

UNIVERSITE DE NANTES

Faculté de Médecine

Année : 2021

N° 2021-281
2021-282

THESE

Pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine

DES de Médecine Générale

Par

Julie CLEMENT

Et

Sarah NOËL

Présentée et soutenue publiquement devant la faculté de médecine de Nantes

Le 26 novembre 2021

**Expérience vécue et attentes en consultation de médecine générale
des patient(e)s ayant été victimes de violences sexuelles :
étude qualitative menée en Loire-Atlantique, Vendée, Deux-Sèvres
et Finistère**

Président : Professeur Stéphane Ploteau

Directrice de thèse : Docteur Violaine Guérin

Composition du Jury :

Stéphane Ploteau (gynécologue - Professeur des Universités-Praticien Hospitalier - service de Gynécologie-Obstétrique - CHU de Nantes)

Violaine Guérin (Endocrinologue et gynécologue médicale - Paris)

Pauline Jeanmougin (médecin généraliste - Professeure associée de médecine générale - Département de Médecine Générale - Nantes)

Marie Grall-Bronnec (addictologue - Professeure des Universités-Praticien Hospitalier - Service d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison - CHU de Nantes)

REMERCIEMENTS

Remerciements communs

À notre président du jury, Monsieur le Professeur Stéphane PLOTEAU, c'est un honneur pour nous que vous présidiez notre thèse.

À notre directrice de thèse, Dr Violaine GUERIN, nous te remercions de nous avoir guidées dans notre travail et sommes très reconnaissantes de ton engagement modèle dans la lutte contre les violences sexuelles. Merci également de ta réactivité et de ta disponibilité.

À Madame la Professeure Pauline JEANMOUGIN, nous vous remercions de l'intérêt porté à notre travail en participant au jury de notre thèse ainsi que de votre engagement dans la formation auprès des internes de Médecine Générale de l'université de Nantes.

À Madame la Professeure Marie GRALL-BRONNEC, nous sommes honorées que vous ayez accepté de participer à notre jury de thèse.

À Bruna, Margot, Elisabeth, Didier l'embrouille, Yalla, Clémentine, Jehan, Pierre, Loustic, Marianne, Sandranne, Yza, Bernard, Aurélie, Adèle, Léa, Ligérienne ; sans vous, notre thèse n'aurait pas été possible. En acceptant de participer à notre travail, vous contribuez à la libération de parole essentielle pour que la reconnaissance, l'accompagnement, la réparation et la prévention des violences sexuelles s'améliorent.

À Madame Le Coustumer, formatrice BU Santé, nous vous remercions d'avoir relu et corrigé aussi rapidement notre bibliographie.

Remerciements de Julie

À **mes parents**, sans qui je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui, merci de m'avoir accompagnée et soutenue dans tout ce que j'ai entrepris. Merci d'être toujours là pour moi.

À **la Mamie**, grâce à qui j'ai passé une enfance merveilleuse, et qui a toujours pris soin de nous de façon exemplaire.

Au **Papy**, à toutes ses anecdotes inépuisables et à son grand cœur.

À **mes frères et sœurs, Jérôme, Catherine, Sophie, Virgile, Eloïse, Manon, Rébecca, Arthur, Anouk et Hugo**, nos moments de retrouvailles sont toujours source de bonheur et trop rares à mon goût.

À **mes cousins, Matthieu, Justine, Antoine, Boris et Adèle**, merci pour tous les bons moments passés ensemble, j'espère qu'ils resteront au moins aussi fréquents pour les années futures.

À **Hugo**, merci d'être la personne extraordinaire que tu es, merci de ton soutien inébranlable et de tous les merveilleux moments passés avec toi.

À **Marine**, merci d'être une amie d'une intelligence et d'une gentillesse exceptionnelles, et de me permettre de révéler le meilleur de moi-même.

À **Marion**, ma plus ancienne amie, merci d'avoir été là dans tous les moments, heureux comme difficiles, merci d'être la personne pleine de joie et de tendresse que tu es.

À **Cédric**, je chéris tous les moments passés ensemble, merci de ton énergie positive, de ton soutien de toujours et de ta sagesse.

À **David**, tu es comme un frère pour moi, et je sais que notre amitié tiendra toujours malgré la distance.

À **Valentin**, tu es une des personnes qui m'a fait croire en moi. Même si on ne se voit pas souvent, tu as ta place dans mon cœur.

À **Juliette**, une amie et une colocataire hors pair, merci de toujours croire en moi, merci pour tous ces souvenirs merveilleux et ces voyages. Tu auras toujours une place importante dans mon cœur, et je serai toujours à tes côtés quoi qu'il arrive.

À **tous mes amis de la faculté de Dijon**, les plus drôles, les plus fous, les plus gentils, les mots ne seront pas suffisants pour dire ce que vous représentez pour moi, nous avons passé tellement

de moments incroyables ensemble, nous nous sommes soutenus dans les moments ingrats, chaque retrouvaille avec vous est une source d'énergie et de joie pour moi, et j'ai hâte de voir ce que nous réservent les années à venir...

À **Laura**, merci d'être si présente, même quand la distance nous sépare, je sais qu'une petite étoile veille sur moi et est toujours prête à m'appeler au moindre signe... merci d'être cette personne remplie de gentillesse et de joie.

À **Marine**, merci de me faire rire (et d'être si bon public), merci de toujours nous rappeler qu'il est temps de manger au cas où on l'aurait oublié, et de faire en sorte que les amitiés tiennent malgré la distance.

À **Tania**, ce mélange d'amour et de folie, jamais on ne s'ennuie sans toi, pourtant derrière cette petite personne extravagante se cache une des personnes les plus matures et à l'écoute que je connaisse.

À **Inès**, je suis heureuse d'être à Nantes avec toi, même si on ne se voit pas autant qu'on le voudrait, j'adore passer ces moments à discuter de tout ce qui nous tient à cœur, à refaire le monde ensemble.

À **Virginie**, merci d'être cette personne pleine d'énergie qui est capable de motiver les troupes, merci de ta douceur exceptionnelle.

À **Louis**, merci de ta gentillesse exceptionnelle, merci d'être cette personne si calme et si drôle à la fois.

À **Martin**, merci pour tous les voyages faits ensemble, tous ces moments merveilleux ! Et merci de nous rappeler quand il est temps de boire du café, c'est important le café.

À **Adama**, merci de ta folie nous entraînant dans des moments mémorables, et de pourtant savoir garder les pieds sur terre pour être là pour tes amis.

À **Marion**, merci de toujours veiller sur les autres, merci de ta bonne humeur et ta motivation constantes.

À **Alexis**, merci d'avoir été là pour me soutenir, d'avoir cru en moi, et pour tous les moments précieux.

À **Alex**, la distance ne saurait affaiblir notre amitié qui dure depuis des années, je suis toujours aussi heureuse de te voir à chaque fois, et je veux être présente pour tous les moments importants de ta vie.

À **Marion**, que le destin a ramenée dans ma vie... merci de me faire croire en moi et d'être une source d'énergie folle inépuisable.

À **Sarah**, ma co-thésarde mais avant tout une amie précieuse, merci de ta gentillesse, de ta sagesse, merci d'avoir été là pour passer certains cols difficiles...

À **Barbara**, tu tiens une place précieuse dans mon cœur, sans toi je ne sais pas comment j'aurais tenu dans les périodes difficiles, et je serai toujours là pour toi.

À **Elise**, merci d'être une amie pleine de tendresse, merci de tous tes ratés sur les expressions qui nous font tant rire, avec toi le sourire est toujours au rendez-vous.

À **Violaine**, ma première rencontre en arrivant sur cette terre du Grand Ouest si loin de chez nous, merci de ton écoute et de tes précieux conseils, merci de faire partie de la team des pots d'eau.

À **Clémence**, tu es une source d'inspiration et d'énergie inépuisables, j'adore les moments passés avec toi.

À **Tristan**, merci pour les moments musicaux magiques et les poum ka tcha ka tcha, merci pour ton éternelle répartie, merci pour ta gentillesse exemplaire.

À **Paul**, merci de ton amitié si précieuse, merci pour ton humour et tous les moments de rire, et de toujours trouver les mots pour aider à garder le cap. Vivement les prochains voyages !

À **Ariane**, merci d'être toujours motivée pour passer des bons moments, merci de ta maturité et de ton écoute si bienveillante.

À **Marie et Claire**, merci pour les brunchs, les jeux de société, ils sont trop rares mais nous continuerons à nous acharner à trouver des moments ensemble !

À **Aline, Olivier et Sylvie**, merci de tout ce que vous m'avez appris, sans vous je ne serais pas le médecin que je suis aujourd'hui. Merci à Aline de m'avoir aidée à trouver mon chemin pour ce travail de thèse.

À **Ariane et Samuela**, merci d'avoir été des maîtres de stage exceptionnelles, merci de votre soutien si précieux.

À **toute l'équipe SVS-44**, merci d'être une source d'inspiration et de contribuer à une meilleure prise en charge des violences sexuelles.

Remerciements de Sarah

À **mes parents**, qui m'avaient élevée, accompagnée, guidée, soutenue depuis le début, quoi qu'il en coûte. Sans vous, je n'en serais pas où je suis aujourd'hui. Je tiens fort, très fort à vous.

À **Nicolas et Axelle**, parce qu'on ne fait pas meilleurs frère et sœur. Je suis très fière de vous, de ce que vous êtes, de vos parcours. Je compte sur vous pour nos retrouvailles à durée indéterminée à Saint-Av', autour d'un Herc's Adventure ou d'un Seven Wonders (ma parole n'étant pas entendue, je vous annonce en effet boycotter désormais le Trivial Poursuit !).

À **Mamie Monique et Papy Jean**, parce qu'au-delà des vacances nantaises, des chasses au trésor en Chézine, des échappées sur la côte, mon arrivée à Nantes et les (déjà !) cinq années partagées à vos proches côtés ont été une chance et un moment incroyables.

À **Mamie Nina et Papy Gilbert**, votre présence à mes côtés depuis le début m'a été précieuse.

À **Olivier**, parce que tu fais bien plus que partager mon quotidien et que tes qualités dépassent bien largement les capacités initialement annoncées de réparation de vieille bécane dorée. Nos escapades, nos hobbies, ~~nos sets de table kitchs~~ et toutes ces autres choses partagées ensemble me sont précieux.

À **Julie**, parce que tu m'es bien plus qu'une co-thésarde. Ton dynamisme, ton écoute active, réfléchie et investie, l'énergie que tu engages dans tout ce que tu fais et notamment dans tes amitiés font de toi une personne en or. Tu m'es chère et j'espère que nous continuerons à partager encore bien des choses après cette thèse.

À **Barbara, Élise**, Violaine, vous rencontrer il y a 4 ans a été une chance incroyable, notre amitié m'est précieuse et j'espère qu'elle durera encore et encore.

À **Déborah**, à ton énergie débordante et communicative, à ta curiosité et ton intérêt pour toute personne et tout sujet qui font de nos moments ensemble des instants précieux.

À **Juliette**, de Saint-Avertin à Bonifacio, de Christophe Plantin à la Faculté de Médecine de Tours. Tous ces moments partagés depuis un certain nombre d'années sont agréablement gravés dans ma mémoire et il me tarde d'en partager de nouveaux (en Corse rebelote peut-être !).

À **Clémence**, ton engagement sans limite dans tout ce que tu entreprends fait de toi une amie hors du commun.

À la team des Sables : **Paul, Tristan, Hugo, Louise, Alizé, Anne-Claire** parce qu'il n'y a pas à dire, l'air de la mer ça crée de beaux souvenirs et des amitiés top moutoute. Et à **Guillaume, Marie, Damien** qui rejoignaient de facto cette brillante assemblée.

À **Louise, Céline, Ulysse**, parce qu'un premier semestre dans un internat comme celui-là (!), ça crée de beaux souvenirs (enfin beaux ... disons chouettes souvenirs).

À **Sophie, Clara, Virginie, Tiphaine, Elodie, Aurore, Delphine, Emma**, pour ces 5 années à Tours, nos premiers pas ensemble dans la vie de grandes personnes. Je suis admirative des femmes que vous êtes, de tout ce que vous avez accompli et continuerez d'accomplir.

À **Ludmilla, Nastasia** et la famille **Bussac-Noël**, merci d'être présents, et rendez-vous fin décembre pour un nouveau record !

Et à toutes les autres personnes dont j'ai un jour pu croiser et partager le parcours.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIERES	10
TABLES DES FIGURES	12
TABLE DES ANNEXES	13
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	14
1 INTRODUCTION	15
2 CADRE DE TRAVAIL	17
2.1 DEFINITIONS	17
2.1.1 Définition du viol dans le Code Pénal	17
2.1.2 La définition d'agression sexuelle dans le Code Pénal	17
2.1.3 Violences sexuelles sans contact physique	18
2.1.4 La notion d'inceste dans le Code Pénal	18
2.1.5 Définition de l'OMS	19
2.2 JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET	20
2.2.1 Prévalence	20
2.2.1.1 Population générale	20
2.2.1.2 Chez les mineurs	22
2.2.2 Conséquences en santé physique	24
2.2.3 Conséquences en santé mentale	27
2.2.4 Conséquences dans la vie personnelle et professionnelle	28
2.2.5 Conséquences sociétales	29
3 SUJETS ET METHODE	30
3.1 CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE	30
3.2 CHOIX DU MODE D'ENTRETIEN	30
3.3 GUIDE D'ENTRETIEN (ANNEXE II)	31
3.4 POPULATION D'ÉTUDE	32
3.5 MODE DE RECRUTEMENT ET RÉALISATION DES ENTRETIENS	33
3.6 MÉTHODE D'ANALYSE	34
4 RESULTATS	37
4.1 DÉPISTAGE	37
4.1.1 Problèmes de santé	37
4.1.2 Comportement	38
4.1.3 Facteurs limitants	39
4.1.4 Le cas de l'enfant	41
4.1.5 Dépistage systématique	42
4.2 RELATION DE SOIN	43
4.2.1 Capacités relationnelles	44
4.2.2 Reconnaître le statut de victime	48
4.2.3 Examen physique	48
4.2.4 Formation	50
4.2.5 Modalités de consultation	51
4.2.6 Caractéristiques du médecin	53
4.3 ACCOMPAGNER UNE PERSONNE VICTIME DE VIOLENCES SEXUELLES : SPÉCIFICITÉS	54

4.3.1	<i>Parcours victime</i>	54
4.3.2	<i>Reconnaissance des mécanismes</i>	56
4.3.3	<i>Aspects sociétaux</i>	57
4.4	PRISE EN CHARGE	58
4.4.1	<i>Intervenants</i>	58
4.4.2	<i>Modalités de prise en charge</i>	59
4.5	PRÉVENTION	61
5	DISCUSSION	63
5.1	LIMITES DE L'ÉTUDE	63
5.2	RÉSULTATS	65
5.3	AUTRES THESES	70
5.4	OUVERTURES	72
6	CONCLUSION	73
	ANNEXES	74
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	88

TABLES DES FIGURES

<i>Figure 1.</i>	<i>Tableau des caractéristiques de la population d'étude-----</i>	<i>32</i>
<i>Figure 2.</i>	<i>Illustration du procédé de codage -----</i>	<i>35</i>
<i>Figure 3.</i>	<i>Illustration du tableur Excel regroupant l'ensemble des codages. Colonne A : pseudonyme. Colonne B : page où retrouver la phrase codée. Colonne C : ligne où retrouver la phrase codée. Colonne D : phrase codée. Colonne E : code attribué à la phrase -----</i>	<i>36</i>
<i>Figure 4.</i>	<i>Organigramme d'aide à la prise en charge des violences sexuelles -----</i>	<i>62</i>

TABLE DES ANNEXES

<i>Annexe I.</i>	<i>Fiche d'information pour diffusion du sujet de thèse, utilisée lors de la phase de recrutement ----</i>	<i>74</i>
<i>Annexe II.</i>	<i>Guide d'entretien -----</i>	<i>75</i>
<i>Annexe III.</i>	<i>Formulaire de consentement -----</i>	<i>76</i>
<i>Annexe IV.</i>	<i>Questionnaire socio-épidémiologique diffusé lors des entretiens-----</i>	<i>77</i>
<i>Annexe V.</i>	<i>Liste de l'ensemble des codes ayant permis l'analyse des entretiens. Codes classés par ordre alphabétique. -----</i>	<i>78</i>
<i>Annexe VI.</i>	<i>Catégorisation des codes -----</i>	<i>79</i>
<i>Annexe VII.</i>	<i>Affiches préventives des campagnes nationales de 2015 et 2018-----</i>	<i>84</i>
<i>Annexe VIII.</i>	<i>Affiches préventives de la Campagne de sensibilisation #PlusJamaisSansMonAccord destinée aux adolescents pour lutter contre les Violences sexistes et sexuelles, de la Campagne de sensibilisation « Sportif oui, victime non » de 2008 et de la Campagne de prévention contre les violences sexuelles de la Fédération Française de Tennis de Table-----</i>	<i>84</i>
<i>Annexe IX.</i>	<i>Livres pour parler de sexualité aux enfants :« Respecte mon corps » Françoise Dolto – « Ça suffit les bisous ! » Pascal Bruckner, Jean-Pierre Kerloc'h, Marane Itoiz – « Qui s'y frotte s'y pique » Marie-France Botte, Pascal Lemaître – « Et si on se parlait ? » 3 tomes : 3-6 ans, 7-10ans, 11ans et +, Andréa Bescond -----</i>	<i>85</i>
<i>Annexe X.</i>	<i>« Où orienter une victime au CHU de Nantes ? » Fiche du CHU de Nantes, juillet 2020-----</i>	<i>86</i>
<i>Annexe XI.</i>	<i>Autres structures où orienter une personne victime de violences sexuelles en Loire-Atlantique ---</i>	<i>87</i>

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

Association SVS : Association Stop aux Violences Sexuelles

CEGIDD : Centre de Dépistage en Santé Sexuelle

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

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

CP : Code Pénal

ECN : Épreuves Classantes Nationales

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Enquête CSF : Enquête Contexte de la Sexualité en France

Enquête CVS : Enquête Cadre de vie et Sécurité

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

Enquête IVSEA : Enquête Impact des Violences Sexuelles de l'Enfance à l'âge Adulte

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

ITT : Incapacité Totale de Travail

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

OR : Odds Ratio

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (deuxième stage chez le praticien pour les internes de Médecine Générale)

SSMI : Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure

VS : Violences Sexuelles

1 INTRODUCTION

Les violences sexuelles touchent **un enfant sur cinq** dans le monde (1) et de ce fait probablement autant d'adultes.

D'après l'**enquête « Cadre de vie et Sécurité »** CVS, 94 000 femmes majeures sont victimes de viols ou de tentatives de viol chaque année (2) et d'après l'**enquête « Virage »** 14,47 % des femmes et 3,94 % des hommes de 20 à 69 ans ont déclaré au moins une forme d'agression sexuelle au cours de leur vie (3). D'après le **rapport Sauvé** de 2021 réalisé en France, dans l'ensemble de la population interrogée lors de l'enquête, 14,5 % des femmes et 6,4 % des hommes déclarent avoir subi des violences sexuelles alors qu'ils étaient âgés de moins de 18 ans (4).

Une **analyse conduite par l'OMS** en 2004, a estimé que la prévalence mondiale des violences sexuelles sur enfant était alors d'environ 27 % chez les filles et avoisinait les 14 % chez les garçons, d'où la création de la campagne « One in Five » (un sur cinq) pour la protection des enfants contre l'exploitation et les violences sexuelles (1).

De nombreuses études ont montré que les VS avaient un impact significatif sur la santé mentale et physique ainsi que sur la qualité de vie des personnes victimes.

L'importance du nombre de personnes victimes et des conséquences sur leur santé fait des violences sexuelles un véritable problème de santé publique.

Le médecin généraliste étant le médecin de premier recours et le pivot central du suivi des patients, il peut donc être confronté à cette problématique dans de nombreuses prises en charge.

Il existe peu de temps de formation dans le cursus des études de médecine sur le sujet des violences sexuelles, et peu de littérature scientifique est disponible pour se former ensuite pour sa pratique professionnelle. Cependant certaines études montrent que le médecin est une des premières personnes à qui une personne victime va révéler pour la première fois l'existence passée ou présente de violences sexuelles (5).

Plusieurs thèses ont été réalisées sur les freins des médecins généralistes à aborder la question en consultation (6) (7) (8) (9) (10), mais peu de thèses ont été réalisées sur le point de

vue des patient.e.s sur la prise en charge en médecine générale. Une thèse réalisée à Bordeaux en 2019 explorait les freins ressentis par les femmes victimes de violences sexuelles au recours au médecin généraliste (11). Une thèse réalisée à Toulouse en 2016 explorait les attentes en consultation de médecine générale des femmes adultes ayant été victimes de violences sexuelles (12). Nous avons choisi de continuer l'exploration de ces attentes, dans une région de France différente, à une période différente, qui selon nous apporterait probablement des éléments complémentaires.

Au vu de tous ces éléments, il nous semblait donc important d'étudier ce que les personnes aux antécédents de violences sexuelles attendent des médecins généralistes en consultation, en termes de prévention, de dépistage, de prise en charge, afin de pouvoir adapter nos pratiques et soigner au mieux ces personnes.

2 CADRE DE TRAVAIL

2.1 DEFINITIONS

2.1.1 Définition du viol dans le Code Pénal

- Art. 222-23 CP : Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.
- Article 222-23-1 CP : Hormis le cas prévu à l'article 222-23, constitue également un viol tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis par un majeur sur la personne d'un mineur de quinze ans ou commis sur l'auteur par le mineur, lorsque la différence d'âge entre le majeur et le mineur est d'au moins cinq ans.

