

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2020

2020 TOU3 1030

2020 TOU3 1031

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

François PIGEAT et Pauline WYNIGER

Le 15 Octobre 2020

**Méta-ethnographie identifiant les facteurs de révélation de violences
sexuelles vécues dans l'enfance dans le cadre de la consultation de
médecine générale : point de vue des patients et des médecins généralistes**

Directeur de thèse : Docteur Simon MALATERRE

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Madame la Professeure Adeline RUYSSSEN-WITRAND	Assesseur
Madame la Docteure Sophie PREBOIS	Assesseur
Monsieur le Docteur Simon MALATERRE	Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019
Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire M. BARRET André
Professeur Honoraire M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire M. BONNEVILLE Paul
Professeur Honoraire M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé M. BROS Bernard
Professeur Honoraire M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire M. CARTON Michel
Professeur Honoraire M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire M. CLANET Michel
Professeur Honoraire M. CONTE Jean
Professeur Honoraire M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire M. DUPRE M.
Professeur Honoraire M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire associé M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire M. FABRE Jean
Professeur Honoraire M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire M. HOFF Jean
Professeur Honoraire M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire M. LARENG Louis
Professeur Honoraire M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire M. MANELFE Claude

Professeur Honoraire M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire M. MURAT
Professeur Honoraire associé M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire M. REGIS Henri
Professeur Honoraire M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET Philippe
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.

2ème classe

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements aux membres du jury

Au Professeur de Médecine Générale Pierre Mesthé,

Merci de nous avoir permis de mener ce travail à bien, de nous honorer de votre présence aujourd'hui, et de tous les enseignements que vous nous avez dispensés.

Au Professeur de Médecine Générale Jean-Christophe Poutrain,

Merci de siéger aujourd'hui dans ce jury pour juger la qualité ce travail, merci également pour vos critiques et enseignements toujours constructifs lors des séminaires ou des soutenances.

A la Professeure de Rhumatologie Adeline Ruysen-Witrand,

Merci de l'intérêt porté au sujet de ce travail et d'avoir accepté de siéger dans ce jury pour juger de sa qualité.

A la Docteure Sophie Prébois,

Merci de votre soutien, d'avoir accepté de lire notre travail et de nous avoir fait part de vos réflexions sur celui-ci. Un grand merci également pour l'enseignement donné qui a permis une plus large ouverture d'esprit dans le domaine de psychiatrie.

Au Docteur Simon Malaterre,

Merci de nous avoir suivis sur ce projet, peut-être un peu ambitieux au départ, mais qui était tellement important pour nous. Merci également pour toute la médecine et l'amitié partagées depuis cette rencontre en Aveyron.

Remerciements personnels de Pauline

A mes parents, Doris et Eric pour m'avoir offert une enfance heureuse, soutenue dans tous mes projets et apporté autant d'amour. Aujourd'hui c'est à moi de vous le retourner en vous remerciant de m'avoir épaulée durant toutes ces années d'études et de révisions sans jamais faillir dans les moments de doutes et d'épuisements. Aussi grâce à vous, à tout cet amour je vais pouvoir commencer ma vie de médecin avec humanité et empathie. Je vous aime « de la terre à la lune *aller et retour* » !!

A mon petit frère Benjamin qui aura dû supporter mes humeurs changeantes pendant toutes ces années surtout en périodes de révisions. Même si nos vies nous amènent à vivre à plusieurs milliers de kilomètres l'un de l'autre, tu es constamment dans mon cœur et mon esprit. Je suis si fière de l'homme que tu es ! Je t'aime très très fort.

A ma famille proche, Tantes, Oncles, Cousines, Cousin, Monique-Paul, Pascale-Marc ; Sandrine-Bernard ; Johanne, Fleur ; Tom. Ces repas familiaux heureux tous ensemble m'ont aidée à rebondir dans les moments difficiles.

Merci Monique et Paul, pour tous ces étés heureux qui ont baigné mon enfance. J'espère devenir un aussi bon médecin que toi Monique qui a été une si brillante infirmière ! Sachez que vous resterez toujours au chaud dans mon cœur.

Merci Marc, mon parrain pour ta générosité discrète mais réelle et Pascale qui m'a permis d'assister à la thèse de cardiologie de Camille alors que je n'étais qu'en P1 (que de chemin...).

A mes grands-parents tous partis. Geneviève disparue beaucoup trop jeune et que j'ai découverte récemment à travers sa nombreuse correspondance ; Maurice avec qui j'ai partagé des petits moments ; Josiane toujours élégante, partie l'année de mes ECNs, j'ai aimé essayer ses vêtements baroques et l'entendre raconter la vie de mon grand-père René. J'aurai été fière de vous avoir à mes côtés. Je pense à vous en ce jour si important.

A tous les membres de ma nombreuse Famille cousins-cousines, Carbonnel-Mercier-Raffin-Cochelin. Je ne citerai pas de noms de peur d'en oublier. Mais quand même à :

Laurence et George-Maurice (l'appartement de Marseille pour mes révisions ECNs...), GM dommage de ne pas t'avoir eu comme prof à la fac.

Marie-Estelle et Raphael et à leur bébé à venir (beaucoup de bonheur), Laure-Hélène et Amaury et le petit Paulin. Merci pour votre présence bienveillante sur Marseille.

