mise à pleurer et elle m'a dit « en fait je vais pas bien et je vais vous dire pourquoi, j'ai eu des attouchements dans ma petite enfance », voilà.

- Donc elle avait pris rendez vous pour ça, pour vous en parler à priori
- Donc en fait, oui, il y avait un prétexte de renouvellement de son Lévothyrox, pour son hypothyroïdie, thyroïdite de Hashimoto, complètement stabilisée, dosages hormonaux strictement normaux donc la dépression donc qu'on avait mis un peu sur le dos de l'hypothyroïdie, 'fin on avait trouvé ce prétexte là, en fait non, elle venait un petit peu pour dire que finalement si elle allait pas bien depuis des années, c'était pas forcément du fait de sa thyroïdite mais plutôt du fait de cela quoi, et ça l'a un petit peu libérée, après elle a pas voulu… moi j'aurais voulu qu'elle précise un petit peu, parce que je pense que c'est avec quelqu'un mais de très proche de sa famille, pas avec son père mais je pense peut être avec ses frères…moi ce que j'ai ressenti quoi…
- Et comment…
- Alors après je lui ai proposé…donc… d'en parler un petit peu plus, puis là ça l'a un peu bloqué et puis elle m'a qu'elle voudrait un soutien psychologique
- C'est elle qui en a parlé ?
- Euh….. oui, je crois que c'est elle qui m'a dit qu'elle voudrait bien aller un petit peu plus pour la libérer de ça. Donc moi je l'ai adressé à une jeune femme psychologue, parce que je travaille beaucoup avec un psychiatre , j'ai pensé que peut être elle arriverait plus à se libérer avec une femme psychologue
- Ok. Et vous vous vous y attendiez ?
- Ah non, pas du tout, alors pas du tout du tout du tout. J'ai eu 2 autres cas plus anciens, j'ai eu une jeune femme toujours très dépressive d'ailleurs, qui a également maintenant une névrose obsessionnelle, qui est suivie par un médecin spécialiste des névroses et cette jeune femme elle avait déjà 2 enfants aussi, m'a révélé très tardivement avoir eu des attouchements par son père, et son mari n'était pas au courant, elle a révélé ça devant moi et son mari comme ça, et elle elle a décompensé, donc elle faisait un travail d'animatrice, elle a décompensé, et depuis, ça a jamais été bien, donc tentative de suicide et tout ça… hospitalisation en psychiatrie...
- Depuis qu'elle en a parlé en fait ?
- Après, ça a jamais été bien en fait…Avant elle était pas très bien on savait pas trop pourquoi, mais on trouve toujours des raisons, naissance d'un enfant, naissance d'un 2è enfant, travail du mari… on trouve toujours des choses… alors elle a craqué et alors curieusement après, cette femme, ça ça peut arriver aussi ça moi je l'ai noté, le fait que je le sache, ça l'a complètement bloqué par rapport à moi au niveau médical donc en fait après, quand moi je l'ai adressé au psy, qu'elle a révélé ça également au psychiatre, après elle a changé de médecin généraliste, enfin elle me voit toujours, je la vois mais on a des relations de « salle d'attente » quoi , elle voit mon associé qui est au courant aussi, mais c'est pas lui qui a reçu l'info le premier quoi, vous voyez ce que je veux dire (oui), nous on le voit ça arrive, même pour des annonces de diagnostic, ça peut arriver ça. Moi je suis son mari, je vois son mari. On est 3 médecins, donc moi je suis son mari, sa fille est suivi par ma plus jeune associée et le médecin qui est le plus âgé dans le cabinet il la voit elle depuis des années quoi.
- Et est ce que c'était la première fois qu'elles en parlaient les 2 femmes dont vous me parlez?
- Ah bah là les 2 femmes que je vous cite moi je vous dis, c'était des révélations de diagnostic, moi celle que j'ai vu hier qui est infirmière, c'était la première fois qu'elle disait ça à un médecin ou à quelqu'un, son mari est certainement pas au courant, et puis son mari est psychorigide, il est gendarme et c'est un vrai gendarme quoi, si vous voyez ce que je veux dire…
- Oui (rires)
- Non mais bon c'est une profession à profil hein moi je leur en veux pas non plus, c'est comme nous les médecins, on a un profil aussi, a priori, y'a plusieurs médecins qui se ressemblent, vous trouvez pas ?
- Si
- Bon ben voilà. Et puis j'ai un autre cas mais qui est beaucoup plus ancien, c'était mon premier cas, c'est un homme qui m'a révélé avoir eu des abus sexuels par son père
- Et ça c'était spontané là aussi comme révélation ou c'était vous qui aviez posé la question?
- Oui, il m'a dit ça comme ça un jour… comme ça. Et il est décédé malheureusement quelques années après assez brutalement d'une crise cardiaque. Il a deux fils, dont j'ai jamais pu exactement….je crains qu'il y ait eu quelque chose, il y en a un qui a une maniaco-dépression, bipolaire mais alors de façon absolument terrible et qui ne se soigne pas et l'autre fils a un problème de dépression et hypochondriaque… (rires) voilà
- Ok

