

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

N° 159

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(D.E.S de Médecine Générale)

par

DARDE Fanny

Née le 17 Décembre 1983 à Sainte Foy-Lès-Lyon

Présentée et soutenue publiquement le 3/12/2013

**OSER POSER UNE QUESTION SUR L'EXISTENCE D'UNE ANCIENNE
VIOLENCE SEXUELLE DEVANT DES SYMPTÔMES RÉVÉLATEURS.
EXPÉRIENCE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN LOIRE-
ATLANTIQUE PAR LA MÉTHODE DU FOCUS GROUPE**

Président du jury : Professeur SENAND Rémy

Directeurs de thèse : Docteur GABARD-ALLARD Anne et
Docteur DRÉNO Patrick

Membres du Jury : Professeur MATYSIAK BUDNIK Tamara
Professeur PHILIPPE Henri-Jean
Professeur VANELLE Jean-Marie
Docteur GABARD-ALLARD Anne
Docteur DRÉNO Patrick

« Le tout est plus grand que
la somme des parties »

Confucius philosophe chinois
(551-479 av. J.-C.)

Remerciements :

- Aux Docteur Dréno et Docteur Gabarg-Allard qui m'ont aidée tout au long de ce travail. Merci pour votre disponibilité.
- Au Professeur Senand, Professeur Matysiak Budnik, Professeur Philippe et Professeur Vanelle qui ont accepté de participer à mon jury.
- A mes parents, pour leur soutien et leur courage.
- A mes proches, en particulier : mon cher Mathieu, ma sœur Camille et mon frère Nicolas, mes grand-mères : Odile et Mamie et tous mes amis.

Table des matières

1 Introduction :	5
2 Les Violences sexuelles :	6
2.1 Définitions :	6
2.2 Épidémiologie :	7
2.2.1 Les études :	7
2.2.2 Quelques chiffres :	8
2.2.3 Caractéristiques des violences sexuelles :	9
2.3 Violences sexuelles et conséquences :	10
2.3.1 Spécifiques :	10
2.3.2 Non spécifiques :	12
2.3.3 Facteurs de vulnérabilité :	13
2.4 Mécanismes de la réaction émotionnelle :	15
2.4.1 Suite à un stress :	15
2.4.2 Suite à une violence sexuelle :	15
2.5 Le dépistage en consultation de médecine :	17
2.5.1 Types de dépistage et place du médecin généraliste :	17
2.5.2 Techniques de communication :	18
2.5.3 L'intérêt de mettre des mots :	19
2.5.4 Orientation de la victime :	20
3 Entretien Collectif (focus groupe) :	22
3.1 La méthode :	22
3.1.1 Définition du Focus groupe :	22
3.1.2 Choix du Focus groupe :	22
3.1.3 Principe de l'analyse de contenu :	23
3.2 Organisation du Focus Groupe :	24
3.2.1 Le recrutement :	24
3.2.2 Le déroulement :	24
3.3 Résultats :	25
3.3.1 Description du groupe :	25
3.3.2 Le verbatim :	25
3.3.3 Résultats par question :	26
4 Discussion :	32
4.1 Sur la méthode :	32
4.1.1 Les limites du focus groupe :	32
4.1.2 Biais liés au recrutement des participants :	33
4.1.3 Biais liés aux interventions de l'animateur :	33
4.2 Sur les résultats :	34
4.2.1 Des connaissances théoriques insuffisantes :	34
4.2.2 Un dépistage qui apparaît délicat :	35
4.2.3 Questionnement sur le rôle du médecin généraliste :	36
4.2.4 Nouvelle approche pour améliorer le dépistage opportuniste :	38
5 Conclusion :	39
6 Annexes :	40
7 Bibliographie :	59

1 Introduction :

La fréquence des violences sexuelles en France et à l'étranger est grande. En premier lieu chez les femmes mais aussi chez les hommes. Elles sont source de nombreuses répercussions psychiques et physiques relevant de toutes les spécialités de médecine. Les victimes se sentent souvent coupables, elles ont honte. Non soutenues par leur entourage, elles s'enferment souvent dans le silence. Les symptômes s'expriment mais le mutisme règne.

A l'heure où la médecine devient de plus en plus technique et spécialisée, il est intéressant de regarder quels moyens peuvent amener le médecin à prendre en charge ces patients de la manière la plus globale. Dépister ces personnes ayant subi des violences sexuelles permet ainsi d'élargir la pratique des médecins en établissant un lien entre événement de vie et symptômes psychiques et physiques.

Lors d'un stage chez une gynécologue intéressée par ce sujet, j'ai constaté que devant certains symptômes, la simple formulation d'une question directe mais non agressive sur l'existence d'une violence sexuelle permettait d'obtenir de nombreuses réponses affirmatives, intéressantes pour le traitement de ces patientes. La gynécologie est une spécialité dans laquelle la femme se découvre physiquement mais aussi psychiquement. Il apparaît plus facile de poser des questions intimes. Or la diversité des symptômes consécutifs à un tel traumatisme, me fait prendre conscience qu'il est important que le médecin généraliste pratique également ce dépistage.

Je me suis demandé **comment les médecins généralistes dépistent ces violences sexuelles et par quelle(s) question(s)**. Afin de répondre à cette problématique, un entretien collectif auprès de six médecins généralistes dans un quartier de Saint-Nazaire en Loire-Atlantique a été réalisé. Il permet ainsi de créer certaines pistes de réflexion pour essayer d'améliorer le dépistage des violences sexuelles.

2 Les Violences sexuelles :

2.1 Définitions :

Selon l'Article 222 22 et 222 23, du code pénal: un abus sexuel désigne toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.

Un Viol, désigne tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit sur la personne d'autrui avec violence, contrainte, menace ou surprise. Le viol est un crime jugé en cours d'assises et puni de 15 ans de réclusion criminelle.

Selon l'Article 222 31-1, Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés **d'incestueux** lorsqu'ils sont commis au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin ou d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait.

Ces données sont récentes puisque le code pénal définit plus précisément le viol en 1980 et l'inceste sur les mineurs est décrit en 2010.

Docteur Simon définit l'abus sexuel sur mineur comme « un assassinat psychique et une bombe à retardement infiltrée dans le corps du sujet. » (1)¹

Il est important de rappeler que les limites de ce qui est autorisé dépend de la culture et varie donc d'un pays à un autre.

Le terme de **violences sexuelles** sera volontairement retenu dans cette thèse. La définition du dictionnaire Larousse 2013 correspondant au mot violence est : « une contrainte physique ou morale exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé. » Nous prendrons en compte ces deux modes de violence et leur retentissement **psychologique et physique visible et non visible**. Même si dans le deuxième cas, la relation cause à effet apparaît moins évidente elle est tout aussi importante.

Le terme «abus sexuel» est ainsi souvent utilisé à tort. Il provient de l'anglais « sexual abuse » signifiant maltraitance sexuelle. En revanche, en français le mot abus signifie « usage excessif », et n'est donc pas adapté. (2) Car en effet, cela laisserait entendre que sans abus, la

1 Page 137

violence d'un acte sexuel serait possible... L'usage du mot violence apparait alors plus approprié.

2.2 Épidémiologie :

2.2.1 Les études :

Un rapport mondial sur la violence et la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2002 montre la prise de conscience de l'importance des conséquences de la violence chez la victime dans sa globalité (physiques et psychologiques à court et à long terme), le coût, et l'ignorance des mécanismes reliant les deux. (3)

En France, la fréquence des violences sexuelles a été analysée récemment en même temps que les autres types de violences physique, verbale et psychologique par deux enquêtes :

- **L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff)** réalisée en 2000, motivée par la conférence mondiale sur les femmes à Pékin en 1995. Elle a été coordonnée par l'institut de démographie de l'université Paris-1 (Idup). (4) Elle consistait à interroger par téléphone 7000 femmes résidant en ménage ordinaire et âgées de 20 à 59 ans.

On ne s'intéresse plus seulement à la violence pour ses conséquences policières ou judiciaires mais aussi pour ses conséquences sanitaires.

- **L'enquête Événement de Vie et Santé (EVS)** réalisée en 2005-2006 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), a permis d'élargir cette première étude. (5) En effet, ces recherches ont inclus les hommes et les femmes, et ont permis d'approfondir une relation entre violence et état de santé. 10 000 personnes âgées de 18 à 75 ans, ont été interrogées en face à face.

Nous citerons également le **baromètre santé** réalisée en 2005 en accord avec l'Institut National de Prévention et d'Education pour la santé (INPES) (6) et **l'enquête Contexte Sexualité en France (CSF)** en 2005 et 2006 qui se sont également intéressés au sujet. (7) La deuxième ne traite que des violences ayant un caractère sexuel.

Au Québec, l'ouvrage Agression sexuelle envers les enfants, paru en 2011, fait le bilan des dernières études sur ce sujet. (8)

2.2.2 Quelques chiffres :

L'enquête EVS évalue :

- Chez 32% des personnes âgées de 18 à 75 ans, des relations entre des violences subies, des problèmes de santé et des difficultés de vie. (5)¹
- « 7 % des 18-75 ans disent avoir subi des attouchements, des rapports sexuels forcés (ou des tentatives) tout au long de leur vie, soit **11 % des femmes et 3 % des hommes.** » (5)²
- **Un tiers des femmes** de cette étude déclarant avoir subi des attouchements ou rapports sexuels forcés (ou tentative) ont été exposées à ces violences **avant d'avoir l'âge de 11 ans.** (5)³

En comparant les enquêtes, on remarque qu'avec les années les chiffres grossissent et deviennent de plus en plus proches de la réalité car le sujet devient de moins en moins tabou. (9)

Ainsi dans l'enquête CSF réalisée six ans après l'enquête ENVEFF, ce sont 17 % des femmes âgées de 20 à 59 ans qui disent avoir subi au moins un rapport sexuel forcé (ou une tentative) dans leur vie entière. Contre 7 % des femmes dans l'enquête ENVEFF (à l'exception des 12 derniers mois). Les deux enquêtes ont été réalisées dans des conditions très proches. (7) (4)

L'étude ENVEFF montre qu'environ la moitié des femmes qui ont été victimes d'agressions sexuelles au cours de leur vie **n'en ont pas parlé avant l'enquête.** (5)⁴

En France les cas d'inceste constituent 20 % des procès d'assises, ils représentent 75 % des situations d'agressions sexuelles sur enfants. (10)

Concernant le viol, le rapport annuel de l'Observatoire National de la Délinquance (OND) établit qu'une plainte a été déposée dans moins de **10 % des cas.** (11)

1 Page 8
2 Page 104
3 Page 105
4 Page 107

Les violences sexuelles constituent un phénomène international. Les études nord américaines décrivent que la prévalence est d'au moins **un homme sur dix et une femme sur cinq** déclarant avoir été agressé sexuellement (soit 10 % et 20%). (8)¹

2.2.3 Caractéristiques des violences sexuelles :

Le sujet des violences sexuelles est **sensible, tabou**. Ces études illustrent la complexité de l'aborder. En effet, la méthode et la formulation des phrases utilisées pour interroger les patients influencent les résultats des études. Ainsi, les réponses divergent selon que les patients soient au téléphone, devant un ordinateur ou en face d'une personne anonyme. Ceci montre l'importance des **conditions et la manière** d'effectuer le dépistage des violences sexuelles afin d'obtenir les meilleurs résultats.

Les enquêtes précédentes ont également soulevé des points fondamentaux concernant les violences sexuelles : (5)²

- Elles touchent **tous les milieux sociaux** :
- Les atteintes sexuelles sont **précoces**.
- L'auteur des violences est souvent un **homme proche** de la victime. Et plus l'auteur est proche, plus il est difficile d'en parler. (12)
- Les victimes de violence physique ou sexuelle sont plus **discrètes** sur l'événement subi que pour d'autres violences.
- L'agresseur a souvent été **lui même victime de violence sexuelle**. (13) D'où l'importance de dépister et de prendre en charge ces victimes pour arrêter ce cercle vicieux.

Le mutisme et la passivité consécutifs à de tels traumatismes peuvent s'expliquer de la manière suivante :

- Le sentiment de survie devant un événement insupportable. Le fait d'en parler, ferait y penser alors que la personne essaie d'oublier à tout prix ce qu'elle a vécu.
- La culpabilité, la honte devant ces événements.
- La pression de l'entourage, de la famille à protéger.

1 Page 17

2 Page 104 à 107

- La survenue des violences à un âge où la personne apprend les limites de son corps. Elle ne sait plus distinguer après ce qui est interdit de ce qui ne l'est pas.
- L'absence de référent, des proches indisponibles ou sans compréhension.

2.3 Violences sexuelles et conséquences :

Suite à des violences sexuelles, certaines victimes réagissent par des manifestations cliniques plus ou moins spécifiques, immédiates et/ou tardives. La conséquence spécifique est l'état de stress post-traumatique. Nous verrons toutes les autres conséquences non spécifiques, ainsi que les facteurs de vulnérabilité expliquant pourquoi toutes les personnes ne sont pas égales face à un même traumatisme. Cette liste de symptômes doit pouvoir éclairer le praticien dans certaines consultations.

2.3.1 Spécifiques :

L'état de stress post-traumatique (PTSD) est une nouvelle notion apparue à la fin du XX^e siècle mais inscrite aux États-Unis dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM) en 1980 et en 1992 dans la Classification Internationale des Maladies (CIM). (14) Elle est définie par le DSM IV selon plusieurs critères : (15)

En premier lieu (critère A), la personne a été confrontée à un événement traumatique, durant 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.

Les symptômes sont répartis en trois critères : la reviviscence de l'événement traumatique (critère B), l'évitement persistant de stimuli associés au traumatisme et l'émoussement de la réactivité générale (critère C), et l'activation neurovégétative (critère D).

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.
- 2- rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
- 3- impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire
- 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 en cause.

C Evitement persistant des stimuli 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 d'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 ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants...).

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

- 1- difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- 2- irritabilité ou accès de colère
- 3- difficultés de concentration

4- hyper vigilance

5- réaction de sursaut exagérée

E la perturbation (symptômes de critères B, C, 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.

On parle de **PTSD aigu** (*post traumatic stress disorder*) lorsque la durée des symptômes est inférieure à trois mois, et de **PTSD chronique** lorsque celle-ci est égale ou supérieure à trois mois. Lorsqu'un décalage de six mois minimum est observé entre l'événement et l'apparition des symptômes, on parle de *PTSD à survenue différée*.