Jean-Luc et Sylvie les médecins antillais de la famille.

Pierre-Puschi que j'ai découverts récemment et Antoine que je suis dans ses différents voyages.

Maïzee et son excellent couscous,

Edouard mon vieux cousin ... ; Marie-Davia redécouverte sur Toulouse.

Tante Paulette le dernier Phare qui éclaire encore cette grande et belle Famille et tous ses membres que je n'ai pu nommer. Je suis très heureuse d'en faire partie.

A Lucile dite Lulu ma plus vieille copine ! Une belle amitié qui a débuté à la maternelle.

A mes copines-copains du lycée (le Bac c'était hier !), particulièrement Rosalie la meilleure pâtissière des grands palaces ; Fanny mon Andouillette Berlinoise, contente de te retrouver ; Antoine, nos discussions toujours si enrichissantes ...

A tous mes amis(es) de la Fac de Marseille depuis la P1

Estelle tellement courageuse et déterminée ; Florence l'écologiste engagée, toujours prête pour de nouvelles aventures ; Sophie si courageuse et toujours si active ; Dorothée l'amie fidèle, quel beau couple avec Manu ! Steph ; Delphine et son enthousiasme à toute épreuve ; Tim le chercheur avec qui les discussions sont toujours un réel plaisir ; Fouad mon ami cher, ton soutien durant mes coups de déprime.

Merci à tous d'être mes Amis(es)

A ma super Coloc du 22 rue de Bruys qui a été un lieu de partage et de rencontres pour beaucoup de monde !

Elise ma précieuse amie ; les fêtes, les voyages, les restos, les études partagées..., merci pour ta joie de vivre et ton punch ; Chloé ma kiné préférée toujours aux 4 coins du monde et qui me manque beaucoup ; Marylise toujours de bonne humeur et pleine de vie ; Féfé l'urgentiste jongleur, musicien... ; Pierrot, ta vie trépidante me fait rêver. Merci d'avoir été et d'être restés mes amis pendant ces longues années d'études. Que notre aventure continue !

Merci à tous ceux rencontrés lors de mon internat à Toulouse.

Les copains de bancs de fac Lise, Cécile et Achille ; les co-internes de Castres, Bastien, Jade, Vinciane ; les amis de Castres, Maxime (la sève de bouleau), Florian (le kiné baroudeur).

Charles et Lulu avec qui j'ai partagé une longue et belle aventure...

La coloc de Saurat, Nico et Bébert, leurs soutiens chaleureux pendant ces 6 mois de stage en Ariège avec de belles rencontres Marine-Martin, Jess, Yo, Flo....

Nico mon coloc actuel sur Toulouse, sa gentillesse et sa bienveillance ; mes voisins Marie-Edouard et leur bébé Léonard.

Elise, une psychiatre en or et cette belle amitié qui se crée ; Lucie au plaisir de refaire des soirées entre filles !

La troupe de théâtre avec qui tout est possible et réalisable en surpassant un peu ses limites, Wiam, Aure, Claire, Julien, Angèle, Laetitia, Georges, Benjamin, Francesco ... ; notre super professeur Philippe et Jérémie rencontré au week-end de Bubilisation !

Filip qui m'accueille durant ce confinement, en cuisinant pour que je termine d'écrire la thèse dans les temps, aux champignons, aux rires, au jardinage, aux randos, à l'Art et à tellement d'autres domaines à partager encore. Te iubesc !

Merci à tous les acteurs médicaux que j'ai pu croiser !

Le service d'Addictologie de Purpan pour votre accueil et votre humanité : Nico, Alizée, Josiane (belle retraite), Dominique, Andréa, Nina ma co-interne qui m'a suivie en danse africaine !

L'équipe des Urgences de Castres et tous ses supers médecins qui m'ont formée durant 18 mois.

L'équipe de Gériatrie de Castres pleine d'humanité et dans laquelle je me suis sentie complètement intégrée ; les docteurs Fleury et Sophie Dardenne qui m'ont fait confiance et encadrée avec tant de bienveillance.

Le docteur Hélène Taurines qui m'a redonné goût à la médecine générale et le docteur Stéphane Schneyer avec qui la gynécologie paraît si simple.

Le docteur Chantal Marc ma tutrice durant trois semestres sur Castres et le docteur Dominique Lemeitour ma nouvelle tutrice d'Ariège que je remercie de m'avoir fait découvrir le psychodrame Balint.

L'équipe de psychiatrie du CHU de Purpan et particulièrement le docteur Sophie Prébois d'avoir pris le temps de partager ses connaissances avec moi dans le domaine de la psychiatrie, domaine qui m'attire particulièrement.

A mes maîtres de stage d'Ariège, les docteurs Marc Dupui, Igor Durliat et Frédérique Goubay que je remercie de continuer à me former et avec qui le travail en équipe est toujours un réel plaisir. Les secrétaires Christine et Evelyne de la MSP qui ont un cœur si généreux, c'est un plaisir de travailler avec vous.

Claire, collègue de cours, je suis heureuse de t'avoir rencontrée cette année, pour les moments de discussions partagées, à tes retours sur la thèse, et à notre belle amitié naissante.

Marie-pierre une personne merveilleuse ; Julia pour ses petits plats et sa bonne humeur communicante ; Eliette ; Sylvie et encore Julia pour cet exposé qui a fait sensation. Toutes les personnes magiques que j'ai rencontrées au DU d'EM et ses formateurs, vous m'avez faite grandir durant cette année, et merci pour vos pâtisseries si délicieuses.