Notons que dans cet article 222-23-1, datant du 21 avril 2021, il n'est plus nécessaire d'avoir la condition « violence, contrainte, menace ou surprise » pour considérer comme un viol de tels actes de la part d'un majeur sur un mineur de moins de quinze ans (lorsque la différence d'âge est d'au moins cinq ans). Cela rend obsolète, dans le cas d'une différence de plus de cinq ans d'âge, la définition d'« atteinte sexuelle sur mineur » qui est le fait par un majeur d'exercer sans violence, contrainte, menace ou surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de quinze ans. Cette notion reste valable en cas de différence d'âge de moins de cinq ans.

2.1.2 La définition d'agression sexuelle dans le Code Pénal

- Art. 222-22 CP : Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise, ou, dans les cas prévus par la loi, commise sur un mineur par un majeur.
- Art. 222-22-1 CP :

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

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

Lorsque les faits sont commis sur la personne d'un mineur de quinze ans, la contrainte morale ou la surprise sont caractérisées par l'abus de la vulnérabilité de la victime ne disposant pas du discernement nécessaire pour ces actes.

2.1.3 Violences sexuelles sans contact physique

Sont considérées comme violences sexuelles sans contact physique : l'exhibition sexuelle (Art 222-32 CP), le harcèlement sexuel (Art. 222-33 CP), la corruption d'un mineur (Art. 227-22 CP), la proposition sexuelle à un mineur de quinze ans par un moyen de communication électronique (Art. 227-22-1 CP), la détention, l'acquisition, la consultation ou l'exploitation d'images pornographiques de mineurs (Art. 227-23 CP), la diffusion d'un message pornographique à un mineur (Art. 227-24 CP), l'incitation d'un mineur à une mutilation sexuelle (Art. 227-24-1 CP), la provocation aux agressions sexuelles (Art. 227-28-3 CP), l'outrage sexiste (Art. 621-1).

2.1.4 La notion d'inceste dans le Code Pénal

- Art. 222-22-3 : Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis par :
 - 1° Un ascendant ;
 - 2° Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un grand-oncle, une grand-tante, un neveu ou une nièce ;

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

- Apport de la loi du 21 avril 2021 concernant les viols et agressions sexuelles incestueuses : Art. 222-23-2 :

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

On note donc dans ce nouvel article d'avril 2021 qu'un inceste est considéré comme tel sans nécessité de notion de « violence, contrainte, menace ou surprise » lorsqu'il est commis par un majeur sur un mineur de moins de 18 ans.

Ces infractions sont constitutives :

- d'un **crime** pour le viol, jugé en Cour d'Assises
- d'un **délit** pour les agressions sexuelles, jugé au Tribunal Correctionnel

2.1.5 Définition de l'OMS

L'OMS donne une définition des violences sexuelles :

“Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelles, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail”.

2.2 JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

2.2.1 Prévalence

2.2.1.1 Population générale

Les meilleures données de prévalence sur la violence sexuelle proviennent d'enquêtes en population. Les rapports de police et les études émanant du milieu clinique et d'organisations non gouvernementales constituent d'autres sources de données sur la violence sexuelle ; mais comme seule une faible proportion de cas sont signalés dans ces milieux, ils conduisent à des chiffres de prévalence sous-estimés. On sait en effet que seulement une victime sur dix environ porte plainte (2).

- Une **revue de la littérature de l'OMS** en 2013 montre qu'en Europe, 27 % des femmes ont subi soit des violences sexuelles et/ou physiques de la part de leur partenaire, soit des violences sexuelles de la part d'un non-partenaire, soit les deux (13).
- L'**enquête « Cadre de Vie et Sécurité »** (2) réalisée par l'INSEE, l'ONDRP et le SSMI montre qu'en moyenne, chaque année entre 2011 et 2018 :
 - **176 000** soit 0,4 % des personnes âgées de 18 et 75 ans déclarent avoir été victimes de violences sexuelles hors ménage, c'est-à-dire de la part d'une personne ne vivant pas avec elles au moment de l'enquête. Parmi ces victimes, 77 % sont des femmes. 81 % des victimes ne se sont pas déplacées en commissariat ou en gendarmerie.
 - **24 000** personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir été victimes de violences sexuelles et **41 000** de violences physiques et sexuelles au sein du ménage, c'est-à-dire de la part d'une personne vivant avec elles au moment de l'enquête. 84 % des victimes ne se sont pas déplacées en commissariat ou en gendarmerie.
 - Seul 12 % des victimes portent plainte.
 - **30 %** des victimes déclarent avoir consulté un médecin à la suite de cette agression, et 28 % un psychiatre ou un psychologue.

Ces données sont des estimations moyennes des taux et du nombre de victimes sur un an et des caractéristiques de ces agressions. Elles sont calculées en cumulant les résultats des 8

années de l'enquête CVS. Ces résultats sont des ordres de grandeur s'approchant de la réalité mais s'écartant légèrement de ce qu'aurait donné une interrogation exhaustive de la population. Il s'agit de ce que déclarent les personnes interrogées, certaines violences peuvent donc être sous-déclarées. L'enquête CVS ne permet pas de rendre compte de manière exhaustive des viols et des tentatives de viol en France puisque nombre de personnes souffrent d'amnésie post-traumatique et que certaines catégories de la population ne sont pas interrogées (personnes âgées de moins de 18 ans et de plus de 75 ans, personnes sans domicile ou vivant en collectivité, personnes vivant en Outre-mer). Par ailleurs, les agressions sexuelles autres que le viol ainsi que le harcèlement sexuel n'étant pas abordés, ces données ne couvrent pas l'ensemble des formes de violences sexuelles.

- **L'enquête « Virage »** (3) réalisée par l'INED estime qu'en 2015 : 52 000 femmes de 20 à 69 ans déclarant avoir vécu au moins un viol au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, et 552 500 déclarent avoir été victime d'autres formes d'agression sexuelle. Ce sont donc au total près de **580 000 femmes de 20 à 69 ans** qui auraient été victimes d'agressions sexuelles dans l'année.

Les résultats de cette étude montrent également que **14,47 % des femmes de 20 à 69 ans déclarent au moins une forme d'agression sexuelle au cours de leur vie**. Près d'un quart de ces femmes ont été victimes d'un viol, plus d'un sixième d'une tentative de viol et près d'un tiers d'attouchements du sexe. **Les hommes de 20 à 69 ans sont 3,94% à déclarer au moins une agression sexuelle au cours de la vie.**

Plus d'un quart des femmes et un tiers des hommes déclarent que les viols et tentatives de viol ont commencé avant leurs 11 ans. C'est en particulier le cas pour les violences intrafamiliales qui commencent avant 11 ans pour plus de la moitié des femmes et des hommes qui les rapportent, mais aussi pour les viols et tentatives subis dans l'espace public qui surviennent avant 11 ans pour environ 20 % des femmes et des hommes qui les rapportent.

- **L'enquête ENVEFF** (5) réalisée en 2000 évaluait le nombre de femmes âgées de 20 à 59 ans victimes de viol dans l'année précédente à 48 000.

- Dans l'enquête « **Contexte de la Sexualité en France** » (14) de 2006, 16% des femmes et 5% des hommes déclarent avoir subi des rapports forcés ou des tentatives de rapports forcés au cours de leur vie.

Les femmes de plus de 40 ans qui ont eu un premier rapport forcé après 18 ans déclarent dans 35 % des cas que l'auteur de l'agression était un conjoint ou un partenaire ; celles qui ont connu un épisode de violence sexuelle avant 18 ans incriminent principalement leur père, beau-père ou une personne de la famille (27 % des cas), voire des personnes connues d'elles (31 %). A signaler que les agresseurs inconnus restent toujours une minorité (17 %). 46 % des femmes et 62 % des hommes ayant subi l'un de ces actes disent n'en avoir parlé à personne avant l'enquête.

- Le sondage « **Les Français face à l'inceste** » réalisé par l'Ipsos en novembre 2020 sur un échantillon de 1 033 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans ou plus retrouve qu'**un Français sur 10 déclare avoir été victime d'inceste**, 78 % de femmes et 22 % d'hommes (15).

2.2.1.2 *Chez les mineurs*

Il existe peu d'études en population chez les enfants en France, et les chiffres des services de police ne concernent que les personnes majeures.

- En revanche, l'analyse conduite par l'OMS en 2004 sur l'état des recherches à cette époque, a estimé que la prévalence mondiale des violences sexuelles sur enfant était d'environ **27 % chez les filles et de 14 % chez les garçons** (16).
- Un récent rapport de l'OMS datant de 2014 souligne **que 18% des femmes et 7,6% des hommes dans le monde rapportent avoir subi des violences sexuelles pendant leur enfance** (17), et l'on sait grâce à l'enquête CSF que **59% des femmes et 67% des hommes** victimes de violences sexuelles ont subi des premiers viols ou tentatives de viol **avant l'âge de 18 ans** (14).
- **L'enquête IVSEA** conduite en 2015 retrouve que parmi les 1 214 participants victimes de violences sexuelles, **81% d'entre eux déclarent avoir subi les premiers faits avant**

l'âge de 18 ans, 68% avant l'âge de 15 ans, 51% avant 11 ans et 21% avant 6 ans. Lorsque la victime avait moins de 6 ans au moment des faits, les violences sexuelles sont liées à une situation d'inceste dans 70% des cas, et dans 58% des cas si la victime avait entre 6 et 10 ans (18).

- D'après les chiffres du **ministère de l'Intérieur**, plus de la moitié des victimes de violences sexuelles connues des forces de sécurité sont mineures. Parmi elles, 8 sur 10 sont des filles. D'après les chiffres du **ministère de la Justice**, la moitié des condamnations pour viols et agressions sexuelles concerne des faits commis sur une victime âgée de moins de 15 ans (19).
- Une enquête a été réalisée en 2008 dans le **milieu sportif**, à la demande de la ministre de la Santé Roselyne Bachelot, consistant en un questionnaire avec 12 items permettant de caractériser la violence sexuelle, dont les réponses possibles étaient « oui », « non » ou « je ne sais pas ». Sur 1 407 sportifs âgés de 11 à 35 ans avec un âge moyen à 17 ans, **11,2 % des sportifs ont déclaré avoir été victimes de violences sexuelles en milieu sportif** au moins une fois. L'âge moyen au début des faits est de 14,7 ans avec une étendue s'échelonnant entre 5 et 23 ans. 47,7 % des agissements ont eu lieu sur des adolescents de moins de 15 ans, 40,6 % sur des adolescents âgés de 15 à 17 ans et 11,8 % sur des athlètes majeurs. Parmi les sportifs interrogés, **6,6 % d'entre eux déclarent avoir été victimes de violences sexuelles dans un milieu autre que le sport** (20).

On peut légitimement penser que les chiffres dont nous disposons sont largement sous-estimés, compte tenu de divers mécanismes des violences sexuelles qui contribuent au blocage de la prise de parole : tabou, menaces, emprise, peur, honte, culpabilité, faible taux de port de plainte, ... et bien entendu l'amnésie post-traumatique. Différentes études ont montré un **taux d'amnésie post-traumatique dans le cas de violences sexuelles pendant l'enfance allant de 38 à 59 %**, des années voire des dizaines d'années après les violences documentées (18) (21) (22) (23). Les chiffres d'amnésie sont d'autant plus importants qu'il s'agit de viols, sur des enfants très jeunes, dans un contexte incestueux (18) (21). Par ailleurs, une étude réalisée auprès de 102 enfants dont les violences sexuelles avaient bien été documentées (vidéos prises par l'agresseur) montrait que la plupart déniaient ou minimisaient les violences qu'ils avaient subies (24).

2.2.2 Conséquences en santé physique

Les violences sexuelles sont associées à un risque plus élevé de survenue de nombreuses pathologies somatiques et symptômes physiques (25) (26) :

- Troubles douloureux
 - Douleurs chroniques
 - Dysménorrhées
 - Fibromyalgie (27)
 - Arthrite
 - Lombalgies
 - Migraines (28)
- Troubles urologiques, gynécologiques et obstétriques (29)
 - Endométriose (30)
 - Douleurs pelviennes (31)
 - Dyspareunies
 - Fibromes utérins (32)
 - Grossesses et accouchements compliqués (33) (34)
 - Infertilité
 - Troubles sphinctériens
- Cancers (35)
 - Du Sein
 - Du Poumon
 - Du Col de l'utérus (36)
- Allergies
- Maladies auto-immunes

- Maladies et facteurs de risque cardio-vasculaires (37)
 - Hypertension artérielle (38)
 - Diabète
 - Obésité
 - Dyslipidémie
 - Accidents vasculaires cérébraux
 - Maladie coronarienne
- Troubles pulmonaires
 - Asthme
 - Bronchopneumopathie obstructive
 - Emphysème
- Troubles digestifs
 - Syndrome de l'intestin irritable (39) (40)
- Handicap (41)

Un adulte ayant été victime dans l'enfance de violences sexuelles a plus de risques d'avoir des pathologies multiples, avec un recours plus important aux professionnels de santé et services d'urgence (41).

Ainsi dans une étude réalisée en 2014 sur 4 886 femmes américaines de plus de 18 ans, les Odds Ratio retrouvés étaient à 2,26 pour l'asthme, 2,06 pour un handicap, 1,74 pour les maladies cardiaques, 2,24 pour les accidents vasculaires cérébraux et 1,18 pour l'hypercholestérolémie (42).

Dans une étude réalisée en 2016 sur 23 395 canadiens âgés de plus de 18 ans, les antécédents de violences sexuelles dans l'enfance étaient associés à une augmentation du risque d'arthrite, de problèmes de dos, de migraines, de cancer, de maladie intestinale, de fatigue chronique, d'emphysème, de bronchopneumopathie obstructive et de bronchite chronique. Les Odds Ratio avaient tendance à augmenter avec la notion de répétition des abus. La qualité de perception de la santé des participants diminuait aussi de façon significative en cas de violences sexuelles dans l'enfance (43).

Dans une étude de cohorte réalisée sur 5 593 femmes dont 7,4 % ont révélé un antécédent de violence physique et/ou sexuelle, cet antécédent était associé à un risque plus élevé de tabagisme, d'obésité, de dyslipidémie, de traitement anti-hypertenseur (44).

Dans une étude réalisée en 2019 sur 45 482 Américains âgés de 18 ans à 99 ans, 12 % des participants ont rapporté un antécédent de violence sexuelle dans l'enfance et un antécédent de violence physique, psychologique, de négligence ou de violence sexuelle dans l'enfance était associé à un risque d'hypertension, de dyslipidémie et de diabète. Les Odds Ratio augmentaient quand les participants entraient dans plusieurs catégories de violences, et les investigateurs ont remarqué que les risques augmentaient d'autant plus chez les moins de 40 ans (45).

Dans la cohorte de la Nurses' Health Study, 33 % des 68 505 femmes participantes déclaraient avoir subi une violence sexuelle avant l'âge de 18 ans. Ces personnes présentaient une augmentation du risque d'hypertension artérielle avec une relation dose-dépendante en fonction de la gravité des violences, même après ajustement sur le tabagisme, l'éthylisme, les antécédents familiaux d'hypertension artérielle, l'exercice physique, la contraception orale. L'IMC était retrouvé comme un médiateur significatif dans la relation entre antécédent de violence et hypertension artérielle (46). Sur cette même cohorte, le risque de développer un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral était augmenté en cas d'antécédent de violence sexuelle pendant l'enfance (47).

Dans une étude Américaine réalisée sur 533 hommes et 826 femmes de plus de 50 ans, 5,4 % des hommes et 12,3 % des femmes déclaraient avoir été victimes de violences sexuelles. L'âge des premières violences était de 44,8 % et 31,4 % avant l'âge de 13 ans et 69 % et 59 % avant l'âge de 18 ans chez les hommes et les femmes respectivement, pour un âge médian de 13,5 ans chez les hommes et 16 ans chez les femmes. Chez les hommes, cet antécédent était associé à un risque de maladie thyroïdienne et chez les femmes, un risque d'arthrite et de cancer du sein (48).

Une étude prospective de cohorte réalisée en 2010 sur 17 337 patients a retrouvé une augmentation du risque de cancer du poumon, ainsi qu'une augmentation de la mortalité précoce chez les personnes ayant été victimes de violences dans l'enfance (tous types de violences confondus). Les patients étaient classés selon un score après réponse à un questionnaire évaluant les différents types/incidences de violences. Il était retrouvé une augmentation du risque ainsi qu'une augmentation de la consommation tabagique en fonction du score du patient.

Les participants qui avaient le score de violences le plus élevé présentaient un risque multiplié par 3 de développer un cancer du poumon. Ces personnes étaient aussi hospitalisées pour la première fois pour un cancer du poumon en moyenne 13 ans plus tôt et décédaient en moyenne 13 ans plus tôt que ceux sans antécédent de violences. Après prise en considération d'une possible causalité : violences dans l'enfance → tabagisme → cancer du poumon, les résultats suggéraient que l'augmentation du risque serait expliquée seulement en partie par le tabagisme (49).

2.2.3 Conséquences en santé mentale

Les violences sexuelles ont des conséquences dramatiques sur la santé mentale des personnes avec une augmentation chez les victimes de plusieurs pathologies :

- Dépression (50) (51) (52) (53)
- Anxiété (50) (52) (53) (54)
- Stress aigu
- État de stress post-traumatique (52)
- Troubles du sommeil (50)
- Troubles psychotiques et bipolaires
- Éthylisme chronique (52) (54) (55)
- Tabagisme (55)
- Toxicomanie (52) (54) (56)
- Idées suicidaires (57)
- Tentatives de suicide (57)
- Troubles du comportement alimentaire (55)
- Dépression du post-partum (58)

Une étude réalisée sur la population de Stockholm a retrouvé que les diagnostics de stress aigu/stress post-traumatique (OR 4,5 et 12,9), dépression (OR 5,9 et 6,7), anxiété, troubles psychotiques (OR 15,3 et 23,8), troubles bipolaires (OR 8,8 et 9,9), consommation de drogues (OR 16,7 et 12,9) et abus d'alcool (OR 19,3 et 25,8) étaient significativement plus importants chez les majeurs ayant vécu des violences sexuelles (femmes et hommes

respectivement). L'augmentation était également significative pour toutes ces pathologies, en particulier l'abus d'alcool avec des OR de 9,7 et 3,9, le stress aigu et post-traumatique avec des OR de 15,7 et 12,4, chez les filles et garçons de moins de 17 ans respectivement, et une augmentation de la consommation de drogues avec un OR de 10 chez les filles de moins de 17 ans. Les taux de dépression étaient de 45,6 et 33,9 %, d'anxiété 45,6 et 50,8 %, d'abus d'alcool 27,2 et 45,8%, et de consommation de drogues 24,6 et 23,7 % chez les femmes et hommes majeurs respectivement (59).

En 2016, une étude réalisée sur 21 554 canadiens montrait qu'un antécédent de violence sexuelle dans l'enfance était significativement associé à un risque de dépendance à l'alcool (OR 1,51) et aux toxiques (OR 2,53) (60).

Une méta-analyse portant sur 20 articles montrait que la violence sexuelle dans l'enfance était significativement associée à une augmentation de la dépression à l'âge adulte avec un OR global de 2,04, ainsi qu'à une augmentation de l'anxiété avec un OR de 2,52 (61).

Une autre méta-analyse en 2019 sur 96 articles retrouvait qu'un antécédent de violence sexuelle dans l'enfance était associé à une augmentation du risque de dépression (OR 2,11), de troubles anxieux (OR 1,92) et de stress post-traumatique (3,54) (62).

Une étude réalisée sur 21 000 adultes de plus de 60 ans a montré qu'un antécédent de violence sexuelle dans l'enfance était associé à un risque augmenté de problèmes de santé physique et mentale. Cette étude montre ainsi que de telles violences ont un impact même à un âge assez avancé (63).

2.2.4 Conséquences dans la vie personnelle et professionnelle

Plusieurs études ont montré que les antécédents de violences sexuelles avaient un impact significatif sur la qualité des relations inter-personnelles, sur la sexualité, et sur la réussite scolaire et professionnelle (52) (64) (65) :

- Nombre de relations conjugales sérieuses
- Niveau d'intimité émotionnelle dans les relations conjugales
- Niveau d'intimité sexuelle dans les relations conjugales
- Niveau de satisfaction dans les relations conjugales
- Difficultés lors des relations sexuelles : moins de satisfaction, anxiété, douleurs

- Difficultés scolaires et académiques : absentéisme, moins bons résultats

2.2.5 Conséquences sociétales

Les personnes victimes de violences sexuelles en particulier dans l'enfance rentrent plus souvent dans la prostitution (56). Plusieurs études montrent que les personnes victimes ont plus souvent recours aux services d'urgence et aux professionnels de santé et sont plus souvent hospitalisées que la population générale (41). L'utilisation d'antidépresseurs dans cette population est également plus importante (55).

3 SUJETS ET METHODE

3.1 CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE

Pour la réalisation de notre étude, nous avons choisi la **méthode qualitative** qui permet d'étudier les comportements, les vécus, les ressentis des sujets, contrairement à l'étude quantitative qui permet surtout de chiffrer et de déduire des statistiques. Nous nous sommes donc formées à cette méthode (66) (67).

En effet, nous partions du principe que nos connaissances en matière de prise en charge des violences sexuelles étaient très limitées, d'une part du manque de formation lors de nos études et du manque d'expérience professionnelle à ce sujet, d'autre part à cause du tabou et des autres raisons qui empêchent de nombreuses victimes d'en parler en consultation.