Une étude montre que 24 % des personnes exposées à un traumatisme développent un traumatisme psychique durable comme le syndrome post-traumatique. Dans le cas des violences sexuelles ce risque augmente à 60 % et 80 % en cas de viols. (16)

2.3.2 Non spécifiques :

Du point de vue psychologique, il s'agit de:

- la dépression et l'anxiété (17)
- les tentatives de suicide (18)
- les comportements addictifs (19)¹
- les troubles du comportement alimentaire, l'obésité (20)
- les troubles de personnalité limite et antisociale (21) (22)
- des troubles du comportement chez l'enfant (scolaire, relationnel) (23)

Du point de vue somatique, il s'agit souvent de symptômes multiformes, récidivants, résistants aux traitements, occasionnant de nombreuses consultations, hospitalisations, et interventions chirurgicales. (24) (25) (26)² Elles sont responsables d'importantes dépenses de santé. Les plus citées par spécialité sont:

1 Page 25

2 Page 132

- En gynécologie, il s'agit des infections urinaires à répétition, des maladies sexuellement transmissibles, des dyspareunies, des douleurs pelviennes chroniques, de l'endométriose. (27) (28) L'examen gynécologique est souvent difficile.
- En urologie les énurésies souvent secondaires (29).
- En hépato gastro entérologie, il s'agit le plus souvent des troubles digestifs fonctionnels ou colopathies fonctionnelles (30), la constipation chronique, les douleurs abdominales chroniques chez les enfants. (23)
- En neurologie, nous citerons la migraine (20), l'asthénie.
- En rhumatologie, la fibromyalgie. (31)
- En endocrinologie, certaines pathologies auto-immunes. (32)
- En dermatologie, certaines dermatoses. (33)

L'attitude des patients peut aussi tenir en alerte le praticien, quand par exemple les consultations sont fréquentes, que le patient est fuyant, ou que la demande n'est pas claire.

2.3.3 Facteurs de vulnérabilité :

Chaque personne ne réagit pas de la même manière à un traumatisme. La réaction et l'évolution clinique dépendent du traumatisme, de la façon dont il est vécu, ainsi que de facteurs pré et post- traumatiques influençant l'évolution clinique.

1/ Les facteurs pré-traumatiques sont: (34)

- des antécédents psychologiques personnels et familiaux
- des traumatismes vécus auparavant
- des événements stressants
- des troubles du comportement pendant l'enfance et l'adolescence
- une séparation précoce des parents (avant l'âge de 10 ans)
- le sexe de la victime.

En effet, certaines études ont montré que les personnes dépressives ou anxieuses avant un traumatisme ont un risque plus élevé de développer un syndrome de stress post-traumatique. (35). L'existence d'un ancien traumatisme augmenterait l'impact d'un nouveau traumatisme.

2/ La nature, la durée et la fréquence du traumatisme :

Dans une étude les traumatismes sont classés en deux catégories : (36)

- La catégorie 1 comprend les traumatismes faisant suite à un événement de vie soudain, d'une durée limitée dont le viol. Il laisse des souvenirs indélébiles et produit des symptômes typiques d'état de stress post-traumatique. Le rétablissement peut être rapide.
- La catégorie 2 comprend les traumatismes de longue durée, répétitifs, cumulatifs et anticipables, souvent commis par un être humain. Elle comprend les violences conjugales, les abus physiques et sexuels de l'enfant. Les souvenirs sont alors plus flous. Il existe un sentiment de honte, de culpabilité et de dévalorisation. Les symptômes sont plus complexes. Le rétablissement est plus long.

Un étude décrit les situations de violences sexuelles où il existe davantage de stress post-traumatique : (37)

- lorsque l'agresseur est un proche
- lorsqu'il existe plusieurs contacts sexuels
- lorsque l'abus s'est étalé dans le temps
- quand il y a eu usage de force physique
- lorsqu'il y a eu pénétration
- lorsqu'il y a eu un manque de soutien de la part des parents de la victime.

3/ Les facteurs post-traumatiques : (34)

- le manque d'aide de la famille et des proches
- la revictimisation
- des situations de vie stressantes.

L'aide d'un référent qui peut être le médecin peut aussi modifier la réaction à ces traumatismes. D'où l'importance de ce rôle et du dépistage.

2.4 Mécanismes de la réaction émotionnelle :

2.4.1 Suite à un stress :

D'après les études, (38) l'enfant naît empathique. Les violences faites n'appartiennent pas à la nature humaine. L'enfant est bienveillant et attend une bienveillance de la part d'autrui. Ainsi une étude (39) montre que dès 1 ans, la majorité des enfants manifestent spontanément et systématiquement des comportements d'entraide et de coopération. Tolérer ou exercer des violences serait se mettre dans un état d'anesthésie émotionnelle (sans émotion). (40) (26)¹

Face au stress, la réaction émotionnelle est gouvernée par l'amygdale cérébrale. Elle permet la sécrétion d'hormones du stress par les glandes surrénales : l'adrénaline et le cortisol. Cette sécrétion hormonale stimule le cortex qui permet de mobiliser une grande quantité d'énergie en augmentant la quantité d'oxygène et de glucose dans le sang. Elle offre ainsi au corps la possibilité de réagir de la meilleure manière face à un stress. Par ailleurs, les hormones activent l'hippocampe qui permet d'analyser cette situation, de la mémoriser et de stopper cette sécrétion hormonale. L'hippocampe situé dans les profondeurs du lobe temporal a en effet un rôle de gestion de la mémoire et a une capacité spatio-temporelle. Une étude a montré grâce à l'IRM, que la mémorisation d'une image à caractère émotionnel se réalisait d'autant mieux si l'amygdale était active lors de la vision de l'image. (41)

Cette expérience créatrice d'émotion se mémorise comme une expérience de danger à éviter. Plus le temps passe et moins l'émotion sera vive quand la personne sera de nouveau confrontée à ce souvenir. Cette mémoire permet de nous souvenir des épisodes de notre vie.

2.4.2 Suite à une violence sexuelle :

Des théories tentent d'expliquer physiologiquement le comportement des victimes mais aussi des agresseurs.

1 Page 59

Lors de violences, le mécanisme du stress vu précédemment est perturbé. Il y a une paralysie corticale parce qu'il n'y a pas de sens à la situation. En effet, la personne se trouve devant une situation antinaturelle ne correspondant à aucune logique. Il s'agit souvent d'une situation du domaine de « l'insupportable, l'inhumain, l'inqualifiable monstruosité ». (1)¹ Le cortex se sidère car il est dans l'incapacité d'analyser la situation. (42) Il y a une sécrétion d'une forte concentration des hormones de stress qui présente un risque vital cardiovasculaire et neurologique (destruction de neurones dans certains cas). (43)

Pour arrêter cette réaction, le corps met en place un mécanisme de **disjonction** : une sécrétion d'endorphines et d'autres substances (antagonistes des récepteurs de la N-Méthyl-D-Aspartate) qui arrêtent les sécrétions d'hormones de stress de l'amygdale. (44) Ceci engendre la mémoire traumatique et la dissociation. (26)² **La dissociation** est un état d'anesthésie émotionnelle et physique, les victimes ne ressentent plus rien. **La mémoire traumatique** est une mémoire émotionnelle piégée dans l'amygdale sans connexion corticale, qui hante le psychisme. Les réminiscences s'expriment sous forme de flash back soudains. Elle se distingue de la mémoire utilisée dans nos épisodes de vie courants, car elle est déconnectée du cortex et de l'hippocampe. (26)³

La personne devant des situations, ou des détails rappelant le traumatisme est soumise à **un stress identique** et les sensations ressenties ne s'atténuent pas avec le temps, même des décennies après. (26)⁴ Ceci est illustré dans une étude réalisée chez les rats. (45) Elle montre que l'amygdale crée des connexions pour enregistrer les coïncidences d'un événement. Par exemple un son que l'on associe à une décharge électrique provoque un stress. Ce même son seul (sans décharge électrique) peut provoquer après cette première expérience le même stress que lorsqu'ils étaient associés.

La victime cherche alors par tous les moyens à **éviter** ces situations. Elle se met dans un état d'hyper-vigilance, de contrôle. Elle a un sentiment d'insécurité, un stress permanent qu'elle essaie de combattre. Ce comportement est souvent mal compris par l'entourage. (26)⁵

Quand ces situations d'évitement sont insuffisantes, la personne cherche à « s'anesthésier » davantage et, comme par phénomène **d'accoutumance**, le corps nécessitera une quantité plus élevée de substance pour déclencher cette disjonction. Un apport externe par l'usage de

1 Page 169

2 Page 77

3 Page 78

4 Page 79

5 Page 108

drogue ou une mise en danger personnelle permet d'augmenter les endorphines et ainsi le phénomène de disjonction. Ceci explique les attitudes d'autodestruction, la prise de drogues ou d'alcool, les troubles du comportement, les prises de risques. La violence sur soi-même ainsi que sur autrui permet d'obtenir cette anesthésie émotionnelle. (26)¹

Par ce mécanisme, un agresseur, lui même souvent victime de violences sexuelles, pourrait oublier les faits en créant ainsi de nouvelles victimes... (26)²

Afin d'arrêter ce cercle vicieux, le dépistage des violences sexuelles prend alors toute sa place. Les études suivantes encouragent à agir davantage :

-Le volume de l'amygdale (chef d'orchestre du stress) à l'IRM de l'enfant âgé de 10 ans est d'autant plus important qu'il aura manqué de soins de la part de sa mère. Cette situation est retrouvée notamment chez la mère dépressive. (46)

-Une mère maltraitée dans son enfance change son code génétique et modifie l'expression d'un gène qui change ses mécanismes physiologiques et son comportement face au stress toute sa vie. Cela peut être transmis et donner des enfants stressés à leur tour... Ce phénomène est appelé l'épigénétique : l'hérédité non génétique. (47) (48)

Il est ainsi important de prendre en charge les femmes ayant subi des violences sexuelles. Elles ont en effet plus de risque de faire une dépression et de modifier leur mécanisme de défense contre le stress, et ainsi de donner des répercussions chez leurs propres enfants.

Le Dr Cohen, neurologue, conclut devant ces études, que « ce qui est fascinant c'est que l'on peut démontrer le mécanisme cérébral et biologique de ces influences psychologiques. Ce n'est pas parce que c'est de la psychologie ou de la biographie que ça ne se passe pas dans le cerveau ». (49)

2.5 Le dépistage en consultation de médecine :

2.5.1 Types de dépistage et place du médecin généraliste :

Ce dépistage ne s'adresse pas aux victimes d'agression sexuelle dans l'urgence (dont l'agression vient de se passer). Le médecin doit alors envoyer la patiente directement à

1 Page 118

2 Page 122

l'Hôpital. Mais il s'agit du dépistage des patients adultes ayant subi une violence sexuelle il y a de nombreuses années et n'ayant jamais communiqué depuis.

La position du médecin généraliste prend toute sa place. En effet, le médecin généraliste est une personne de confiance, qui respecte le secret médical selon le serment d'Hippocrate. Les personnes se confient et dévoilent leur intimité. Devant la multitude des symptômes pouvant s'exprimer suite à des violences sexuelles, le médecin généraliste a une position essentielle pour accueillir ces confidences.

Le dépistage peut être effectué de deux manières : systématique ou opportuniste.

Le dépistage opportuniste est le dépistage effectué lorsque les symptômes vus précédemment s'expriment et lorsque les conditions sont favorables. Il s'agit d'oser poser la question au bon moment. De repérer les « perches » que les patients nous tendent pour encourager le dialogue sur des souffrances. (28) Le Psychanalyste Szasz définit ainsi « la communication de la douleur comme une demande d'aide » (50)

Il s'oppose au dépistage systématique qui s'effectue chez toutes les patientes dans une situation donnée. Ce dernier peut s'effectuer d'une manière écrite à l'aide d'un questionnaire, ou oralement en posant systématiquement une question. Le dépistage opportuniste s'effectue oralement à l'aide d'une question directe ou indirecte.

2.5.2 Techniques de communication :

Le but de ce dépistage par le questionnement est de permettre à la patiente de s'exprimer. Pour cela il n'y a pas une manière de poser une question mais **plusieurs facteurs** sont à prendre en compte pour favoriser ce questionnement : (51)

- Un contexte **culturel** ou idéologique peut jouer sur la nature des réponses.
- **La disposition spatiale** peut favoriser un dialogue. Être face à face, regarder le patient, l'encourage à parler. **Les conditions d'écoute** respectant la confidentialité sont tout aussi importantes, comme par exemple, une salle bien insonorisée.
- **Les mots** et leur ordre ont une importance. Ainsi **la formulation** de la question aura des réponses différentes. Il est également nécessaire d'adapter son langage afin d'être accessible au patient. Faire ressentir ou marquer une différence de statut peut empêcher certaines personnes de s'exprimer.

- L'**attitude** est fondamentale, elle joue un rôle dans la qualité de la relation. L'attitude est définie comme « une prédisposition à agir dans un certain sens » (52). Les cinq caractéristiques des attitudes permettant une situation de communication optimale par l'écoute active sont : (51)¹
1. la non interprétation
 2. la non évaluation
 3. le non conseil, la non assurance
 4. le non questionnement systématique mais l'utilisation de questions ouvertes
 5. une attitude de compréhension en utilisant la technique de reformulation.

Ces attitudes permettent à la personne de mieux s'exprimer en profondeur. Cela correspond à utiliser l'attitude **d'empathie**, qui est une attitude de compréhension active. Les silences sont à respecter et traduisent la disponibilité d'écoute. Mais il s'agit aussi d'exprimer verbalement à l'autre cette compréhension. « Les consultations sont dynamiques ou elles cessent d'exister » (53) Le Dr Mimoun définit cette façon d'être comme « une approche psychosomatique. » (54) Le Dr Fagot-Largeault dit que « la compassion a (aurait) une vertu thérapeutique ». (55)

2.5.3 L'intérêt de mettre des mots :

Ce dépistage va permettre à la victime de parler, et ainsi **mettre des mots** sur ce qu'elle a vécu. Elle peut, si elle le désire, choisir de parler et de se **soulager** alors d'une grande souffrance. Ou alors, refuser de répondre et parfois mettre fin à la relation médecin-patient tellement ce souvenir est enfoui et sa mémorisation douloureuse. Il est alors important de respecter ce refus. Un temps de réflexion pourra laisser la personne réfléchir et éventuellement revenir plus tard en parler lorsque celle-ci se sentira prête à le faire. Il n'est donc pas inutile d'avoir posé la question de l'existence d'une violence sexuelle.

Si la victime accepte de parler, le médecin peut alors mettre aussi des mots et du sens sur les symptômes. Il peut expliquer que cette dernière a été **victime** d'un acte anormal par un agresseur. S'il s'agit d'un viol il faut lui préciser que c'est un **crime**. Que son sentiment de honte s'il s'exprime est normal suite à ce traumatisme.

1 Page 36

C'est aussi l'**accompagner** raconter cet événement de vie avec toute l'émotion qui s'exprime souvent en même temps.

Lors d'un manifeste télévisé contre le viol, l'une des représentantes répond lorsqu'on lui demande le message qu'elle souhaiterait que les téléspectateurs retiennent : « la force de la parole pour se reconstruire, non seulement face à la justice, mais pour s'exprimer, dire, verbaliser, et tout simplement aller mieux, pour s'en sortir. Parler pour pouvoir vivre et non survivre après un viol ». (56)

2.5.4 Orientation de la victime :

Nous venons de voir que le médecin peut dans sa pratique quotidienne :

- écouter la victime
- mettre des mots sur les événements
- la déculpabiliser en lui expliquant qu'elle a été victime de quelqu'un qui lui a fait du mal.
- la rassurer sur la confiance qu'elle lui donne.