Docteur Drouin mon médecin de famille depuis que je suis toute petite...

Un grand merci à toi François mon co-thésard préféré ! Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse et surtout de m'avoir fait confiance. Cela a été un réel plaisir, ce travail en équipe avec toi, durant ces 18 mois ; quel chemin parcouru depuis notre rencontre dans ce DIU de gynécologie ! Tu es un homme surprenant avec de grandes et belles qualités. Tes futurs patients(es) auront la chance d'avoir un médecin si humain.

MERCI à TOUS ! Chacun d'entre vous a contribué à la construction du futur médecin que je serai, exerçant ce métier avec humilité, bienveillance et empathie.

Remerciements personnels de François

A mes parents Isabelle et Marc, merci du fond du cœur de votre soutien et bienveillance indéfectibles. Sans vous cela n'aurait sans doute jamais été possible.

A mon frère Dominique et à ma sœur Pauline, on n'avait pas choisi de passer toutes nos jeunes années sous le même toit, et pourtant je ne le regretterai jamais une seconde. Merci à tous les deux d'être là.

A mes grands-parents et tantes qui ne sont plus avec nous, auxquels je pense très fort.

Au reste de ma famille, mes tantes et oncles, Ginou, Thérèse, Claudette, Mado et Gérard. Merci les cousins pour le temps passé avec vous, que ce soit à Frontignan, à Vic, au bord du canal ou ailleurs ! Benjamin, Elodie, Mathieu et Virginie, je peux rajouter à la liste des cousins Ethan, Arthur, Maxime, Marie-Lou et Jules.

A Vincent, Florence et Bruno, merci pour ces trente premières années de complicité, de randos et de nuits au Castel.

Merci à Marie et Florent pour tout le temps partagé, et leur aide dans la relecture de ce travail.

A mes amis de longue date,

A Mathieu, Antoine, Hugo, Pierre, Romain, Hélène, Cathy.

Aux belles personnes rencontrées pendant ces années de médecine.

Aux carabins devenus des amis pour toujours,

A Jean-Christophe, à Bruno, à David, à Guillaume, à Claire (alias Super Clairinette),

A tou·te·s les cointernes que j'ai croisé·e·s : Aline et Charline à Millau. Clara, Mélanie, Stella, Anne-Sophie, Ponpon, Laury, Nicolas et Thomas, pour le semestre ariégeois. Thomas et puis Simon, le co-interne qui n'est pas reparti de Naucelle. Ambre, Maylis, Guillaume, des gersois d'adoption comme moi. Vivien, mon partenaire dans ce semestre de souffrance à l'Oncopôle. Stéphanie, Etienne, Sébastien. Nicolaï, un grand merci à toi. Adrien, pour les premiers pas en Nord-Aveyron.

A tous les Professeurs qui nous ont transmis leurs savoirs, et aux médecins qui ont fait de nous de meilleurs praticiens.

A tous mes maitres de stage, au cours de cet internat si long, et si court à la fois.

Aux belles personnes des urgences de Millau, aux docteurs Costes, Raynal, Duchenne,... alias Philippe, Erell, et Eric. A Boubou, SAF, Séverine, Manon, Isa, Régis et tous les autres, pour votre complicité partagée au fil de ces six mois.

Aux six mois passés à Saint-Girons. Merci Nadège, merci Suzanna et merci à toutes les infirmières et équipes présentes à l'époque, si compréhensives pour un petit interne un peu lent mais motivé. Merci pour les amitiés qui dureront, Isa, Bagatte, Chabotte et Nico, que j'ai un extrême plaisir à revoir à chaque fois.

A Corinne, qui m'a permis d'apprendre tous les jours. A Dominique et John, qui ont encadré ce stage de leurs anecdotes. A Anne et Laurence, vous me preniez pour un docteur, mais beaucoup trop avant l'heure. A Françoise au CPDEF de Rodez pour tout ce qu'elle nous a apporté.

Aux médecins gersois, avec Fabrice, le plus solide des maîtres de stage que j'ai pu rencontrer. Merci à Sylvaine et Véronique pour m'avoir trimbalé sur les petites routes gersoises en apprenant la médecine générale, et tous les sympathiques repas partagés.

Aux médecins de l'Oncopôle, à ceux qui ont su être présents pour nous encadrer, merci aux équipes d'hospitalisation de jour de médecine interne, et des services d'hospitalisation traditionnelle d'oncologie.

Enfin, un grand merci à mes maîtres de stage de SASPAS, qui m'ont accueilli et formé dans le Nord-Aveyron de la meilleure manière que l'on puisse rêver. Gilles Verrez, Philippe Nekrouf, Sylvie Hébrard, Christine Gaulier. Ces 6 mois garderont une saveur toute particulière (et je ne parle pas que d'aligot ou de kouglofs).

A l'Aveyron et ma monture. A l'Aveyron et l'Aubrac pour ses habitants, pour ses paysages, ses vaches et ses fromages, ses trous et plateaux, ses chocolats et macarons, et ses petites routes. Et à ma moto pour me les avoir fait découvrir.