- C'est à peu près mes 3 exemples de révélation d'abus sexuels… révélations tardives… mais exactes, j'ai tous les dossiers, je sais pas si vous avez le droit de publier des dossiers ?
- Non, je pense pas
- Est-ce que vous vous avez tendance à y penser justement? Est-ce qu'il y a des symptômes qui vous y font penser ?
- Non. Moi les 3 cas que j'ai, c'était des gens qui étaient très déprimés, c'est vrai, qui étaient pas bien, un mal être absolument certain, ça se ressent, 'fin moi je suis de plus en plus habitué à essayer de ressentir ça quoi
- Il y a pas de symptômes particuliers, je sais pas des douleurs….?
- Vous voulez dire au niveau physique ?
- Quelque chose qui pourrait vous y faire penser, oui, physique, somatisation ?
- Non
- Et est ce que ça vous est déjà arrivé de poser la question ? d'avoir des doutes et de poser la question ?
- Non. Non. C'est très très délicat, bon si vous voulez, c'est peut être pas trop votre sujet mais moi j'ai vu une petite un jour, je l'ai examiné, pourquoi je l'ai examiné ? ah oui, une petite de 7 ans, sa maman m'a demandé de l'examiner au point de vue gynéco et j'ai regardé et là j'ai dit « ben là il y a eu quelque chose »
- 7 ans ? c'est étonnant
- Et elle m'a dit « elle est tombée sur le rebord du lit » ça c'est impossible à gérer ça…c'est pas une révélation d'abus sexuel parce que la gamine elle m'a rien dit mais la maman j'ai pas compris ce qu'elle voulait que je fasse quoi… vous comprenez ce que je veux dire?
- Oui oui
- Je me suis dit peut être ça ça veut dire que quelqu'un a essayé d'abuser de sa gamine et qu'elle veut que je …. Voilà….C'est différent, c'est pas votre sujet de thèse mais…bon nous on voit des choses comme ça, c'est sûr que…
- Et est ce que vous vous sentez à l'aise avec ce sujet ?
- Ben c'est compliqué parce que si vous voulez nous… par exemple hier matin, voyez, je commence à 7h30 le matin, vous voyez, d'emblée, c'est une consultation à 7h30, et puis elle me dit ça, c'est terrible hein, bon vous pensez à ca et puis vous vous dites «j'ai encore 12h de consult devant moi au moins », faut être catégorique, en médecine générale, dans ce qu'on fait nous ici dans les petits villages, faut que ce soit des tiroirs quoi, donc moi c'est consultation de psychologue, je réfléchis en 2 secondes, tout de suite je me dis c'est ça, c'est une infirmière, , il faut aller plus loin, alors consultation de psy et puis je propose une femme psychologue oui c'est une gestion, comme si c'était angine, est ce qu'il faut donner un antibiotique ou pas ? c'est terrible de dire ça, je vais pas passer 1/4 d'heure avec elle quoi… c'est la médecine moderne ils disent… ils disent ça… on gère aussi bien une angine qu'un abus sexuel quoi… quoi… c'est fou hein…
- Ouai…c'est fou…
- Mais c'est comme ça….parce qu'après dans la journée vous allez avoir un ou deux cancers… vous allez avoir des choses inimaginables quoi…
- OK… Est-ce que vous connaissez des associations de victimes sur la Vendée ?
- Non, j'ai jamais travaillé avec eux donc moi…..si vous voulez j'ai….. non, j'ai pas ça, j'ai jamais géré ça, je pense que ce serait plus le travail du psy
- Alors si jamais au cas où, un jour ça peut vous…
- C'est compliqué, vous savez moi j'ai fait une seule fois une lettre, ça fait 30 ans… 29 ans que je suis généraliste, j'ai fait une fois une lettre pour abus… pour comment… pour suspicion de maltraitance, j'ai demandé au conseil de l'ordre comment faire, ils m'ont dit « vous faîtes une lettre au procureur de la république » et j'ai fait une belle lettre et ils m'ont jamais répondu, j'ai jamais eu de nouvelles, ni de l'enfant ni de rien….
- Ah oui d'accord
- C'est pas terrible hein ?
- C'est pas très encourageant…
- Quand vous faîtes ça, vous dites « ben c'est bien ! »
- Remerciements

Entretien médecin N°6 : homme de 54 ans, activité semi-rurale, installé depuis 25 ans