Suite à cet aveu et ces explications, un suivi psychologique doit alors être proposé auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre par une psychothérapie. Ceci montre que ce problème relève d'une approche pluridisciplinaire. Le médecin généraliste doit se faire aider d'autres confrères pour aider la victime.

L'orientation peut aussi s'effectuer vers :

- **la gendarmerie** s'il y a un désir de porter plainte.
- **les associations**. Le ministère des droits des femmes a édité un annuaire local et national de lutte contre les violences faites aux femmes.
- **les numéros mis à disposition** sont :
 - *Allo enfance maltraitée au 119
 - *Viols Femmes Informations au 08 00 05 95 95
 - *L'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM) au 01 45 88 19 00.
 - *Suicide écoute au 01 45 39 40 00
- **Les sites internet** sont aussi une bonne source d'information. Nous citerons :
 - <http://www.sivic.org>, pour les victimes de violences conjugales.

- <http://memoiretraumatique.org>, pour les victimes de violences sexuelles. L'annuaire cité ci dessus est téléchargeable sur ce site.
- <http://www.solidaritefemmes-la.fr>, pour les femmes de Loire Atlantique.
- **Des brochures** peuvent aussi être distribuées au cabinet afin de faciliter l'orientation de ces victimes. (cf Annexe 1)

3 Entretien Collectif (focus groupe) :

3.1 La méthode :

3.1.1 Définition du Focus groupe :

L'entretien collectif, appelé aussi Focus Groupe est une méthode qualitative ayant pris naissance aux États-Unis au début du XX^e siècle. Il a un objectif de recherche et vise à recueillir et analyser des données d'une discussion.

Il fait interagir un minimum de 5 personnes qui se connaissent ou se ressemblent plus ou moins. Il est centré sur une expérience vécue par l'ensemble des enquêtés. Il instaure une dynamique par un effet d'entraînement et facilite le travail de remémoration. Il permet « d'accéder au sens commun, aux modèles culturels et aux normes » (57)¹. L'analyse explique les relations entre effets attendus et effets observés. (57)

Un animateur permet d'instaurer un fil conducteur et de recentrer la discussion sur le thème choisi. Il donne la parole de manière à ce que chacun s'exprime sur chaque question équitablement. L'entretien est enregistré après accord de chaque participant d'une manière audio et/ou vidéo. Le but est de recréer des conditions naturelles et de saisir la spontanéité de chaque intervenant. L'interaction et la prise de position entre ces derniers est prise en compte. Le chercheur est observateur de l'entretien et note les éléments non identifiables à l'enregistrement. (57)

3.1.2 Choix du Focus groupe :

L'objectif de cette recherche était de savoir comment les médecins généralistes d'un quartier de Saint-Nazaire dépistaient les violences sexuelles et par quelle(s) question(s).

La technique de l'entretien collectif semi-dirigé auprès de 6 médecins généralistes de Saint-Nazaire, selon l'analyse de contenu permettait de répondre à cette question. Cette stratégie de

1 Page 36

recherche avait pour but d'élaborer des pistes de réflexion afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

La dynamique de groupe apparaissait intéressante en particulier dans un sujet qui est tabou et pour lequel les médecins n'ont pas de formation. Le focus groupe permettait ainsi de se distinguer de la méthode du questionnaire individuel. Cette dernière méthode a été utilisée dans une thèse effectuée proche de ce sujet là. (58) Les rares études comparant ces deux méthodes montrent que l'entretien collectif tend à renforcer les éléments communs au groupe. (57)¹ Elle permettait aussi d'augmenter le nombre d'enquêtés et d'élargir les réponses recueillies au sein de l'organisation d'une seule rencontre, ce qui était moins chronophage et moins onéreux.

3.1.3 Principe de l'analyse de contenu :

L'analyse de contenu est « un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces messages. » (59)

Elle a pour but « d'étayer des impressions, des jugements intuitifs par des opérations conduisant à des résultats fiables ». (59) Elle doit être reproductible et doit montrer une adéquation entre les données et les résultats. Elle s'appuie sur la partie verbale et non verbale en tenant compte des émotions, des silences, et des comportements de chaque intervenant.

L'analyse vient après la transcription intégrale des données de l'entretien collectif. Elle est constituée de différentes étapes: (59)

- l'interprétation et l'imprégnation de toutes les données.
- le traitement du texte. Cette étape peut s'effectuer grâce au **codage** ou en privilégiant un extrait choisi avec une grille de lecture. Des logiciels sont aujourd'hui disponibles pour aider l'analyste, les CAQDAS (Computer Aided Qualitative Data Analysis System) tels Nudist MaxQDA ou Atlas Ti.
- le traitement des résultats, des interférences.

Le codage à but qualitatif est retenu dans cette thèse. « Le codage est le processus par lequel les données brutes sont transformées systématiquement et agrégées dans des unités qui

1 Page 36

permettent une description précise des caractéristiques pertinentes du contenu » (60). Il est présenté sous forme de tableau récapitulatif dans l'annexe 3.

3.2 Organisation du Focus Groupe :

3.2.1 Le recrutement :

Afin d'affiner le sujet de recherche, les participants devaient être des médecins généralistes de Loire-Atlantique. Un cabinet médical de six médecins généralistes a été sélectionné pour répondre à cette question. Un des médecins était mon directeur de Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Je lui ai demandé de proposer à ses confrères lors de leur réunion hebdomadaire de réaliser un entretien collectif sur le sujet des violences sexuelles. Quelques jours plus tard, il m'a dit que ses collègues acceptaient de réaliser cet entretien, mais que le sujet ne les réjouissait pas...

J'ai contacté chaque médecin par téléphone pour convenir d'une date. La majorité d'entre eux ne souhaitait pas prendre un temps en dehors de leurs heures de travail. Ainsi pour des raisons pratiques et afin de tous les réunir, nous décidions de nous réunir un mardi matin sur leur temps de réunion hebdomadaire. L'entretien devait durer 45 minutes.

3.2.2 Le déroulement :

L'entretien s'est déroulé à Saint-Nazaire le Mardi 22 Janvier 2013 à 8 heure dans la salle de réunion du cabinet de groupe. L'animateur était un médecin généraliste et maître de stage universitaire. J'étais observateur de cet entretien. Quatre questions étaient prévues, constituant la trame de cet entretien collectif. Chaque intervenant s'est installé au hasard autour de la table. L'animateur puis chaque intervenant s'est présenté, en précisant son prénom, son nom et sa date d'installation. L'animateur a précisé « les règles du jeu » de l'entretien collectif puis a donné la définition des « violences sexuelles » comme définie précédemment. L'entretien a alors commencé. Chaque intervenant s'est exprimé à tour de rôle. A la fin d'une question, l'animateur demandait parfois si quelques précisions pouvaient être données ou si quelqu'un voulait rajouter quelque chose.

L'ordre d'intervention des médecins a changé trois fois pendant l'entretien afin d'éviter que cela ne soit toujours les mêmes qui s'expriment en premier.

3.3 Résultats :

3.3.1 Description du groupe :

Malgré leur manque de motivation les six médecins du cabinet de groupe ont participé à l'entretien. Cinq d'entre eux étaient des hommes et il y avait une femme. La moyenne d'âge était de 53 ans, avec des extrêmes de 45 ans et 60 ans. La moyenne d'année d'installation était de 19 ans, avec des extrêmes de 29 ans et 7 ans.

3.3.2 Le verbatim :

Après 6 minutes d'explication l'entretien a débuté et duré 41 minutes. Il a été enregistré sur dictaphone en format numérique. Les propos de chacun sont retranscrits et précédés par un chiffre permettant de les identifier et de respecter l'anonymat (cf. Annexe 2). Les médecins se sont tous exprimés, et ont respecté le temps de parole de chacun. Tous les propos étaient audibles, et ont été retranscrits à l'identique. La transcription du non verbal a aussi été réalisée selon le code suivant :

- ... est utilisé pour montrer une hésitation, un court temps de réflexion
- {} est utilisé pour décrire le ton ou les gestes des intervenants
- les mots utilisés avec insistance sont soulignés.

Les quatre questions ayant encadré la discussion étaient :

1/ Connaissez vous la fréquence des violences sexuelles en France ?

2/ Quel(s) symptôme(s) vous amènerai(en)t à rechercher l'existence de violence(s) sexuelle(s) ?

3/ Quelle(s) question(s) poseriez vous alors quand vous suspectez une violence sexuelle ?

4/ Quelles sont les difficultés qui vous empêcheraient de poser ces ou cette question(s) ?

Les temps de parole ont été calculés pour chacun :

Docteur 1 : 7 minutes 35 secondes

Docteur 2 : 2 minutes 42 secondes

Docteur 3 : 7 minutes 38 secondes

Docteur 4 : 2 minutes 57 secondes

Docteur 5 : 7 minutes 31 secondes

Docteur 6 : 6 minutes 33 secondes

La moyenne est de 5 minutes 50 secondes. Trois médecins s'expriment avec un temps inférieur à la moyenne et les trois autres avec un temps supérieur à la moyenne.

3.3.3 Résultats par question :

- **Question 1 - La connaissance sur la fréquence des violences sexuelles :**

Cinq médecins sur six disent directement qu'ils ne savent pas.

Quatre médecins proposent des chiffres de manière très approximative. Le premier 1 %, le deuxième 5 %, le troisième entre 5 et 10 % et le quatrième 5 %. Quatre médecins précisent à plusieurs reprises que les chiffres sont **sous estimés**. Deux médecins disent qu'il s'agit d'un sujet **tabou**. Deux intervenants indiquent que les **révélations sont souvent tardives** par rapport aux faits. Un médecin évoque le fait que cela se passe souvent **dans l'enfance** par un proche et qu'il existe un sentiment de **culpabilité** intense expliquant ce silence. Un médecin dit que les patients viennent souvent en consultation pour un autre motif.

Docteur 4: Moi j'en ai strictement aucune idée. J'évalue pas du tout là ... Je ne sais pas.

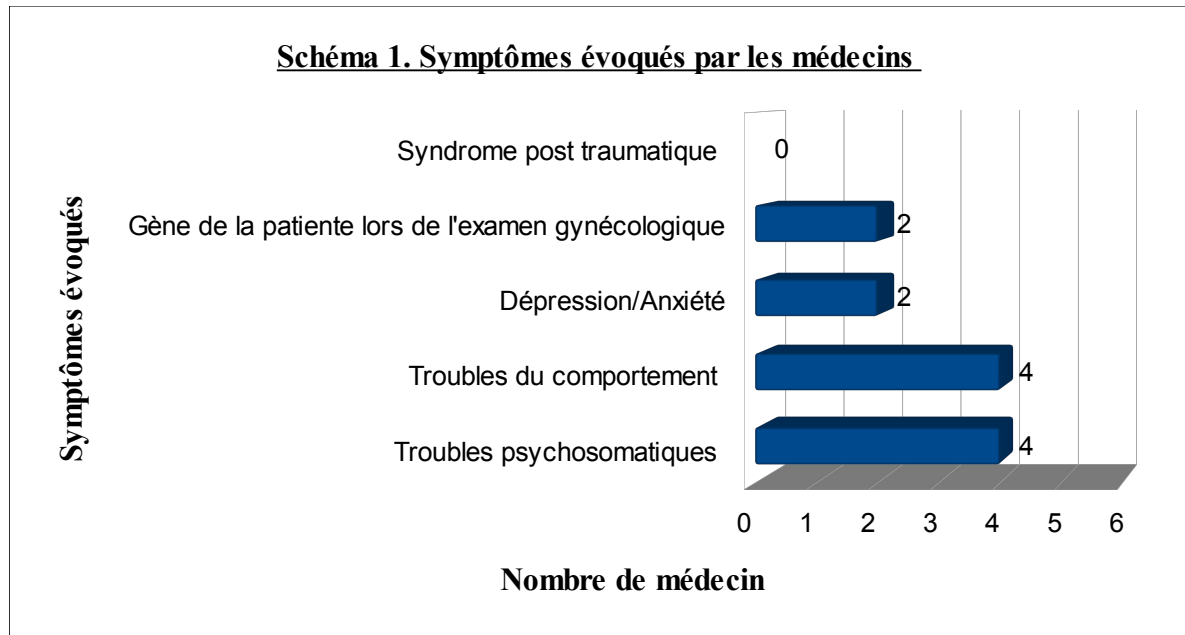
Docteur 6: Alors moi je ne sais pas du tout. De toutes les façons comme le docteur 5, je pense que l'on ne sait pas tout et souvent les femmes l'avouent des années après. Donc c'est tabou, c'est secret donc on est bien en dessous de la réalité, je pense. Et je dirai bien peut être 5 % aussi mais j'en ai aucune idée.

- **Question 2 - Les symptômes évocateurs de violences sexuelles :**

Les symptômes sont répertoriés en deux classes physique et psychologique par trois médecins. Un médecin les classe en symptômes à court terme et à long terme et un en multi symptomatique. Un intervenant ne parle que des lésions physiques sans donner d'autres explications. Au niveau somatique, **les contusions**, les traces de coup sont cités cinq fois. **Les troubles gynécologiques** deux fois, la première fois en décrivant un comportement inadapté lors de l'examen et la deuxième fois en symptômes gynécologiques (dyspareunie et infection urinaire à répétition). Au niveau psychologique, **le trouble de comportement** est exprimé quatre fois : il s'agit à quatre reprises d'une baisse de rendement scolaire chez l'enfant, à deux reprises d'un renfermement de la personne sur elle-même et à trois reprises d'un changement de comportement non précisé. **La dépression** est citée deux fois. **Le syndrome post-traumatique** n'est pas cité. **Les troubles psychosomatiques ou fonctionnels** sont décrits deux fois. Et deux médecins donnent des symptômes que l'on peut classer dans cette catégorie dans le sens où ils ont un lien décrit avec l'événement de vie: la colopathie fonctionnelle, les dyspareunies et les infections urinaires à volonté. Ceci est illustré par le schéma 1. Pour un médecin, il est difficile de parler de symptômes spécifiques devant des troubles psychosomatiques.

Docteur 2: des marques de violence..., des coups... des plaintes du patient directement.

Docteur 3: Systématiquement moi chez une femme, ou je vois que l'examen gynéco est franchement difficile, elle est très contractée, elle n'est pas bien, systématiquement moi je lui pose la question : « y a pas eu un petit problème quand vous étiez jeune ? Ya pas eu quelque chose ? » et assez fréquemment , il y a quand même une réponse, il y a quand même quelque chose, j'ai eu plusieurs fois la réponse « bah si j'ai eu quelque chose », quand vraiment il y a un examen gynéco qui se passe d'une façon « anormale », une contraction vraiment surprenante.



• **Question 3 - La question que le praticien poserait dans ces circonstances :**

Quatre médecins **ne poseraient pas de question chez l'enfant**, précisant que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste. Un médecin ne souhaite pas poser une question, mais propose de faire revenir le patient pour qu'il s'exprime seul. Trois médecins poseraient une **question indirecte**. Ils utilisent la conjonction « mais » qui indique à chaque fois des précisions sur la manière et les conditions de poser la question. Deux médecins poseraient la question directement puis reviennent sur leurs propos. Un précise les conditions dans lesquelles il la poserait. Et l'autre suite à l'expression de ses confrères change ses propos. Ceci revient au fait que cinq médecins sur six poseraient une questions indirecte en utilisant la conjonction « mais » pour définir leur conditions. Ceci est illustré au schéma 2.