A mes premiers colocataires. Je parle de la yourto-team, Elise, Clémentine et Julien (et Régina). Merci pour ces 6 mois de frissons, de grelottements, d'humidité. Merci car sans eux, il n'y aurait pas eu de chaleur, d'après-midi ensoleillées, de vestes chaudes, de repas

partagés. Merci pour le festiyourte, cet évènement festivalier sans nul autre pareil, à ce déferlement de gastronomie et de chaleur, et merci à toutes les personnes venues le partager avec nous.

Merci (par ordre de taille croissant) à Jules, Simon, Marin, Fanny et Mikaël d'avoir suivi nos petites aventures et les suivantes.

Un grand merci à toi Pauline, qui a fait renaître l'espoir de pouvoir réaliser cette thèse un jour. Chère PW, le gros point positif ce DIU de gynéco-obstétrique : permettre de t'avoir rencontrée. Impossible de résumer tes qualités face à ce travail, et elles s'exprimeront encore bien mieux dans tes projets de soins vers les autres.

A tous les amis trouvés au gré des rencontres,

A la Great Highland Bagpipe.

A Diane, entre fée et déesse dans ma vie, merci pour tout, mais merci surtout pour ce qui est à venir. Merci de ta présence, de tes soutiens, de toutes ces choses qui paraissent normales mais qui sont en fait tellement plus. J'ai l'impression d'avoir vécu plus de choses depuis ce semestre ruthénois qu'en toute une vie, et cela semble bien peu face à ce que l'avenir nous promet à travers toi.

« Nous pensons que certaines personnes qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent affronter les problèmes de leur vie, s'en tirent en tombant malade. Si le médecin a l'occasion de les voir dans les premières phases du processus de la maladie (c'est-à-dire avant qu'ils ne se fixent à une maladie précise et organisée), il peut se rendre compte que de tels patients offrent, pour ainsi dire, ou proposent diverses maladies ; et ils continuent à en offrir de nouvelles jusqu'à ce que survienne, entre eux et le médecin, un accord aux termes duquel l'une de ces maladies est admise comme justifiée par les deux parties ... L'un des effets secondaires les plus importants (sinon l'effet essentiel) du remède « médecin » consiste dans sa réponse aux offres du malades »

Balint M. Le médecin, son malade et la maladie, 1957.

Table des matières

Remerciements aux membres du jury.....	I
Remerciements personnels de Pauline.....	II
Remerciements personnels de François.....	VI
TABLE DES MATIERES.....	1
INTRODUCTION.....	4
Conséquences à l'âge adulte :	5
Définition de la violence sexuelle :.....	6
Délais de prescription :.....	6
La physiopathologie du psychotraumatisme :	7
Question de recherche :	8
MATERIELS ET METHODES.....	9
I. CHOIX DE LA METHODE	9
II. DESCRIPTION DE LA METHODE	9
Etape 1 : Identifier le phénomène d'intérêt :	9
Etape 2 : Mettre en place une stratégie de recherche :	10
Etape 3 : Lecture des études :.....	11
Etape 4 : Déterminer les liens entre les études	11
Etape 5 : Interpréter les études les unes en fonction des autres	12
Etape 6 : Synthèse de l'interprétation	12
Etape 7 : Présentation de la synthèse :	12
RESULTATS.....	13
I. RESULTATS DE LA REVUE SYSTEMATIQUE	13
A. <i>Processus de sélection des articles</i>	13
B. <i>Présentation des articles</i>	14
C. <i>Echantillon final de l'ensemble des articles</i>	17
II. RESULTATS DE L'ANALYSE DES ARTICLES INCLUS	18
A. <i>Résultats du point de vue des médecins</i>	18
1. Facteurs limitant la révélation.....	19
a. Connaissances théoriques.....	19
i. Faible niveau des connaissances théoriques	19
ii. Pas de formation	19
b. Liés à la médecine générale	20
i. Notion de médecin de famille	20
ii. Contexte de la relation médecin-patient	20
iii. Temps de consultation	20
c. Freins exprimés liés au médecin	21
d. Liés au patient	22
i. Motifs cachés	22
ii. Multi symptômes non spécifiques.....	22
iii. Freins exprimés.....	23
2. Facteurs favorisant la révélation	23
a. Avoir une stratégie de dépistage	23
b. Rôle du médecin	24
c. Posture du médecin.....	25
d. Identification d'indices permettant de suspecter	25
i. Conséquences psychiques et somatiques	25
ii. Parcours de vie.....	26
iii. « Éléments gâchette ».....	26
B. <i>Résultats du point de vue des patients</i>	27
1. Identification de mécanismes jusqu'à la révélation.....	27
a. Etapes vers la révélation.....	27
b. Temps de latence	28
2. Facteurs limitant la révélation.....	28
a. Liés au patient	28