- Allez y, je vous écoute

- Je voulais vous demander, si vous aviez déjà eu un patient ou une patiente qui vous avait révélé, des mois ou des années après les faits, avoir été abusé.
- Ah oui
- Ah oui ?
- Ah bah oui
- (rires) Alors comment ça s'est passé
- Comment ça s'est passé ?
- La révélation…
- La révélation s'est passée parce qu'en fait, euh, disons qu'on provoque
- Vous avez provoqué ?
- Ben oui parce qu'au bout d'un certain temps, on sent qu'il y a un espèce de… de vide, qu'il y a quelque chose et à ce moment là, il faut…il faut évoquer la question
- Alors dans quelle….
- Dans quelles circonstances ? C'était un homme
- D'accord
- C'était un homme, qui a été abusé, ben en fait par un curé, et plusieurs…manifestement plusieurs également donc il avait jamais vu de psychiatre, donc je l'ai adressé au psychiatre pour ça, et son obésité était liée naturellement à ça
- D'accord, et comment vous l'avez perçu chez lui, comment vous y avez pensé ?
- Comment j'y ai pensé ?
- Oui, qu'est ce qu'y vous a fait y penser ?
- Ben parce que sa femme… sa femme me disait qu'il y avait vraisemblablement quelque chose…
- Sa femme savait pas non plus ?
- Sa femme, je pense savait mais voilà… et donc il a été amené à me dire que son frère également avait été abusé
- D'accord, et comment lui avez-vous posé la question, si vous lui avez posé la question ?
- Comment je lui ai posé la question ? Je ne pense pas que je lui ai posé la question « avez-vous été abusé ? », je lui ai demandé si il y avait eu des gestes entre guillemets déplacés, je crois que ça a été mon terme, et donc, il était enfant de cœur, voilà, donc c'était pour ça.
- Ah oui
- Donc ça c'est la première chose, la seconde chose, dans ma clientèle en fait, j'ai eu une… une obèse, je pense que l'obésité… je pense qu'il faut.. quand il y a une obésité dans une famille où il n'y a pas d'obèse, je pense que…
- Qu'il faut y penser quoi?
- Oui, vraiment, maintenant je peux me tromper, mais je crois qu'il faut. Donc là en fait, c'était une autre histoire, quelqu'un qui a changé de médecin pour diverses raisons, parce que j'arrivais et tout et le médecin en fait… avant, quelqu'un que je connaissais bien qui est parti maintenant, m'a dit « elle a été abusée par son père et donc elle a été obligée de faire une interruption en Grande-Bretagne »
- Ah oui
- Et donc c'était dans une époque que vous pouvez pas connaître car vous êtes bien trop jeune… et donc je connais bien toute la famille, bien évidemment, mais effectivement, c'est la seule qui a une obésité… toutes les autres…
- Mais là c'est pas elle qui vous l'a dit, du coup, c'était une…
- Non
- Et vous en avez déjà parlé avec elle ou pas ?
- Alors oui, mais non, impossible
- Vous avez tenté de poser…
- Oui
- Et vous avez posé la question un peu pareil ?
- Oui, là je pense que j'ai dis « est-ce que vous avez été abusée ? » donc elle s'est mise à pleurer et voilà, ça en est resté là mais régulièrement ça revient, parce que… le père était quand même assez… dur, dur, il fallait être dur au mal, il lui a pété un bras entre autre

- Elle lui a pété un bras ?

- Non, IL lui a pété un bras. Donc… donc…. mais voilà… donc toutes les sœurs c'est vrai sont d'une maigreur incroyable, donc là aussi, alors quand vous m'avez dit ça je me suis dit voyons, c'est bizarre parce que je pense que je m'étais déjà fait la réflexion sur voilà, l'obésité

- Et vous connaissiez le père là, précisément dans cette famille ?

- Non, non, c'est-à-dire je connais les… non non
- Parce que ça aurait pu être un frein…
- non, non c'est pas des gens locaux, d'un peu plus loin et donc toute la famille effectivement est comme ça euh… 'fin c'est que des filles pratiquement, oui c'est que des filles… et toutes les filles, les autres sont maigres, et donc cette dame là qui a une obésité, qui est marié à un obèse et qui ont fait des obèses et tout le monde cherche à maigrir, autant dire que c'est impossible, c'est voué à l'échec et donc voilà, j'ai même été à mettre… oui j'ai averti un orthopédiste, car elle a eu de multiples interventions aux genoux, aux hanches, et donc lui sait aussi, parce que, pour pas qu'effectivement on fasse tout et n'importe quoi, sinon c'est…. (le téléphone sonne) Mais bon voilà… donc dans le cas du monsieur, ça débouchait sur quelque chose, elle non. (il répond)
- Et est ce que vous pensez que le fait d'être médecin de famille, ça peut freiner les gens à en parler ?
- Le fait de m'en parler à moi ?
- Oui
- Non, pas du tout non, les gens ils en parlent ou ils en parlent pas, surtout actuellement avec tout ce qui est fait, les gens ils en parlent ou ils en parlent pas, d'ailleurs quand on leur dit la chose, quand on leur dit c'est ça et si ils veulent pas en parler ils en parlent pas, je ne pense pas que les choses vont changer fondamentalement
- Et comment vous orientez ou vous orienteriez du coup les… , est ce que vous orienteriez déjà, comment les prendriez vous en charge, comment l'avez-vous pris en charge ce monsieur ? (le téléphone re-sonne)
- Psychiatre
- Psychiatre ?
- Pour prendre de la distanciation (re-répond au téléphone)
- Alors oui, comment je l'oriente, oui, non mais c'est une question de… c'est-à-dire, on peut pas être au quotidien et… voilà, en sachant que je leur dit comme beaucoup de choses, c'est-à-dire que je ne me comporte pas différemment avec une problématique de violence quelle qu'elle soit qu'avec une problématique psychologique quelle qu'elle soit, donc c'est pour pas parasiter la relation, donc les gens savent qu'ils peuvent venir, qu'ils peuvent me déballer , mais que voilà… ça a toujours été , quand quelqu'un vient de l'extérieur et déballe, bon, ça on peut mais on peut pas être aux petits soins entre guillemets au quotidien au sens propre, et ce genre de choses…voilà… ça ne veut pas dire que je m'en désintéresse, ça veut dire que voilà, il faut que ce soit comme ça…. parce que j'interviens avec d' autres membres de la famille et que déjà c'est biaisé, et que je ne peux pas être au four et au moulin, donc c'est pour ça
- Ah oui, donc si par exemple il y avait un abus intra-familial et que l'une des personne vous en parlait, du coup ça vous mettrait…
- Non c'est pas ça ce que je veux dire,c'est que une fois que c'est su par moi, il faut que ce soit pris en charge par quelqu'un d'autre que moi pour que je puisse continuer à m'occuper de l'ensemble la famille ou du groupe en question, même si il y a d'autres gens du groupe qui sont impliqués, ça veut pas dire que je mets le boisseau (?) dessous dessus pour éviter que ça se sache mais… vous voyez ce que je veux dire mais les gens savent ça et je leur dis, aussi simplement que je viens de vous le dire, donc c'est clair
- C'est assez clair
- Voyez, non mais c'est comme ça si vous voulez, on peut pas…c'est pas possible, on peut pas assurer ça, mais encore une fois je vous dis, y'a des gens qui sans en avoir l'air viennent, et continuent….alors c'est plus ou moins distendu, mais enfin une psychothérapie quelle qu'elle soit, de soutien ou autre, c'est en dent de scie, vous savez bien donc y'a des gens qui sont d'accord à un moment donné pour déverser et puis après c'est terminé et qui se referment comme une huitre, on en a jamais fini avec soi-même, ça peut durer plusieurs années, ça dure, voilà, c'est comme ça
- Vous, c'est un sujet avec lequel vous êtes à l'aise ? Enfin, c'est pas un sujet qui vous met mal à l'aise ?
- Mal à l'aise ? Ben non, pas du tout, parce que… pendant les dernières vacances, je l'ai raconté parce que j'ai un bon copain qui est médecin généraliste, je lui ai dit, tiens je vais te raconter un truc, ces vacances là, y'a quelqu'un qui habite le