Les précisions données suite au « mais » sont :

- en utilisant des **mots moins violents** que « violences sexuelles » pour 2 médecins.
- **avec subtilité**, en prenant du temps, en ménageant le patient, et en abordant les choses d'une manière vague pour 4 médecins.
- lorsqu'il existe déjà une **relation de confiance** pour 3 médecins. En rassurant le patient sur l'existence du secret médical pour un médecin.

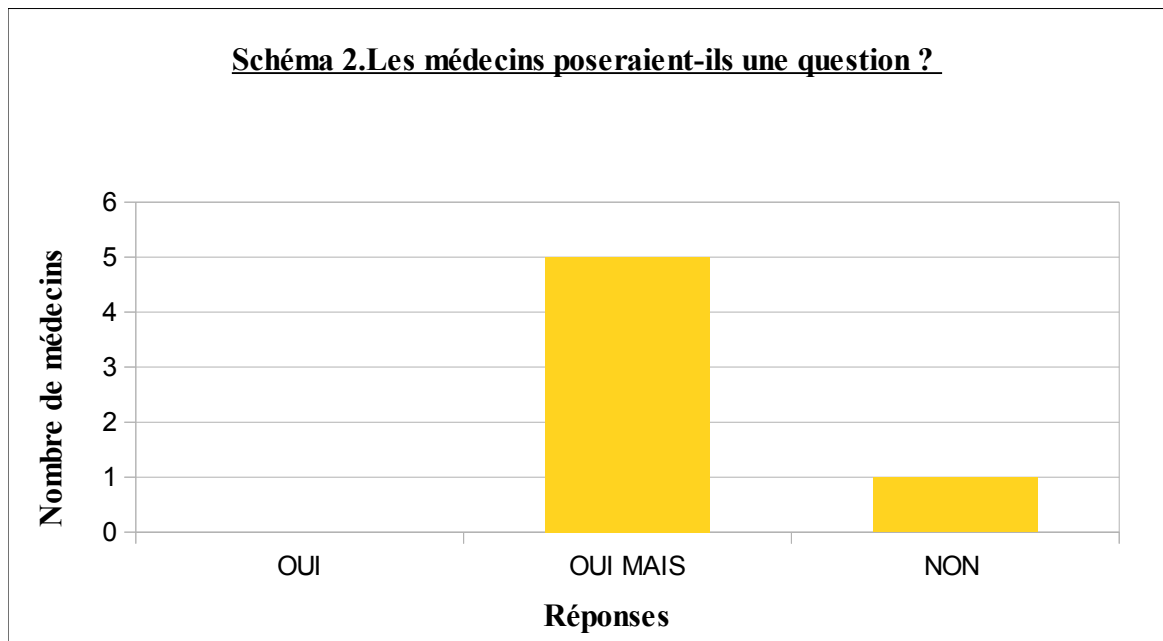
- lorsqu'il y a une **opportunité** pour 1 médecin.

Docteur 2 : Je pense que la question directe là, je ne la poserais pas comme cela, j'attendrais que cela vienne plutôt de la patiente, du patient. Je ne dirais pas « violence sexuelle » mais je dirais « violence » et puis je viendrais petit à petit à la faire parler sur une éventuelle violence sexuelle qu'elle aurait pu avoir. Je ne poserais pas une question directe, je resterais assez ouvert sur la question.

Docteur 3 : Donc je disais tout à l'heure que moi si j'ai une femme qui est vraiment très très mal à l'aise à l'examen gynéco, je lui dis mais selon notre pudeur comme disait docteur 1, « c'est une réaction étonnante, il n'y a pas eu des choses, c'est bizarre, vous n'êtes pas.. » enfin voilà quoi avec des mots complètement banalisés. Et surtout pas « violence » et surtout pas « sexuelles ». en essayant d'aborder les choses de façon assez vague. Et moi je pense que comme cela on a plus facilement une réponse positive et vraie qu'en posant je répète une question violente et intrusive, comme ça, moi j'ai vraiment l'impression d'un geste, d'un coup de poing dans la figure. {petit rire}

Docteur 5 : Je reviendrais sur ce que disait docteur 3, Je me posais cette question, est ce que c'est à nous de poser cette question ? J'en suis pas certain. Je crois que notre rôle est vraiment de... je crois de préciser l'environnement, vraiment tout ce qui tourne autour de l'enfant, de l'adolescent... et... vraiment de préciser son contexte psychologique, son environnement. Mais là vraiment, si on a un doute, je ne sais si c'est la question qu'il faille poser, je ne crois pas, est ce qu'on ne dénonce pas un peu la situation ? Est ce qu'on ne déclenche pas une guerre ?

Docteur 1 : «... oui on peut le formuler mais peut être pas aussi directement, parce que je pense que le patient il va se fermer comme une huître si d'un seul coup on le met au pied du mur à... répondre à cette chose qu'il a emmagasinée en lui, sur laquelle il a fait des énormes murailles de défense.



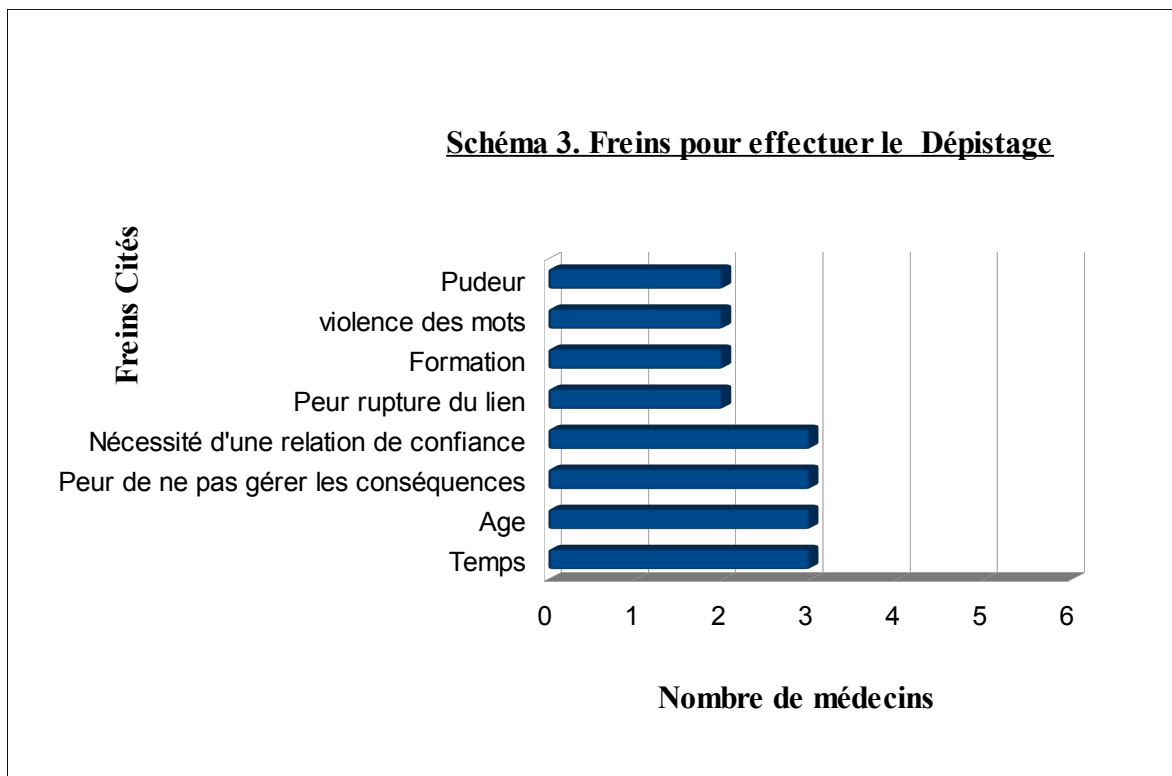
- **Question 4 - Les difficultés qui les empêcheraient de poser la question :**

Deux médecins évoquent le fait que cela les renvoie à leur propre **pudeur**. Deux médecins insistent sur le caractère **violent** de la question. Deux médecins évoquent un **manque de formation**. Deux médecins ont **peur de rompre la relation médecin-patient** en étant trop brusque. Trois médecins précisent qu'il faut une **relation de confiance** pour pouvoir poser la question. Trois médecins ont **peur de ne pas gérer les conséquences** du dépistage. Trois médecins prennent en compte **l'âge** du patient. Deux médecins feraient appel à des pédopsychiatres chez l'enfant et l'adolescent. Trois médecins remettent en cause **le temps** qu'il manque souvent en consultation pour laisser les patients parler. Ceci est illustré au schéma 3.

Docteur 3: Trois raisons... la première c'est la contrainte de temps, parce qu'on est toujours poussé, et c'est un peu difficile, on a peur de s'embarquer dans des choses un petit peu longues. Ca, c'est la première chose. La deuxième chose c'est la pudeur, je disais toute à l'heure, la violence de la question. Et notre pudeur personnelle, la peur de... oui, on a peur de poser la question soi-même, d'être violent vis à vis de la personne. Ca c'est la deuxième chose. Et puis, la troisième chose, c'est la peur de tout ce que ça va déclencher derrière, ça doit

déclencher derrière, au niveau de la famille qu'on connaît, au niveau de tout ça, donc ça c'est la troisième retenue.

Docteur 1 : C'est à dire qu'on est vraiment des têtes de pont par rapport à ces problèmes graves et je ne vois pas comment on peut ne pas être prêts, formés à ce genre de chose parce que en y réfléchissant comme ça c'est vrai, qu'on voit qu'on a des différentes réponses, qu'on n'est pas spécialement bien pointus sur les conduites à tenir, parce qu'en fait il faut être réactif, faut vraiment dès qu'on a la chose... faut vraiment pas se gourer, on a vu que vraiment... on marchait sur des œufs, mais moi j'insisterais sur le fait qu'on est sûrement une des professions... rares professions à pouvoir crever l'abcès.



4 Discussion :

4.1 Sur la méthode :

4.1.1 Les limites du focus groupe :

Les nombreuses hésitations et précisions montrent que le thème est tabou et délicat. L'entretien collectif est à la fois dynamisant et freinant pour chaque intervenant. L'expression de certains peut influencer l'expression des autres et ainsi enrichir ou parfois fausser ou censurer la spontanéité de chacun. Les expressions « en relais de ce que tu dis », « comme disait docteur x », « Moi j'écoute ce que dit docteur... », montre bien cette influence. Lors de la troisième question, un médecin rectifie sa réponse suite à l'expression de ses collègues. On se demande ainsi s'il s'agit d'une modification pour plaire au sens dominant de la discussion ou d'un réel changement d'avis. Ceci est en accord avec le fait que l'entretien collectif tend à renforcer les éléments communs du groupe, comme décrit précédemment.

Contrairement à l'entretien individuel, le temps d'écoute des autres intervenants permet à chaque médecin d'approfondir sa réflexion et de réfléchir sur ce qui a été dit. Ce temps supplémentaire donnera parfois à certains l'envie d'ajouter ou de préciser des idées et d'autres de se contredire. Ainsi docteur 5 s'exprime trois fois lors de la troisième question. Il revient sur un point de la deuxième question la première fois et revient sur le rôle du médecin dans le dépistage chez l'enfant la troisième fois. Ceci prête parfois à confusion. Mais on a l'impression que cela lui permet aussi de se rapprocher sur ce qu'il pense vraiment. Et lors de cette même troisième question, docteur 4 propose une question directe au début et lorsque l'animateur lui repose la question plus loin, il dit d'un air agacé, qu'il ne sait pas, que cela dépend de la relation qu'on a avec le patient. Il est difficile de savoir comment ils effectueraient le dépistage, par quelle(s) question(s) exactement. Les réponses manquent de précision par moment.

4.1.2 Biais liés au recrutement des participants :

Les six médecins se connaissent depuis plusieurs années, ils travaillent dans le même cabinet. Leur profil de formation médicale est comparable. Cette proximité peut lever ou provoquer de l'inhibition.

Ils ne connaissaient pas le sujet exact avant l'entretien pour ne pas biaiser les résultats. On note une certaine retenue, notamment lors de la première question de la part de chaque intervenant, qui s'est progressivement levée. Quatre médecins s'expriment de manière équitable, et deux restent assez discrets. S'agit-il de l'influence de l'effet de groupe?

Une généralisation de cet entretien n'est pas possible au niveau régional, en revanche il serait intéressant de réaliser plusieurs entretiens avec d'autres participants afin de vérifier les conclusions.

4.1.3 Biais liés aux interventions de l'animateur :

L'animateur était neutre, il ne connaissait aucun des médecins. Il a permis à chacun de s'exprimer à tour de rôle. Il a redonné la parole à ceux qui s'exprimaient très peu, et ainsi étoffer certaines réponses comme lors de la première question. Il a fait préciser quelques interventions pas assez claires et a redonné la parole à certains lorsque les avis divergeaient. Seulement deux médecins ont un temps de parole inférieur à 3 minutes alors que la moyenne est de 5 minutes et 50 secondes. Un temps de parole plus équitable aurait peut être permis d'enrichir l'entretien, d'avoir plus de précisions sur des avis divergents. Ainsi, lors de la troisième question, il aurait été intéressant de redemander à chacun quelle question(s) ils utiliseraient, comme cela a été effectué pour docteur 4. Cela aurait permis d'éclaircir certaines réponses.

4.2 Sur les résultats :

4.2.1 Des connaissances théoriques insuffisantes :

La majorité des médecins disent qu'il ne connaissent pas la fréquence des violences sexuelles. Les chiffres donnés avec approximation sont pour trois médecins sur quatre insuffisants.

En effet, si nous reprenons les chiffres du chapitre 1, les violences sexuelles concernent 20 % des femmes et 10 % des hommes. (8)¹

Leur expérience leur permet en revanche d'avoir une notion du phénomène proche de la réalité. Si nous reprenons les propos des six médecins, les caractéristiques des violences sexuelles selon l'étude EVS (5)² sont toutes citées :

- sous estimées
- tabous
- révélées tardivement
- plus fréquentes chez les femmes
- surviennent souvent dans l'enfance
- sont réalisées souvent par un proche de la famille.

La médecin femme décrit le mieux la victime, avec le plus de caractéristiques proches de la réalité.

Concernant les symptômes, le seul symptôme spécifique, le syndrome post-traumatique n'est pas cité du tout. On peut supposer que cette notion était trop récente, (14) et n'a pas été enseignée chez ces médecins dont la moyenne d'âge est de 53 ans. Au niveau physique, les traces de coup sont le plus citées. Ceci nous incite à penser que les médecins associent facilement les violences sexuelles à des symptômes d'urgence. Associer un symptôme à une violence sexuelle ancienne apparaît moins évident. Un seul médecin d'ailleurs, classera les symptômes en court et long terme.