La méthode qualitative laissant une grande liberté de réponse aux volontaires, consistant dans notre cas en la réalisation d'entretiens, elle permet ainsi d'obtenir des pistes de compréhension et d'exploration auxquelles l'investigateur n'aurait pas pensé, contrairement à la méthode quantitative qui offre en général un choix de propositions toutes faites, préjugant ainsi des réponses de la personne. Sur un sujet aussi sensible et tabou que celui des violences sexuelles, il nous paraissait essentiel d'obtenir les réponses les plus authentiques des personnes plutôt que de proposer un questionnaire qui aurait permis d'appréhender la question de façon malheureusement incomplète. De plus, il existe peu d'études interrogeant le vécu des victimes, ce qui ne permettait pas d'avoir assez de données pour réaliser une thèse quantitative.

3.2 CHOIX DU MODE D'ENTRETIEN

Pour la réalisation des entretiens, nous avons choisi de les réaliser de façon **semi-dirigée**, méthode qui nous semblait la plus adaptée car permettant de structurer les échanges tout en laissant une grande liberté de réponse aux participants.

Nous avons réalisé des lectures sur le sujet des entretiens semi-dirigés, sur les méthodes permettant d'obtenir le plus d'informations possible et des informations aussi authentiques que

possible. Nous avons sélectionné quatre questions principales et prévu des relances, en nous efforçant de garder des questions ouvertes pour favoriser la libération de la parole.

Nous avons réalisé nos entretiens individuellement avec chaque volontaire, ce qui nous semblait justifié au vu de l'intimité du sujet. Lors du recrutement, nous avons effectué des premiers contacts afin d'expliquer le déroulement de l'étude. Lors de la réalisation des entretiens, nous avons fait en sorte de rassurer au maximum les volontaires, afin de les mettre en confiance et de favoriser la richesse des échanges. Nous laissions le choix du lieu de l'entretien à la personne volontaire, toujours dans but de la mettre en confiance.

En effet, il s'agissait pour beaucoup de personnes d'une étape importante de leur parcours en tant que victimes de violences sexuelles, et certaines d'entre elles n'avaient eu que très peu voire pas l'occasion de parler aussi librement de leur vécu, et doutaient de l'intérêt de leurs réponses. Nous valorisons toutes les réponses apportées, car tout ce qu'elles pouvaient nous dire rentrait forcément dans notre sujet, puisqu'il s'agissait d'étudier leur vécu et leurs attentes. D'autre part, certaines personnes craignaient sans surprise de révéler certaines choses puisque certains contacts en médecine générale ne s'étaient justement pas bien déroulés, mais nous avons précisé que bien que nous étions toutes les deux médecins, nous pouvions tout entendre de ce qu'elles avaient à nous dire, d'autant plus que l'objectif de cette thèse était évidemment de pouvoir adapter nos pratiques.

Afin de garantir la **validité éthique** de notre étude, un formulaire de consentement a été signé en double exemplaire par chaque participant (*annexe III*) et il leur a été demandé de choisir un pseudonyme sous lequel nous avons enregistré les entretiens.

Nous avons également contacté le centre de recherche non interventionnelle du CHU de Nantes afin de les informer de notre étude et de valider auprès d'eux que notre travail de thèse ne nécessitait pas l'avis de la CNIL ni du Comité de Protection des Personnes, notre étude étant une recherche non interventionnelle n'impliquant pas la personne humaine et les entretiens étant totalement anonymisés.

3.3 GUIDE D'ENTRETIEN (*ANNEXE II*)

3.4 POPULATION D'ÉTUDE

Lors de chaque entretien, nous avons fait remplir aux personnes interrogées un questionnaire socio-épidémiologique (*annexe IV*) pour analyse a posteriori des caractéristiques de notre population d'étude

Figure 1. Tableau des caractéristiques de la population d'étude

Pseudonyme	Sexe	Age	Niveau d'études	Profession	Situation martiale	Enfants	Lieu d'habitation	Recrutement
Adèle	F	56	Bac + 3	Infirmière de secteur psychiatrique	Divorcée	1	44	Newsletter association SVS
Aurélie	F	44	Bac + 5	Psychologue	Célibataire	0	44	Affiche dans cabinet de sa psychologue + Newsletter association SVS
Yza	F	50	Bac + 2	Secrétaire-comptable	Mariée	3	44	Mail envoyé par sa psychologue
Clémentine	F	53	Bac + 2	Secrétaire juridique	Divorcée	0	44	Psychologue
Marianne	F	31	Bac + 5	Enseignante et script doctor	Célibataire	0	29	Newsletter association SVS
Yalla	F	42	Bac	Educatrice	Célibataire	0	85	Affiche association France Victimes
Loustic	F	19	Bac + 2	Etudiante	Concubinage	0	44	Affiche association France Victimes
Didier l'embrouille	H	41	Bac + 8	Enseignant-chercheur	Séparé	0	44	Affiche association France Victimes

Jehan	H	61	Bac + 3	Infirmier en pédo- psychiatrie Prêtre	Célibataire	0	85	Contact avec un auteur
Pierre	H	77	Bac + 5	Retraité	Concubinage	3	79	Contact avec un auteur
Ligérienne	F	69	Bac + 5	Cadre infirmière spécialisée retraîtée	Veuve	0	44	Newsletter Association SVS
Margot	F	33	Bac + 5	Enseignante	Célibataire	0	44	Recrutement par interne en stage SASPASS
Bruna	F	31	Bac + 5	Formatrice / Chef de projet	Séparée	2	44	Bouche à oreille
Léa	F	26	Bac	Auxiliaire Puéricultrice	Célibataire	0	44	Affiche dans un cabinet paramédical
Elisabeth	F	39	Bac + 5	Attachée à la communication	Célibataire	0	44	Newsletter Association SVS
Bernard	H	63	Bac	Retraité (aide- soignant)	Célibataire	0	85	Contact avec un auteur
Sandranne	F	55	Bac + 4	Infirmière de bloc opératoire	Divorcée	4	44	CIDFF Groupe de parole

3.5 MODE DE RECRUTEMENT ET RÉALISATION DES ENTRETIENS

Nous avons préparé une **fiche d'information** (*annexe I*) expliquant le cadre de notre étude, les objectifs et le mode de réalisation des entretiens, en insistant bien sûr sur l'anonymisation des données, et avons diffusé cette fiche largement à nos contacts personnels, professionnels (autres internes, médecins, psychologues), aux centres de planning familial, au CEGIDD, à plusieurs associations dont SOS Inceste et France Victimes. A un certain stade de notre étude nous avons reçu la participation de 13 femmes et seulement un homme, et avons

donc décidé de favoriser le recrutement des hommes en écrivant aux associations « La Parole Libérée », « Colosse aux pieds d'argile », et à l'auteur de « Une croix sur l'enfance ». Nous avons ainsi pu recruter 3 hommes supplémentaires.

Nous laissions sur la fiche nos coordonnées et ainsi la possibilité aux personnes de nous contacter elles-mêmes, diminuant le biais de désirabilité, car nous n'avons effectué activement aucun recrutement nous-mêmes.

Les personnes nous contactaient donc une première fois soit par mail soit par téléphone, nous donnant l'occasion de leur apporter plus de précisions, et leur laissant l'opportunité de poser leurs éventuelles questions, puis nous convenions d'un rendez-vous individuel pour la réalisation de l'entretien.

L'entretien était réalisé à l'endroit choisi par la personne volontaire, permettant encore une fois qu'elle soit le plus à l'aise possible. Nous avons ainsi réalisé onze entretiens au domicile des participants, trois à notre domicile, un dans un cabinet de médecine générale, et trois en distanciel.

Comme notre travail de thèse a débuté peu avant la pandémie de Covid-19, nous avons dû nous adapter en périodes de confinement et avons donc réalisé deux des entretiens en visio-conférence (par Skype et Zoom) et un entretien par téléphone.

Les entretiens étaient enregistrés et retranscrits ensuite en verbatim par la personne qui les avait réalisés.

Un pseudonyme laissé au choix du/de la participant.e a été attribué à chaque entretien, la relation entre ce pseudonyme et l'identité de la personne a été conservée dans un fichier auquel seules les investigatrices peuvent accéder, afin de garantir l'anonymat des volontaires.

3.6 MÉTHODE D'ANALYSE

Après nous être renseignées sur les différentes techniques de codage, nous avons repris chaque retranscription à deux investigatrices et avons attribué un code aux mots, phrases, paragraphes qui nous semblaient évoquer un concept (*annexe V*). Pour ce faire, nous avons utilisé la fonctionnalité « commentaires » de Word.

Nous avons choisi d'utiliser Word car les logiciels dédiés au codage pour analyse qualitative étaient onéreux et décrits comme complexes.

Après avoir réalisé le codage de plusieurs entretiens, de nouveaux concepts nous étant apparus au fur et à mesure des lectures, nous avons effectué une deuxième lecture des premiers entretiens avant de continuer avec les autres retranscriptions. Une seconde lecture des codages a également été réalisée par notre directrice de thèse, afin de rendre l'analyse la plus objective possible par la multiplication des lecteurs.

Figure 2. Illustration du procédé de codage

reconstruction on va dire.

Julie : « Et en quoi elle vous rassurait ? »

Adèle :

Quand j'avais certains symptômes... et j'ai eu des grosses angoisses aussi, où vraiment j'étais tellement mal physiquement aussi que ben je pensais que j'allais mourir enfin... que j'allais pas m'en sortir en fait et donc elle me dit "mais si si vous allez y arriver", enfin voilà, je me faisais pas confiance du tout, je me dis, être mal à ce point là, j'imaginai même pas que ça puisse m'arriver mais que ça puisse... cette souffrance énorme en fait. Donc ça pouvait être physique, parce qu'il y a des fois c'était physique mais des fois c'était aussi bon euh... de la dépression, enfin... c'est terrible en fait. Et bon quand j'avais besoin d'examens elle me le prescrivait, enfin voilà c'était... en tout cas elle m'a rassurée, j'avais confiance parce-que ça c'est pareil hein, faire confiance à quelqu'un, c'était euh...

Julie : « Pas facile de faire confiance sur ce sujet »

Adèle :

Oui oui, et puis même dans la vie en général, c'est beaucoup mieux maintenant mais à une époque je crois que c'était très compliqué ma relation à l'autre, c'était beaucoup plus compliqué... mais quand même, je pense qu'elle m'a vraiment portée et rassurée, et voilà, j'avais confiance.

Julie : « Et comment avez-vous réussi à accorder cette confiance ? »

Adèle :

Eh ben parce-que quand je suis allée la voir en fait c'était sur les conseils de ma psychologue, donc comme j'avais entièrement confiance dans ma psychologue, je me dis elle ne peut pas m'envoyer voir n'importe qui. Donc voilà, c'était ça. Mais bon ça aurait pu ne pas passer, mais c'est passé.

SN sarah noel
soutien
Répondre

2 JC julie clement
soutien
Répondre

JC julie clement
revalorisation
Répondre

SN sarah noel
autonomie
Répondre

JC julie clement

Nous réalisons les retranscriptions et les analyses en parallèle. Nous sommes arrivées à saturation des données à partir du 15ème entretien, et avons donc réalisé deux entretiens supplémentaires pour confirmer la saturation, et donc arrêter le recrutement.

Une fois l'analyse des témoignages terminée, nous avons extrait les commentaires des fichiers Word à l'aide d'Excel afin de les classer. Nous avons ensuite structuré les différents concepts en catégories et sous-catégories (*annexe VI*).

Figure 3. Illustration du tableau Excel regroupant l'ensemble des codages. Colonne A : pseudonyme. Colonne B : page où retrouver la phrase codée. Colonne C : ligne où retrouver la phrase codée. Colonne D : phrase codée. Colonne E : code attribué à la phrase

	A	B	C	D	E
585	17. Sandranne	10	46	service, enfin infirmière et aide-soignante d'ailleurs, parce que l'aide-soignante aussi est un gros pilier. C'est des gens qui sont avec le patient, qui vivent avec lui et en fait qui sont, non pas qui ont plus de connaissance, c'est pas ça, mais ils ont plus la personne dans la globalité. Et le médecin traitant, c'est ça, enfin pour moi c'est évident.	globalité
586	7. Elisabeth	5	24	il y avait un témoignage de sage-femme qui elle s'était spécialisée dans les violences sexuelles par ce qu'elle s'était rendu compte qu'au moment du travail de l'accouchement il y a plein de choses qui remontaient et elle pouvait assez vite déceler si la personne avait été atteinte ou pas.	grossesse / accouchement
587	4. Bruna	12	36	Et ... et moi je le vois en faite. Finalement en faite ça faisait 10 ans que j'étais avec mon ex conjoint, j'en remettrait à à peu près 4 ans, donc mon fils a 3 ans et les choses se son acc- exacerbées quand je suis tombée enceinte.	grossesse/accouchement
588	13. Marianne	2	30	elle est aussi, ma généraliste dans des problématiques de... viols sexuels dans l'enfance, elle-même, et pour ses filles, donc euh... il y avait aussi un déni sans doute de sa part aussi qui venait de quelque chose de son histoire personnelle,	histoire traumatique du soignant
589	17. Sandranne	7	3	Et puis ça lui renvoie peut-être des choses en fait, j'en sais rien.	histoire traumatique du soignant
590	3. Adèle	5	21	. Il y a beaucoup de honte aussi...	honte
591	1. Bernard	1	33	Et puis c'était vraiment une chose ... à oublier ... il fallait et tourner la page.	honte

4 RESULTATS

4.1 DÉPISTAGE

Lors de nos entretiens, un élément sur lequel les participants ont insisté et qui leur semblait indispensable pour prendre en charge des personnes victimes de violences sexuelles, était la capacité du médecin généraliste à **dépister** de telles violences.

4.1.1 Problèmes de santé

Dans nos entretiens, de **nombreux symptômes** décrits par les personnes victimes auraient pu selon elles amener le médecin à poser la question d'un antécédent de violences sexuelles. Ceux qui sont notamment apparus sont les suivants : douleurs chroniques, pathologies digestives, cystites à répétition, problèmes gynécologiques, conduites addictives, trouble du développement de l'enfant, anxiété, dépression, troubles du comportement alimentaire, conduites suicidaires, pathologies dermatologiques, maladies inflammatoires et auto-immunes, incontinence urinaire ou fécale...

Le médecin généraliste étant le **premier recours** en cas de problèmes de santé, cela pourrait constituer une porte d'entrée dans la révélation des violences puis dans un parcours de soins.

Adèle : « j'avais des problèmes digestifs énormes, enfin la nourriture c'était très compliqué, enfin ça craquait de partout en fait, ma peau, enfin tout était... l'appareil digestif, puis avec des flashes tout revenait, c'était terrible en fait. Je ne souhaite à personne de passer par ce genre de trucs. Et du coup quand j'avais la peau qui flambait, quand j'avais euh... je faisais des urticaires géants, enfin c'était de partout, c'était... voilà ... donc euh au niveau digestif ben j'avais des problèmes au niveau du ventre, j'avais des problèmes d'estomac enfin j'avais mal partout... »

Ligérienne : « j'ai quand même des maladies auto immunes. J'ai fait une sarcoïdose, qui euh ... de stade I, qui n'a nécessité aucun traitement. J'ai fait un diabète, qui est guéri, c'est quand même assez étonnant parce que, moi qui suis infirmière, on m'a toujours dit qu'un diabète on

en guérissait pas. Euh ... j'ai fait euh ... et je pense que j'en refais encore euh ... une hypothyroïdie euh... J'ai... au niveau médical, j'ai été traitée pour incontinence anale »

Bernard : « Enfin oui ... j'ai eu des ... j'ai eu deux fois des ulcères et c'était sûrement en lien avec les troubles que j'avais. »

4.1.2 Comportement

Plusieurs personnes que nous avons rencontrées se sont décrites comme des personnes discrètes et peu expansives. Ainsi, une **attitude réservée**, à l'enfance comme à l'âge adulte, associée à d'autres plaintes évocatrices, devrait alerter le praticien.

Aurélie : « euh je crois que mon mutisme aussi, ils auraient pu en faire quelque chose, enfin, j'étais hyper enfermée, ouais je respirais pas la joie de vivre quoi »

Il en est de même pour un.e patient.e se présentant en consultation pour des **plaintes chroniques** répétées sans explication retrouvée et sans succès des traitements habituels, ou bien avec des **plaintes multiples**.

Didier l'embrouille : « j'avais des amis qui se foutaient de moi "t'es en sucre" mais c'est vrai quoi, je me souviens à un moment j'avais une copine qu'avait dit quelque chose du genre "c'est bizarre que t'aies toutes ces merdes là", je sais plus comment elle a formulé mais elle a dit "il doit y avoir un truc" puis bon moi j'étais là bon je disais pas forcément non mais en même temps à part être un peu déprimé pfff moi je voyais rien quoi »

A l'inverse d'un **comportement réservé**, il est revenu dans l'un de nos entretiens que des **troubles du comportement** chez l'enfant et l'adolescent peuvent être consécutifs à un antécédent de violences.

Enfin, les personnes victimes de VS se retrouvent souvent dans l'**errance** du fait de la difficulté à trouver des professionnels formés et préparés à l'accueil de leur histoire. Il peut en résulter un **évitement des soins** par sentiment d'abandon et d'impuissance, évitement qui peut aussi venir de la peur de la confrontation et peur de l'examen physique que ressent une personne victime de violences.

Clémentine : « en plus il y a plein de méthodes aujourd'hui, il y a les thérapies cognitivo-comportementales, il y a l'EMDR il y a plein de choses, et on se dit qu'est-ce qui va être le

mieux pour moi, et du coup on perd beaucoup de temps parce qu'on essaie tout et n'importe quoi et... et du coup on peut se fatiguer, se lasser, c'est de l'argent aussi engagé »

Ligérienne : « A partir de ce moment-là j'ai commencé à moi chercher de l'aide auprès de psychologues ou autre. Et ça été tout à fait erratique aussi, ça été très difficile de trouver les bonnes personnes et autre »

Jehan : « Oui c'est marrant parce que c'est vrai que ... je vais très peu chez le médecin, si vraiment quand j'y vais c'est que j'ai vraiment plus le choix. »

4.1.3 Facteurs limitants

Dans plus de la moitié de nos entretiens (10 sur 17), un des facteurs limitants l'application du dépistage semblait être l'**amnésie traumatique**. Les personnes victimes n'ayant elles-mêmes pas accès à leurs souvenirs, elles exprimaient donc la sensation que cela rendait la tâche d'autant plus difficile pour les soignants de mettre un sens aux symptômes et aux pathologies.

Adèle : « mais à l'époque, pendant ma grossesse, je ne savais pas que j'avais été abusée donc je pouvais pas faire le lien [...] je pouvais pas leur dire, je savais pas »

Didier l'embrouille : « ben en fait comme ça m'est arrivé petit, vers 10 ans euh... le fait de découvrir ça récemment... j'ai mis longtemps en fait à réaliser, enfin je sais pas il y a des phases un peu d'aller-retour, entre « ça existe ou pas », j'étais pas sûr de mes souvenirs en plus enfin... forcément j'ai passé 30 ans à pas savoir en fait que ça s'était passé quoi »

Margot : « Maintenant c'est aussi de ma faute, dans le sens, 'fin pas de ma faute mais dans le sens ou moi tant que j'étais pas capable de raconter ce qu'il s'était passé cette nuit-là, tant que j'étais pas capable de savoir c'qu'i s'était passé comme ça s'était passé »

Sandranne : « c'est là en fait, au cours de séance d'EMDR, que cette révélation est apparue. C'est très très violent en fait, c'est... voilà. Mais bon, en fait grâce à tout ça, j'ai pu mettre un... je savais qu'il y avait quelque chose, qui s'était passé, mais je, je, je... »

Un soignant non formé aux mécanismes du psycho-traumatisme peut facilement passer à côté d'un antécédent traumatique, par faute de recherche active de celui-ci. Le fait de ne pas se souvenir des événements violents n'enlève pas les conséquences du traumatisme pour autant,

raison pour laquelle les personnes victimes qui sont sorties d'amnésie décrivent le souhait que le soignant les amène à avoir accès à ces souvenirs afin de pouvoir les traiter.

D'autre part, même si la personne n'est pas ou plus ou en amnésie traumatique, elle peut être confrontée à son propre **déni** ou au **déni du soignant**, ainsi que celui de la **société** en général.

Marianne : « je viens d'un milieu de médecins, justement, où... je sais pas... de riches médecins, c'était pas du tout envisagé pour mon médecin que ça m'arrive à moi quoi [...] il y avait aussi un déni sans doute de sa part aussi qui venait de quelque chose de son histoire personnelle (n.d.l.r : en parlant de son médecin traitant) »

Pierre : « Pour moi, plus difficile d'en parler même pas difficile d'en parler parce que j'étais pas conscient de ce que ... De ... des motifs de mon problème, je me le cachais à moi-même, alors comment est-ce que j'aurais pu l'exprimer à mon généraliste ? »

Dans certains cas de VS, comme l'inceste ou les violences de la part d'un proche, les personnes victimes décrivent des mécanismes d'emprise et de mise sous silence qui ont pu durer des années, habituant la personne à taire ces événements. Elle peut donc aussi avoir développé ses propres **mécanismes de dissimulation et de manipulation** par crainte des répercussions qu'aurait la révélation des faits de violence.

Bruna : « Et puis j'avais mes enfants avec moi donc il fallait pas montrer au monde entier que c'était le bordel chez moi. Et pourtant la photo de famille était la plus jolie qui soit quoi. Donc voilà. »

Elisabeth : « Non vraiment c'est ... parce qu'on pense que je suis à l'aise mais c'est peut-être parce que je cache tout à l'intérieur mais ... on sait pas trop ce qui se passe à l'intérieur des gens. »

Enfin, l'approche parfois technique des consultations de médecine générale (notamment certains médecins pratiquants : une consultation/un motif) peut conduire à une segmentation des manifestations somatiques et/ou psychologiques et ainsi mener à des diagnostics erronés ou imprécis. En effet, c'est plus souvent l'association de certaines pathologies et traits du comportement que nous avons cités plus haut qui amène à suspecter des antécédents de violences, plutôt qu'un seul motif de consultation. Une **approche globale** de la personne est donc d'autant plus nécessaire pour dépister les violences et prendre en charge leurs conséquences. Par exemple, certains symptômes digestifs pourront être mis à tort sur le compte

d'une pathologie organique, alors qu'associés à des manifestations anxieuses et un comportement réservé, ils entrent dans le cadre d'une réaction globale à un traumatisme et ne seront donc pas à explorer isolément.