i.	Honte et culpabilité.....	28
ii.	Peur	29
iii.	Tabou sociétal.....	29
iv.	L'absence de lien.....	30
v.	Déni.....	30
vi.	Bénéfice flou.....	30
b.	Liés au médecin.....	30
i.	Genre.....	30
ii.	Manque d'intérêt.....	31
iii.	Médecin de famille.....	31
c.	Liés aux temps de consultation.....	32
3.	Facteurs favorisant la révélation.....	32
a.	Situations de vie des patients favorisant la révélation.....	32
b.	Attentes des patients envers leur Médecin généraliste.....	33
i.	« Savoirs » du Médecin.....	33
ii.	Faire le lien.....	34
iii.	Stratégie de dépistage.....	34
iv.	Formation du Médecin généraliste.....	35
c.	Liés à la Médecine Générale.....	35
i.	Secret professionnel.....	35
ii.	Agencement du cabinet.....	36
iii.	Relation de confiance.....	36
4.	Facteurs favorisant le vécu de la révélation.....	37
5.	Facteurs d'un vécu négatif de la révélation.....	38
	DISCUSSION.....	39
I.	DISCUSSION DE LA METHODE.....	39
A.	<i>Limites</i>	39
B.	<i>Forces</i>	40
II.	DISCUSSION DES RESULTATS.....	41
A.	<i>Organisation du cabinet et de la consultation</i>	41
1.	Cabinet médical.....	41
2.	Temps de consultation.....	43
3.	Consultation triangulaire.....	45
B.	<i>Identification d'indices permettant de suspecter</i>	47
1.	Conséquences des violences sexuelles.....	47
2.	« Éléments gâchette ».....	50
3.	Moments de vie clés.....	52
C.	<i>Stratégies de dépistage</i>	54
D.	<i>Rôles et postures du médecin généraliste</i>	56
1.	Rôles et place pivot.....	57
2.	Relation médecin-patient.....	58
a.	Une relation dans le temps.....	58
b.	Une relation basée sur l'humain et la communication.....	59
c.	Du paternalisme vers une approche négociée.....	61
3.	Notions de Tabous.....	62
4.	Faire le lien avec le traumatisme ancien.....	63
E.	<i>Freins liés au patient</i>	64
1.	Honte et culpabilité.....	64
2.	L'emprise de la violence.....	65
3.	Pourquoi le médecin généraliste ?.....	66
4.	Genre du médecin.....	66
F.	<i>Formation</i>	68
1.	« Le premier pas, c'est d'y penser ».....	68
2.	Formation en victimologie et psychotraumatisme.....	69
3.	Conséquences du manque de formation.....	70
G.	<i>Patients de genre masculin</i>	72
H.	<i>Perspectives de réflexion</i>	74
	CONCLUSION.....	76
	BIBLIOGRAPHIE.....	79

ANNEXES	89
Annexe 1 : Tableau résumé des équations des recherches	89
Annexe 2 : Tableau de correspondance pour l'annotation des verbatims	91
Annexe 3 : Tableau récapitulatif des études incluses	92
Annexe 4 : Grille CASP	93

Introduction

En France 14,47% des femmes déclarent un antécédent de viol, tentative de viol, agression sexuelle ou tentative d'agression sexuelle, dans leur vie. Plus de la moitié de ces agressions ou tentatives d'agressions ont lieu avant l'âge de 18 ans. Les agressions sexuelles dans le cadre familial ou l'entourage proche concernent 5% de l'ensemble des femmes et ont lieu dans 90% des cas avant leur majorité (1).

De même, à l'échelle nationale, 3,94% des hommes déclarent un antécédent de viol, tentative de viol, agression sexuelle ou tentative d'agression sexuelle. En ce qui concerne l'âge, 75.5% des viols (ou tentatives de viol) et 50.7% des autres agressions sexuelles (ou tentatives d'agressions) ont eu lieu avant 18 ans. Les agressions sexuelles dans le cadre familial ou l'entourage proche concernent 0,83% de l'ensemble des hommes et ont lieu dans quasiment 100% des cas avant leur majorité (1).

Cette problématique n'est pas une spécificité française, elle est présente à l'échelle mondiale, telle une pandémie. Différents travaux de synthèse ont évalué la prévalence des violences sexuelles subies durant l'enfance et mettent en évidence une prévalence de 8 à 31% de violences sexuelles chez les filles, et de 3 à 17% chez les garçons (2,3). Un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur les violences interpersonnelles confirme que 20% des femmes et 5 à 10% des hommes dans le monde déclarent avoir subi des violences sexuelles pendant leur enfance (4). On retrouve ces intervalles dans une étude incluant seulement des pays développés (USA, Canada, Royaume-Uni et Australie), avec 15 à 30% de violences sexuelles chez les filles et 5 à 15% chez les garçons (5). Aucune classe sociale ne semble épargnée, les violences sexuelles touchent tous les milieux de la société et tous les secteurs de vie (famille/proche, domicile, travail/études, école, foyer d'accueil, clubs de sport, institutions religieuses ou sectes) (6–8).

Les médecins généralistes font partie des témoins omniprésents des conséquences de ces violences. Des complications aiguës peuvent nous apparaître évidentes mais il existe également des complications s'inscrivant dans la chronicité. La littérature internationale s'est maintenant bien intéressée à ce sujet, et le lien entre violences sexuelles sur mineurs et pathologies de l'adulte n'est plus à démontrer.

Conséquences à l'âge adulte :

Les champs pathologiques des conséquences des violences sexuelles subies pendant l'enfance sont de tous types.

Les complications psychiatriques sont au premier plan, avec l'Etat de Stress Post-Traumatique, les syndromes dépressifs, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les automutilations, les suicides et tentatives de suicide, les conduites addictives, les troubles du comportement alimentaire (9–11), les troubles du sommeil (12). Des troubles somatiques sont également rapportés (13) avec des troubles de la sphère génitale (douleurs pelviennes, dyspareunies, vaginisme, éjaculation prématurée et troubles du désir) (14), des troubles des conduites sexuelles (15), des troubles fonctionnels intestinaux (TFI) ou urinaires, des pathologies cardiovasculaires, des néoplasies, des pathologies auto-immunes (9,16). D'autres conséquences sont abordées par certains auteurs comme l'asthénie chronique (13), les troubles somatoformes/psychosomatiques (15) et les douleurs chroniques de type lombalgies (17) ou troubles musculosquelettiques (18).