Du point de vue psychique et physique, les symptômes cités sont insuffisants par rapport à la liste des symptômes non spécifiques évoqués au premier chapitre. En effet, hormis, le syndrome post-traumatique, deux médecins seulement citent la dépression, un médecin les

1 Page 17

2 Page 104 à 107

troubles du comportement alimentaire, et aucun médecin ne cite les tentatives de suicide, et les addictions. Certains troubles physiques au long terme sont cités timidement : la colopathie fonctionnelle, les infections urinaires à répétition et la dyspareunie. Docteur 5 est le médecin qui cite le plus de symptômes non spécifiques.

L'attitude des patients qui reviennent en consultation de manière répétitive est en revanche bien décrite par trois médecins.

Les intervenants ont donc une notion du sujet par leur pratique mais manquent de connaissances précises venant d'une formation. Un des médecins le confirme à la fin de l'entretien : « je ne vois pas comment on peut ne pas être prêts, formés à ce genre de chose. » Ce manque de formation des médecins sur les violences sexuelles mis en relief dans cet entretien, est confirmé dans d'autres travaux (58) (61) (62) (63).

Actuellement, le médecin en 4^e année du Deuxième Cycle des Études Médicales (DCEM4) reçoit un enseignement intitulé « l'accueil d'un sujet victime de violence sexuelle ». Il correspond à l'item 183 du module 11 « Synthèse clinique et thérapeutique. De la plainte du patient à la décision thérapeutique. Urgences ». Il apprend essentiellement au médecin à agir dans l'urgence. Ceci pourrait expliquer le fait que les médecins associent plus volontiers des symptômes d'une violence sexuelle en lien avec l'urgence. La notion de syndrome post-traumatique est aujourd'hui enseignée. Elle appartient à l'item 41 « Troubles anxieux, troubles phobiques, troubles obsessionnels compulsifs, troubles conversifs, état de stress post-traumatique et troubles de l'adaptation » du module 3 « Maturation et vulnérabilité. ».

Ce manque de formation est cité en tant que frein pour effectuer ce dépistage. Proposer une formation aux médecins améliorerait probablement la quantité et la qualité du dépistage.

4.2.2 Un dépistage qui apparaît délicat :

Cinq médecins émettent la volonté de poser une question indirecte dans certaines conditions uniquement. Les médecins ont peur d'être violent en posant une question sur l'existence de violences sexuelles. Violent vis à vis de la formulation mais aussi du moment qu'ils choisissent pour poser une question. Cela vient confirmer les travaux réalisés à ce sujet. (58) (63) Ils ont peur du caractère « intrusif », et de l'impact psychologique d'une telle question qu'ils ne sauraient peut être pas maîtriser. Ainsi la peur de ne pas gérer les conséquences que

cela peut provoquer est exprimée par trois médecins. Et la peur de rompre la relation deux fois. Ils préfèrent ainsi s'adresser pour la moitié d'entre eux à leurs patients pour lesquels une relation de confiance est déjà établie.

Les deux principaux freins pour effectuer le dépistage sont le temps et l'âge du patient.

La moyenne en France des consultations du médecin généraliste au cabinet, est de 16 minutes. Elle dépend de la pathologie diagnostiquée et est plus longue lorsque le patient vient pour un problème psychologique ou psychiatrique. (64) Le médecin ayant un emploi du temps chargé, ne peut souvent pas laisser place à la parole. Cela est bien décrit dans cet entretien : « on a peur de s'embarquer dans des choses un petit peu longues ». Ceci est confirmé par une étude, où le médecin apparaît trop souvent pressé et concentré sur des problèmes somatiques. (65)

Deux médecins font référence à la pudeur. Ils apparaissent mal à l'aise de parler de sexualité.

En revanche, la médecin femme apparaît plus à l'aise pour évoquer ce sujet. Le fait que ce phénomène touche plus souvent les femmes, les rend-elles plus à l'aise sur ce sujet ?

Toutes ces difficultés exprimées ne facilitent pas le travail du médecin généraliste face à ces patients victimes de violences sexuelles anciennes. Poser une question peut alors lui demander un courage supplémentaire. Le mot « oser » prend alors toute sa place. Car d'après le petit Larousse 2013 : oser c'est « avoir la hardiesse, le courage, l'audace de faire quelque chose ».

4.2.3 Questionnement sur le rôle du médecin généraliste :

- **Chez l'enfant :**

Quatre médecins remettent en cause le rôle du médecin dans le dépistage des violences sexuelles chez l'enfant.

Si l'on reprend les recommandations de la HAS de Mai 2011, sur « le repérage de l'inceste chez les mineurs ».(23), celle-ci a pour but de « former les professionnels de santé et plus particulièrement les médecins qui exercent en libéral, à l'hôpital, car ils font partie des acteurs de proximité les plus à même de reconnaître les signes évocateurs d'une maltraitance sexuelle ainsi que les réactions à risque. Les objectifs sont de favoriser un repérage précoce, et favoriser les échanges interdisciplinaires. »

Ces recommandations ne précisent pas que le médecin généraliste ne doit surtout pas poser de question à l'enfant. Mais elles encouragent lors de l'entretien avec l'enfant de le mettre d'abord

en confiance et d'utiliser les questions ouvertes afin d'éviter d'induire les réponses. Chez le jeune enfant il est recommandé de le laisser s'exprimer suite aux questions ouvertes pour ne pas l'influencer. Chez l'adolescent, il est possible de lui poser des questions directes mais ouvertes. Le plus important est que le dépistage s'effectue et le plus précocement possible.

Le médecin peut aussi se faire aider du psychiatre pour le dépistage s'il ne souhaite pas le réaliser. L'objectif est que l'enfant soit pris en charge. Un suivi auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue après ce dépistage est pour l'enfant comme pour l'adulte conseillé.

Rappelons que si un médecin est face à un mineur (âge inférieur à 15 ans), il peut dans le but de protéger l'enfant rompre le secret professionnel pour en informer les autorités. Cette déclaration est obligatoire uniquement s'il est devant des sévices objectifs. (article 226-14, 2° du code pénal).

- **Chez l'adulte :**

Un médecin ne propose pas de poser une question chez l'adulte. Et un des médecins précise : « qu'on est vraiment des têtes de pont par rapport à ces problèmes graves ».

D'un point de vue psychiatrique, poser une question directe en consultation ne relève pas plus du courant psychanalytique que du courant comportementaliste. Selon les techniques psychanalytiques, il est important de respecter le rythme du patient et les défenses qu'il s'est créés, tels le déni ou le refus d'en parler. La seule limite se situe du côté de l'urgence, de la non assistance à personne en danger. D'après Freud : « le lion ne bondit qu'une fois ». (66) Il est ainsi nécessaire d'être préparé à accueillir les propos du patient quand la confiance vient. Ce point est précisé par un des médecins qui parle d'opportunité à ne pas louper dans l'entretien collectif. Les médecins par leurs précisions : « **avec subtilité**, en prenant du temps, en ménageant le patient », apparaissent sensibilisés sur le fait qu'il faut respecter le patient, ne pas l'obliger à répondre, ne pas le bousculer, ni le contraindre. « Le tact et la discrétion » en accord avec l'étude (28), sont bien respectés dans cet entretien et sont les deux maître mots de ce dépistage.

Une orientation auprès du psychiatre après le dépistage apparaît en revanche importante. Ce dépistage relève effectivement d'une approche pluridisciplinaire. Le médecin généraliste ne reçoit pas une formation en psychiatrie ou psychologie suffisante, pour prendre en charge le patient tout seul par la suite.

4.2.4 Nouvelle approche pour améliorer le dépistage opportuniste :

Nous avons vu que le dépistage systématique était efficace en terme de nombre de personnes dépistées. (61), (62), (63) Nous pourrions imaginer à chaque première consultation en ville, l'élaboration d'un questionnaire individuel demandant les antécédents médicaux, chirurgicaux, et les antécédents de violences sexuelles comme le préconise la Fédération Française de Psychiatrie « Cela permettrait d'obtenir des réponses. » (19)¹. Une étude montre cependant que cette forme de dépistage systématique est difficile (contraignante et lourde) pour la pratique quotidienne des médecins généralistes. (61) Or ce dépistage opportuniste apparaît délicat pour nos médecins généraliste de Saint-Nazaire. Ils ont peur d'être violents ou trop indiscrets. Les multiples conditions, hésitations et freins évoqués pour poser une question de dépistage, montrent que cette approche est difficile pour les médecins et que le dépistage ne s'effectuerait pas souvent... Trouver un outil pour encourager la pratique de ce dernier est alors nécessaire. Leur offrir un moyen leur permettant de dépister ces violences sexuelles dans toutes les situations révélatrices me paraît intéressant. Leur proposer une question directe mais non agressive par une formulation adaptée pourrait améliorer ce dépistage.

La formulation proposée par la gynécologue lors de mon stage, « avez-vous eu des rapports non désirés ? » me paraît ainsi intéressante. Il est préférable de l'utiliser suite à deux ou trois questions se rapprochant de l'intimité de la personne.

Après un an d'exercice libéral en médecine générale, j'ai pu constater que cette formulation me permet de poser la question facilement sans surprise chez les patients adultes devant des symptômes révélateurs. La personne en face ne se sent ni agressée, ni jugée. Cet outil apparaît intéressant et montre qu'une simple formulation de phrase permet d'estomper les nombreux freins empêchant le dépistage. Le fait que la question soit directe, augmenterait aussi son efficacité.

Deux récits de vie ont été réalisés afin d'illustrer cette pratique et d'obtenir un point de vue de deux patientes (cf Annexe 4).

5 Conclusion :

Les violences sexuelles sont un vrai phénomène de santé publique de par leur fréquence. Elles sont aussi un sujet délicat laissant place à de nombreux tabous chez les patients mais aussi chez les médecins. La souffrance et le silence engendrent de graves conséquences psychologiques et somatiques. Les médecins généralistes ont un vrai rôle dans le dépistage de ces violences en invitant les patients à parler quand les symptômes présentés s'expriment.

Pourtant l'entretien collectif effectué auprès de six médecins généralistes en Loire-Atlantique montre que la plupart des médecins ne sont pas à l'aise pour poser une question sur ce sujet. Ils osent poser une question indirecte dans certaines conditions seulement. Ce dépistage apparaît alors insuffisant. Aucune technique de communication leur facilitant la pratique de ce dépistage ne leur a été donnée.

Pour encourager la pratique du dépistage des anciennes violences sexuelles, il serait intéressant de sensibiliser et de former les médecins généralistes sur ce sujet. Et de leur enseigner aussi une technique de formulation de question opportuniste directe mais non agressive. On pourrait envisager de mesurer l'efficacité d'un tel dépistage. Terminons, en proposant une formation chez tous les professionnels de santé afin d'augmenter ce dépistage.

6 Annexes :

1. Brochure en Loire Atlantique :



Accueil départemental de jour, écoute, accompagnement, hébergement des femmes victimes de violences conjugales et familiales.

9 rue Jeanne d'Arc - 44000 Nantes
Place du marché de Talensac

02 40 12 12 40
solidaritefemmesla@orange.fr
www.solidaritefemmes-la.fr

Numéros d'urgence 24h/24h

15 SAMU
17 Police, Gendarmerie
18 Pompiers
115 Veille sociale, sans abri

Urgences centre hospitalier

Nantes : 02 40 08 38 90
Saint Nazaire : 02 40 90 62 35
Châteaubriant : 02 40 55 88 01
Ancenis : 02 40 09 44 05

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Osez en parler

www.stop-violences-femmes.gouv.fr

Site internet dédié aux violences faites aux femmes présentant les réseaux locaux prenant en charge les femmes victimes de violences.



VIOLENCES FEMMES INFO

APPELEZ LE 3919

NUMERO NATIONAL GRATUIT ET ANONYME POUR ACCOMPAGNER ET ORIENTER LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES ET D'AGRESSIONS SEXUELLES

NANTES

CIDFF de Nantes

Informations juridiques sur les droits des femmes et des familles.

5 rue Maurice Duval
44000 Nantes

02 40 48 13 83
cidfnantes@orange.fr

Sos Inceste pour revivre

Ecoute, accompagnement des victimes d'inceste et d'agressions sexuelles et/ou de leurs proches.

8 rue Félibien
44000 Nantes

02 22 06 89 03
asso@sos-inceste-pour-revivre.org

ADAVI 44

Accompagnement juridique et psychologique des victimes d'infractions pénales.

8 rue d'Auvours
44000 Nantes

02 40 89 47 07
adavi44@wanadoo.fr

Le Planning Familial 44

Accueil, information, contraception, IVG, violences sexuelles.

16 rue Paul Bellamy
44000 Nantes

02 40 20 41 51
mfpf.nantes@free.fr

UGOMPS- CHU Nantes

Prise en charge des victimes de violences, consultations gynécologiques, accompagnement psychologique.

38 Boulevard Jean Monnet
44093 Nantes cedex 1

02 40 08 30 32

SAINT NAZAIRE

Bureau d'aide aux victimes Police-Gendarmerie

Ecoute, conseils et orientation des victimes sur rendez-vous par des assistantes sociales.

Police : **02 53 46 71 56**
Gendarmerie : **02 40 67 55 59**
02 40 67 55 09

CIDFF de Saint Nazaire

Information juridique sur les droits des femmes et des familles, groupe femmes victimes de violences conjugales.

115 boulevard Maupertuis
44600 Saint-Nazaire

02 40 66 53 08
cidfnazairien44@orange.fr

Prévenir et réparer

Accompagnement juridique et psychologique des victimes d'infractions pénales.

15 avenue du Commando
44600 Saint-Nazaire

02 40 01 85 85
prevenir-et-reparer@wanadoo.fr

Le Planning Familial 44

Accueil, information, contraception, IVG, violences sexuelles.

18 rue des Halles
44600 Saint-Nazaire

02 40 66 45 91
mfpf.sn44@free.fr

2. Transcriptions de l'entretien Collectif :

Présentation de chacun et définition du focus groupe et de son déroulement par l'animateur ainsi que la définition de l'abus sexuel, du viol, et de l'inceste.

1/ Connaissez vous la fréquence des violences sexuelles en France ?

Docteur 1 : C'est évoqué sous forme de statistique ?

Animateur : Statistiquement, oui, le pourcentage, le nombre qu'il peut y avoir.

Docteur 1 : Par habitant ?... Ramené à la population ? J'ignore complètement.

Animateur : Par rapport au nombre de gens qui ont eu des violences sexuelles.

Docteur 1 : Non, je n'aurais même pas de chiffre à donner.

Animateur : Le pourcentage de personnes qui ont eu des violences sexuelles.

Docteur 1 : Je n'aurais même pas de chiffre à... proposer, je... dirais sûrement une bêtise.

Animateur : Docteur 2 ?... On a le droit de se lancer dans une réponse même si elle n'est pas bonne...

Docteur 2 : Je n'ai pas d'idée. Je ne sais pas. Peut être 1 %.

Docteur 3 : Je ne la connais pas de façon précise mais je dirais bien... 5 % dans le nombre de cas que je connais dans mes patients... oui je dirai 5 %. Mais je ne connais pas le chiffre officiel exact.

Docteur 4 : Moi j'en ai strictement aucune idée. J'évalue pas du tout là... Je ne sais pas

Docteur 5 : Ce que je crois c'est que de toute façon c'est très minoré par rapport aux déclarations d'agression. Je dirais entre 5 à 10 %, c'est peut être plus.