voisinage, grand voisinage 'fin bon, qui me téléphone, enfin c'était la maman qui me téléphone, elle me dit « je suis embêtée parce que me fille, elle vient de tomber, c'était un peu confus… sur le bord de la baignoire, et puis elle s'est fait mal, une plaie périnéale », je dis « ah bon, ben vous me l'amenez, on vas voir », déjà je me disais c'est un peu bizarre mais bon… très bien…j'avais ma pleine salle d'attente de monde, et la dame arrive, la maman, enfin bon, comme d'habitude, affolée, avec la gamine qui avait quand même 13-14 ans

- Ah oui, d'accord
- Mais vraiment bien formée à tout point de vue, et donc…en pleurs, donc voilà, et elle me raconte ça devant tout le monde
- Ah oui, ok…
- Donc déjà, je fais rentrer la dame, et donc j'ai appris… donc qu'il y avait 2 plaies périnéales vraiment suspectes, entre la vulve et l'anus, un peu quand même suspectes hein, et donc à force de grandes démonstrations, elle voulait me démontrer que c'était avec des trucs de… des flacons dans le bac à baignoire.. enfin bon, dans le bac à douche en fait la gamine était là depuis 2 semaines, 2 semaines, chez les grands-parents, donc je sais toujours pas ce qu'il s'est passé, parce que je lui ai dit « il faut quand même faire un examen » je me suis interrogé, et elle a pas très bien compris, vous savez bien comment c'est dans ces cas là, c'est pas si simple que ça, donc j'ai fait un petit mot en disant quand même qu'il fallait qu'elle soit vue, et j'ai téléphoné en pédiatrie, pas de problème en pédiatrie très bien, j'ai eu une consœur qui m'a dit « ben oui, y'a pas de problème mais enfin vous auriez pu en parler à l'interne », je n'esquive pas les internes, j'adore les internes mais si vous voulez, le problème quand on a quelque chose comme ça, vous savez très bien, soit on en fait trop, soit on en fait pas assez, et c'est pas la peine de multiplier les interfaces, donc je lui ai dit, 'fin bon, très bien. Toujours est-il que c'était le matin donc un matin de vacances et l'après midi, 15h, bloum, l'interne me téléphone, en me disant « ben on a pas vu votre… » ahhhh bah j'ai dit ben là du coup, c'est un peu embêtant, j'ai dit «peut être qu'en fait aux urgences ils l'ont orienté vers la gynéco peut être… » effectivement en gynéco, et donc ils l'ont libérée et je n'en ai pas réentendu parler, vous voyez comment c'est… donc je sais pas, dans la nature je sais pas… 'fin bon…je connaissais pas obligatoirement le grand-père ou les grands-parents n'étaient pas de mes patients, de ma patientèle donc je sais pas... et j'ai pas reçu de courrier, je n'ai pas reçu de trucs, vous voyez comment c'est. Donc ça ne me gène pas si vous voulez. Depuis 25 ans que je suis installée, on a eu 3 ou 4, j'ai eu 2 ou 3 trucs désagréables avec lettres qui disaient que j'étais un vrai salaud de mettre le bazar mais ça on en a tous et c'est pas maintenant, j'étais assez jeune installé quand j'en avais reçu une, c'était en garde donc, voilà… tout le risque, c'est de pas en faire assez mais il faut essayer de ne pas en faire de trop, 'fin bon voilà… autrement, pour vous, d'autres questions ?
- Est-ce que vous vous sentez bien formé à la prise en charge des abus sexuel s ?
- Pfff…Je vais vous dire, je suis pas… euh… dans la mesure ou le problème est d'y penser, je pense qu'actuellement, en médecine et en médecine générale, on pense qu'il y a une manière de faire différente de celle qui a été fait, non en fait je pense que je ne me sens pas mal ou … pas bien formé, c'est l'intérêt que j'y porte et point barre. C'est-à-dire que… pour ça… tout ce qui entraine la peur dans le regard de l'autre m'agace, voire m'agace, me révolte, et donc je peux pas supporter ça et c'est au nom de ça que je … voilà, quand je me dis… quand je suis un peu coit pour ça, et bien j'essaie de me dire qu'il faut que je puise là dedans, le reste, je m'en fiche, quand je sais pas quoi faire, et bien je délègue et j'envoie, le reste je m'en fous. (rires) ce s'rait-y le pape que ce serait exactement pareil Madame, voilà, et je m'assois dessus (rires) Autrement ?
- Est-ce que vous connaissez des associations d'aide aux victimes ?
- Alors le problème des associations, c'est qu'on pourrait m'en donner des listings, des machins, des trucs je les perds au fur et à mesure qu'on me les donne et je compte sur entre guillemets mes réseaux, mes collègues, mes amis avec qui j'ai l'habitude et quand je suis emmerdé, si vous voulez… le problème, c'est la volonté qu'on a de faire les choses, donc à partir du moment où on veut pas lâcher le morceau, on trouve toujours la manière et le truc, et voilà, en peu de temps, on y arrive, donc pfff je saurais pas vous répondre mais bon voilà… vous allez me dire « oui mais c'est une faille parce que la preuve, vous avez peut être pas bien orienté, ça a été en pédiatrie et pas en truc, avec les cours de… toujours… » non mais vous allez pas me le dire, mais bon…voilà…c'est pas parce que…je crois que les choses… y'a pas ... je pense que j'exerce la médecine comme mon père mon grand-père, mon arrière grand-père, mon arrière arrière grand-père et mon fils probablement, voilà. D'accord ? 18'
- D'accord ?
- Avez-vous d'autres choses à me dire ?