Clémentine : « quand on vient, on vient avec son histoire, on vient avec sa génétique, son hérédité, un environnement sociologique professionnel, enfin c'est un tout, et on développe une pathologie aussi parce qu'il y a tout ça autour [...] comme si on a des strates, on a plein de couches, on n'est pas que je viens parce que j'ai mal aux intestins, j'ai pas que ça, il y a mon histoire, ma vie professionnelle, il y a ma vie familiale, ma vie amoureuse, mon environnement sociologique euh... c'est un tout, oui un individu c'est pas que un corps fait de chair et d'os, il y a tout ce qu'il y a autour qui fait que à un moment donné il peut développer une problématique »

Loustic : « mais euh du coup je l'ai presque trouvé indifférent à la situation, très très médical en fait, un peu moins humain on va dire. (pause) donc à ce moment-là peut-être que j'aurais aimé qu'il pose un peu plus de questions, de type personnelles, peut-être »

Marianne : « et en même temps ce serait bien que même dans l'allopathie, dans la médecine générale, il y ait euh, cette conscience du corps-esprit, qu'il y ait une symbolique derrière... prise en compte, derrière les maux quoi, que le corps s'exprime d'une manière ou d'une autre, l'obésité, l'anorexie, les douleurs, le cancer, tout ça c'est aussi global c'est pas juste les cellules qui commencent à déconner ou un microbiote complètement bousillé.... oui c'est ça en partie, mais c'est aussi beaucoup une globalité, l'environnement, le mode de pensée, enfin... que ce soit un peu plus holistique »

4.1.4 Le cas de l'enfant

La nécessité de mettre en place un dépistage plus systématique des violences sexuelles chez l'enfant est revenu dans la majorité de nos entretiens, les personnes interrogées ayant le sentiment de nombreuses occasions manquées pendant l'enfance.

Parmi les signes et/ou symptômes de l'enfance qui devraient alerter le médecin généraliste, ont notamment été cités les **variations brutales de la courbe staturo-pondérale** ou les **troubles du comportement alimentaire**.

Margot : « la première fois qu'moi ma mère m'emmène chez le médecin c'est pour une perte de poids parce que en un été j'ai perdu je sais pas... euh... donc j'avais pris du poids en quatrième à peu près et en été en un été je perds peut-être 8 kilos en 2 mois quoi et donc ma mère s'inquiète puis ma mère elle était un peu éveillée aussi à, aux problèmes alimentaires en fait de 4ème, 3ème, d'adolescente. »

Marianne : « si elle avait fait le lien entre l'anorexie qui commençait, mon anorexie à moi »

La **place de l'enfant** étant peu valorisée, peu d'importance est malheureusement parfois accordée à sa parole. Il revient en conséquence que des **consultations sans accompagnant** devraient être proposées très largement, et ce même avant l'adolescence.

Marianne : « mais ce manque d'intimité, je pense, que l'enfant soit pas pris en compte réellement comme un... un individu qui a une intimité en fait [...] que ce soit vulgarisé quoi, que ce soit partout, ça j'aurais vraiment bien aimé qu'on me fasse prendre conscience que j'ai une intimité et qu'elle doit... peu importe l'âge en fait, et qu'elle doit être respectée. »

Elisabeth : « Que le lien justement puisse se créer. C'est vrai qu'enfant j'étais jamais ... y'avait toujours ma mère. Peut-être que j'aurais pu parler si ... si on avait laissé ma mère dans la salle d'attente. »

Aurélie : « j'ai envie de dire tous les signaux étaient rouges quoi, enfin... (pause) et oui je pense que, finalement il était à l'écoute des parents et pas du tout de l'enfant en fait, que j'étais quoi. Oui, il écoutait d'avantage les parents plus que d'être à l'écoute de l'enfant que j'étais, ça c'est sûr »

4.1.5 Dépistage systématique

Durant nos entretiens, nous avons demandé à chaque participant leur avis sur un **dépistage systématique** d'antécédents de violences sexuelles en consultation de médecine générale.

Les réponses ont été très largement en faveur d'un dépistage systématique (16 entretiens sur 17), celui-ci pouvant selon eux vraiment amener certains patients, si ce n'est à parler d'emblée de VS qu'ils auraient vécu, au moins à leur signifier que le cabinet de médecine générale est un endroit où il est possible d'en parler. Cela pourrait également

amener certaines personnes qui n'auraient jamais parlé des violences vécues, voire qui seraient encore dans un processus d'amnésie traumatique, à entrer dans un parcours de soin.

Mais il a été tout de même parfois été rapporté certaines nuances et réserves, principalement sur la façon dont la question devait être amenée. En effet, plusieurs personnes ont rapporté qu'une question posée très directement, avec des mots pouvant être très forts comme le mot de « violence » ou « victime » pouvait être brutale, et éventuellement source de reviviscence. Une question plus détournée, plus suggestive leur semblerait alors plus adaptée.

De même, certaines personnes ont signalé que cela leur semblait une bonne question à poser à un patient que l'on suivrait depuis quelque temps, mais peut-être pas forcément lors d'une première rencontre.

Certaines personnes pourront répondre « non » à cette question, car ne seront pas prêtes à en parler, mais cela laisse l'ouverture à une possibilité ultérieure de s'exprimer, et le praticien pourra donc être amené à poser la question à nouveau en cas de suspicion.

*Didier l'embrouille : « Ah oui ! p***** la vache. Ah oui moi j'entends ça directement, c'est très violent comme question. Oui moi j'aurais un choc en entendant la question. Enfin je l'ai eu là déjà là, rien que là à l'entendre, ouais ouais franchement ça fait bizarre... »*

Sandranne : « Violence c'est pas ... enfin ça dépend pas chez tout le monde mais moi j'aime pas ce mot. Pour moi violence ça réveille tout de suite le truc en fait, donc je bloque, je vois bien je bloque dans ces cas-là et j'ai honte et j'ai- Alors ça réveille voilà des trucs peut être qui peuvent faire que ça ouvre pas le dialogue »

4.2 RELATION DE SOIN

La relation de soin est une **relation inter-personnelle**, la rencontre entre deux personnes : un soignant et un soigné.

Lors de nos entretiens, sont apparues plusieurs spécificités de cette relation de soin lorsqu'il existe un antécédent de violence sexuelle chez la personne soignée.

4.2.1 Capacités relationnelles

La première et plus rapportée de ces spécificités semble être les **capacités relationnelles** du soignant.

Elisabeth : « Je pense ça change tout pour la confiance que l'on peut avoir. J'avais lu même un bouquin qui s'appelait « le Chœur des femmes » de Martin Winkler. Il disait qu'il y a des gens qui font ... voilà qui pour la science, oublient un peu des fois qu'il y a un être humain (rire) dans les étriers »

Marianne : « Mais euh ouais, un peu plus de confiance peut-être dans le relationnel, peut-être former les généralistes à être plus ouverts, à être plus dans le lien quoi, dans la facilité du lien, à être. »

Yza : « Ben peut-être j'avais peur de pas être entendue ou qu'il y ait une réaction en face qui soit pas correcte enfin... parce que parfois les gens croient bien parler ou bien faire mais finalement c'est complètement à côté de la plaque donc euh on en entend tellement que voilà on n'a pas forcément envie de... voilà oui je pense que c'est un peu ça oui. »

Une des capacités relationnelles attendue du médecin généraliste est son **professionnalisme**, le médecin étant un professionnel de santé formé, titulaire d'un diplôme d'État, il est souvent rapporté et attendu qu'il reste dans une posture professionnelle de soignant face à un patient, avec la « juste distance » qu'implique cette posture.

Ce professionnalisme et cette juste distance semblent caractérisés notamment par une approche **empathique**, à savoir comprendre ce que ressent la personne victime tout en gardant une certaine objectivité.

Le professionnalisme passe également par le **respect** du patient, en tant qu'être humain unique, libre de ses droits, de sa personne. Cela comprend le respect de son **intimité**, qu'il s'agisse de l'intimité du corps mais également l'intimité de son histoire, la personne victime étant la seule à pouvoir fixer les limites de ce qu'elle souhaite ou non partager avec le soignant. Plusieurs personnes que nous avons interrogées ont décrit des situations où le professionnel n'avait pas respecté les limites de ce que la personne était prête à révéler, ce qui a pu les conduire à « fuir » ce professionnel, et parfois même la peur d'en reconsulter d'autres, par crainte de voir ses défenses ébranlées.

Cela inclut également le respect des choix du patient, ce qui amène au principe d'**autonomie**, rapporté comme important, le soignant devant autant que possible être un guide, la personne victime étant seule à même de décider pour sa personne.

Adèle : « elle avait entendu que je ne voulais pas de médicaments [...] Et que maintenant je me dis si je suis pas d'accord, je dis je ne suis pas d'accord, parce que c'était aussi ce qui était compliqué pour moi de dire non, enfin, vous voyez. Je suis pas d'accord pour avoir cet examen, ou je ne suis pas d'accord pour prendre ce médicament, ou je ne suis pas d'accord pour cette modalité de traitement ou... je ne pourrais pas dire comme ça, non enfin je suis d'accord sur tout. »

Aurélie : « Elle a été présente dans le sens où elle validait ce que je voulais et ce que je voulais pas [...] et je pouvais être actrice quoi là-dedans. »

Elisabeth : « Ouais, ça montre qu'on ... qu'on n'insulte pas notre intelligence, qu'on est capable de décider pour nous. »

Didier l'embrouille : « Ouais je trouvais qu'il était vraiment très à l'écoute, sans vouloir être dirigiste »

A ce professionnalisme s'ajoute la notion de **confiance** envers le soignant, essentielle pour une relation de soin pérenne à même d'aider la personne victime. Pour établir cette relation de confiance, il semble indispensable de faire comprendre à la personne victime qu'elle ne sera pas jugée, qu'elle sera entendue et soutenue, et que ce qu'elle pourra révéler en consultation restera confidentiel et que rien ne sera fait sans son accord.

Clémentine : « mais voilà avoir l'approche qui fait que à un moment on va lui faire confiance et on va se dire, ah ouais peut-être qu'à lui je peux lui en parler. »

Parmi les capacités relationnelles est également souvent citée l'**adaptation de la relation médecin-malade**, idée selon laquelle l'approche, le comportement du médecin se modifient lorsqu'il prend connaissance de l'antécédent de VS. Ceci en veillant cependant à ne pas **réduire la personne à son statut de victime**, les personnes rencontrées ayant mis en avant que leur passé de violence était certes un élément prépondérant de leur vécu mais qu'il pouvait être très difficile et contre-productif de n'être vu qu'au travers du prisme, de « l'étiquette » de victime.

Bruna : « Et puis dès lors où j'ai raconté cette histoire, oui il a changé complètement de ... de comportement et j'ai même senti dans son regard ... pas comme de l'attachement mais en tout

cas beaucoup d'empathie et peut être que lui a compris aussi mon désarroi en tant que maman euh ... à postériori, et des choses qu'il avait peut-être pas creusées non plus. »

L'**écoute** semble être aussi parmi les capacités attendues de la part du soignant, le soignant étant là pour recueillir la parole, les mots, les plaintes, le récit de la personne victime. Avec pour limite rapportée que la **répétition du récit** par la personne victime, auprès d'un même soignant ou auprès des différents interlocuteurs intervenant dans son accompagnement, peut être source de difficultés pour la personne victime par la **reviviscence** que peut impliquer l'expression des événements traumatiques vécus.

Margot : « en fait mon parcours il est jalonné de médecins qui ont su entendre. »

Léa : « Euh réexposer la situation. Parce que du coup en fait j'avais différents intervenants autour de moi. Que ce soit au commissariat, à la psychologue, au médecin traitant, les personnes qui m'entouraient également, qui me demandaient comment ça s'était passé, qu'est ce qui s'était passé. Et forcément, réexposer la situation tout le temps c'était remuer un petit peu le couteau dans une plaie vraiment profonde. Et ... Et ça, ça a été compliqué oui. »

Une fois le récit reçu, l'approche attendue du médecin généraliste est une **approche déculpabilisante**, les personnes victimes se sentant très fréquemment responsables des VS vécues.

Sont attendues également **réassurance** et **revalorisation**, les personnes victimes de VS ayant souvent une image d'elle-même très dégradée et un sentiment d'impuissance et d'insignifiance.

Bruna : « j'ai envie qu'on m'aide à m'en sortir par le haut quoi, en me disant "non mais en fait vous avez vécu ça, c'est grave, mais ... mais ... bah vous allez vous en sortir quoi" »

Adèle : « "mais c'est vous qui l'avez fait ce miracle" (n.d.l.r : le médecin en parlant d'Adèle) que j'allais pas m'en sortir en fait et donc elle me dit "mais si, si, vous allez y arriver" »

Yalla : « je crois que c'était une des premières personnes à me dire des mots gentils en fait, à être bienveillant, à dire que j'étais une personne bien, que je pouvais faire des choses, que j'avais le droit »

Ces différentes capacités relationnelles sous-tendent un **investissement attendu du soignant dans la relation**, investissement affectif, investissement en termes de **disponibilité**,

de **temps de consultation**. La personne victime attendant de ressentir que le médecin va faire son possible pour répondre à ses demandes, l'accompagner.

Ces capacités relationnelles sont malheureusement parfois entachées par des phénomènes de **re-victimisation** où le médecin généraliste reproduit des situations de violence. Cette reproduction de la violence peut notamment parfois passer par le discours du médecin et le **poids que peuvent avoir certains mots**, certaines paroles de soignants.

Loustic : « encore moins pour parler de ce sujet-là, et donc oui j'avais peur d'une double violence et notamment psychologique, avec des phrases du type "vous êtes sûre que ça vous est arrivé ? " »

Cependant, **mettre les mots**, les mots justes est un rôle important et attendu du soignant. Aider la personne victime à mettre des mots sur les événements vécus, sur son ressenti, car il n'est pas toujours facile pour une personne d'identifier les violences qu'elle subit ou qu'elle a pu subir. Mettre les mots justes permet aussi de montrer à la personne victime que le soignant reconnaît la réalité des violences vécues.

Margot : « Parce que je lui dis quand elle me présente votre thèse, je lui dis "mais vous savez moi j'ai été victime qu'une fois hein". Elle me dit "Oui Mme V., vous avez été victime une fois, ça suffit". Ouai c'est bête mais. Et moi à ce moment-là, je dis rien hein, je ... Mais en fait moi j'ai besoin de l'entendre. Clairement, j'ai besoin de l'entendre. »

Il a parfois été mentionné des phénomènes de **minimisation** de la part du soignant, quand le vécu de la personne victime n'est certes pas nié mais non appréhendé à sa juste mesure, non pris en compte comme un élément grave, déterminant, digne d'intérêt, quand le soignant semble nier toutes les répercussions que peut avoir un passé de VS.

Une impression de **jugement** a également parfois été ressentie par les personnes interrogées. Que ce soit un jugement quant aux faits vécus, aux circonstances des violences, ou bien un jugement des différentes répercussions qu'ont pu avoir les violences subies : répercussions physiques, psychologiques, de parcours de vie.

A noter que l'utilisation de l'**outil informatique** a parfois été rapportée comme frein à la relation, par la distance que peut amener le fait d'avoir face à soi un médecin regardant plus son ordinateur que le patient. Mais également par le fait du partage d'information via le logiciel de suivi du patient, rapporté par certains comme un frein à la libération de parole, par souhait que ce qui puisse se dire entre un patient et son médecin reste confidentiel et ne soit pas lisible

et donc connaissable par d'autres médecins ou soignants qui interviendraient sur la même structure.

Marianne : « ou au lien qu'on pourrait créer qui serait plus humain s'il y avait pas cet ordinateur en permanence, quand on parle. »

4.2.2 Reconnaître le statut de victime

Dans la plupart des entretiens réalisés, les personnes interrogées rapportaient le désir d'être **reconnues** en tant que victimes.

Bruna : « des professionnels en tout cas qui ont été capables de me dire “mais écoutez madame oui, ce que vous vivez c'est de la violence conjugale”. »

Léa : « Ma place de victime, pour le coup, était difficile à ... à mettre en place dans ma tête, enfin c'était plutôt compliqué. Et du coup elle m'a aidé suite à... par rapport à ça. »

Comme mentionné précédemment, cette reconnaissance passe principalement par le fait de **mettre les mots justes** sur les événements et le vécu traumatique et de ne pas les minimiser.

Cependant, cette reconnaissance du statut de victime peut parfois être empêchée par le **déni du soignant**, soit par manque de sensibilisation ou de formation, soit par le déni de sa possible propre histoire traumatique.

Marianne : « il y avait aussi un déni sans doute de sa part aussi qui venait de quelque chose de son histoire personnelle (n.d.l.r : en parlant de son médecin traitant) »

4.2.3 Examen physique

Généralement, les personnes qui ont été victimes de VS ont une peur intense de l'**examen physique** (11 entretiens sur 17), sentiment qu'elles ont parfois du mal à verbaliser auprès du soignant, soit parce que le soignant n'a pas connaissance des événements, soit par crainte que cela soit mal perçu.

A noter également que certains gestes peuvent provoquer des **reviviscences**. Par exemple quelqu'un qui a subi une agression sexuelle au niveau des seins aura du mal à supporter une palpation mammaire.

De la même façon, l'**examen gynécologique** a parfois été vécu comme extrêmement traumatisant.

Par ailleurs, certaines personnes ont rapporté des phénomènes de reviviscences lors de grossesses et d'accouchements.

Ligérienne : « Tout ce qui était examen gynécologique et autre c'était, c'était affreux. »

Afin de minimiser autant que possible les difficultés que rencontrent les personnes victimes de VS lors de l'examen physique, il faudrait s'assurer de rechercher le **consentement** de la personne avant de réaliser un geste qui pourrait être vécu comme intrusif. Et ce en ayant conscience que certains gestes qui ne paraissent, de prime abord, pas intrusifs du point de vue du soignant, peuvent l'être pour une personne ayant un antécédent de VS. Par exemple, chez une personne ayant été victime de VS, le simple **contact physique** peut parfois déjà dépasser certaines limites du supportable. Et même sans qu'il y ait contact physique, la situation de **proximité** qu'implique l'examen physique peut être difficile pour certaines personnes. De même, le **déshabillage** qui peut paraître normal pour le soignant peut mettre la personne victime en position de vulnérabilité et selon les personnes interrogées, ne devrait pas être systématique ni complet si cela n'est pas nécessaire.

Sandranne : « Il a ... il a ... en fait quand vous arrivez dans sa consultation, il vous fait mettre complètement nue sur la table. Et sais pas si vous imaginez ce que ça veut dire quand vous avez été ... »

Il est également important d'**expliquer** au patient les modalités de l'examen que l'on s'apprête à réaliser, les raisons pour lesquelles on le réalise, de **prévenir** le patient à chaque geste, et de faire preuve de réassurance.

Aurélie : « de prendre le temps d'expliquer les actes, quand on touche le corps et puis pas forcément de se faire déshabiller totalement à chaque fois, de poser la question, de savoir, ce qui est possible ou pas, ce qui est vraiment nécessaire. »

Pour rassurer le patient que l'on examine, il est important de rester en zone de **visibilité** autant que possible, car se positionner derrière une personne victime de VS peut créer un sentiment d'insécurité.

Clémentine : « le fait qu'il anticipe plus sur ce qu'il allait faire. C'est bête mais de dire : je vais vous toucher là, je vais écouter là, je vais faire ceci, je vais faire cela, de façon à ce que je me prépare. Il y avait ça, et il y avait, par exemple un truc tout bête, trop proche... trop proche par exemple s'il était par exemple dans mon dos, de ne pas le voir, c'est quelque chose qui me dérangeait. »

4.2.4 Formation

Une notion qui est revenue dans la majorité des entretiens (13 sur 17 réalisés) est le manque ou la nécessité de **formation** des médecins généralistes sur les spécificités des violences sexuelles.

Bruna : « alors est ce que les médecins traitants finalement sont suffisamment ... aguerris sur ces questions, ça c'est une autre question, je sais pas »

Ligérienne : « Je crois qu'il y a, il y a eu une méconnaissance énorme et, et c'est là que la formation médicale et de tous les professionnels de santé est hyper, hyper importante, pour dépister et prendre en charge. Et on a beau être un excellent médecin, un excellent professionnel de santé, si on n'est pas formé à ça, on passe à côté de tas de choses. »

Les personnes victimes ressentent souvent un manque de **sensibilisation** au sujet, notamment dans le cadre de la formation universitaire initiale. Certaines décrivent aussi le sentiment que le médecin généraliste ne s'approprie pas le sujet comme faisant partie de ses fonctions de soignant. Au contraire, de leur point de vue, la prise en charge de telles violences fait partie intégrante des fonctions du médecin généraliste en lien avec son aspect de premier recours de prise en charge globale qu'implique la médecine générale.

Par ailleurs, certaines personnes victimes ont été confrontées au **déni du corps médical** de la réalité de l'existence de ces violences, de leur forte prévalence, et de leurs répercussions.

Pour les personnes victimes que nous avons interrogées, il est indispensable d'être formé spécifiquement pour accompagner correctement une personne victime de violences sexuelles. En effet, un médecin généraliste peut être très compétent et empathique dans sa pratique, mais s'il n'a pas une **compréhension des mécanismes** des violences, s'il n'est pas en capacité de reconnaître des symptômes de stress post-traumatique, il lui sera difficile de guider la personne victime sur un parcours de guérison.