Docteur 6 : Alors moi je ne sais pas du tout. De toutes les façons comme le docteur 5, je pense que l'on ne sait pas tout et souvent les femmes l'avouent des années après. Donc c'est tabou, c'est secret donc on est bien en dessous de la réalité, je pense. Et je dirai bien peut être 5 % aussi mais j'en ai aucune idée.

Animateur : D'accord. Quelque chose d'autre à rajouter ? Est ce que... si vous ne pouvez pas nous donner de chiffre. Est ce que chacun vous pouvez nous donner un ordre d'idée. Dire si c'est fréquent ou pas fréquent, à votre avis?

Docteur 1 : En relais de ce que tu dis, moi... c'est très rare que j'ai eu... les violences c'est assez courant, mais quand on passe à la violence sexuelle, je pense qu'il y a un tabou pour l'avouer. Et ça moi, j'en ai eu vraiment très rarement en trente ans d'exercice d'évoqué. Donc je dirais que c'est peu fréquent sur ce que j'ai comme retour dans mon exercice.

Docteur 3 : Moi je n'ai pas la même impression que docteur 1, moi je trouve... que s'occuper de signalement, voir un cas vraiment précisément, c'est extrêmement rare effectivement dans notre exercice. Par contre, apprendre comme disait docteur 6, qu'il y a eu des cas longtemps après, 20 ans après, ça moi j'en ai eu assez fréquemment. Donc, j'ai l'impression qu'entre ce qui sort au grand jour et ce qu'il y a en fait... en souterrain, enfin les réels cas, je pense qu'il y en a beaucoup beaucoup plus. Moi, j'ai pas mal de cas quand même de violences anciennes, on va dire, voire très anciennes.

Animateur : Docteur 4, quelque chose à rajouter ?

Docteur 4 : {Ton avec défense}. Non probablement effectivement, c'est probablement sous estimé.

Docteur 5 : Oui je pense que malheureusement, je crois, qu' il y en a beaucoup plus qu'on ne croit et peut être par notre mode d'exercice, c'est vrai qu'on a quand même un emploi du temps assez... parfois... lourd et je ne sais pas si on est toujours aussi, assez performant pour poser la question, ou les questions qui pourraient... parce que sans doute que ces violences sexuelles s'expriment... par des plaintes somatiques diverses, des syndromes dépressifs... et c'est vrai que la question des violences sexuelles, c'est difficile à... les questions ne sont pas simples.

Docteur 6 : Moi je pense que c'est vraiment tabou, la personne qui est la victime, enfin la victime se sent coupable, elle pense que c'est de sa faute donc pour remettre à plat et pour en parler il faut de nombreuses années et quand elle est enfant, ou ado, souvent on ne la croit pas. Donc moi je m'aperçois que parmi ma clientèle essentiellement féminine, qu'elle me l'avoue mais des années après.

2/ Quels symptôme(s) vous amènerai(en)t à rechercher l'existence de violence sexuelles ?

Docteur 1 : Il y a les symptômes d'ordre physique et psychologique. Il y a ces deux ordres. Symptômes physiques... des traces de violences... des contusions... des hématomes, voir des blessures... qui prouvent qu'il y a eu des scènes d'intrusion sexuelle. Après il y a les symptômes... psychologiques d'appel. Ca peut être une grande angoisse, une grande détresse... quelqu'un qui se renferme sur lui même. Quelqu'un qui va avoir un comportement chez les enfants... de renfermement, à l'école de mauvais rendement, de grande interrogation des parents. Et puis après il y a un mélange des deux, c'est à dire des plaintes psychosomatiques qui doivent aussi nous interpeller. Des enfants qui ont mal au ventre,... des enfants qui ont des douleurs... des plaintes mal étiquetées et surtout répétitives chez eux. C'est à dire qu'on voit l'enfant revenir régulièrement au cabinet, donc au bout d'un moment on va se poser des questions, savoir si ce n'est pas d'ordre psychologique et puis s'interroger dans le contexte social qu'on a, ou le contexte familial qu'on a. En connaissant un petit peu le vécu familial, si des doutes qu'on avait déjà émis auparavant ne peuvent pas se corroborer et puis se poser cette question de savoir s'il y a pas eu des violences sexuelles. Voilà, je m'arrêteraïs là pour laisser un petit peu...

Docteur 2 : Des marques de violence..., des coups..., des plaintes du patient directement.

Docteur 3 : Moi je discernerais le court terme et le plus long terme. Vraiment juste après quand on a un doute... des symptômes, ce que disait docteur 1... d'échec scolaire et de changement de comportement, de choses comme ça. Mais pour moi ça, c'est extrêmement rare. Une ou deux fois c'est vrai que {il souffle} j'ai eu un doute. Et c'est vrai que je ne me lance pas dans la recherche de quelque chose dans l'immédiat... j'ai plutôt tendance à faire chez l'enfant rapidement appel au service de Pédiatrie. Les symptômes au plus long cours... Systématiquement moi chez une femme, ou je vois que l'examen gynéco est franchement difficile, elle est très contractée, elle n'est pas bien, systématiquement moi je lui pose la question : « y a pas eu un petit problème quand vous étiez jeune ? Ya pas eu quelque chose ? » et assez fréquemment , il y a quand même une réponse, il y a quand même quelque chose, j'ai eu plusieurs fois la réponse « bah si j'ai eu quelque chose », quand vraiment il y a un examen gynéco qui se passe d'une façon « anormale », une contraction vraiment surprenante. Et de temps en temps, c'est un de mes confrères vendéens qui me disait ça, que systématiquement devant des colopathies fonctionnelles... durables, récidivantes..., avec rien au niveau clinique il posait la question de temps en temps aussi. Et dans des symptômes à long terme sur des colopathies fonctionnelles, assez souvent quand même il y a des histoires comme ça anciennes.

Je voulais juste rebondir sur ce que disait le docteur 5, le problème c'est le problème de temps, c'est qu'on ne pose sans doute pas la question parfois en se disant j'ai déjà une demi-heure de retard, si je pose la question je vais me retrouver embarqué dans une consultation... alors c'est peut être inconscient, mais je pense qu'il y a ce phénomène là qui... peut être que du coup on ne pose pas les questions, on se dit... puis on laisse filer quoi.

Animateur : Docteur 4 ? On a le droit de répondre de redire la même chose que les autres. Vous pouvez rajouter ou reformuler les mêmes réponses.

Docteur 4 : Sur les symptômes je pense que ça doit être multi symptomatique. Je pense que ça peut se présenter sous différentes formes, pour certaines fonctionnelles comme on disait. Et je pense que c'est surtout quand on apprend les choses qu'on se dit ah oui donc ça explique les choses. {de manière enthousiaste}. Je pense que c'est difficile, de dire oui une colopathie

fonctionnelle voilà c'est ça... c'est toujours a posteriori, une fois qu'on sait l'histoire ou qu'on apprend qu'il y a eu des choses qui se sont passées, on se dit ah oui ça explique pourquoi cette personne ressent ces choses là. Mais je trouve qu'en terme de dépistage, de signe particulier, je pense que ça doit être très très... difficile à identifier. Ça peut s'exprimer je ne sais pas, ce que disait docteur 1, en fonction des cultures , en fonction des milieux familiaux, ça peut s'exprimer à mon sens de tellement de différentes façons, qu'un dépistage sur des signes particuliers, je ne sais pas si c'est faisable.

Docteur 5 : {Voix timide} Concernant les signes physiques... autant il peut y avoir quelques contusions... des petits bleus sur tout les corps, autant il est particulièrement rare de voir des lésions dans la zone sexuelle. Je crois que... quand l'enfant ou la femme vient en consultation, il n'y a plus trop de lésion dans ces zones là, je ne pense pas. Enfin personnellement, j'ai rarement vu... autrement c'est sur un examen, une dyspareunie, par exemple comme disait docteur 3, un examen gynéco difficile, parfois plus ou moins couplé avec des infections urinaires récidivantes tout ça peut éventuellement évoquer... et puis autrement tous les signes d'ordre psychologique... et les baisses... de rendement à l'école, de résultat scolaire..., le retrait social..., les modifications du comportement... mais bon c'est vrai que, j'ai l'impression qu'on passe quand même très souvent à côté.

Docteur 6 : Je dirais qu'effectivement, il y a deux sortes de violences physique et morale. Souvent ça se passe dans l'enfance et dans l'enfance c'est quasiment difficile de détecter ces violences sexuelles, enfin sur les enfants. Moi j'ai eu deux cas d'enfant où ça s'est passé et... j'ai fait un signalement, enfin je me suis aidé d'un pédiatre et d'un pédopsychiatre pour que la mère, c'est souvent la mère qui vient un petit peu inquiète, « ma fille... », c'est souvent, c'était deux cas de petites filles, « ma fille a des rougeurs à chaque fois qu'elle revient de chez son père au niveau de... la vulve et quand je lui pose des questions, etc... ma fille me donne des réponses très bizarres » donc... là évidemment je me suis aidé d'un pédopsychiatre et d'un pédiatre pour le signaler et là il y a eu une procédure judiciaire. Quand aux autres femmes, c'est souvent elles qui m'en parlent spontanément. Alors effectivement, soit elles ont le courage et elles me l'avouent et je vois bien qu'il y a des traces de coup et de violence. Donc là aussi on va faire une procédure. Quand elles me l'avouent c'est qu'elles ont le courage de faire une procédure sinon dans la plupart des cas, c'est des années après qu'elles m'avouent

soit que le père avait abusé d'elle, soit que c'est le frère, soit que c'est... un tiers, mais c'est souvent un ami de la famille et dans l'enfance, dans la petite enfance. Alors quand on pose la question, « est ce que vous en avez parlé ? » « Ben non je pensais que c'était naturel. Puis après quand j'ai compris et ben je me sentais coupable et puis quand je l'ai dit à ma mère elle n'a pas voulu me croire ». Alors les répercussions, c'est sur, plus tard et bien c'est la dépression, l'obésité, les troubles du comportement, une scolarité très perturbée, ça reste toute la vie. Même si elles refont leur vie elles-mêmes, ça reste.

3/ Quelle (s) question (s) poseriez vous alors (quelle formulation) quand vous suspectez une violence sexuelle ?

Docteur 6 : Ca dépend déjà de l'âge de la personne, et puis ensuite je leur pose, « avez vous subi des violences ? », carrément la question, « avez vous subi des violences sexuelles » ?

Animateur : Donc c'est une seule question ?

Docteur 6 : Oui

Docteur 5 : Je voudrais revenir sur une chose, c'était peut être plutôt sur la deuxième question. La personne vient toujours de toute façon, en consultation pour un autre motif que celui-ci. Autrement elle a été à la police, elle a été faire sa déclaration etc... donc de toute façon, on est toujours devant un motif de consultation qui n'est pas celui de la violence sexuelle. Donc... c'est vrai, pour revenir à ce que je disais tout à l'heure, quelle question poser quand... en étant confronté, quand on y pense ? Bien déjà on n'y pense pas souvent, et c'est vrai que formuler la question comme le disait docteur 6, « avez vous subi des violences sexuelles ? »..., je pense que l'on va directement à la question euh « non »... je crois que c'est essayer de retrouver un petit quelque chose dans la consultation qui puisse éventuellement la faire revenir.... pour essayer de mûrir la question. Ca doit être sans doute très subtil comme abord.

Animateur : Vous ne vous voyez pas poser la question directement ?

Docteur 5 : Ca dépend comme disait docteur 6 l'âge de l'enfant...., si c'est un adolescent, si c'est un homme... c'est essayer de... sûrement pas de ferrer tout de suite !

Docteur 4 : Moi j'écoute ce que disent docteurs 6 et 5 et je me retrouve assez bien dans ce qu'ils disent. C'est à dire, j'aurais tendance à poser la question directement « avez vous été victime de violences sexuelles ? »... mais en même temps ce que dit docteur 5 est tout à fait vrai, c'est à dire, qu'il faut peut être avoir un peu plus de subtilité, et un peu plus de... sans doute prendre un peu plus de temps et en tout cas laisser des portes ouvertes dans la façon de procéder.

Docteur 2 : Je pense que la question directe là, je ne la poserais pas comme cela, j'attendrais que cela vienne plutôt de la patiente, du patient. Je ne dirais pas « violence sexuelle » mais je dirais « violence » et puis je viendrais petit à petit à la faire parler sur une éventuelle violence sexuelle qu'elle aurait pu avoir. Je ne poserais pas une question directe, je resterais assez ouvert sur la question.

Docteur 1 : Moi ça fait appel à notre propre pudeur tout ça. C'est des sujets... on y va un peu sur la pointe des pieds pour aborder cela avec les patients. Moi, je rejoindrais un peu docteur 5, je pense que d'abord je préparerais un peu la piste, je dirais, je formulerais ça. Je dirais : « je fais appel vraiment à des questions très intimes. Vous n'êtes bien sûr pas obligé de me répondre. Enfin, vraiment je dresserais... le décor un peu comme ça et puis comme disait docteur 5 ne pas lancer une réponse tout de suite, ne pas l'obliger, lui dire « je reste ouvert, revenez me voir la semaine prochaine ou revenez me voir un jour. Mais sachez qu'à un moment donné il faut que vous vous exprimiez là-dessus si vous sentez s'il y a vraiment quelque chose. Et après c'est vrai que c'est formuler des mots qui font appel à la pudeur comme je disais sexuelle par rapport à notre statut de médecin et par rapport au patient... oui on peut le formuler mais peut être pas aussi directement, parce que je pense que le patient il va se fermer comme une huître si d'un seul coup on le met au pied du mur à... répondre à cette chose qu'il a emmagasiné en lui, sur laquelle il a fait des énormes murailles de défense . C'est un peu à mon avis casse gueule de... on risque de refermer encore l'huître un peu plus fort.

Docteur 3 : Moi je voulais discerner deux cas de figures complètement opposés à mon avis. Avant l'adolescence, petit, moi je crois vraiment qu'il ne faut surtout pas poser la question, et surtout ne rien dire et surtout ne rien faire. A mon avis, c'est à dire, quand j'ai un doute, c'est arrivé trois quatre fois, j'appel le service de pédiatrie, en disant que j'envoie parce que j'ai un doute. Moi je crois déjà poser la question c'est un peu gêner la suite.

Parce que je pense vraiment que la réponse, l'enfant ou le très jeune, il ne va pas la faire cinq fois, il va la faire une fois et je pense qu' il faut que ça soit avec un professionnel habitué à gérer ça. Et que ce n'est pas notre rôle, c'est trop compliqué pour nous. Dans le service de pédiatrie, ici, c'est enregistré tout, enfin c'est fait de façon nickel. Et je crois que si nous avant on a déjà interféré, et si on a essayé de comprendre un peu déjà les choses déjà par nos questions, on a déjà un petit peu orienté l'affaire, et je pense que c'est gênant pour la suite. Donc moi petit avant l'adolescence je ne ferais surtout rien!