- Ben je peux vous poser d'autres questions oui mais ça revient un peu sur…Est-ce que vous identifiez des éléments qui bloquent, qui pourraient bloquer ou favoriser la révélation ?
- … des éléments bloquant la révélation chez les gens…chez les personnes qui ont été victimes ?
- Oui
- Ben c'est celles que le grand public connait tous et que tout le monde connait, c'est un lieu commun de le redire mais….
- 'fin dans la relation je parle, dans la relation entre médecin et patient
- Ah oui. Ben non… 'fin Il y a des gens qui manifestement ne veulent pas en parler ou voilà, c'est tout
- Oui, c'est plus la période, l'évolution de la personne… 'fin non mais on en a déjà parlé un peu
- Mais par exemple, je pense qu'entre guillemets, l'examen du 4e mois, vous savez, le machin là qu'on nous demande, je le demande systématiquement, je ne vois pas 25 grossesses par an, systématiquement, et je fais exprès si vous voulez d'avoir l'air d'avoir oublié de le demander, pour le demander 2 ou 3 fois dans la grossesse, c'est-à-dire « est ce qu'il y a des problèmes de couple, est ce qu'il y a des problèmes de violence et tout », donc ça maintenant je le pose systématiquement depuis 2 ans. Systématiquement. Y'en a qui me disent « bon, il a un peu la main lourde » en insistant mais ça je…et ça c'est pas une mauvaise chose donc ça, c'est pas la notion que la grossesse est une période d'initialisation de violence quelle qu'elle soit qui peuvent aller jusqu'à des abus et autres, parce que bon, un viol dans un couple pour ne pas nommer, me parait être un des éléments, bon c'est peut être pas votre sujet
- Non mais si…
- C'est un peu contingent, c'est une autre forme de… ça me parait être important, et au quotidien, c'est simple, donc ça maintenant je…et ça marche bien, y compris quand il y a le mari, 'fin le conjoint et truc… voilà. Autrement ?
- …ok…
- C'est peut être un aspect que vous n'aviez pas pensé ?
- Non, pas du tout
- Ca je crois que c'est important parce que les violences, les viols dans le couple existent donc y'a pas de raison de… et comme la grossesse, parait il est un élément d'exacerbation ou de déclenchement de violences conjugales, autant… alors peut être que ça permettra de désamorcer. Autrement ?
- Non mais c'est bon, j'ai posé mes questions
- Il y avait 2 choses, oui, j'avais pensé, alors c'est marrant parce que… vous avez vu, récemment il y a eu une rediffusion de « Volver » d'Almodovar, c'est dans votre sujet
- Oui, tout à fait
- Donc ça, et puis l'autre chose, j'ai écouté y'a pas très longtemps à la radio, enfin bon mais c'était pas elle qui l'interprétait, de Barbara, vous connaissez Barbara ?
- Oui
- Bien, donc Nantes… Nantes… Comment c'est… ? ahhhh… une autre de ses chansons, qui a attrait directement au viol de Barbara par son père…
- Ah oui, d'accord
- Vous saviez pas ?
- Non
- Non, voilà, donc c'était pour ça, donc comme c'est quelque chose qui s'est produit là, et par association d'idées, je me suis dis que voilà. Donc voilà Madame.
- Merci beaucoup
- Rien de plus ?
- Rien de plus, je vous libère, merci beaucoup.