Bruna : « Mais il avait toujours une explication sur tout pour me ... refaire tomber dans la chose. [...] Mais en fait depuis le début j'étais dans un mécanisme d'emprise avec ce- cet homme-là. Et finalement en fait pendant 10 ans j'ai rien dit »

Bruna : « (n.d.l.r : en parlant d'un soignant) Je lui ai expliqué et il m'a dit "bah écoutez j'ai retiré son joujou à Monsieur alors Monsieur il est pas content du tout et sa réaction est totalement ... ; enfin totalement- moi je savais comment il allait réagir". [...] Et il m'a dit "bah voilà, il a voulu vous faire peur, il a réussi. Sauf qu'en fait vous allez continuer à venir me voir et je recevrai jamais de courrier." ».

Les personnes interrogées ressentent de façon générale un manque de formation des médecins généralistes à l'**accompagnement psychologique**, pourtant rapporté comme essentiel quand il s'agit d'accompagner des personnes victimes de VS.

4.2.5 Modalités de consultation

En termes de suivi, ce qui est revenu dans les entretiens des personnes ayant été victimes de VS est qu'elles attendaient du médecin qu'il les accompagne dans la durée et assure un **suivi dans le temps** de leur état psychologique et somatique. Il faut d'ailleurs respecter la **temporalité** du patient, c'est-à-dire le moment où il sera prêt à révéler les violences, à en parler de façon plus approfondie, ou à rentrer dans un parcours de soin.

Bruna : « Et du coup en fait j'y allais quasiment tous les 10 à 15 jours, le voir. Donc j'étais en plus suivi par un psychologue mais il trouvait bon de quand même suivre. Il m'a dit "c'est très bien que vous alliez voir un psy, c'est ce qui vous aidera aujourd'hui le plus, mais moi j'aimerais bien vous voir" »

Léa : « Elle souhaitait du coup que l'on se revoie toutes les semaines, pour pouvoir faire un point. »

Ligérienne : « Dans la connaissance de l'évolution d'une personne. Moi j'ai eu la chance de côtoyer entre autres un médecin généraliste qui m'a pris en charge à partir de mon adolescence jusqu'à mes 22 ans et il a été une ressource inestimable. »

Jehan : « Et je que là, oui, ce que j'ai envie de dire par rapport à- le médecin de famille c'est ... une écoute bienveillante. Et accepter que les personnes, elles peuvent revenir pendant des

années, des mois à raconter la même histoire. Ça sera jamais la même histoire, parce que y'a d'autres choses qui reviennent, mais accepter que ça soit dans une longue durée. »

Au-delà de ce suivi dans le temps, les personnes interrogées ont également ressenti le besoin d'un **temps de consultation** plus important quand il s'agit de l'accompagnement d'une personne victime de VS.

Bruna : « Je vois bien un médecin vite débordé par la patiente qui passe 45 minutes dans son bureau et à un moment donné il faut couper court quoi. »

Léa : « Oui en fait elle a pris énormément de temps, disons que c'était pas une consultation d'un quart d'heure lorsque j'allais la voir [...] Alors ma médecin généraliste a tendance à avoir énormément de retard, mais parce qu'en fait elle prend du temps pour chacun de ses patients. »

Pierre : « Mais bon, ça lui demande du temps et le temps, il ne l'a pas toujours le généraliste. S'il veut respecter ses horaires de rendez-vous »

Étant donné qu'une personne en détresse psychologique ou en état de stress post-traumatique sera moins capable d'assumer seule ses soins, certaines personnes victimes interrogées exprimaient le désir d'un **suivi actif**, c'est-à-dire que le médecin fasse preuve d'initiative dans la prise des rendez-vous ou dans la recherche d'intervenants.

Le suivi d'une personne victime passe également par la notion de **disponibilité**, en particulier car elle peut présenter des moments de détresse intense dans lesquels elle aura besoin d'être soutenue.

Adèle : « je savais que je pouvais l'appeler ou lui envoyer un mail, où tout de suite elle me répondait. »

Aurélie : « quitte justement par exemple à augmenter les fréquences des rendez-vous quand c'était vraiment, vraiment borderline eh ben du coup on se voyait plus souvent »

Par le rôle qui incombe au médecin généraliste, celui-ci est très souvent un **premier recours**, soit parce qu'il est la première personne à intervenir auprès d'une personne victime (en aigu après une violence, ou la première personne à qui la personne victime révèle son histoire traumatique), soit parce que la personne consulte pour un motif psychologique ou somatique derrière lesquels le médecin pourra dépister un antécédent traumatique.

Clémentine : « Le généraliste je pense que lui c'est... pour moi le généraliste c'est lui qui... c'est le premier qui va donner l'alerte sur tout ça [...] je pense que c'est la première personne de confiance à qui on a envie de se livrer »

Ligérienne : « Bah il a une ... il a une place essentielle parce qu'il est, lui il est sur le terrain et il est le premier acteur de prise en charge médicale de quelqu'un. »

Par ailleurs, le médecin généraliste représente souvent une personne de confiance pour le patient, avec qui se noue plus facilement un **lien de proximité** qu'avec d'autres soignants, car c'est le médecin qu'il voit le plus souvent et parfois depuis plusieurs années. La notion de **médecin de famille** prend ainsi tout son sens pour la personne victime. Le médecin généraliste constitue ainsi le **centre de la prise en charge**, autour duquel s'articulent les différents intervenants.

Margot : « Bah non seulement les médecins de famille heu, depuis qu'on est bébé, ça, voilà. Il soigne aussi ma mère, mon père, ma sœur, mon frère. On a tous nos... il connaît très bien notre famille. Et heu (silence) ouai c'était import- 'fin, c'était important. Enfin c'est forcément un autre lien »

4.2.6 Caractéristiques du médecin

Au-delà des capacités relationnelles et de la formation du médecin, il a souvent été rapporté que le **genre du médecin** jouait un rôle primordial dans l'acceptation des soins, certaines personnes victimes pouvant ne pas supporter d'être examinées par un homme.

Léa : « Et forcément lorsqu'il y a des consultations qui ... qui me demandent d'être ... d'être nue, il faut que ce soit une femme de toute façon, un homme serait compliqué »

Loustic : « mais je crois dans mes souvenirs en fait que j'avais fait en sorte pour le premier médecin de voir une femme en fait, j'avais pas très envie de me retrouver avec un homme »

Yza : « euh après non ça va, parce que déjà c'est une femme, elle est assez douce et tout, je pense que si c'était un homme je pourrais pas supporter qu'il me touche par exemple »

Il est souvent revenu lors des entretiens que la prise en charge avait été également plus facile avec des **médecins jeunes**, car ils leurs semblent souvent plus sensibilisés à la question.

Clémentine : « je pense que les jeunes médecins, on s'intéresse beaucoup à ça, moi je trouve que les jeunes beaucoup plus sont sensibles »

Marianne : « parce que vous êtes jeune médecin, mais euh moi dans ma famille tous les médecins qui ont été formés, les vieux de la vielle, ils ont pas... il y a pas beaucoup d'humain quoi dans cette formation finalement »

4.3 ACCOMPAGNER UNE PERSONNE VICTIME DE VIOLENCES SEXUELLES : SPÉCIFICITÉS

L'accompagnement d'une personne victime de violences sexuelles en médecine générale prend une dimension particulière car en plus de l'écoute et du soin que le médecin réalise en consultation, la personne victime attend aussi de sa part qu'il l'accompagne dans le parcours spécifique de victime et de réparation post-traumatique et judiciaire.

4.3.1 Parcours victime

Il est attendu du médecin qu'il rappelle à la personne victime ses droits et notamment le droit de **porter plainte**. Toutes les personnes victimes n'auront pas nécessairement le souhait d'entamer des procédures judiciaires, mais le fait que le médecin lui propose cette possibilité représente une preuve de soutien et de reconnaissance du préjudice.

Clémentine : « il peut, pourquoi pas, me donner mes droits »

Bernard : « C'est tout un tabou... pour moi c'était une matérialisation des faits, le fait d'en parler et de ... et de porter plainte.[...] j'ai porté plainte. C'était comme euh ... contre mon agresseur, et même qu'il soit décédé, c'était comme un aboutissement pour moi. L'occasion de matérialiser un fait, qu'on ne doute pas de ce que j'ai vécu »

Le médecin peut par ailleurs apporter son aide dans ce domaine par la rédaction de **certificats avec indication d'ITT** lorsque les violences sont récentes.

Élisabeth : « Et il m'a dit "faut porter plainte" pas uniquement que sur le côté médical, mais aussi, judiciaire, il a regardé si j'avais pas des traces dans mon... dans les cheveux de coups comme j'avais une barrette en fer. »

Il peut également aider la personne victime à trouver des **preuves** pour la constitution d'un dossier judiciaire, celles-ci pouvant être des éléments de consultations passées, des résultats d'examens complémentaires, des éléments du carnet de santé (cassure de courbe staturo-pondérale, consultations répétées à une certaine période...).

Léa : « Et c'est au moment du procès, pour appuyer mon dossier auprès de mon avocat ... qu'elle m'a certifié avoir prescrit des anxiolytiques ... avoir été témoin de scène où j'étais en ... en détresse psychologique »

Un élément qui est revenu dans la quasi-totalité de nos entretiens est le besoin fondamental pour la personne victime de pouvoir **libérer sa parole** (16 entretiens sur 17). Le médecin généraliste est une des premières personnes pouvant amorcer cette libération, car comme vu précédemment, il représente une personne de confiance et de premier recours.

Il est ainsi possible de conseiller certains moyens d'expression pour la personne victime, par exemple par l'**écriture** ou par l'apport d'un **témoignage**. A ce sujet, il est d'ailleurs souvent revenu au début de nos entretiens que la raison qui avait poussé les personnes victimes à se porter volontaires à notre étude était que cela représentait une étape supplémentaire de reconstruction dans leur parcours.

Ligérienne : « Le premier frein, c'est la honte, c'est la honte. Et, oui, je pense que- alors là je suis absolument sûre que c'est une constante chez les victimes, c'est la honte et la culpabilité que l'on ressent. [...] Et c'est en ça que je pense que c'est important que le médecin puisse libérer la parole en levant cette... ce qui est pour moi je pense les freins à la prise en charge. Inverser la notion de culpabilité et lever la honte. C'est important. Expliquer ce phénomène la aux victimes, ça fait vraiment partie de la prise en charge, et c'est la première prise en charge. »

La libération de cette parole n'est cependant pas sans conséquences, particulièrement au niveau de la **systémique familiale**. Cet aspect est apparu dans nos entretiens dans le cadre de violences intrafamiliales, la personne victime décrivant parfois un déni voire une opposition de la part des autres membres de la famille pouvant mener jusqu'à son exclusion du milieu familial.

Ligérienne : « ce qu'il faut aussi ajouter c'est que quand les victimes parlent, il y a des conséquences énormes. Souvent leur parole est niée, et euh y'a au moins une partie de la famille qui les rejette, et c'est une souffrance supplémentaire. Alors là, que peut le médecin traitant, j'en sais rien, sinon un accompagnement effectivement. »

Clémentine : « moi j'ai essayé d'en parler à des proches et je l'ai dit une fois et ça s'est fermé pour toujours parce que soit... les gens sont dans le jugement ou soit je suis à l'origine de la destruction de ma famille »

4.3.2 Reconnaissance des mécanismes

Pour comprendre et accompagner une personne victime de VS, le médecin doit être formé à la prise en compte de certains mécanismes spécifiques.

Certaines émotions ressenties par une personne victime de VS nous ont été citées lors des entretiens notamment le **dégoût**, la **peur**, la **colère**, la **honte**, la **solitude** et parfois de la **sidération**.

La personne victime pourra également présenter certaines répercussions sur son comportement, qui, d'après les personnes interrogées, face à un médecin non formé, pourront mener à une incompréhension voire un jugement et un rejet de la personne. Les patients peuvent ainsi faire preuve de mécanismes d'**auto-destruction**, d'**auto-mutilation**, de **stratégies de survie** qui peuvent être à terme délétères pour leur santé psychique et somatique (par exemple les **conduites addictives**), et peuvent parfois **reproduire certains schémas de violence** et de manipulation.

D'autre part, il faudra aussi rechercher un mécanisme d'**auto-culpabilisation** et faire comprendre à la personne victime qu'elle n'est en aucun cas coupable de ce qui a pu lui arriver.

Parfois les personnes victimes peuvent présenter un état de **dissociation**. La dissociation correspond à un état de conscience modifié, une sensation de détachement de soi et de son environnement, et un sens de la mémoire fragmenté, qui permet au sujet de se protéger dans les situations de tension auxquelles il ne peut plus faire face.

La personne victime peut avoir déjà été confrontée à son propre **déni**, au **déni de ses proches**, de la **société**, ou d'**autres soignants** et craindre de n'être ainsi pas crue par son médecin généraliste. Elle peut aussi chercher à cacher activement ce secret en faisant preuve de **manipulation** ou de **dissimulation** de certains symptômes.

Yalla : « ma maman m’a demandé pourquoi je faisais tout ça, et je lui ai dit, et donc là... et ben là elle m’a pas crue en fait, en fait elle m’a renvoyé une autre violence qui est que c’était pas possible, que c’était moi qui mentais... »

Didier l’embrouille : « Donc ça, plus... je me perds dans mes pensées, ouais plus le fait que ma mère, enfin mes parents, en parlent pas, et puis ce que j’allais dire surtout c’est que ma mère est dans le déni, du coup euh »

Particulièrement dans le cas des violences intra-familiales, certaines personnes victimes ont pu être mise sous **silence** par leur agresseur par menace ou par **manipulation** (de la personne victime ou du reste de l’entourage) avec une **emprise** qui peut durer parfois même des années après que les violences se sont arrêtées. Elles auront pu également être mise sous silence par le reste de leur famille qui ne veut pas entendre l’existence de tels événements. La **systemique familiale** joue un rôle important dans la dissimulation des “secrets de famille”.

Yalla : « alors au procès par contre heureusement qu’il y avait un médecin par contre, dans la cour, c’était à huis clos je me rappelle, et mon agresseur, je connaissais par cœur en fait ces manipulations, je voyais ce qu’il faisait, ce qu’il était en train de faire, qu’il était en train de manipuler la cour et je voyais bien l’avocate aussi qui était en train de le plaindre juste à côté de moi, elle a pas dit “le pauvre” mais ça ressentait ça »

4.3.3 Aspects sociétaux

Plusieurs volontaires ont rapporté le sentiment que la relation médecin-malade avait évolué avec l’**évolution de la société** sur le sujet des VS. En effet, il semble que les jeunes médecins soient plus sensibilisés au sujet. La prise en charge des violences sexuelles semble donc facilitée par la **levée du tabou** qui est en train de se réaliser dans notre société.

4.4 PRISE EN CHARGE

4.4.1 Intervenants

La prise en charge des personnes victimes de VS s'articule autour du médecin généraliste qui a un rôle d'**orientation** et de **coordination** avec les autres professionnels. Il est revenu dans les entretiens que le médecin généraliste ne pouvait faire seul cette prise en charge, et qu'une collaboration avec d'autres intervenants était nécessaire.

En particulier, les personnes interrogées ont nommé :

- les **psychiatres**,
- les **psychothérapeutes** : en particulier les thérapeutes psycho-corporels et ceux pratiquant l'EMDR. L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) est une thérapie qui utilise une stimulation sensorielle par les mouvements oculaires et qui est principalement validée dans la prise en charge du trouble de stress post-traumatique,
- les **kinésithérapeutes** : qui peuvent aider à la **réparation psycho-corporelle**, à reprendre contrôle et confiance dans son corps, parfois dans le cadre de troubles douloureux,
- les **assistant(e)s sociaux(les)** : la révélation de VS entraînant parfois des bouleversements au niveau familial nécessitant le recours à des hébergements d'urgence ou de retrouver une autonomie financière,
- la **médecine légale** : soit en aigu soit à distance dans le cadre d'une procédure judiciaire,
- les **médecines alternatives** : acupuncture, homéopathie, kinésiologie, naturopathie, somato-thérapie, sophrologie, hypnothérapie, méditation. Cet aspect est revenu dans 11 entretiens sur les 17 réalisés, où les médecines alternatives avaient représenté un élément déterminant pour avancer dans leur parcours, entre autres parce que ces thérapeutes avaient une approche plus globale que la médecine traditionnelle,
- les **associations** : qui permettent un accompagnement spécialisé par un ensemble d'intervenants (psychologues, assistants sociaux, juristes etc...). Dans 11 entretiens sur 17, les associations ont été un lieu ressource pour les personnes victimes.

4.4.2 Modalités de prise en charge

Les personnes victimes de VS attendent en premier lieu du médecin qu'il accueille leur parole, puis qu'il les **oriente** vers des intervenants qualifiés. Il représente le noyau central de la prise en charge globale. Certaines personnes rapportent que le suivi avec les spécialistes ou autres intervenants pourrait être plus coordonné, par exemple avec des courriers ou des appels téléphoniques afin que le.la patient.e ne soit pas obligé.e de répéter chaque étape de la prise en charge. Cette **coordination** peut être faite par le médecin généraliste justement du fait de sa position centrale.

Léa : « Elle m'a guidé vers des professionnels qui étaient vraiment très compétents. »

Didier l'embrouille : « euh il m'avait donné une liste de sophrologues, je crois, et ouais en fait ça devait être deux choses différentes, il y avait une liste de sophrologues, et puis il m'avait conseillé l'application petit bambou, et puis des listes de psychologues, puis voilà j'avais choisi la psychologue, et dans un second temps je pense, euh donc il m'avait donné une liste de gens qui faisaient de l'EMDR et puis de l'hypnose »

Dans sa prise en charge globale, le médecin joue un rôle de conseil, et peut notamment orienter le.la patient.e vers des **ressources** qu'elle pourra s'approprier, que ce soient des méthodes de relaxation, des activités sportives, un encouragement dans la poursuite des études ou de la vie professionnelle...

Léa : « et puis elle m'orientait en fait vers des choses qui pourraient potentiellement m'aider. Comme une association de self défense par exemple pour que je me sente un petit peu mieux. Vers des associations de cuisine pour que je puisse rencontrer du monde, des associations de victime d'agressions sexuelle pour que je puisse m'exprimer. »

Adèle : « mon médecin me disait ce serait bien que vous fassiez une activité pour vous, pour le corps, le yoga ce serait bien... moi j'ai dit je vais y aller pour lui faire plaisir, je vais essayer, alors je lui faisais plaisir, moi euh pff voilà, bon c'était dur mais j'ai dit je vais y aller, et en fait ça fait 15 ans que je fais du yoga »

Comme cité précédemment, les personnes victimes de VS attendent également que le médecin généraliste réalise un **suivi actif**, en particulier avec des consultations régulières, voire des rappels téléphoniques pour s'assurer de l'état psychique de la personne. Pendant ces consultations, les personnes victimes appréciaient que le médecin généraliste réalise **une**

surveillance de leur état psychologique et de leur état somatique. De cette façon, la personne victime se sent réellement soutenue par le médecin.

Un aspect important de l'accompagnement semble être la **dimension corporelle**, le médecin généraliste peut ré-apprendre à la personne victime à être attentive à ses ressentis, à prendre soin de son corps, en reprendre le contrôle.

Aurélie : « parce qu'elle m'obligeait du coup à être attentive, sur toute la dimension corporelle, chose qui n'était pas... alors là pour moi c'était complètement étranger, et je pense que ça elle a grandement contribué, à ce que je sois attentive, ouais à toute la dimension corporelle, que ce soit au niveau des ressentis, dans le corps mais aussi des émotions »

Le médecin peut avoir un rôle de prescripteur d'**antidépresseurs** et d'**anxiolytiques** qui peuvent être nécessaires à un moment du parcours, en cas de détresse intense. Il est cependant apparu dans plusieurs entretiens que les personnes victimes de VS avaient tendance à ne pas supporter les traitements psychotropes, même parfois à des doses minimales, et décrivaient en particulier une sensation de « sédation » et de déconnexion de leurs ressentis, qui peut renforcer la dissociation post-traumatique plutôt que d'aider à avancer.

Les répercussions somatiques des VS peuvent mener à des symptômes chroniques inexpliqués, qui entraînent parfois des explorations répétées, voire des traitements lourds et des chirurgies, qui ne sont pas sans conséquences sur la qualité de vie de la personne.

Pour ces raisons, la personne victime de VS attend du médecin généraliste qu'il l'aide à trouver des **alternatives aux traitements classiques**.

Les patient.es peuvent nécessiter une **hospitalisation** au moment où le médecin repère une intensité des troubles qui la met en danger. Dans les entretiens, aucune personne victime n'a cependant ressenti une avancée dans son parcours thérapeutique avec les hospitalisations, mais celles-ci représentaient surtout une mise à l'abri.

Toute cette prise en charge a un **coût financier** non négligeable, surtout les psychologues et autres thérapeutes non remboursés par la sécurité sociale, ce qui présente un frein majeur pour une personne qui a peu de ressources financières.

4.5 PRÉVENTION

La **prévention** semble avoir une place essentielle quand il s'agit de violences sexuelles, cet aspect est en effet ressorti dans la moitié de nos entretiens (8 sur 17).

Les personnes interrogées ont ressenti ce manque de prévention de la part du corps médical et auraient souhaité qu'on leur parle dès l'enfance de consentement, d'intimité du corps, de sexualité.

Certains volontaires ont notamment cité des livres à destination des enfants pour **parler de sexualité** et d'intimité, d'autres ont parlé de la possibilité de mettre des affiches en salle d'attente.