Ensuite alors plus grand, moi je trouve que la question violence sexuelle c'est déjà extrêmement violent et exprimé comme cela je trouve que c'est violent vis à vis de notre patient. Moi ça me semble impossible de poser la question en disant dans la même phrase violence et sexuelle, je trouve ça très violent. Donc je disais tout à l'heure que moi si j'ai une femme qui est vraiment très très mal à l'aise à l'examen gynéco, je lui dis mais selon notre pudeur comme disait docteur 1, « c'est une réaction étonnante, il n'y a pas eu des choses, c'est bizarre, vous n'êtes pas... » enfin voilà quoi avec des mots complètement banalisés. Et surtout pas « violence » et surtout pas « sexuelle », en essayant d'aborder les choses de façon assez vague. Et moi je pense que comme cela on a plus facilement une réponse positive et vraie que en posant je répète une question violente et intrusive, comme ça, moi j'ai vraiment l'impression d'un geste, d'un coup de poing dans la figure. {petit rire}

Animateur : En fonction de ce qu'il a été dit, est ce que vous avez quelque chose à rajouter docteur 6?

Docteur 6 : Euh oui, Peut être que je ne formulerais pas directement la question, c'est vrai. De toutes les façons dans ma clientèle, je ne l'ai jamais formulée directement, j'entame une conversation bien sûr avant et puis c'est souvent la personne qui me l'avoue.

Docteur 5 : Je reviendrais sur ce que disait docteur 3, Je me posais cette question, est ce que c'est à nous de poser cette question ? J'en suis pas certain. Je crois que notre rôle est vraiment de... je crois de préciser l'environnement, vraiment tout ce qui tourne autour de l'enfant, de l'adolescent... et... vraiment de préciser son contexte psychologique, son environnement. Mais là vraiment, si on a un doute, je ne sais si c'est la question qu'il faille poser, je ne crois pas, est ce qu'on ne dénonce pas un peu la situation ? Est ce qu'on ne déclenche pas une guerre ?

Docteur 6 : Chez l'enfant, oui bien sûr. Chez l'enfant quand j'ai eu des doutes, je me suis fait tout de suite aider de pédopsychiatre et de pédiatre. J'ai rien géré.

Docteur 4 : A mon avis on peut trouver assez facilement des relais pour pouvoir parler de ça en dehors de notre cabinet. Mais effectivement...

Animateur : Mais quelle question poseriez vous ?

Docteur 4 : {Ton agacé} Mais les questions je ne sais pas, ça dépend de la relation qu'on a avec son patient. C'est très personnel. C'est aussi un peu toute la dextérité du métier, qu'on sait qu'on peut poser telle question à telle personne mais qu'on ne la posera pas à d'autres. Voilà. C'est un petit peu le métier qui sait ce que l'on peut dire ou pas dire à certain patients.

Animateur : Docteur 2, vous avez quelque chose à rajouter ?

Docteur 2 : Non, je suis d'accord avec ce que vient de dire docteur 4, en fonction de la relation qu'on a avec le patient. Quelqu'un qu'on connaît plus que d'autres, on posera peut être des questions un peu plus précises. Quelqu'un qu'on ne connaît pas bien, non on ne va pas directement poser la question.

Animateur : Docteur 1 ?

Docteur 1 : Non.

Animateur : Docteur 3?

Docteur 3 : Non.

4/ Quelles sont les difficultés qui vous empêcheraient de poser cette ou ces questions ?

Docteur 4 : Je crois le temps comme disait docteur 5, le temps qui nous est imparti pour réaliser une consultation, qui est souvent encombré par plein d'autres choses que le dialogue et puis peut être ma propre surprise à l'évocation de ce problème là vis-à-vis de ce patient. C'est vrai que c'est des questions qui nous... surprennent aussi quand on aborde ce problème là avec un patient, je pense que c'est quelque chose qui prend de l'ampleur, alors je pense qu'il faut être suffisamment adroit pour reproposer d'autres consultations ou d'autres rencontres et voilà...

Docteur 5 : Pouvez vous relire la question {air timide} ? Parce que je pense que quelque part, cette question me paraît vraiment... trop brutale et j'aurais vraiment l'impression comme disait docteur 1 de vraiment fermer l'huître. Je crois qu'il faut ne surtout pas perdre contact, si on a vraiment ce doute là, c'est trouver tous les moyens qu'on a en notre possession pour ne pas perdre le contact et de toute façon toujours en rapport avec l'âge de la personne qui a subi ces abus... je continue à dire qu'il faut vraiment essayer de bien... bien préciser le contexte l'entourage, et... poser cette question bornée me paraît toujours trop brutale.

Docteur 6 : La difficulté de poser la question, c'est d'abord ne pas connaître suffisamment la personne. Il faut qu'il y ait un lien, un état de confiance, que la personne soit sûre qu'en me confiant son secret, ou si je pose la question, qu'elle soit sûre qu'il y est une aide et non pas que je ne vais pas divulguer à d'autres personnes son secret. Et bien sûr il faut être assez prudent et instaurer un climat de confiance pour pouvoir dialoguer et partager sa souffrance.

Docteur 3 : Trois raisons... la première c'est la contrainte de temps, parce qu'on est toujours poussé, et c'est un peu difficile, on a peur de s'embarquer dans des choses un petit peu longues. Ca, c'est la première chose. La deuxième chose c'est la pudeur, je disais toute à l'heure, la violence de la question. Et notre pudeur personnelle, la peur de... oui, on a peur de

poser la question soi-même, d'être violent vis à vis de la personne. Ca c'est la deuxième chose. Et puis, la troisième chose, c'est la peur de tout ce que ça va déclencher derrière, ça doit déclencher derrière, au niveau de la famille qu'on connaît, au niveau de tout ça, donc ça c'est la troisième retenue.

Docteur 1 : Je crois qu'il faut insister sur le fait qu'on est dans le secret médical, c'est à dire, dire au patient qu'on n'est pas juge, qu'on n'est pas de la police. C'est la difficulté qui peut se trouver, que la personne ne soit pas en confiance. Ca, un moment donné, faut le formuler. Ca paraît tellement évident, mais des fois sur des choses tellement importantes, Que les gens entendent qu'on est vraiment dans un sanctuaire de tout ce qui va être dit. Après c'est de ... revenir sur cette notion de tabou, parce que c'est des tabous pour nous aussi, faut essayer de se déshabiller un petit peu vis-à-vis du patient. De leur dire, moi je suis très gêné d'aborder avec vous cette chose là. Cette difficulté c'est aussi nous, de pas se mettre à la hauteur de la gravité et de la situation, c'est un peu ça. Et ce que tu disais docteur 3, de se retrouver dans une situation où vraiment on marche sur des œufs, et avec surtout ce que tu disais c'est de... on est dans le médico légal aussi. Donc c'est aussi une difficulté pour nous parce que on sait très bien qu'on va s'impliquer nous à un moment donné dans un témoignage avec... en arrière pensée... d'être convoqué par le procureur ou la police comme témoin. C'est aussi pour nous, se créer un problème, qui n'en serait pas un si on le déclençait pas mais qui peut devenir un problème en plus, avec tous les soucis que cela comporte d'être impliqué dans une chose aussi grave. C'est aussi pour moi une grande difficulté. Et ça je pense on l'a toujours en tête, de se dire, ou je vais me mettre ? Dans quelle situation vais je me mettre ?

Docteur 2 : Moi je pense que tout a été à peu près dit. La difficulté c'est d'éviter à la personne de se refermer et de la bloquer. Donc il faut rester ouvert, savoir la conseiller sur les professionnels spécialisés à lui proposer. Voilà faut pas qu'elle se bloque.

Docteur 5 : On peut penser que nous sommes des humains et on peut aussi se tromper. Donc on peut penser à une évidence mais on peut aussi se tromper.

Docteur 3 : Moi je voulais rajouter une chose. Parfois on pense vaguement, la consultation s'oriente un petit peu, on se dit tiens peut être, et que si on rate le coche parfois on a pas pose

la question après on se dit, il y avait peut être un doute, mais après « l'occasion ne se représente plus ». Et que des fois j'ai l'impression que si on rate le coche après on ne l'aura plus jamais, cette occasion d'aborder la chose. J'ai deux ou trois fois, ça m'a traversé l'esprit puis je l'ai pas fait puis après entre guillemets l'occasion ne s'est pas représentée. Parce que c'est un peu difficile de déclencher a posteriori un mois ou deux mois après à nouveau l'interrogatoire là dessus. Voilà, si on rate le coche, parfois on n'a plus jamais l'occasion d'en reparler !

Docteur 6 : Les personnes violentées sexuellement n'avouent pas tout de suite ce qui est fait. Même si elles vont à la police, elles n'avouent pas à leur médecin traitant les faits de ces actes. Et que très souvent, on s'aperçoit que c'est des années après qu'elles osent en parler. Elles ou ils bien sûr, parce qu'il y a plus de femmes en proportion que les hommes et... et bien il y a une profonde souffrance toute leur vie. Elles traînent ça comme une galère. Elles ou ils bien sûr.

Animateur : Docteur 5, avez vous quelque chose à rajouter ?

Docteur 5 : Euh peut être, vraiment redire que ça doit sûrement exister plus qu'on ne croit.

Animateur : Docteur 3?

Docteur 3 : Mon expérience, c'est effectivement qu'on voit que la partie émergée de l'iceberg. Car moi j'ai vu pas mal de cas, qui m'ont été exprimés en consultation, souvent très longtemps après mais où il n'y a pas eu de plaintes, il n'y a rien eu. On en parle des années après. Moi j'ai eu pas mal de cas dans ma patientèle ou ils n'ont rien fait car il ne fallait pas le faire dans le moment mais je pense qu'on ne connaît qu'une petite partie du problème.

Animateur : Docteur 1 ?

Docteur 1 : Il y a peu de professions où on puisse aborder ce problème, où les gens puissent se livrer avec ce côté... Avant on disait la confession mais c'est moins représenté. Même, Est ce que les prêtres en confession peuvent entendre ce genre de chose maintenant ? Qu'est ce qu'ils

en font ? Euh nous on est des travailleurs sociaux à ce niveau là. Cette écoute elle est hyper importante. C'est à dire qu'on est vraiment des têtes de pont par rapport à ces problèmes graves et je ne vois pas comment on peut ne pas être prêts, formés à ce genre de chose parce que en y réfléchissant comme ça c'est vrai, qu'on voit qu'on a des différentes réponses, qu'on n'est pas spécialement bien pointus sur les conduites à tenir, parce qu'en fait il faut être réactif, faut vraiment dès qu'on a la chose... faut vraiment pas se gourer, on a vu que vraiment... on marchait sur des œufs, mais moi j'insisterais sur le fait qu'on est sûrement une des professions, ... rares professions à pouvoir crever l'abcès.

Animateur : Docteur 2 ?

Docteur 2 : Non, non je n'ai pas grand chose à rajouter.

Animateur : Nous allons terminer là, nous allons arrêter l'entretien.

3. Tableau de l'analyse de contenu par codage :

	Docteur 1	Docteur 2	Docteur 3	Docteur 4	Docteur 5	Docteur 6
Connaissance exacte de la fréquence des violences sexuelles	NON Dit qu'il ne sait pas	NON Dit qu'il ne sait pas	NON Dit qu'il ne connaît pas précisément.	NON Dit qu'il ne sait pas	NON Fait des suppositions	NON Dit qu'elle ne sait pas
Connaissance approximative de la fréquence	NON	1 %	5 % Sous estimée	NON Sous estimée	5 à 10 % Sous estimée	5 % Sous estimée
Qui sont les victimes ?	Les enfants Les adultes		Les enfants et les adultes		Les femmes, les enfants et les hommes	Souvent les femmes et les enfants par un proche. Les hommes
Révélation	Tabou		Révélation tardive		Consultation pour un autre motif	Révélation tardive Tabou
Les Conséquences	Symptômes physiques et psychologiques Contusions Angoisses Troubles du comportement : Troubles de la personnalité chez l'adulte et de rendement scolaire chez l'enfant. Troubles psychosomatiques chez l'enfant, répétitifs	Contusions	Symptômes à court et long terme Contusions Troubles du comportement et d'échec scolaire. Examen gynécologique difficile. Colopathie fonctionnelle récurrentes.	Symptômes multi symptomatiques Troubles Psychosomatiques non spécifiques	Symptômes physiques et psychologiques Dépression Plaintes somatiques Contusions Examen difficile et symptômes gynécologiques (dyspareunie, Infection urinaire répétitives) Troubles du comportement Troubles de la personnalité et échec scolaire chez l'enfant	Symptômes physiques et psychologiques. Sentiment de culpabilité de la victime Dépression Obésité Troubles du comportement Echec scolaire. Contusions
Quelle question poser, face à un doute?	Pose une question indirecte. Précise que c'est le rôle du médecin	Pose une question indirecte. Pas de question type Reste à	Pose une question indirecte. Pas de question chez l'enfant.	Avez vous eu des violences sexuelles ? Pas de question chez l'enfant.	Ne pose pas de question Pas de question chez l'enfant	Avez vous subi des violences sexuelles ? Pas de question chez

	Pas de question type	l'écoute de la patiente	Pas de question type			l'enfant.
Attitude et précisions lors de la question	Ménager le patient avant et après lui avoir posé la question Rassurer sur l'existence du secret médical	Amener le patient petit à petit à en parler seul Ne pas dire violence sexuelle	Un abord vague est nécessaire, Sans utiliser «violences sexuelles » Saisir l'opportunité pour en parler	Avec subtilité, en laissant du temps et des portes ouvertes	Trouver un prétexte pour faire revenir la patiente. Laisser du temps.	En contradiction sur le fait de poser ou non la question. Les patients se livrent souvent directement.
Les freins pour aborder le sujet	Pudeur personnelle Peur de rompre la relation Peur de ne pas gérer les conséquences. Le manque de formation	La relation patient-médecin de confiance	Le manque de temps La violence de la question La pudeur La peur de ne pas gérer les conséquences L'âge du patient	La relation Patient-médecin de confiance Le manque de temps	Le manque de temps. Le manque de formation Enfant ou adolescent Peur de rompre la relation La formulation d'une question adaptée. La violence de la question La peur de ne pas gérer les conséquences et de se tromper	Proximité de l'agresseur et de la victime Enfant ou adolescent La relation patient-médecin de confiance
Vers qui orienter ?		Relais vers professionnels spécialisés	Pédopsychiatre	Relais en dehors du cabinet		Pédopsychiatre

4. Récits de Vie :

J'ai décidé d'interroger deux patientes dépistées par ce gynécologue il y a quelques années. Ces patientes ne s'étaient jamais confiées auparavant. Elles ont vu de nombreux spécialistes et ont effectué de nombreux examens complémentaires coûteux. Suite au dépistage, elles ont accepté d'effectuer une psychothérapie de plusieurs mois qui a été bénéfique pour leur état de santé. Elles ont accepté de me raconter les faits. J'ai retranscrit à l'identique les paroles émises le jour de l'interview.

1/ **Mme B** est âgée de 50 ans, est mariée et a deux enfants.