Annexe 5 : Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique dans le DSM IV-TR (F43.1)

« A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;
(2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
Note : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;
Note : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
(2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse :
Note : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
(3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication) ;
Note : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.
(4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;
(5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

C. Evitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes ;

(1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;
(2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
(3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;
(4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
(5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;
(6) Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;

(7) Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes :

(1) Difficulté d'endormissement au sommeil interrompu ;
(2) Irritabilité ou accès de colère ;
(3) Difficulté de concentration ;
(4) Hypervigilance ;
(5) Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

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

Spécifier si :

Aigu : Si la durée des symptômes est de moins de trois mois,

Chronique : Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins 6 mois après le facteur de stress

Annexe 6 : Peines encourues par l'auteur selon le Code Pénal

	Commis par un ascendant légitime naturel ou adoptif ou toute personne ayant autorité sur la victime	**Commis par un majeur**	**Commis par un mineur de 13ans et plus**
VIOL (222-23) sur moins de 15ans	**CRIME** 20ans de prison (222-24-2&4) prescription aux 38ans de la victime	**CRIME** 20ans de prison (222-24-2) prescription aux 38ans de la victime	**CRIME** 20ans de prison (222-24-2) prescription aux 38ans de la victime
VIOL (222-23) sur 15 ans et plus	**CRIME** 20ans de prison (222-24-4) prescription aux 38ans de la victime	**CRIME** 15ans de prison (222-23) prescription aux 38ans de la victime	**CRIME** 15ans de prison (222-23) prescription aux 38ans de la victime
AGRESSION SEXUELLE (222-22) ou tentative (222-31) sur moins de 15ans	**DELIT** 10ans de prison (222-30-2) prescription aux 38ans de la victime (hors via internet)	**DELIT** 7ans de prison (222-29-1) prescription aux 28ans de la victime	**DELIT** 7ans de prison (222-29-1) prescription aux 28ans de la victime
AGRESSION SEXUELLE(222-22) ou tentative (222-31) sur 15ans et plus	**DELIT** 7ans de prison (222-28) prescription aux 28ans de la victime	**DELIT** 5ans de prison (222-27) prescription aux 28ans de la victime	**DELIT** 5ans de prison (222-27) prescription aux 28ans de la victime
ATTEINTE SEXUELLE(227-25) sur moins de 15ans	**DELIT** 10ans de prison (227-26) prescription aux 38ans de la victime (hors via internet)	**DELIT** 5ans de prison (227-25) prescription aux 28ans de la victime	
ATTEINTE SEXUELLE(227-27) sur 15ans et plus	**DELIT** 2ans de prison (227-27) prescription aux 28ans de la victime (hors armé, groupe, via internet)		

Depuis la loi de 8 février 2010, il n'est plus nécessaire d'apporter la preuve que l'acte incestueux commis sur un mineur a été exercé avec "violence, contrainte, menace ou surprise" (Art.222-22-1 du Code pénal).

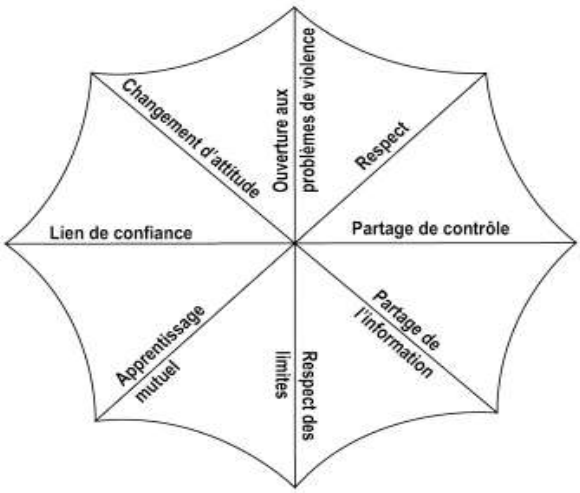
Annexe 7 : Extrait du « Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de santé : Leçons tirées de survivantes d'abus sexuel dans leur enfance ». Santé Canada.

III. Principes de la pratique sensible

Importance primordiale d'aider sa cliente à se sentir en sécurité

Je commence à comprendre que mon bien-être physique est intimement lié à mon état émotif. Si je ne me sens pas à l'aise, si je suis anxieuse, je n'arriverai pas à faire autant de progrès que le souhaite mon physiothérapeute.

L'un des principaux buts du traitement est l'établissement d'un sentiment de sécurité chez la cliente. On peut concevoir la sécurité comme un parapluie protecteur : quand il est ouvert, la survivante est mieux disposée à participer au traitement. Les rayons qui tiennent ce parapluie ouvert sont les principes de la pratique sensible.



1. Respect

Le respect repose sur la prise de conscience de l'individualité de l'autre[33]. La survivante risque de réagir fortement à toute trace de manque de respect : par le passé, on a abusé d'elle et elle a été traitée avec un irrespect total.

Je pense qu'il ne vient même pas à l'esprit des physiothérapeutes et des autres professionnels de la santé que nous puissions être mal à l'aise. Ils disent souvent « À nos yeux, vous êtes une patiente, pas une personne. » Je ne suis pas entièrement de leur avis. Nous sommes tous des humains, et la thérapie est une démarche intime. Vous regardez et touchez ***mon*** *corps, et vous m'interrogez sur* ***ma*** *vie.* ***Ça, c'est personnel.***

2. Lien de confiance

Le lien de confiance constitue le fondement de toute relation thérapeutique. L'établissement de ce lien est encore plus essentiel quand il s'agit d'amener une survivante à se sentir en sécurité. Dès les premiers instants de l'interaction entre le clinicien et la cliente, il importe donc d'établir une relation qui devra par la suite être entretenue avec soin.