Marianne : « En termes de violences sexuelles je pense que de toute façon, il faut parler de sexualité aux enfants, tout, ouais [...] je pense que ouais c'est les généralistes qui ont ce devoir de dire ouais "la sexualité, ta mère en a une, ton père en a une, toi tu en auras une, ton corps" voilà... »

La prévention auprès des enfants passe par la possibilité de **laisser place à leur parole** plutôt qu'uniquement à celle de leurs parents.

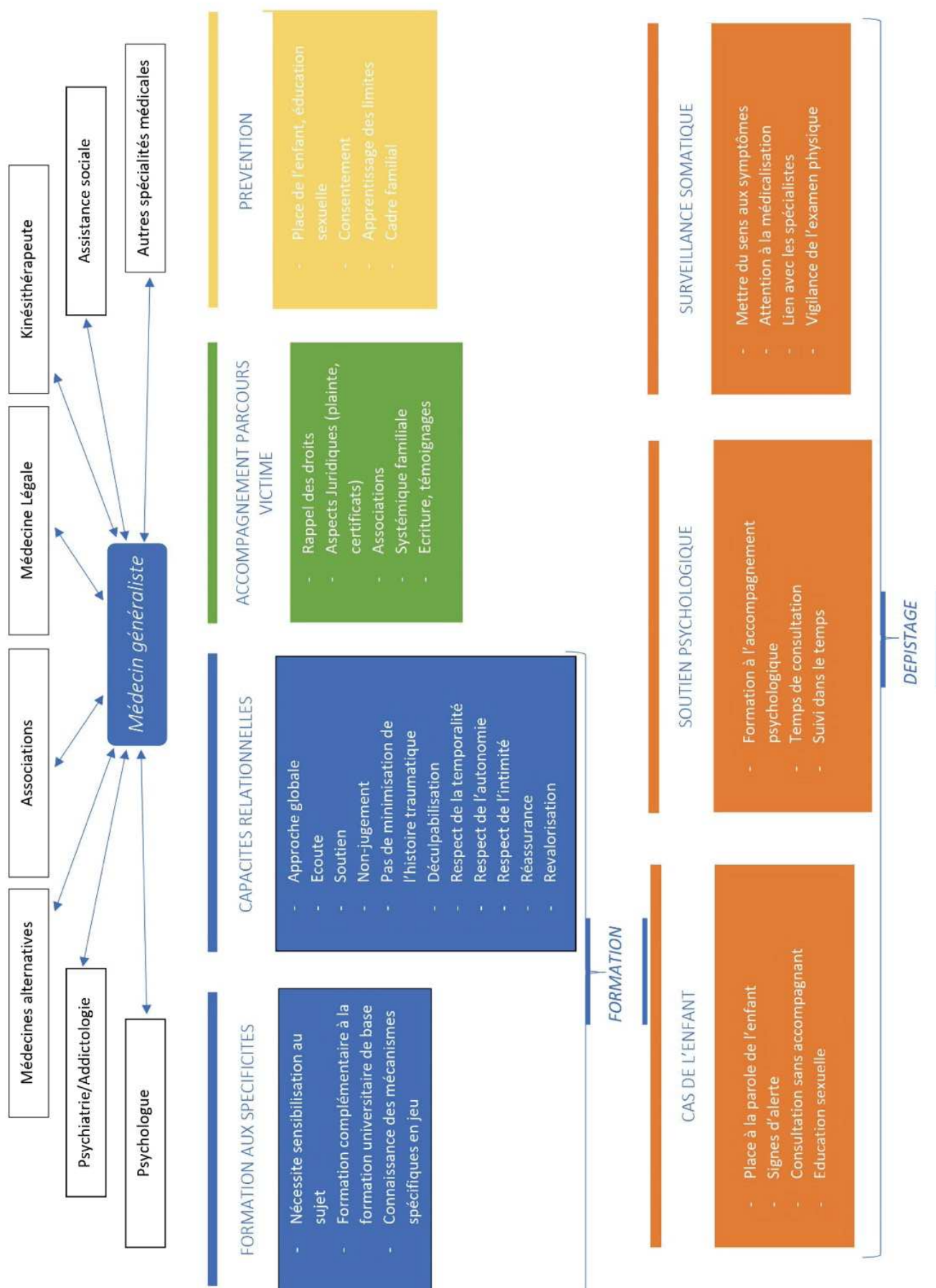
La prévention passe aussi par l'éducation des parents, éducation pouvant être effectuée dès la naissance en leur apprenant à respecter l'**intimité de l'enfant** et lui en apprenant les limites corporelles que personne ne doit franchir, sauf éventuellement par le soignant en cas de pathologie.

Yalla : « Des limites en fait. Qu'un adulte doit avoir des limites, apprendre ça aux enfants. Oui, c'est important. Que la liberté a des limites, je sais pas si vous avez lu le livre « La familia grande » de Camille Kouchner, mais c'est ce qu'elle dit d'ailleurs, la liberté a des limites. »

Chez l'adulte, la prévention pourrait consister à laisser de la documentation ou des **affiches en salle d'attente**, au même titre que de la prévention pour les maladies cardiovasculaires, les IST.

D'après les personnes victimes, cette prévention ne devrait pas se limiter aux seuls cabinets de médecine générale mais être également diffusée plus largement par exemple via la télé, la radio ou tout autre média.

Figure 4. Organigramme d'aide à la prise en charge des violences sexuelles



5 DISCUSSION

5.1 LIMITES DE L'ÉTUDE

Nous avons choisi un modèle d'étude qualitative avec entretiens semi-dirigés pour pouvoir recueillir les avis les plus fidèles et authentiques de la part des patient.e.s, en étant le moins influencées possible par nos points de vue de femmes et de médecins. Le sujet étant complexe et sensible, touchant à des notions de traumatisme et d'intimité, il paraissait compliqué d'aborder le point de vue des personnes victimes par un questionnaire avec des idées préconçues, alors qu'une rencontre en entretien permettait plus de liberté d'expression, et de recueillir des aspects auxquels nous n'aurions pas pensé.

Dans ce but, nous avons contacté des associations d'accueil de personnes et/ou femmes victimes de violences, des structures publiques de dépistages des IST, des collègues médecins, des centres d'IVG publics et privés.

♦ Biais de sélection

Nous avons essayé à travers notre recrutement d'avoir des profils assez divers en termes de caractéristiques socio-épidémiologiques. Nous avons ainsi recruté 13 femmes et 4 hommes, âgés de 26 à 77 ans, avec un niveau d'études allant de Bac à Bac +8.

Si nous comparons ces proportions avec les résultats de l'étude Virage (3) qui retrouvait 14,5 % de femmes et 3,9 % d'hommes victimes, la répartition homme/femme victimes correspond donc a priori à celle de la population générale.

Notre étude présente cependant des **biais de sélection** limitant l'extrapolation de nos résultats en population générale, notamment par le manque de participants étrangers, la répartition inégale des départements d'habitation, et le niveau d'étude des participants.

- Une des faiblesses de notre étude est le **biais du recrutement** car il s'agissait de structures principalement destinées à l'accueil des femmes, nous avons donc initialement recruté peu d'hommes (un seul) et avons dû dans un second temps initier de nouvelles démarches de recrutement auprès d'associations accueillant spécifiquement des hommes victimes de violences. Il serait nécessaire pour de prochaines études sur le sujet de favoriser des

témoignages d'hommes. En effet, dans la littérature, cet aspect est peu étudié, et nous n'avons d'ailleurs trouvé aucune thèse qui interrogeait des hommes à ce sujet. Cela vient probablement d'une méconnaissance du sujet de la part du corps médical, qui a tendance à considérer les VS comme des violences faites aux femmes par des hommes, et non des violences qui peuvent être faites aux enfants ainsi qu'aux adultes, qu'ils soient de sexe masculin ou féminin. Le fait d'avoir eu du mal à recruter des hommes dans notre étude démontre bien qu'ils n'ont probablement pas eu d'opportunités de déposer cette parole auparavant, alors qu'il est beaucoup plus aisé de recruter des femmes qui ont été prises en charge dans des associations et qui ont eu l'occasion d'être entendues.

- Nous n'avons pas eu de volontaires qui n'avaient pas passé le bac. Cela peut signifier que ces personnes ont moins accès aux structures d'aide, peut-être par manque d'information ou de liberté.

- Une autre faiblesse de notre étude est le manque de participants étrangers. Dans nos volontaires, nous n'avons eu en effet que des participants français. Il serait important dans de prochaines études de favoriser le témoignage de personnes d'origine étrangère, la prévalence chez les personnes migrantes étant élevée (29 % des femmes migrantes de plus de 18 ans hébergées à l'hôtel en Ile de France en 2019) (68) et celles-ci présentant probablement des aspects encore différents.

- 70 % des personnes interrogées résidaient dans le département de Loire-Atlantique, les autres participants résidant dans le Finistère, en Vendée et dans les Deux-Sèvres. La répartition géographique de nos volontaires n'était pas uniforme selon les départements, ce qui s'explique par notre recrutement initial auprès d'associations bien connues à Nantes, qui est notre lieu de résidence, puis devant des difficultés de recrutement sur un sujet aussi sensible, par la nécessité d'élargir notre recrutement à d'autres départements.

◆ Biais de désirabilité

Nous avons été très transparentes sur notre statut, d'interne et de médecin remplaçant, et avons fait notre possible pour instaurer un climat de confiance et leur assurer que nous pouvions tout entendre, sans jugement ni vexation. Nous avons en tout cas plutôt eu le sentiment que les volontaires étaient très intéressés de s'adresser à de jeunes médecins, qu'ils avaient justement beaucoup de choses à dire pour faire avancer les choses et que cela leur faisait plaisir que de

jeunes soignants s'intéressent à la question. Cependant, il est possible que notre statut de médecin ait tout de même été source de **biais de désirabilité** dans notre étude, les personnes interrogées n'ayant peut-être pas parlé de certaines choses aussi librement qu'elles l'auraient fait face à un non-soignant.

5.2 RÉSULTATS

◆ Formation

Un des changements nécessaires à notre pratique serait en premier lieu d'assurer une formation de base en termes de VS auprès des étudiants en médecine, et des médecins.

En effet, dans notre cursus de 2^{ème} cycle (entre la 3^{ème} et la 6^{ème} année) il existe un item d'étude « accueil d'un sujet victime de violences sexuelles » (item n°183 de l'ECN). Cet item se base sur le document réalisé par le CNGOF qui représente 12 pages et concerne la prise en charge immédiate d'une personne victime de violences sexuelles, avec les aspects techniques de l'interrogatoire, examen clinique, prélèvements et certificat médical en vue d'une prise en charge médico-légale. Cette situation nous concerne peu en tant que médecin généraliste car nous ne sommes pas la structure d'accueil des personnes victimes immédiates de violences, mais nous les recevons en consultation, en suivi chronique, et notre rôle est plutôt représenté par le dépistage et le suivi psychologique.

Ensuite lors de l'internat de médecine générale (entre la 7^{ème} et la 9^{ème} année), nous ne disposons à l'Université de Nantes d'aucune formation spécifique.

Pour se former en France, il faut s'inscrire à des Diplômes Universitaires payants ou se tourner vers les associations. A titre de comparaison, en Amérique du Nord, on observe une plus grande sensibilisation au sujet avec des cours qui commencent à être intégrés dans le cursus obligatoire des étudiants en médecine (65).

Ce manque de formation en France vient probablement du fait que les violences sexuelles, notamment sur enfants, restent un sujet « innommable » et que le déni de notre société l'emporte sur la nécessité de former les soignants à dépister de telles violences.

Étant donné que 30 % des personnes victimes de VS consultent un médecin suite à ces violences (19) et étant donné les conséquences dramatiques sur la santé, il paraît absolument

nécessaire qu'une formation inscrite dans le cursus obligatoire soit mise en place. Cette formation devrait en particulier inclure le dépistage des violences sexuelles devant des pathologies ou des comportements évocateurs. Le médecin généraliste étant le premier recours en cas de problèmes de santé, cela pourrait en effet constituer une porte d'entrée dans la révélation des violences puis dans un parcours de soins. Bien qu'ils n'attendent pas de prise en charge spécialisée, ils attendent tout de même que le médecin soit attentif aux spécificités que la prise en charge de personnes aux antécédents de violence peut présenter (exemple : vigilance lors de l'examen gynécologique, surveillance de l'état psychologique etc....).

Malgré ce manque de formation, les personnes interrogées ont décrit le sentiment que les médecins plus jeunes étaient plus sensibilisés à la question, cela pourrait s'expliquer par l'ouverture de la parole à ce sujet dans notre société, grâce entre autres aux mouvements « #metoo », « #meeto inceste », et à la médiatisation de certaines affaires liées à des violences sexuelles (comme l'affaire Harvey Weinstein).

◆ Capacités relationnelles / Relation de soutien

La formation des étudiants en médecine est très axée sur la maîtrise technique des pathologies, et laisse peu de place à l'accompagnement psychologique des patients. Pourtant, c'est un aspect qui est primordial dans toutes les spécialités et d'autant plus en médecine générale, le médecin généraliste ayant une place privilégiée de suivi et d'accompagnement des personnes, nécessitant une prise en compte globale du patient.

Dans nos entretiens, les participants ont trouvé que l'aspect relationnel et de soutien psychologique manquait lors des consultations, et en ont déduit un manque de formation. Pour les personnes victimes, c'est cependant ce qui leur permet d'établir une relation de confiance et de pouvoir rentrer dans un parcours de soin.

Un soignant sensibilisé garde à l'esprit que la violence sexuelle réalise avant tout un traumatisme corporel, et donc qu'un examen physique qui peut nous paraître « banal » ou « non-intrusif » peut être vécu comme traumatisant, provoquer des reviviscences, et que l'aspect de prise en charge corporelle a toute sa place dans le parcours de guérison.

Il serait nécessaire que les étudiants en médecine, externes comme internes, aient accès à plus de séminaires ou formations leur permettant de développer de telles compétences relationnelles. Cela peut être initié tôt dans le cursus, et répété au long de la formation.

◆ Orientation vers un parcours de soins adapté / Prise en charge pluridisciplinaire

Les patients n'attendent pas des médecins qu'ils les suivent spécifiquement pour les violences sexuelles, car ils ont conscience du manque de formation et de temps de leur part, leur souhait est en premier lieu de pouvoir être entendus puis orientés auprès des professionnels et structures compétents dans ce domaine. Le médecin doit donc disposer d'un annuaire de tels professionnels, il est d'ailleurs nécessaire d'agir en pluridisciplinarité.

Les violences sexuelles constituant selon les cas des délits ou des crimes punis par la loi, la victime est en droit de demander justice et/ou réparation et le médecin devra pouvoir l'accompagner dans son parcours judiciaire.

◆ Temps de consultation

Un des grands freins rapportés à la prise en charge des personnes victimes est le manque de temps auxquels les médecins font face pour leurs consultations, en effet selon une étude du ministère des Solidarités et de la Santé la durée moyenne de la consultation de médecin générale en France en 2019 est de 18 minutes (69) soit un temps bien trop court pour aborder certains sujets et notamment celui-ci. Il faudrait donc que le médecin généraliste puisse bénéficier de plus de temps pour certaines consultations, mais quand on sait que la durée moyenne d'une semaine de travail d'un médecin généraliste est de 54 heures (69), il semble difficile de dégager plus de temps, cela pourrait donc peut-être prendre la forme d'une revalorisation de certains actes et consultations « longues » ou la fin de la rémunération « à l'acte » ?

◆ Dépistage et prévention

Des actions que le médecin généraliste peut mettre en place sans avoir suivi de formations poussées sont le dépistage et la prévention. Ce d'autant que plus le repérage et la prévention se font tôt, plus la personne a de chances de se protéger contre d'éventuelles violences, et de rentrer dans un parcours de soins si elle est victime. C'est un point qui est ressorti dans beaucoup d'entretiens et qu'il nous semble donc important de souligner.

L'accompagnement des personnes victimes de VS n'étant pas possible, ou en tout cas pas de façon optimale, s'il n'y a pas eu dépistage, cet élément de la prise en charge est essentiel.

Un des principaux facteurs limitant l'application du dépistage semble être l'amnésie post-traumatique dont souffre une grande partie des victimes (pour rappel, 39 à 58 % selon les études). La victime n'ayant elle-même pas accès à ses souvenirs, cela rend la tâche d'autant plus difficile pour le soignant de mettre du sens aux symptômes et aux pathologies. Cette amnésie peut par ailleurs durer des années voire des dizaines d'années, il n'est donc pas surprenant de voir des pathologies se chroniciser et s'aggraver, avec un sentiment d'incompréhension pour le patient et d'échec pour le soignant.

Un soignant formé aux psycho-traumatismes et aux mécanismes qui en découlent pourra avoir conscience de ce risque d'amnésie traumatique et adapter son attitude en cas de suspicion de violences sexuelles.

La majorité des VS ayant lieu avant l'âge adulte, il semble indispensable de mettre en place un dépistage plus systématique des violences chez l'enfant. Ce dépistage chez l'enfant s'associant alors à l'obligation légale de signalement aux autorités compétentes.

Les violences dans l'enfance étant essentiellement intra-familiales, il paraît évident qu'un enfant amené par son parent qui peut être potentiellement son agresseur ou complice des violences minimisera certains symptômes voire fera usage de son emprise ou prendra la parole à la place de l'enfant pour masquer les événements. Il semble alors nécessaire de pouvoir voir en consultation les enfants ou adolescents sans leur accompagnant lorsque cela semble nécessaire au médecin. Les mineurs ont d'ailleurs le droit de consulter sans leurs parents, ils peuvent s'opposer à la consultation de ceux-ci pour une décision médicale et peuvent refuser que leurs parents soient informés sur leur état de santé (70). Cette dérogation du consentement des titulaires de l'autorité parentale est prévue dans le Code de la Santé Publique (71).

Par ailleurs, la loi Meunier-Dini du 14 mars 2016 impose la désignation, dans chaque département, d'un médecin référent "protection de l'enfance", chargé notamment d'organiser les modalités de travail régulier entre les services départementaux de la protection de l'enfance et les professionnels de santé, en particulier les médecins libéraux. Ce médecin référent départemental peut effectuer un signalement à la place du médecin de famille, ce qui peut notamment s'avérer utile dans le cas d'un inceste paternel ou maternel.

Concernant la prévention, elle a souvent été citée par les personnes interrogées comme importante car pouvant permettre d'éviter la survenue de violence ou au moins d'en limiter les répercussions physiques, psychologiques et sur le parcours de vie.

En médecine générale, cette prévention pourrait passer par des affiches de préventions en salle d'attente (*annexes III, IV et V*). Chez l'enfant et l'adolescent, elle pourrait passer par l'éducation sexuelle et la communication de livres pour parler de sexualité (*annexe IX*). Chez les parents, elle pourrait passer par l'apprentissage du respect de la place et de l'intimité de l'enfant. Cet aspect de prévention et de place de l'enfant était un sujet primordial pour beaucoup de participants, or c'est un aspect qui est très peu abordé lors de notre formation.

Cette prévention se justifie d'autant plus que la prévalence des violences sexuelles est très élevée. Si on se base sur les chiffres de l'enquête Virage, environ 9% des adultes (hommes et femmes confondus) seraient victimes dans leur vie de violences sexuelles. Pour une journée de consultations de 25 personnes adultes, cela représenterait donc un peu plus de deux personnes par jour. Par comparaison, la prévalence du diabète en population générale est estimée à 5,2 %, soit presque deux fois moins. Pourtant, c'est une maladie qui bénéficie d'une prise en charge à 100% et qui représente une partie considérable de notre temps de formation universitaire. Les raisons pour lesquelles les violences sexuelles ne bénéficient pas de la même considération seraient-elles un déni de la société, ou du corps médical, ou en lien avec l'histoire traumatique des soignants ? Un autre aspect qui peut s'avérer limitant pour la libération de la parole des personnes victimes est la possibilité de l'existence de faits d'auteurs de leur part, qui peuvent ne pas être « entendables » par le soignant. C'est notamment pour cette raison que les faits d'auteurs dans l'enfance peuvent être banalisés et rapportés sous les termes de « jeux du docteur » ou « jeux entre cousins/cousines ».

◆ Autres résultats

En étudiant les caractéristiques de notre population d'étude, deux autres aspects nous ont interpellés :

- 76 % des participants n'étaient pas en couple et 70 % n'avaient pas d'enfant dont 58% ayant plus de 40 ans. Pourtant, une étude de 1999 retrouvait que 10 % des femmes de 46 à 54 ans et 14 % des hommes de 48 à 56 ans n'avaient pas d'enfant (72) alors que cette proportion s'élève à plus de la moitié des participants de plus de 40 ans dans notre étude. Ces chiffres laissent supposer que des antécédents de VS rendent la possibilité d'une vie de couple et de parentalité difficile, ce qui a d'ailleurs été dit très clairement par une des volontaires interrogées.

Ligérienne : « C'est bien cher payé. 60 ans de vie euh, que j'estime gâchée, j'ai pas... j'ai pas d'enfant, et j'en ai pas voulu à cause de ça. »

- 41 % de nos volontaires étaient soignants, alors que nous n'avions réalisé aucun recrutement directement auprès de professionnels du soin. Y aurait-il plus de personnes victimes dans la population soignante que dans la population générale ? Probablement, si l'on se fie aux données de la Nurses' Health Study II qui a mis en avant que 33% des infirmières américaines ayant participé à l'étude avaient subi des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans (46) (73) contre, rappelons-le, 14,5% des femmes en population générale d'après les enquêtes de population réalisées en France (4). Cela pourrait-il expliquer certains freins au dépistage et à la libération de parole de la part des soignants ?