Elle souffre depuis l'âge de 9 ans d'algies pelviennes importantes. Cela l'invalide, la réveille la nuit notamment lors des crises. Les traitements antalgiques et les somnifères que lui prescrit son médecin traitant ne sont pas suffisants. Elle est alors dirigée vers de nombreux spécialistes et subit de nombreux examens complémentaires. Elle consulte un gastro-entérologue qui réalise un bilan dont une coloscopie qui se révèle normale. Un premier traitement par Débridat® est mis en place, celui ci est inefficace. Elle consulte le centre anti douleur qui lui prescrit un traitement par Rivotril®. Inefficace à son tour, elle consulte un neurologue qui évoque une malformation de la colonne vertébrale. Il lui prescrit du Lyrica®. Les douleurs sont accentuées lors des règles, la patiente est alors traitée par estroprogestatifs pour arrêter ses cycles. Une coelioscopie est normale.

Lors d'une consultation de gynécologie, la patiente dit devant ses douleurs : « En fait je voudrais qu'on me coupe entre le nombril et les mi cuisse. » A ce moment, la gynécologue, sensibilisée sur le sujet, comprend la symbolique de ses gestes et l'amène à lui faire parler de son traumatisme en lui posant la question : « avez-vous eu des rapports non désirés ? »

Effectivement, elle raconte qu'à l'âge de 14 ans, elle a été victime d'une agression sexuelle. Terrorisée, elle tente d'en parler à sa maman qui la gifle et lui demande d'aller se laver puis se coucher. Depuis, elle dit ne plus en avoir jamais reparlé, ayant peur du regard et du jugement. La gynécologue, devant cette révélation douloureuse, l'encourage alors fortement à aller consulter un psychologue afin de pouvoir parler de « cette douleur ». Elle accepte finalement après plusieurs années de refus, d'aller consulter un psychothérapeute. Aujourd'hui après un an et demi de psychothérapie, Mme B se confie. Elle ne prend plus aucun traitement

médicamenteux. L'intensité de ses douleurs a diminuée de 50%. Elle présente encore par moment, essentiellement « des moments d'anxiété associés à des maux de ventre. » Mme B dit: « si mes douleurs avaient continué, je me serais tiré une balle dans la tête. Je n'aurais pas pu continuer comme cela. »

Aujourd'hui Mme B affirme le bénéfice de la parole. « Et pourtant au début je n'avais pas envie de parler, j'étais prise de crise douloureuse en y allant et pendant les séances. Il a fallu que je ressorte toute la douleur, ma haine et ma colère, que je pleure beaucoup, il a fallu 8 mois. Le plus dur est de parler de soi, j'avais peur du jugement. Je ressens encore maintenant des angoisses en y allant. »

« Pour mon médecin traitant j'étais une folle, il n'y avait plus rien à faire. J'avais l'impression que l'on m'avait collé une étiquette. Aujourd'hui je reconnais le lien entre mon vécu et mes douleurs. J'aurais souhaité qu'il recherche le lien. Le médecin devrait chercher ce lien avec des questions ou bien nous adresser à quelqu'un pour le rechercher. Les médecins nous considèrent trop comme des machines. En psychologie, j'ai trouvé de l'écoute. Ma gynécologue a su faire ce lien. On pouvait parler de tout, il n'y avait pas de tabou, je ne me sentais pas jugée. Si je n'avais pas été accompagnée je n'y serai jamais allée. Si l'on m'avait aidée à 12/13 ans, cela m'aurait évité de faire n'importe quoi. Le médecin devrait travailler davantage avec les psychologues. Il y a un manque total de compréhension et de suivi. Le patient est trop considéré comme client. On a l'impression d'être des numéros. C'est la faille du système. C'est comme un professeur quand l'enfant n'est pas sage. Comme s'il y avait une ligne que l'enfant ne devait pas franchir. Je remercie ma gynécologue d'avoir été à l'écoute. Les médecins devraient avoir cette formation. La psychologie reste un domaine très tabou, j'ose à peine en parler à ma famille, je dis que je me fais soigner. »

2/ **Mme D** a 40 ans, elle a 2 enfants..

Elle souffre d'endométriose stade 3 depuis ses 20 ans. Ses rapports sont douloureux et elle a eu beaucoup de difficultés à avoir des enfants. Elle bénéficie de 7 coelioscopies pour le bilan de ses douleurs et le traitement chirurgical de son endométriose. Un médecin lui dira qu'elle ne pourra pas avoir d'enfant.

Un jour elle consulte le gynécologue pour des mycoses à répétition et des algies pelviennes. En montrant son ventre, elle exprime : « je voudrais que l'on m'enlève tout ». La gynécologue lui pose la question et découvre que la patiente a été victime d'un pédophile de 9 ans à 13 ans.

« Je ne me rendais pas compte que c'était mal. Je me suis enfermée dans la drogue et l'alcool de nombreuses années de ma jeunesse. Je me suis faite aider par un psychologue. Pour moi, l'endométriose était une protection, on ne pouvait pas me toucher le ventre. Aujourd'hui, je pense que le lien est obligatoire. Il y a dix ans, je n'aurais peut être pas accepté de répondre . Les médecins sont débordés, c'est dommage. Les médecins avec qui on est fidèle devraient creuser, poser des questions. Je n'ai pas été assez guidée, prise en main. Le médecin doit rentrer dans le sujet. Aujourd'hui je suis moins ennuyée par mes douleurs, mais je souffre d'un manque de libido. »

Ces deux récits de vie, peuvent encourager le médecin à se demander s'il a posé toutes les questions dans certains dossiers.

7 Bibliographie :

1. Simon V. Abus sexuel sur mineur. Armand Colin. Paris; 2004.
2. Maczyta E. Abus d'abus. Prescrire. 1998 Avril;18(183).
3. Krug E, Dahlerg L, Mercy J. Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation mondiale de la santé. Genève; 2002.
4. Jaspard M, Brown E, Condon S. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. La documentation française. Paris; 2003.
5. Beck F, Cavalin C, Maillochon F. Violences et santé en France: état des lieux. La documentation française. Paris; 2010.
6. Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé. INPES.
7. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. La Découverte. 2008.
8. Hebert M, Cyr M, Tourigny M. Agression sexuelle envers les enfants- Tome 1. Presse de l'université du Québec. Québec; 2011.
9. Bajos N, Bozon M. Les violences sexuelles en France: quand la parole se libère. Population et sociétés, INED. 2008 Mai;(445).
10. SNATEM: Rapport d'activité, 63, bd Bessières, Paris. 1999.
11. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales ONDRP. disponible sur le site: <http://www.inhesj.fr>; 2008 et 2009.
12. Tournyol du Clos L, Le Jeannic T. Les violences faites aux femmes. INSEE Première. 2008;INSEE.
13. Whitaker D, Le B, Hanson R, Baker C. Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: a review and meta-analysis. Child abuse and Neglect. 2008;32:529-48.
14. Wikipédia. Trouble de stress post traumatique (en ligne). Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Trouble_de_stress_post-traumatique&oldid=97874473 (consulté le 10/09/2013);
15. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. MINI DSM-IV-TR. Critères diagnostiques (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D Guelfi et al. Masson. Paris; 2004.
16. Breslau N, Davis G, Andreski P. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban

population of young adults. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1991;48:216–22.

17. Levitan R, Parickh S, Lesage A. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania and gender. *Am J Psychiatry.* 1998;155:1746–52.
18. Brown J, Cohen P, Johnson J, Smailes E. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38:1490–6.
19. Fédération Française de Psychiatrie avec le soutien de la Direction Générale de la Santé, Horassius N, Mazet P. Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir. John Libbey Eurotext. Paris; 2004.
20. Felitti V. Long-term medical consequences of incest, rape and molestation. *South Med J.* 1991 Mar;84(3):328–31.
21. Cole P, Putnam F. Effect of incest on self and social functioning: a developmental psychopathology perspective. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60:174–84.
22. Luntz B, Widom C. Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry.* 1994;151:670–4.
23. HAS. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins: reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur (en ligne). Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/reco2clics_reperage_et_signalement_inceste_par_les_medecins.pdf; 2011.
24. Newman M, Clayton L, Zuellig A. The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization. *Psychol Med.* 2000;109:20–5.
25. Farley M, Patsalides B. Physical symptoms, posttraumatic stress disorder, and healthcare utilization of women with and without childhood physicals and sexual abuse. *Psychol Rep.* 2001;89:595–606.
26. Salmona M. *Le livre noir des violences sexuelles.* Dunod. Paris; 2013.
27. Mimoun S. Gynécologie psychosomatique. *Gynécologie.* 2003;167(A):10.
28. Lachowsky M. Endométriose et psychosomatique - EM|consulte. *Gynecologie.* 2006;150(A):60.
29. Berberich H, Neubauer H. Urological dysfunction after sexual abuse and violence. *Urologe A.* 2004;43(3):273–7.
30. Leserman J, Drossman D, Li Z, Toomey T, Nachman G, Glogau L. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how type of abuse impact health status. *Psychosom Med.* 1996;58:4–15.
31. Adam P, Le Tyrant M, Lejoyeux M. Approche psychosomatique des affections

- rhumatologiques. EMC Appareil locomoteur. 2011;1–9.
32. Guérin V. Stop aux violences sexuelles! Écoutons donc ces corps qui parlent. Auto ed. Paris; 2011.
 33. Pomey-Rey D. La peau et ses états d'âme. Hachette Littérature. Paris; 1999.
 34. Coté L. Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques. Santé mentale au Québec. 1996;21(1):209–27.
 35. Meichenbaum D. A clinical Handbook/ Practical Therapist Manuel. Institute Press Waterloo. 1994;
 36. Terr L. Childhood traumas: An outline and overview. American Journal of Psychology. 1991;148:10–20.
 37. Downs W. Developmental considerations for the effects of childhood sexual abuse. Journal of Interpersonal Violence. 1993;8:331–45.
 38. Rizzolatti G, Sinigaglia C. Les neurones miroirs. Odile Jacobs. Paris; 2008.
 39. Tomasello M. Why We cooperate. MIT Press. Cambridge; 2009.
 40. Favre D. Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions. Enfance 4/2005. 57:363–82.
 41. Dolcos F, Labar K., Cabeza R. Interaction between the amygdala and the medial temporal lobe memory system predicts better memory for emotional events. 2004;42:855–63.
 42. Bremner J, Vythilingam M, Vermetten E. MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. 2003;160:924–32.
 43. Woolley C, Gould E, McEwens B. Exposure to excess glucocorticoids alters dendritic morphology of adult hippocampal pyramidal neurons. Brain res. 531:225–31.
 44. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. Nat Neurosci. 2009;12:342–8.
 45. Phelps E, LeDoux J. Contributions of the amygdala to emotion processing: From animal models to human behavior. Neuron. 2005;48:p 175–187.
 46. Lupien S., Parent S, Evans A. Larger amygdala but no change in hippocampal volume in 10 year-old children exposed to maternal depressive symptomatology since birth. Proc. Natl. Acad?Sci.USA. 2011;108:p 14324–14329.
 47. Franklin T, Russig H, Weiss I. Epigenetic transmission of the impact of early stress accross generations. Biol Psychiatry. 2010;68:408–15.
 48. Cohen L. Pourquoi les filles sont si bonnes en maths. Et 40 autres histoires sur le cerveau de

l'homme. Odile Jacob poche. Paris; 2013.

49. Deligeorges S. Sur quelques états et fonctions de notre cerveau Par Dr L Cohen. Continent sciences. Paris; 2013.
50. Scasz T. Douleur et plaisir. Payot. Paris; 1986.
51. Abric J. Psychologie de la communication. Armand Colin. Paris; 2008.
52. Mathieu J, Thomas R. Manuel de psychologie. Vigot. Paris; 1995.
53. Lachowsky M. Aspects psychosomatique de la consultation en gynécologie. Elsevier-Masson. Paris; 2007.
54. Mimoun S. La consultation psychosomatique. Les empêcheurs de penser en rond. Paris; 1999.
55. Fagot-Largeault A. Médecine et Philosophie. Puf. Paris; 2010.
56. Rawlins A. Viols, elles se manifestent. Infrarouge. 2012.
57. Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes: L'entretien collectif. Armand Colin. Paris; 2012.
58. Meslin J. Rôle du médecin généraliste dans la révélation tardive d'abus sexuel par les patients. [Thèse de médecine]. [Nantes]: Université de Nantes; 2011.
59. Bardin L. L'analyse de contenu. Puf. Paris; 2007.
60. Holsti OR. Content Analysis for the Social sciences and Humanities. Reading Mass, Addison Wesley Publishing Company. 1969.
61. Coy C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCP [Thèse de médecine]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie; 2005.
62. Delespine M. Le dépistage systématique des violences faites aux femmes dans la pratique des sages-femmes: intérêt et faisabilité lors de la première consultation prénatale ou de l'entretien du quatrième mois. [Mémoire de sage-femme]. [Paris 5]: Université René Descartes; 2009.
63. Lugin C. Les violences faites aux femmes dans le cadre familial: intérêt et difficultés d'un repérage systématique en médecine générale [Thèse de médecine]. [Amiens]: Université de Picardie; 2012.
64. Breuil-Grenier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et Résultats. 2006 Avril;(481):7.
65. Bounoure A. Les femmes victimes de violences conjugales face à leur médecin traitant: attentes et attentes. [Thèse de médecine]. [Strasbourg]: Université de Strasbourg; 2010.
66. Freud S. Analyse avec fin et analyse sans fin. Résultats idées problèmes. Puf. Paris; 1985.

NOM :DARDE

PRÉNOM :Fanny

TITRE :

**OSER POSER UNE QUESTION SUR L'EXISTENCE D'UNE ANCIENNE
VIOLENCE SEXUELLE DEVANT DES SYMPTÔMES RÉVÉLATEURS.
EXPÉRIENCE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN LOIRE-ATLANTIQUE PAR LA
MÉTHODE DU FOCUS GROUPE**

RÉSUMÉ :

Introduction :

La fréquence des violences sexuelles envers les enfants, les femmes et les hommes en France et dans le monde est très importante. Or comme le démontre les dernières études, les violences sexuelles provoquent directement ou indirectement des répercussions sur la santé psychique et physique.

Lors d'un stage en gynécologie la formulation d'une question directe mais non agressive me montre l'intérêt d'une telle question. Comment les médecins généralistes dépistent-ils ces patients et par quelle(s) question(s) ?

Méthode :

Dans ce but, un entretien collectif auprès de six Médecins généralistes à Saint-Nazaire, en Loire-Atlantique a été réalisé.

Résultats :

Il apparaît un malaise lors de l'entretien. Il existe un manque de formation sur ce sujet. Les médecins ont une idée vague des chiffres et des répercussions physiques et psychiques de telles violences. Ils posent une question indirecte pour la plupart d'entre eux mais sont mal à l'aise et exposent de nombreuses conditions.

Conclusion :

Pour la plupart des médecins généralistes, le dépistage des violences sexuelles apparaît difficile. Pourtant ce dépistage est important pour ces femmes victimes d'anciennes violences sexuelles. Les sensibiliser et les former sur le sujet et sur la formulation d'une question directe non agressive pourrait faciliter ce dépistage et augmenter son efficacité.

MOTS CLÉS :

Médecin généraliste, violences sexuelles, Questionner, Dépistage, Oser