Les personnes ayant connu des violences sexuelles pendant l'enfance sont sujettes à une plus grande consommation de soins avec une moindre satisfaction de ces soins (19). Il est fait état de la perception d'une mauvaise santé individuelle (20) et d'un accès compliqué au système de soins. En effet, les patients peuvent au cours des examens médicaux vivre une « reviviscence provoquée », renforçant ainsi les mécanismes de défense (évitement) qui les éloignent du système de soins (10,21).

En plus de toutes les conséquences précédemment citées, les violences sexuelles subies dans l'enfance sont un facteur de risque de violences conjugales à l'âge adulte quel que soit le genre (22). De tels antécédents rendent les personnes plus à risque de subir de nouvelles violences à l'âge adulte (13).

Au-delà des conséquences des violences sexuelles au niveau individuel, les coûts pour la société sont énormes. Le potentiel pour une ancienne victime de devenir à son tour agresseur est avéré, créant ainsi un cycle sans fin de perpétration de la violence (13,23). Le coût financier est également important avec par exemple, un coût annuel de 23 milliards de dollars aux Etats-Unis d'Amérique imputable aux violences sexuelles (12), et de 94 milliards de dollars pour toutes les maltraitances confondues (24).

Définition de la violence sexuelle :

Les violences sexuelles répondent à de nombreuses situations et définitions. Nous allons en donner une vision large, car dans le cadre de notre travail, nous recherchons les données et expériences les plus diverses possibles.

Le terme générique de « violences sexuelles infantiles » regroupe les maltraitances, agressions et abus sexuels. Peut-être considérée comme violence sexuelle « toute utilisation du corps d'un enfant pour le plaisir sexuel d'une personne plus âgée que lui, quelles que soient les relations entre eux, et même sans contrainte ni violence » (25). Cette définition peut regrouper différentes expressions de violence : appels téléphoniques obscènes, exhibitionnisme, voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viols, attouchements ou tentatives d'attouchement, inceste ou prostitution (26). Le Conseil de l'Europe définit les violences sexuelles comme « le fait qu'un adulte ou une personne mineure plus âgée de cinq ans que la victime, se livre à des activités sexuelles avec un enfant qui n'a pas atteint l'âge légal de la majorité sexuelle (fixé à quinze ans en France), et de ce fait incapable de comprendre pleinement le sens de ce qui lui est proposé et donc d'y donner un consentement éclairé » (27). Par ailleurs, l'usage de la contrainte, de la force, de la menace ou de la surprise n'est pas une condition nécessaire à la violence sexuelle. En effet l'abus d'une position reconnue de confiance, d'autorité ou d'influence sur l'enfant, y compris au sein de la famille, caractérise la coercition sexuelle, qui fait également partie des violences sexuelles (28,29).

Délais de prescription :

La loi française prévoit pour les infractions sexuelles sur mineurs des délais de prescription allongés.

Ainsi, la victime peut porter plainte jusqu'à 30 ans après sa majorité dans les cas les plus graves : viol et crime de proxénétisme. Ce délai de prescription ne s'applique pas aux infractions prescrites avant son entrée en vigueur le 6 août 2018.

Le dépôt de plainte peut se faire jusqu'à 20 ans après la majorité de la victime dans les cas suivants : agressions sexuelles autres que le viol sur un mineur de moins de 15 ans et atteinte sexuelle sur un mineur de moins de 15 ans, avec circonstance aggravante.

Enfin le dépôt de plainte peut se faire jusqu'à 10 ans après la majorité de la victime dans tous les autres cas d'infraction sexuelle (30).

La physiopathologie du psychotraumatisme :

Lors d'une violence subie, il existe une « mise en stress » extrême du corps, entraînant de fortes sécrétions d'adrénaline et de cortisol stimulées par l'amygdale, centre des émotions, non modulées par un cortex en état de sidération. L'objectif de cette sécrétion est de préparer l'organisme à mettre en place une fuite ou un combat, pour survivre à la violence de l'évènement. Lors d'une violence subie, les taux hormonaux sont si importants qu'ils deviennent cardiotoxiques (adrénaline) et neurotoxiques (cortisol) et font courir un risque vital à la personne. Un mécanisme d'anesthésie émotionnelle indispensable à la survie se met alors en place. Pour survivre, il va falloir ne rien faire. Il va falloir faire cesser cette montée de stress et de douleurs, car si ce n'est pas l'agression qui tue la personne, cela pourra être la réponse biologique au stress imposé. Pour échapper à ce risque, la réaction cérébrale consiste à mettre en place une anesthésie émotionnelle et physique, qui correspond à l'inactivation de l'amygdale. Cette anesthésie repose sur la production de neurotransmetteurs « morphine-like » et « kétamine-like ». Ce sont des substances à la fois anesthésiantes et dissociantes qui permettent ainsi l'inactivation de l'amygdale, centre de gestion des émotions et de la production des hormones du stress.