5.3 AUTRES THESES

Une autre thèse concernant les attentes des patientes victimes de violences sexuelles en médecine générale a été réalisée à Toulouse en 2016 (12). Les investigatrices avaient fait le choix de n'interroger que des femmes majeures. Notre thèse se déroule dans une région de France différente et à une période différente, et interrogeait des femmes et des hommes majeurs.

Plusieurs résultats sont concordants entre nos deux travaux :

- Dans la thèse réalisée à Toulouse, toutes les femmes avaient rencontré un professionnel qui avait été aidant dans leur prise en charge, certaines professions qui sont revenues dans notre thèse comme le médecin généraliste, les psychologues et les psychiatres, et d'autres professions qui n'avaient pas été mentionnées lors de nos entretiens : coach sportif, dentiste, éducateur, ostéopathe. Les patientes interrogées attendaient également une orientation de la part du médecin généraliste. Cela renforce nos conclusions de la nécessité d'un travail multidisciplinaire et d'une orientation auprès de différents intervenants. Le caractère onéreux des consultations auprès de psychologues est apparu comme un facteur limitant comme dans nos propres conclusions.
- Les capacités relationnelles tenaient également une part importante et les mêmes aspects ont été retrouvés : écoute, disponibilité et souplesse horaire, respect de l'autonomie, ressource en cas d'effondrement, verbalisation des violences.

- Les femmes interrogées considéraient comme part intégrante de la fonction du médecin généraliste de les accompagner dans leurs parcours en tant que personne victime de violences sexuelles, entre autres en tant que praticien de premier recours.
- Elles attendaient également du médecin qu'il soit formé aux psycho-traumatismes et aux violences sexuelles.
- Les difficultés lors de l'examen physique étaient également évoquées, avec la possibilité de réminiscences traumatiques lors de celui-ci.
- La mauvaise tolérance des psychotropes et la réticence vis-à-vis de ces traitements ont été mentionnées par plusieurs patientes.

Quelques différences sont ressorties entre nos deux travaux :

- Dans la thèse réalisée à Toulouse les patients ont mentionné d'autres ressources qui pouvaient être proposées par le médecin généraliste tels que les groupes de parole, les réseaux sociaux, les conseils de lecture.
- Les patientes n'évoquaient pas de préférence quant au genre ou à l'âge du médecin.
- Pour la question du dépistage systématique des violences sexuelles en consultation, dans la thèse réalisée à Toulouse, les avis n'étaient pas tranchés, la plupart des personnes étant tout de même favorables à un dépistage systématique, mais d'autres émettant des réserves, et évoquant la possibilité de fuite et/ou de mensonge de leur part. Dans notre thèse la réponse était au contraire plus généralement favorable (16 entretiens sur 17).

Certains aspects ne s'étaient pas dégagés lors de leur travail et sont ressortis dans le nôtre, tels que l'importance de la prévention, l'éducation sexuelle, la parole et la place de l'enfant, la prise en compte de la systémique familiale, l'accompagnement dans le parcours juridique, les notions de déni du soignant et du patient, des mécanismes de secret, d'emprise et de manipulation, d'amnésie post-traumatique, de dissociation, de suivi dans le temps, de prise en charge globale, les médecines alternatives.

Si nous mettons en miroir nos résultats avec ceux des études interrogeant des médecins sur leur approche des violences sexuelles en consultation, il semble apparaître en effet que les médecins ne se sentent pas assez formés (6) (8) (9) (10), ne connaissent parfois pas suffisamment les structures vers lesquelles orienter les personnes victimes (8) (10), mais qu'ils se considèrent comme un acteur central de cette prise en charge, que le dépistage est favorisé par le suivi et l'ancienneté de la relation médecin-malade et qu'il a un rôle d'accompagnement

et d'orientation (7) (10), et considèrent qu'une des clés de l'amélioration de leurs pratiques serait la sensibilisation dès leur internat et leur formation au psycho-traumatisme (7). Certains avançaient également le manque de temps en consultation (6).

5.4 OUVERTURES

Au vu des résultats retrouvés par notre étude, plusieurs aspects que nous n'avons pas eu l'occasion d'explorer mériteraient de faire l'objet de travaux ultérieurs.

Il serait en particulier intéressant de réaliser des entretiens auprès d'enfants, avec des hommes adultes, et des migrants ou personnes d'origine étrangère.

Au vu de la prévalence de soignants dans notre population d'étude, il pourrait également être intéressant de réaliser de nouveaux travaux de recherche en ciblant spécifiquement cette population professionnelle afin de confirmer ou non une prévalence plus élevée de VS chez les personnes travaillant dans le soin.

6 CONCLUSION

Les violences sexuelles sont malheureusement une atteinte encore trop fréquente, touchant près de 9% de la population adulte en France (2).

Par son rôle de soignant « généraliste », position la plus encline à une prise en charge globale, et sa position de médecin de « premier recours » ou de médecin « traitant », le médecin généraliste est parfois un des premiers ou un des rares soignants à qui des antécédents de violences sexuelles sont révélés.

Les patients victimes de violences sexuelles n'attendent finalement des médecins généralistes aucune compétence spécialisée mais surtout de la sensibilisation au sujet, de l'écoute, du non-jugement, une capacité de repérage, de dépistage, une connaissance des structures et professionnels auprès desquels les adresser (*annexe IX*) (*annexe X*).

Ces quelques compétences sont néanmoins primordiales pour aider les personnes victimes de VS quand on connaît toutes les répercussions physiques, psychologiques, de vie personnelle qu'un tel antécédent peut entraîner. Et plus cette prise en charge pourra se faire tôt, notamment dès l'enfance, plus on pourra si ce n'est empêcher, au moins limiter ces répercussions.

Les médecins doivent donc faire un dépistage pro-actif des violences sexuelles et des violences en général en apprenant à poser la question lors de l'ouverture de tout nouveau dossier médical en posant les trois questions : Avez-vous vécu des violences physiques ? Avez-vous subi des violences morales ? Avez-vous été victime de violences sexuelles ou de non-respect de votre intimité ?

ANNEXES

Annexe I. Fiche d'information pour diffusion du sujet de thèse, utilisée lors de la phase de recrutement

Etude sur les violences sexuelles Parcours médical

Dans le cadre d'une étude sur le sujet des violences sexuelles, nous recherchons des personnes volontaires afin de réaliser des entretiens ayant pour but d'explorer le **vécu du parcours médical des personnes ayant été victimes de violences sexuelles.**

Les participants peuvent être des femmes ou des hommes majeur(e)s, les données des entretiens sont anonymisées et l'entretien peut être réalisé à un endroit choisi par la personne volontaire, autant de temps que nécessaire sera disponible pour sa réalisation.

Si vous souhaitez participer à notre étude ou si vous souhaitez plus d'informations, vous pouvez nous contacter :

Soit par mail à l'adresse : etudenoelclement@gmail.com

Soit par téléphone : 06 xx xx xx xx – 06 xx xx xx xx

Sarah Noël

Julie Clément

Annexe II. Guide d'entretien

- 1) Qu'est-ce que vous a motivé(e) à participer à notre étude ?
 - *Libération de la parole ?*
 - *Mauvaise expérience avec un professionnel de santé ?*
 - *Désir de voir un changement sur ce sujet ?*
 - *Etape dans votre chemin personnel ?*
- 2) Une fois qu'il/elle a eu connaissance des antécédents de violences sexuelles, en quoi votre médecin généraliste vous a-t-il été utile ?
 - *Difficultés particulières lors des consultations*
 - *Quels ont été vos freins à révéler ces violences à votre médecin généraliste ?*
 - *Prescription d'un traitement ?*
 - *Orientation vers un autre spécialiste ou un autre professionnel de santé ?*
 - *Soutien psychologique ?*
 - *Prescription d'examens ?*
 - *Ecoute ?*
- 3) En quoi aurait-il pu vous être utile ?

Idem relances
- 4) Qu'est-ce qui a été difficile pour vous en consultation ?
 - *Quels ont été vos freins à révéler ces violences à votre médecin généraliste ?*
 - *Examen clinique ?*
 - *Trop intrusif ?*
 - *Attitude inappropriée du médecin ?*
 - *De quoi aviez-vous peur ?*
- 5) Qu'est-ce qui aurait pu se passer différemment ?
 - *Difficultés particulières lors des consultations*
 - *Quels ont été vos freins à révéler ces violences à votre médecin généraliste ?*
 - *Prescription d'un traitement ?*
 - *Orientation vers un autre spécialiste ou un autre professionnel de santé ?*
 - *Soutien psychologique ?*
 - *Prescription d'examens ?*
 - *Ecoute ?*
 - *Examen clinique ?*
 - *Trop intrusif ?*
 - *Attitude inappropriée du médecin ?*
 - *De quoi aviez-vous peur ?*
- 6) Que pensez-vous du fait que le MG demande systématiquement l'existence de violences lors de la création du dossier médical ?
 - *Limites*
 - *Intérêts*
 - *Que répondriez-vous ?*
- 7) Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?
- 8) Connaissez-vous quelqu'un qui souhaiterait participer à notre étude ?

Annexe III. Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e) M/Mme.....

- Accepte de participer en tant que volontaire et anonyme à une enquête pour étudier les attentes des personnes ayant été victimes de violences sexuelles dans le cadre d'une thèse de médecine générale menée par Mme CLEMENT et Mme NOEL sous la direction du Docteur Violaine GUERIN.

- Accepte que cet entretien individuel soit enregistré de façon auditive aux seules fins du présent projet et que ces données soient soumises a posteriori à une double analyse par Mme CLEMENT et Mme NOEL pour effectuer ce travail.

Le caractère confidentiel et anonyme de ces données sera assuré par la codification des données et les enregistrements audio seront conservés en lieu sûr jusqu'à la fin de l'étude.

L'objectif de cette étude m'a bien été expliqué et je sais que je peux à tout moment arrêter de participer à cette étude.

Cette étude n'a aucun intérêt financier et n'est sponsorisée par aucun laboratoire pharmaceutique.

Je déclare avoir reçu les informations nécessaires pour donner mon accord.

Formulaire établi en deux exemplaires

Nom et Prénom du participant	Nom et Prénom de l'investigateur
Signature	Signature
Date et Lieu	Date et Lieu

Annexe IV. Questionnaire socio-épidémiologique diffusé lors des entretiens

Pseudonyme pour l'entretien :

Mode de recrutement :

Age :

Sexe :

Département du lieu d'habitation :

Niveau d'études :

Profession :

Situation maritale :

- ☐ Marié(e)
- ☐ Concubin(e)
- ☐ Divorcé(e)
- ☐ Séparé(e)
- ☐ Pacsé(e)
- ☐ Veuf (ve)
- ☐ Célibataire

Nombre d'enfants :

Nationalité :

Médecin traitant :

Sexe :

Age : (estimation)

- ☐ <30 ans
- ☐ 30-39 ans
- ☐ 40-49 ans
- ☐ 50 – 59 ans
- ☐ 60 – 70 ans
- ☐ > 70 ans

Depuis combien de temps :

Commune d'exercice :

Annexe V. Liste de l'ensemble des codes ayant permis l'analyse des entretiens. Codes classés par ordre alphabétique.

Liste des codes

Accompagnement
Adaptation relation médecin-malade
Age du médecin
Alerte
Allopathie
Alternatives
Amnésie traumatique
Assistance sociale
Associations
Auto-culpabilisation
Auto-destruction
Auto-mutilation
Autonomie
Capacités relationnelles
Capacités relationnelles - ordinateur
Centre de la prise en charge
Colère
Comportement réservé
Compréhension des mécanismes
Conduites addictives (à regrouper sur retentissement psychologique – addiction)
Consentement
Conséquences de la libération de parole
Consultation sans accompagnant
Confiance
Confidentialité
Coordination
Corporel
Coût
Croire
Culpabilisation
Culpabilité
Déculpabilisation
Dégout
Déni
Déni du corps médical
Déni de la société
Déni du patient
Développement de l'enfant
Disponibilité
Dissimulation
Dissociation
Ecoute
Education sexuelle

1

EMDR
Empathie
Enprise
Errance
Estime de soi
Evitement des soins
Evolution de la relation médecin malade
Examen gynécologique
Examen physique
Examen physique - consentement
Examen physique - contact physique
Examen physique - déshabillage
Examen physique - expliquer
Examen physique - peur
Examen physique - prévenir
Examen physique - proximité
Examen physique - réassurance
Examen physique - révisions
Examen physique - visibilité
Formation
Formation psy
Globalité
Grossesse/accouchement
Guide à transférer sur accompagnement
Histoire traumatique du soignant
Honte
Hospitalisation
Hypnothérapie (modifier en médecines alternatives - hypnothérapie)
Impact des thérapeutiques
Impact de l'informatisation
Intimité de l'adulte
Intimité de l'enfant
Investissement dans la relation
IFF (à mettre sur judiciaire – ITT)
Kinésithérapie
Judiciaire
Judiciaire - ITT
Judiciaire - porter plainte
Judiciaire - preuves
Jugement
Libération parole
Lien avec le médecin (Proximité)
Manipuler
Médecin de famille
Médecine légale
Médecin généraliste au centre+ Centre de la prise en charge ?

2

Médecines alternatives
Médecines alternatives - acupuncture
Médecines alternatives - homéopathie
Médecines alternatives - hypnothérapie
Médecines alternatives - kinésithérapie
Médecines alternatives - méditation
Médecines alternatives - naturopathie
Médecines alternatives - somatothérapie
Médecines alternatives - sophrologie
Médicaments
Méditation
Mettre du sens au somatique / Somatique ?
Mettre les mots
Minimisation
Nomade à regrouper sous errance
Orienter
Parcours victime
Parcours victime - écriture
Parcours victime - libération de parole
Parcours victime - Reconstruction
Parcours victime - témoignage
Parole de l'enfant
Perte des repères
Peur
Place de l'enfant
Plaintes chroniques
Plaintes multiples
Poids des mots
Porter plainte (à mettre sur judiciaire- porter plainte)
Premier recours
Prendre le temps (à switcher sur temps de consultation)
Prévention
Prévention - éducation parents
Prévention - consentement
Prévention - intimité
Prise de conscience société
Professionalisme
Protection
Protection de l'enfant
Psychothérapie
Psychiatrie
Réassurance
Reconnaître statut de victime
Réduction au statut de victime
Reconstruction
Relation inter-personnelle

3

Repérage
Réparation psycho-corporelle
Répétitions du récit
Reproduction de schémas
Réseau de soins
Réseau judiciaire à regrouper sous coordination
Respect
Ressources
Retentissement développement de l'enfant
Retentissement gynécologique
Retentissement social
Retentissement physique
Retentissement professionnel
Retentissement psychologique
Retentissement psychologique - addictions
Retentissement scolaire
Retentissement vie familiale
Retentissement vie personnelle
Revalorisation
Revictimisation
Rôle du médecin
Segmentation
Sensibilisation
Sexe du médecin
Sédation
Silence
Solitude
Somatique : à supprimer et basculer/retentissement physique
Soutien
Soutien psychologique
Stratégie de survie
Suivi
Suivi actif
Suivi dans le temps
Surveillance de l'état psychologique
Surveillance de l'état somatique
Système familiale
Tabou
Tolérance des médicaments
Troubles du comportement
TCA
Temps
Temps de consultation
Temporalité

4

Catégorisation

A. Dépistage

1) Problèmes de santé

- TCA
- Retentissement psychologique - addictions
- Retentissement physique
- Retentissement développement de l'enfant
- Retentissement gynécologique
- Grossesse/accouchement

2) Comportement

- Comportement réservé
- Plaintes chroniques
- Plaintes multiples
- Evitement des soins
- Errance
- Troubles du comportement
- Silence

3) Facteurs limitants

- Amnésie traumatique
- Silence
- Dénier du corps médical
- Dénier de la société
- Dénier du patient
- Segmentation
- Evitement des soins
- Errance

4) Enfant

- Développement de l'enfant
- Consultation sans accompagnant
- Parole de l'enfant
- Place de l'enfant

B. Relation de soin

- Relation inter-personnelle

1) Capacités relationnelles

- Adaptation relation médecin-malade

- Evolution de la relation médecin malade
- Ecoute
- Répétitions du récit
- Empathie
- Professionnalisme
- Réassurance
- Respect
- Revalorisation
- Investissement dans la relation
- Autonomie
- Confiance
- Déculpabilisation
- Intimité de l'adulte
- Mettre les mots
- Capacités relationnelles – ordinateur
- Revictimisation
- Minimisation
- Réduction au statut de victime
- Jugement
- Poids des mots

2) Reconnaître statut de victime

- Mettre les mots
- Minimisation
- Dénier

3) Examen physique

- Examen gynécologique
- Examen physique
- Examen physique - consentement
- Examen physique – contact physique
- Examen physique - déshabillage
- Examen physique - expliquer
- Examen physique - peur
- Examen physique - prévenir
- Examen physique - proximité
- Examen physique - réassurance
- Examen physique - reviviscences
- Examen physique - visibilité

4) Formation

- Compréhension des mécanismes
- Formation
- Formation psy

- Dénier du corps médical
- Histoire traumatique du soignant
- Sensibilisation

5) Modalités de consultation

- Suivi
- Suivi actif
- Suivi dans le temps
- Temps
- Temps de consultation
- Temporalité
- Centre de la prise en charge
- Disponibilité
- Globalité
- Rôle du médecin
- Premier recours
- Lien avec le médecin (Proximité)
- Médecin de famille

6) Caractéristiques du médecin

- Sexe du médecin
- Age du médecin
- Sensibilisation

C. Accompagner une victime de VS - spécificités

1) Parcours victime

- Judiciaire
 - Judiciaire
 - Judiciaire - ITT
 - Judiciaire - porter plainte
 - Judiciaire - preuves
- Libération de parole
 - Parcours victime - écriture
 - Parcours victime - libération de parole
 - Parcours victime – Reconstruction
 - Parcours victime - témoignage
 - Conséquences de libération de parole
 - Amnésie traumatique
 - Systémique familiale

2) Reconnaissance des mécanismes

- Ressenti émotionnel
 - Dégoût
 - Peur

- Colère
 - Honte
 - Solitude
 - Sidération
 - Répercussions comportementales
 - Auto-destruction
 - Auto-mutilation
 - Auto-culpabilisation
 - Dissociation
 - Stratégie de survie
 - Reproduction de schémas
 - Maintien du secret
 - Honte
 - Dénî
 - Emprise
 - Manipuler
 - Dissimulation
 - Silence
 - Tabou
 - Systémique familiale ?
- 3)Aspects sociétaux
- Dénî société
 - Prise de conscience société

D. Prise en charge

1) Intervenants

- Médecines alternatives
- Médecines alternatives - acupuncture
- Médecines alternatives - homéopathie
- Médecines alternatives - hypnothérapie
- Médecines alternatives - kinésiologie
- Médecines alternatives - méditation
- Médecines alternatives - naturopathie
- Médecines alternatives – somatothérapie
- Médecines alternatives - sophrologie
- Assistance sociale
- Kinésithérapie
- Psychiatrie
- Associations
- Médecine légale
- Psychothérapie
- Réparation psycho-corporelle
- Allopathie

- EMDR

2) Modalités de prise en charge

- Hospitalisation
- Alternatives
- Suivi actif
- Médicaments
- Coordination
- Orienter
- Impact des thérapeutiques
- Méditation
- Ressources
- Surveillance de l'état psychologique
- Surveillance de l'état somatique
- Soutien
- Soutien psychologique
- Corporel
- Coût

E. Prévention

- Education sexuelle
- Intimité de l'enfant
- Parole de l'enfant
- Place de l'enfant
- Prévention - éducation parents
- Prévention - consentement
- Prévention - intimité
- Protection de l'enfance

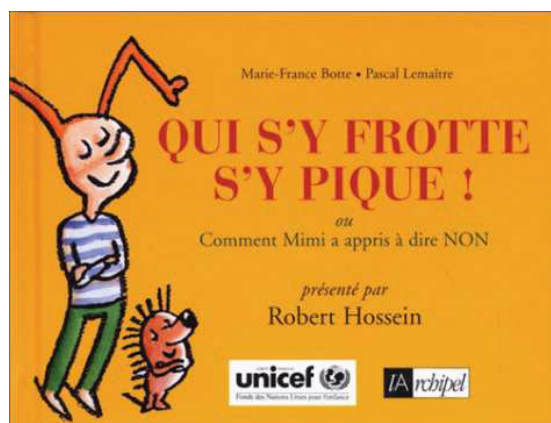
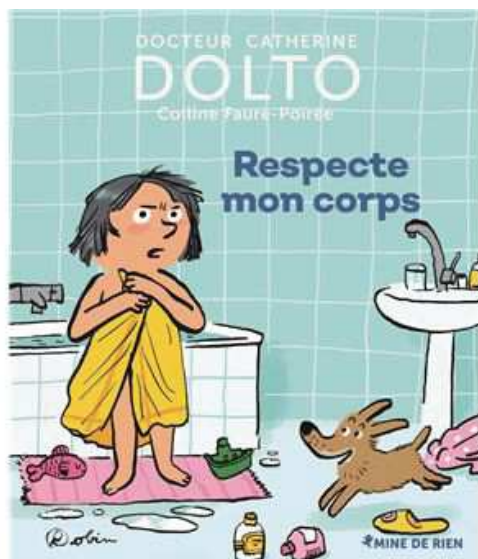
Annexe VII. Affiches préventives des campagnes nationales de 2015 et 2018



Annexe VIII. Affiches préventives de la Campagne de sensibilisation #PlusJamaisSansMonAccord destinée aux adolescents pour lutter contre les Violences sexistes et sexuelles, de la Campagne de sensibilisation « Sportif oui, victime non » de 2008 et de la Campagne de prévention contre les violences sexuelles de la Fédération Française de Tennis de Table