Le dosage entre l'attitude professionnelle et le comportement amical adopté en vue d'établir une relation positive avec la cliente dépend en partie de la personnalité du clinicien. Mais un clinicien distant et froid risque d'avoir de la difficulté à établir une communication positive avec sa cliente. Inversement, un clinicien trop familier risque d'être perçu comme envahissant et peu respectueux. L'atteinte d'un juste équilibre est donc

cruciale : les thérapeutes efficaces ne sont-ils pas ceux qui font preuve d'une authentique empathie à l'intérieur de limites appropriées?

Je n'étais qu'un nom parmi tant d'autres sur la liste. Elle n'était pas chaleureuse et je ne me sentais pas à l'aise avec elle. Elle n'était vraiment pas le genre de personne avec qui j'aurais pu parler de quoi que ce soit, elle n'était tout simplement PAS intéressée.

3. Partage du contrôle

Pendant son enfance, la survivante n'avait pas eu la possibilité de garder le contrôle de son corps. Par conséquent, à l'âge adulte, elle estime capital de sentir qu'elle a ce contrôle pour assurer et maintenir sa sécurité. La cliente à qui l'on permet de conserver une partie de ce contrôle se sent respectée et peut, dès lors, participer activement à son traitement, et non pas se comporter comme si elle y était étrangère. Pour ce qui est du clinicien, il doit jouer un rôle de guide ou de facilitateur et travailler avec sa cliente et non pas **sur** son cas.

Il ne fait pas de doute que les connaissances et le savoir-faire de la physiothérapeute sont essentiels à mon traitement. Avec ce que je sais et ce que je peux lui dire, je souhaiterais qu'elle soit capable d'évaluer ma situation et de m'offrir des solutions. J'aimerais qu'elle ne soit pas l'experte et moi la patiente : je préférerais qu'il s'établisse une communication entre nous au sujet de mon corps.

4. Partage de l'information

Le fait de donner à la cliente des informations sur l'examen initial et les aspects du traitement contribue aussi à l'établissement chez elle d'un sentiment de sécurité. Le clinicien doit de plus faire en sorte que la cliente puisse bien se rappeler, après le rendez-vous, les informations qui lui auront été fournies au sujet de son corps et de son traitement.

Il est primordial que l'échange d'information soit réciproque. En plus de donner des explications sur l'examen et le traitement, le clinicien se doit de constamment chercher à connaître les réactions de sa cliente au traitement ainsi que sa perception quant aux progrès accomplis.

5. Respect des limites

Le respect des limites est essentiel à l'instauration d'un sentiment de sécurité chez la cliente.

En tant que survivante, j'ai besoin de savoir que cette personne ne va pas envahir mon intimité ni me causer de tort. Je ne parle pas nécessairement sur le plan physique, mais sur le plan émotif.

Le terme « limites » fait référence aux limites externes du territoire physique et psychologique d'une personne. Les limites définissent non seulement les parties du corps, mais aussi les informations que cette personne estime devoir garder sous son contrôle. Toucher une personne sans son consentement constitue un empiétement sur ses limites physiques; lui poser des questions très intimes transgresse ses limites psychologiques personnelles. Quand une telle atteinte se produit, cette personne se sent violée.

Les concepts de pouvoir et de responsabilité dans la relation thérapeutique occupent une importance de premier plan pour ce qui est de la question des limites de l'intimité. « Les limites sont une façon de concrétiser l'inégalité de pouvoir propre à la relation thérapeutique et de circonscrire l'expression du pouvoir du thérapeute… » [34, p. 50] Comme le professionnel de la santé est en position de pouvoir, il a la responsabilité de faire en sorte que la relation thérapeutique soit centrée, d'abord et avant tout, sur les besoins de la **cliente**. S'il néglige d'établir des limites ou de les respecter, le clinicien fait passer ses besoins avant ceux de sa cliente, ce qui n'est pas dans son intérêt. Par exemple, il y a violation de limites quand un praticien pressé par le temps estime qu'il n'a pas le temps de demander le consentement de son client ou de sa cliente avant de poser un acte. Ce faisant, il donne priorité à ses propres besoins plutôt qu'à ceux de sa cliente.

Ces limites peuvent parfois être difficiles à percevoir, par la cliente comme par le clinicien. Les violations des limites sont souvent dues à l'inadvertance. Il appartient au clinicien de porter une attention soutenue au maintien de limites adéquates de part et d'autre. Il arrive aussi, quoique cela soit moins courant, que les limites du clinicien soient dépassées. La survivante peut en effet parfois donner une connotation sexuelle aux interactions qu'elle a avec les personnes symbolisant l'autorité : enfant, elle a en effet appris que sa relation avec l'abuseur était avant tout sexuelle. Il incombe au clinicien d'être attentif aux possibilités de violations des limites de l'intimité et de résoudre les problèmes éventuels qui en découleraient. Il lui revient toujours de clarifier la situation et de voir à ce qu'aucune violation de limites ne se produise.

Certaines survivantes, dont, par définition, les limites ont été violées au cours de leur enfance, commencent souvent à peine à saisir l'importance des limites de leur intimité. En faisant preuve de respect envers la susceptibilité de sa cliente par rapport à ses limites, le clinicien peut servir de modèle à la survivante qui apprend à établir de saines limites d'intimité.

6. *Climat favorable à un apprentissage mutuel*

L'application des principes ci-dessus permet de raffermir des comportements que la survivante n'a peut-être pas eu l'occasion d'apprendre dans son enfance et qu'elle ne commence à mettre en pratique qu'à l'âge adulte. Elle a peut-être donc besoin d'être encouragée dans sa démarche si l'on veut qu'elle participe activement et à part entière à ses soins de santé. De son côté, le clinicien doit aborder avec la survivante la question du partage des responsabilités relatives à sa santé et faire en sorte d'encourager sa participation, sans créer d'attentes irréalistes en ce qui a trait aux résultats du traitement.