Toute information doit cependant passer par l'amygdale, pour être ensuite modulée par les zones corticales (afin d'apporter une réponse motrice au stimulus), puis traitée par l'hippocampe qui a pour rôle d'intégrer la mémoire émotionnelle et de la transformer en mémoire autobiographique et verbalisable. Cette disjonction amygdalienne créée par les neurotransmetteurs « morphine-like et kétamine-like » va aboutir à deux phénomènes psychiques : la « **dissociation traumatique** » d'une part (due à la déconnexion de l'amygdale et du cortex), qui permet l'anesthésie émotionnelle c'est-à-dire de ne pas ressentir la douleur de l'agression avec une sensation d'irréalité, de déconnexion, de voir la scène de l'extérieur, de sensation d'étrangeté (déréalisation); et la « **mémoire traumatique** » d'autre part (due à la disjonction amygdale-hippocampe), empêchant le traitement de l'information par l'hippocampe. Cette « mémoire traumatique » est considérée comme une mémoire « piégée » dans l'amygdale. Elle va entraîner chez la victime une souffrance qui peut être chronique ou déclenchée lors de stimulations parfois banales de la vie quotidienne en lui faisant revivre le cortège émotionnel et douloureux de l'agression passée.

Ainsi, au cours de sa vie, la personne expérimentera des actions ayant pour finalité de produire un nouveau stress important, comme les conduites addictives, ou les conduites

auto ou hétéro agressives ... afin de reproduire un état dissociatif, seul moyen de calmer ses souffrances psychiques, conséquences du traumatisme initial (13,31).

Cette brève mise en lumière de la physiopathologie du traumatisme permet de comprendre que la mémoire traumatique peut rester cachée durant de longues années. Cette dernière peut resurgir lors d'une situation particulière (l'allaitement par exemple) (32). Ce mécanisme post-traumatique peut entraîner des erreurs ou errances diagnostiques. On peut citer la schizophrénie qui est un trouble psychotique désorganisé pouvant être confondu avec une dissociation traumatique (13).

Question de recherche :

La prise en charge de ces psychotraumatismes devient une évidence, encore faut-il les avoir repérés. Le médecin généraliste en tant que soignant de premier recours a une place privilégiée dans le repérage de ces patients traumatisés. Des travaux qualitatifs interrogeant les médecins (33,34) mais aussi les patients (9,35–37) l'ont confirmé.

Comment permettre la révélation de ce type d'évènements traumatiques en consultation de médecine générale ?

Notre travail va consister à mettre en évidence les facteurs de révélation des violences sexuelles vécues dans l'enfance dans le cadre de la consultation de médecine générale. Nous envisagerons les obstacles et facilitateurs du point de vue des patients, mais également du point de vue des médecins.

Matériels et méthodes

I. Choix de la méthode

La méthode qualitative est un type d'étude adapté pour recueillir le vécu, l'expérience et le ressenti des personnes interrogées. Les facteurs de révélation à l'âge adulte de violences sexuelles infantiles incluent des comportements humains, une relation médecin-patient et des composantes sociologiques, qui correspondent aux critères étudiés dans les études qualitatives. Une recherche bibliographique a permis de relever plusieurs études qualitatives sur le sujet des attentes et vécus des patients ainsi que sur les expériences et ressentis des médecins.

Il nous a donc semblé pertinent, pour répondre à notre question de recherche, de réaliser une méta-synthèse des résultats de ces études qualitatives. Parmi les méthodologies de méta-synthèses (38), nous avons retenu celle de la méta-ethnographie. Celle-ci permet d'évaluer des ressentis ou comportements humains dans le domaine médical. Elle est la méthode la plus adaptée pour y parvenir (39). Le but est de produire une interprétation nouvelle et globale des résultats.

Nous avons utilisé la procédure de recherche de Noblit et Hare (40) en sept étapes. Cette méthode a été révisée par Mohammed en 2016 (41).

II. Description de la méthode

Etape 1 : Identifier le phénomène d'intérêt :

Dans un premier temps la question de recherche a été définie. Chez un(e) patient(e) de plus de 15 ans consultant en médecine générale, quels sont les paramètres influençant la révélation d'un antécédent de violences sexuelles vécues jusqu'à 15 ans ? Recherche du point de vue des médecins et des patients. Comparaison du ressenti des médecins généralistes dans le dépistage des sévices sexuels en consultation, et du vécu et attentes des victimes de sévices sexuels dans l'enfance.

Les critères d'inclusion ont été définis en s'inspirant de l'outil de recherche avec l'acronyme SPIDER. Cette définition du champ de recherche est légèrement moins sensible que l'utilisation de l'outil PICO ou PICO modifié. Cependant, elle a l'avantage d'être plus spécifique. Ainsi, du fait du grand nombre de références produit par notre

recherche exhaustive sur neuf banques de données, l'outil SPIDER permettait de réduire le volume de références relevées (42).

Critères d'inclusion (critères SPIDER):

- Echantillon : personnes de plus de 15 ans
- Phénomène d'intérêt : violences sexuelles toutes confondues vécues avant l'âge de 16 ans
- Design d'étude : études en lien avec la médecine générale
- Type de recherche : études qualitatives

Critères d'exclusion :

- Etude centrée exclusivement sur les maltraitances autres que les violences sexuelles
- Echantillon de personnes de moins de 15 ans
- Etudes quantitatives ou de méthodologie non qualitative
- Hors système de soins français

Etape 2 : Mettre en place une stratégie de recherche :

Une stratégie de recherche a été mise en place pour rassembler les études qualitatives qui permettront de réaliser la méta-synthèse, en explorant les facteurs de révélation à l'âge adulte de sévices sexuels infantiles lors de la consultation chez le médecin généraliste.