Annexe IX. Livres pour parler de sexualité aux enfants : « Respecte mon corps » Françoise Dolto – « Ça suffit les bisous ! » Pascal Bruckner, Jean-Pierre Kerloc'h, Marane Itoiz – « Qui s'y frotte s'y pique » Marie-France Botte, Pascal Lemaître – « Et si on se parlait ? » 3 tomes : 3-6 ans, 7-10ans, 11ans et +, Andréa Bescond



CHU de Nantes Juillet 2020

info.CHU

Où orienter une victime au CHU de Nantes ?

victimes de – de 15 ans

victimes de + de 15 ans

Pour une prise en charge immédiate (sans rendez-vous)

URGENCES PÉDIATRIQUES

Hôtel-Dieu

→ violences physiques, sexuelles
et psychologiques

accueil : 02 40 08 38 06

URGENCE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE (UGO)

Hôpital mère-enfant

→ violences sexuelles

accueil : 02 40 08 32 17

URGENCES

Hôtel-Dieu

→ violences physiques

accueil : 02 40 08 39 04

URGENCES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (UMP)

Hôtel-Dieu

→ violences psychologiques

accueil : 02 40 08 38 71

Pour une prise en charge en temps différé (sur rendez-vous)

UNITÉ D'ACCUEIL DES ENFANTS EN DANGER (UAED)

Hôpital mère-enfant

→ violences physiques, sexuelles
et psychologiques (consultations
et examens sur réquisition
judiciaire)

secrétariat : 02 40 08 44 54

UNITÉ DE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE MÉDICO PSYCHO SOCIALE (UGOMPS)

Hôpital mère-enfant

→ violences faites aux femmes,
violences au sein du couple,
mutilations sexuelles

secrétariat : 02 40 08 30 32

CENTRE DE PLANIFICATION Simone Veil

Hôpital mère-enfant

→ contexte de l'IVG

secrétariat : 02 40 08 49 69

UNITÉ DE VICTIMOLOGIE

Hôpital Saint-Jacques

→ soins psychiques aux victimes

secrétariat : 02 53 48 25 12

UNITÉ MÉDICO-JUDICIAIRE (UMJ)

Hôtel-Dieu

→ agressions-infractions (consultations
sur réquisition judiciaire)

→ soins psychiques aux victimes (procé-
dure judiciaire envisageable ou en cours)

secrétariat : 02 40 08 38 28

Service communication du CHU de Nantes

Annexe XI. Autres structures où orienter une personne victime de violences sexuelles en Loire-Atlantique

Citad'elles

→ Accueil, écoute, soutien, information des femmes et de leurs enfants – accueil, écoute, information sur les droits, accompagnement dans les démarches, suivi psychologique - ouvert 24h/24 7j/7.
02 50 41 51 51
Contact@nantescitadelles.fr
8 bd Vincent Gâche Nantes

SOS inceste et violences sexuelles

→ Accueil et accompagnement des victimes d'inceste de violences sexuelles adultes et mineurs de plus de 15 ans – ateliers, groupe de paroles, psychothérapie.
02 22 06 89 03
Asso@sos-inceste.org
35 A, rue Paul Bert 44100 Nantes

France Victimes

→ Équipe de professionnels pluridisciplinaires formée à l'aide aux victimes – accueil, écoute, information sur les droits, accompagnement dans les démarches, suivi psychologique.
Nantes **Saint-Nazaire**
02 40 89 47 07 02 40 01 85 85
Contact@francevictimes44-nantes.fr contact@aideauxvictimes-saint-nazaire.org

Solidarité Femme Loire Atlantique

→ Accueil, écoute, accompagnement et orientation des victimes de violences conjugales et familiales au travers d'accueils individuels ou collectifs, permanences et groupes d'échanges, temps d'échanges individuels ou collectifs et confidentiels sur les violences subies.
23 rue Jeanne d'Arc – 44000 Nantes Possibilité d'entretiens au Centre médico-social de Châteaubriant
02 40 12 12 40

Association Femmes Solidaires

→ Permanences d'écoute pour conseiller, orienter et accompagner les femmes dans leurs démarches.
femmessolidairesnantes@gmail.com
D'autres antennes à Trignac, Saint-Nazaire, Conèron, Saint-Joachim, Montoir de Bretagne

CIDFF

→ Accueil des femmes victimes, information sur leurs droits, accompagnement global dans leurs démarches policières, judiciaires, médicales, sociales et professionnelles.
02 40 48 13 83
31 Bd Emile Gabory 44200 Nantes

Colosse aux Pieds d'Argile - antenne Pays de la Loire

→ Prévention aux risques de violences sexuelles, de bizutage et de harcèlement en milieu sportif – accompagnement psychologique et juridique.
06 02 02 22 68
pdl@colosse.fr

Association moi aussi amnésie

→ Destiné aux victimes d'amnésie traumatique partielle ou totale liées à des violences sexuelles - espace de ressources, de partages et d'expression aux victimes.
association@moiaussiamnesie.fr

Stop aux Violences Sexuelles 44

→ Orientation vers des professionnels formés au psycho-traumatisme et à la prise en charge des violences sexuelles.
Pf.44@stopauxviolencessexuelles.fr

Association Quaesita

→ Dédiée à la reconstruction des femmes victimes de traumatismes physiques, sexuels ou psychologiques.
55 La Hubiais, Saint-Omer-de-Blain 44130 Blain
quaesita44@gmail.com

Octobre 2021

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Santé, Garcia-Moreno C, Guedes A, Knerr W. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes : la violence sexuelle [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2012 [cité 16 oct 2021]. Report No.: WHO/RHR/12.37. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/86236>
2. Bernardi V, Guedj H, Moreau A, Razafindranovona T, Zilloniz S. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » [Internet]. Ministère de l'Intérieur; 2019 [cité 11 oct 2021] p. 241. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
3. Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A, et al. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Ined - Inst Natl D'études Démographiques [Internet]. 2017 [cité 12 oct 2021];(229). Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>
4. Sauvé J-M. Les abus sexuels dans l'Eglise Catholique en France de 1950 à 2020 - Rapport final [Internet]. Rapport de la Commission Indépendante des Abus Sexuels dans l'Eglise; 2021 oct [cité 11 oct 2021] p. 536. Disponible sur : <https://www.ciase.fr/medias/Ciase-Rapport-5-octobre-2021-Les-violences-sexuelles-dans-l-Eglise-catholique-France-1950-2020.pdf>
5. Jaspard M, L'équipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population et Sociétés [Internet]. 2001;(364). Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf
6. Foucard F. Enquête épidémiologique auprès de médecins de premier recours concernant le dépistage des violences conjugales et des violences sexuelles au sein du couple. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Université François-Rabelais]: Académie Orléans-Tours; 2016. Disponible sur : http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_FoucardFanny.pdf
7. Briffe M. Expérience vécue des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon dans la découverte de violences sexuelles subies chez leurs patient(e)s : étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Internet] [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes] : Université de Montpellier; 2018 [cité 15 oct 2021]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02956119/document>
8. Vie D. Obstacles au dépistage et à la prise en charge par les médecins généralistes des patients victimes de violences sexuelles. Perspectives d'amélioration. Etude qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. [UFR des Sciences de Santé]: Université de Bourgogne; 2018 [cité 15 oct 2021]. Disponible sur : <https://docplayer.fr/212827363-Annee-2018-these-par-david-vie-ne-le-17-octobre-1987-a-nevers-58.html>
9. Darde F. 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 [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine]: Université de

Nantes; 2013.

10. Charpe C. Prise en charge par les médecins généralistes des femmes victimes de violences sexuelles [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine Henri Warembourg]: Université du Droit et de la Santé - Lille 2; 2016.
11. Guessoum Y, Bès de Berc A. Femmes victimes de violences sexuelles : étude qualitative sur les freins ressentis au recours aux médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. [UFR des Sciences Médicales]: Université de Bordeaux; 2019 [cité 15 oct 2021]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02497646/document>
12. Vignocan L, Monti M. « Que puis-je faire pour vous ? » : la consultation de médecine générale : attentes des femmes ayant vécu des violences sexuelles [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1267/>
13. Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. OMS; 2013. (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data). Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1
14. Bajos N, Bozon M. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. 2008 [cité 12 oct 2021];(445). Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19113/pop_soc445.fr.pdf
15. IPSOS. Les Français face à l'inceste [Internet]. 2020 nov. Disponible sur : http://aivi.fr/doc/Ipsos_Face_a_l'inceste_Rapport
16. Andrews G., Corry J., Slade T., Issakidis C. and Swanson H. Child sexual abuse. s.l. : Organisation Mondiale de la Santé. Comparative Quantification of Health Risks Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors [Internet]. Vol. 2. 2004. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/cra/chapters/volume2/1851-1940.pdf>
17. Global status report on violence prevention [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; 2014 [cité 13 oct 2021]. Report No.: ISBN 978 92 4 156479. Disponible sur : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241564793>
18. Salmona M. Enquête IVSEA Impact des Violences Sexuelles dans l'Enfance à l'âge Adulte [Internet]. 2015 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Synthese-enquete-AMTV.pdf>
19. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2019. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes [Internet]. 2019;(16). Disponible sur : https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-11/ONVF%20n%C2%B014-Violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20violences%20sexuelles_novembre%202019.pdf
20. Descamps G, Afflelou S, Jolly A. Etude des violences sexuelles dans le sport en France : contexte de survenues et incidences psychologiques [Internet]. 2009. Disponible sur :

https://psychologue-reims.com/wp-content/uploads/2016/09/Rapport_2009.pdf

21. Williams LM. Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol.* déc 1994;62(6):1167-76.
22. Tate RL, Perdices M, Rosenkoetter U, Shadish W, Vohra S, Barlow DH, et al. The Single-Case Reporting Guideline In BEhavioural Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. *Phys Ther.* juill 2016;96(7):e1-10.
23. Briere J., Conte J. Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children - 1993 - *Journal of Traumatic Stress - Wiley Online Library* [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jts.2490060104>
24. Sjöberg RL, Lindblad F. Limited disclosure of sexual abuse in children whose experiences were documented by videotape. *Am J Psychiatry.* févr 2002;159(2):312-4.
25. Thomas J-L. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. *Revue Française du Dommage Corporel* [Internet]. 2015; Disponible sur : <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatisation-droitdiffusion.pdf>
26. Thomas JL, Guérin V, Levy P, Carette M, de Andreis NR, Lacrosse P. The Impact of a History of Sexual Abuse on Health: Data from a Self-Reported Questionnaire from a Sample of French Victims. *J Gen Pract* [Internet]. 2017 [cité 22 oct 2021];05(06). Disponible sur : <https://www.omicsonline.org/open-access/the-impact-of-a-history-of-sexual-abuse-on-health-data-from-a-selfreported-questionnaire-from-a-sample-of-french-victims-2329-9126-1000340-95460.html>
27. Häuser W, Kosseva M, Üceyler N, Klose P, Sommer C. Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care Res.* juin 2011;63(6):808-20.
28. Brennenstuhl S, Fuller-Thomson E. The Painful Legacy of Childhood Violence: Migraine Headaches Among Adult Survivors of Adverse Childhood Experiences. *Headache.* août 2015;55(7):973-83.
29. Vézina-Gagnon P, Bergeron S, Hébert M, McDuff P, Guérin V, Daigneault I. Childhood sexual abuse, girls' genitourinary diseases, and psychiatric comorbidity: A matched-cohort study. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* févr 2021;40(2):104-12.
30. Harris HR, Wieser F, Vitonis AF, Rich-Edwards J, Boynton-Jarrett R, Bertone-Johnson ER, et al. Early life abuse and risk of endometriosis. *Hum Reprod Oxf Engl.* 1 sept 2018;33(9):1657-68.
31. Chandler HK, Ciccone DS, Raphael KG. Localization of pain and self-reported rape in a female community sample. *Pain Med Malden Mass.* août 2006;7(4):344-52.
32. Wise LA, Palmer JR, Rosenberg L. Lifetime abuse victimization and risk of uterine leiomyomata in black women. *Am J Obstet Gynecol.* avr 2013;208(4):272.e1-272.e13.
33. Mason SM, Tobias DK, Clark CJ, Zhang C, Hu FB, Rich-Edwards JW. Abuse in Childhood or Adolescence and Gestational Diabetes: A Retrospective Cohort Study. *Am J Prev Med.* avr 2016;50(4):436-44.

34. Fortin-Langelier E, Daigneault I, Achim J, Vézina-Gagnon P, Guérin V, Frappier J-Y. A Matched Cohort Study of the Association Between Childhood Sexual Abuse and Teenage Pregnancy. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* sept 2019;65(3):384-9.
35. Brown MJ, Thacker LR, Cohen SA. Association between adverse childhood experiences and diagnosis of cancer. *PloS One.* 2013;8(6):e65524.
36. Coker AL, Hopenhayn C, DeSimone CP, Bush HM, Crofford L. Violence against Women Raises Risk of Cervical Cancer. *J Womens Health* 2002. août 2009;18(8):1179-85.
37. Batten SV, Aslan M, Maciejewski PK, Mazure CM. Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. *J Clin Psychiatry.* févr 2004;65(2):249-54.
38. Suglia SF, Clark CJ, Boynton-Jarrett R, Kressin NR, Koenen KC. Child maltreatment and hypertension in young adulthood. *BMC Public Health.* 6 nov 2014;14:1149.
39. Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR. Self-reported abuse and gastrointestinal disease in outpatients: association with irritable bowel-type symptoms. *Am J Gastroenterol.* mars 1995;90(3):366-71.
40. Park SH, Videlock EJ, Shih W, Presson AP, Mayer EA, Chang L. Adverse childhood experiences are associated with irritable bowel syndrome and gastrointestinal symptom severity. *Neurogastroenterol Motil Off J Eur Gastrointest Motil Soc.* août 2016;28(8):1252-60.
41. Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse Negl.* juin 2010;34(6):454-64.
42. Santaularia J, Johnson M, Hart L, Haskett L, Welsh E, Faseru B. Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 16 déc 2014;14:1286.
43. Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Cheung K, Taillieu T, Turner S, et al. Child abuse and physical health in adulthood. *Health Rep.* 16 mars 2016;27(3):10-8.
44. Stene LE, Jacobsen GW, Dyb G, Tverdal A, Schei B. Intimate partner violence and cardiovascular risk in women: a population-based cohort study. *J Womens Health* 2002. mars 2013;22(3):250-8.
45. Kreamsoulas C, Fleegler EW, Kubzansky LD, McGorrian CM, Subramanian SV. Young Adults and Adverse Childhood Events: A Potent Measure of Cardiovascular Risk. *Am J Med.* mai 2019;132(5):605-13.
46. Riley EH, Wright RJ, Jun HJ, Hibert EN, Rich-Edwards JW. Hypertension in adult survivors of child abuse: observations from the Nurses' Health Study II. *J Epidemiol Community Health.* mai 2010;64(5):413-8.
47. Rich-Edwards JW, Mason S, Rexrode K, Spiegelman D, Hibert E, Kawachi I, et al. Physical and sexual abuse in childhood as predictors of early-onset cardiovascular events in women. *Circulation.* 21 août 2012;126(8):920-7.
48. Stein MB, Barrett-Connor E. Sexual assault and physical health: findings from a

population-based study of older adults. *Psychosom Med.* déc 2000;62(6):838-43.

49. Brown DW, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Malarcher AM, Croft JB, et al. Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC Public Health.* 19 janv 2010;10:20.

50. Thurston RC, Chang Y, Matthews KA, von Känel R, Koenen K. Association of Sexual Harassment and Sexual Assault With Midlife Women's Mental and Physical Health. *JAMA Intern Med.* 1 janv 2019;179(1):48-53.

51. Damra JK, Abujilban S. Violence Against Women and Its Consequences on Women's Reproductive Health and Depression: A Jordanian Sample. *J Interpers Violence.* mars 2021;36(5-6):NP3044-60.

52. Rothman K, Georgia Salivar E, Roddy MK, Hatch SG, Doss BD. Sexual Assault Among Women in College: Immediate and Long-Term Associations With Mental Health, Psychosocial Functioning, and Romantic Relationships. *J Interpers Violence.* oct 2021;36(19-20):9600-22.

53. Tarzia L, Maxwell S, Valpied J, Novy K, Quake R, Hegarty K. Sexual violence associated with poor mental health in women attending Australian general practices. *Aust N Z J Public Health.* oct 2017;41(5):518-23.

54. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry.* nov 2001;158(11):1878-83.

55. González-Chica DA, Licinio J, Musker M, Wong M, Bowden J, Hay P, et al. Bullying and sexual abuse and their association with harmful behaviours, antidepressant use and health-related quality of life in adulthood: a population-based study in South Australia. *BMC Public Health.* 7 janv 2019;19(1):26.

56. Mendoza-Meléndez MÁ, Cepeda A, Frankeberger J, López-Macario M, Valdez A. History of child sexual abuse among women consuming illicit substances in Mexico City. *J Subst Use.* 2018;23(5):520-7.

57. Turner S, Taillieu T, Carleton RN, Sareen J, Afifi TO. Association between a history of child abuse and suicidal ideation, plans and attempts among Canadian public safety personnel: a cross-sectional survey. *CMAJ Open.* déc 2018;6(4):E463-70.

58. Mahenge B, Stöckl H, Mizinduko M, Mazalale J, Jahn A. Adverse childhood experiences and intimate partner violence during pregnancy and their association to postpartum depression. *J Affect Disord.* 15 mars 2018;229:159-63.

59. Rajan G, Ljunggren G, Wändell P, Wahlström L, Svedin C-G, Carlsson AC. Diagnoses of sexual abuse and their common registered comorbidities in the total population of Stockholm. *J Epidemiol Community Health.* juin 2017;71(6):592-8.

60. Fuller-Thomson E, Roane JL, Brennenstuhl S. Three Types of Adverse Childhood Experiences, and Alcohol and Drug Dependence Among Adults: An Investigation Using Population-Based Data. *Subst Use Misuse.* 18 sept 2016;51(11):1451-61.

61. Lindert J, von Ehrenstein OS, Grashow R, Gal G, Braehler E, Weisskopf MG. Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course:

systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. avr 2014;59(2):359-72.

62. Gardner MJ, Thomas HJ, Erskine HE. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl*. oct 2019;96:104082.

63. Draper B, Pfaff JJ, Pirkis J, Snowdon J, Lautenschlager NT, Wilson I, et al. Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: results from the Depression and Early Prevention of Suicide in General Practice Project. *J Am Geriatr Soc*. févr 2008;56(2):262-71.

64. Georgia EJ, Roddy MK, Doss BD. Sexual Assault and Dyadic Relationship Satisfaction: Indirect Associations Through Intimacy and Mental Health. *Violence Women*. juin 2018;24(8):936-51.

65. Jozkowski KN, Sanders SA. Health and sexual outcomes of women who have experienced forced or coercive sex. *Women Health*. 2012;52(2):101-18.

66. Paillé P. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4ème édition. Armand Colin; 2016.

67. Miles MB, Huberman M. Analyse des données qualitatives. 2ème édition. De Boeck; 2003.

68. Fleury M, Riou F, Spira A, Hassoun D, Nosedà V, Poncet L. Parcours migratoire, violences déclarées et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. *Enquête Dsaahir - Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2018 [cité 13 oct 2021]; Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/2019_17-18_3.html

69. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine - DREES. *Etudes et Résultats* [Internet]. 2019 [cité 13 oct 2021];(1113). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>

70. DGOS. Fiche 13 : les soins aux personnes mineures [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 17 oct 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-13-les-soins-aux-personnes-mineures>

71. Article L1111-5 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927576

72. Mainguéné A. Couple, famille, parentalité, travail des femmes. INSEE Première [Internet]. 2011 [cité 13 oct 2021];(1339). Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281216>

73. Rich-Edwards JW, Spiegelman D, Lividoti Hibert EN, Jun H-J, Todd TJ, Kawachi I, et al. Abuse in childhood and adolescence as a predictor of type 2 diabetes in adult women. *Am J Prev Med*. déc 2010;39(6):529-36.

Titre de thèse : Expérience vécue et attentes en consultation de médecine générale des patient(e)s ayant été victimes de violences sexuelles : étude qualitative menée en Loire-Atlantique, Vendée, Deux-Sèvres et Finistère

RESUME

Introduction : Les violences sexuelles touchent un enfant sur 5 en Europe et de ce fait au moins autant d'adultes en France. De nombreuses études ont montré que les violences sexuelles avaient un impact significatif sur la santé mentale et physique ainsi que sur la qualité de vie des personnes victimes. Le médecin généraliste qui est le médecin de premier recours reçoit quasi quotidiennement des personnes qui ont été victimes de violences sexuelles. A ce titre, il est important que les médecins soient formés sur le sujet et aient conscience du vécu et des attentes de ces personnes, en consultation de médecine générale.

Sujets et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative, par réalisation d'entretiens semi-structurés de personnes ayant été victimes de violences sexuelles, entre les mois de juin 2020 et avril 2021.

Résultats : Des entretiens ont été réalisés auprès de 17 personnes majeures, hommes et femmes, ayant vécu des violences sexuelles. Le médecin généraliste était pour elles un professionnel de premier recours dont il était attendu repérage d'un antécédent de violences sexuelles devant des signes évocateurs, écoute, accompagnement dans le temps, réorientation auprès de professionnels dédiés à la prise en charge des violences sexuelles. Ces différentes attentes nécessitaient, selon elles, une formation spécifique.

Conclusion : Au vu de la forte prévalence des violences sexuelles, le rôle du médecin généraliste est fondamental pour dépister, écouter, orienter voire accompagner les personnes victimes. Cette posture nécessite une formation approfondie au sujet ainsi qu'une connaissance des structures et professionnels auprès desquels pouvoir orienter les personnes victimes.

MOTS-CLEFS

Violences sexuelles, médecine générale, formation, attentes