La capacité de s'affirmer et de dire « non » s'acquiert difficilement. Cette personne m'a donné la permission de dire « non » jusqu'à ce que je puisse apprendre à me donner à moi-même cette permission…

Avec le temps, le clinicien apprend à travailler avec les survivantes d'abus sexuel. Celles qui ont participé à la recherche nous ont rappelé que les erreurs et les situations pénibles sont inévitables, mais qu'il existe à cela deux solutions éprouvées. Tout d'abord, le clinicien doit reconnaître ses erreurs et présenter des excuses, puis discuter de la situation avec sa cliente en vue de résoudre le problème rencontré.

7. Prise en compte des changements d'attitude

Par moments, je ne tolère pas qu'on touche à certaines parties de mon corps. Mon degré de tolérance varie en fonction de ce que je vis. Il vous sera donc impossible de tenir un registre de mes réactions et de vous y fier pour savoir comment m'aborder : il va donc falloir faire le point au début de chaque session.

La démarche entreprise par la survivante afin de surmonter les effets des abus sexuels subis au cours de son enfance et de s'en sortir n'est pas un processus linéaire. Conséquemment, le degré de tolérance de la survivante au traitement et son niveau de participation peuvent fluctuer. De telles variations peuvent se manifester d'un jour à l'autre, ou apparaître après une plus longue période de temps. Pour prévenir de tels changements, le clinicien doit constamment vérifier l'état d'esprit de sa cliente et se tenir prêt à adapter sa méthode thérapeutique en conséquence.

8. Démonstration d'ouverture aux problèmes de la prévalence et des suites à la violence et à l'abus sexuel dans l'enfance

Beaucoup de survivantes sont à l'affût d'indices signalant que le clinicien est sensible aux questions de violence et d'abus. La démonstration de cette ouverture peut prendre diverses formes. Des signes tangibles, tels que la présence d'affiches et de dépliants du centre local d'aide aux victimes d'agression sexuelle, laissent entendre que le professionnel de la santé en question porte attention à ces sujets. L'application dans votre pratique des principes de la pratique sensible et des lignes directrices pour ce type de pratique, décrits dans ce manuel, démontre aussi clairement cette ouverture.

Ce qui m'importe encore davantage, c'est le niveau de sensibilisation du thérapeute par rapport au traumatisme. C'est primordial pour moi.

RESUME :

Introduction : En France, 10% des femmes et 3% des hommes déclarent avoir été victimes d'abus sexuels avant leur majorité. Les conséquences médico-psychologiques en font un problème de santé publique. L'objectif est de préciser le rôle du médecin généraliste dans la révélation tardive d'abus sexuels par les patients.
Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés « de visu » auprès de 9 survivants d'abus sexuels contactés par le biais d'une association de victimes et « téléphoniques » auprès de 6 médecins généralistes vendéens choisis dans l'annuaire. Les thèmes abordés étaient la place du médecin généraliste en tant qu'interlocuteur de la révélation, les obstacles et les facteurs favorisant le dialogue médecin-survivant et ce qui a aidé les survivants dans leur processus de guérison.
Résultats : La révélation d'abus sexuels dans l'enfance est souvent tardive car il faut sortir du déni, surpasser la honte, la culpabilité et la peur de ne pas être cru. Les facteurs favorisant étaient les qualités relationnelles du médecin et le fait qu'il pose la question ; l'obstacle principal : le manque de temps. Le malaise ressenti par les médecins n'est pas identifié par les patients. La première parole, la justice, une psychothérapie, les associations de victimes, le travail corporel et l'écriture ont pu aider dans le processus de guérison.
Conclusion : Le médecin généraliste doit se former à dépister les antécédents d'abus sexuels afin d'appréhender les patients dans leur globalité et de les prendre en charge de façon adaptée dans un réseau pluridisciplinaire.

Mots clés : Médecin généraliste – Abus sexuels – Survivants – Révélation

"The Role of the General Practitioner (GP) in patients' late disclosure of sexual abuse" **Introduction:** In France 10% of women and 3% of men stated having been victims of sexual abuse before reaching adulthood. Medical and psychological consequences suffered as a result makes it a public health problem. The goal is to clarify the role of GPs in the patients' delayed disclosure of such abuse.
Method: This qualitative study consists of semi-directed 'face to face' interviews of 9 survivors of sexual abuse contacted through a victims' association combined with telephone interviews of 6 GPs from Vendée randomly selected in the telephone directory. Main topics covered were the GP's role in bringing the abuse to light, obstacles encountered and factors facilitating patient-physician dialogue, and what helped victims to move forward in their healing process.
Results: Disclosing sexual abuse in childhood comes often late as one must overcome denial, shame, guilt and fear of not being believed. Quality of the patient-physician relationship and and his/her daring to ask the question represented the main facilitating factors whereas time shortage was the main obstacle. Physician discomfort is not identified by patients. First words spoken on the subject, justice, psychotherapy, victims' associations, specific physical exercises and writing may have facilitated the healing process.
Conclusion: GPs must be trained to detect markers of prior sexual abuse to understand and treat their patients in their entirety and to provide adapted care in a multidisciplinary network.

Keywords: GP, Sexual abuse, survivors, disclosure