1/ Sélection des bases de données et écriture des équations de recherche :

Une recherche systématique a été effectuée dans neuf bases de données : Banque de Données en Santé Publique, EMC, Web of science, Medline via PubMed, Sudoc, PsyncInfo, Socindex, Cairn, et Academic Search Premier. Nous avons sur chaque site universitaire (Université Paul-Sabatier et Université Jean-Jaurès) sollicité une aide auprès des documentalistes afin d'affiner notre sélection et interrogation des bases de données.

Le sujet étant relativement ancien, nous avons défini des limites de date de publication à l'année 2000.

Les banques de données interrogées et les équations de recherche s'y rapportant sont résumées dans un tableau en annexe (annexe 1). Chaque banque de données utilise des termes de recherche ou thésaurus distincts. Nous avons donc pour chaque banque utilisé des combinaisons d'équations de recherche pour arriver au meilleur compromis possible entre étendue des résultats et lien avec notre question de recherche. Les références bibliographiques ont été répertoriées dans le logiciel Zotero®.

2/ Tri et sélection des études

La date d'arrêt des recherches a été fixée au 18 juin 2019. Les bases de données n'ont pas été réinterrogées après cette date. Tous les résultats des recherches ont été analysés par les deux chercheurs (PW et FP) en plusieurs étapes. Le tri s'est effectué successivement par la lecture du titre des résultats, puis la lecture du résumé, et enfin par la lecture du texte intégral. Après chaque étape du tri, il y a eu une mise en commun des références. En cas de désaccord (si une référence n'est retenue que par une seule personne), l'exclusion a été repoussée à l'étape suivante. Les références ont été incluses de manière parallèle et indépendante entre les deux chercheurs, chacun ayant ainsi la liberté d'interpréter les critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis.

Une réunion finale pour la mise en commun de toutes les références après lecture intégrale, n'a pas permis de lever tous les désaccords. Une troisième lecture par un autre chercheur (SM) a permis ainsi de délibérer.

3/ Evaluation de la qualité des études :

Nous avons utilisé l'outil Critical Appraisal Skills Programme (CASP, grille disponible en annexe 3) pour l'évaluation de la qualité des études incluses. Cet outil est indiqué pour évaluer la qualité des études qualitatives, notamment cité dans le Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (43).

Etape 3 : Lecture des études :

Les multiples lectures des études incluses ont permis aux chercheurs de s'imprégner de leurs contenus. De ces lectures ont été extraits les principaux thèmes clés à partir des sections « résultats » et « discussion » des études incluses à notre recherche. L'analyse a donc intégré deux degrés d'interprétation : le point de vue des médecins généralistes ou des patients et celui des différents auteurs. Cette double intégration est garante de la portée de notre travail à produire une image d'ensemble supérieure du phénomène étudié.

Dans les études où tous les participants ne répondaient pas aux critères d'inclusion, nous avons restreint notre analyse aux points de vue des seuls participants répondant à ces critères.

Etape 4 : Déterminer les liens entre les études

L'objectif de cette étape est de déterminer, en faisant une lecture transversale, les relations entre les thèmes des différentes études extraits de l'étape trois. La technique utilisée a

consisté à afficher tous les thèmes sur un tableau et à les organiser en catégories pertinentes (approche de l'analyse thématique) (41).

Etape 5 : Interpréter les études les unes en fonction des autres

Cette étape, nécessitant une compréhension fine de chaque étude, a pour objectif de faire ressortir une nouvelle interprétation des différents thèmes soulevés, dans une volonté de respecter les particularités de chaque thème au sein de leurs études d'origines respectives. C'est pourquoi le terme de traduction est retenu par Noblit et Hare. Les termes ou thèmes de chaque étude sont traduits dans les termes d'une autre, et vice et versa, ou sous un autre terme englobant l'ensemble des thèmes liés entre eux.

Nous avons retenu la voie de l'argumentation proposée par Noblit et Hare car elle se prêtait le mieux à notre sujet. Tous les concepts que nous identifierions ne pourraient se regrouper en catégories unilatérales. Notre étape 5 a consisté en une comparaison constante des similitudes et différences entre les études. Cela a permis de pouvoir discuter toutes les parties synthétisées à partir des études sources.

Etape 6 : Synthèse de l'interprétation

Déterminer la relation des thèmes les uns par rapport aux autres a permis de développer un troisième degré d'interprétation. Les synthèses d'interprétations vont s'appuyer sur des références aux études incluses et des citations (des médecins ou patients interrogés) pour assurer la validité interne de la méta-synthèse. Les données synthétisées à partir de tous les thèmes ont été agencées pour répondre à notre question de recherche-

Etape 7 : Présentation de la synthèse :

Cette étape finale consiste en la mise en forme de la présentation des résultats en fonction de la population ciblée (médecins, patients ...) sous la forme de texte, figures et tableaux. Dans le cadre du présent travail de thèse, nous utilisons le logiciel Word® pour l'écriture. Nous avons retenu pour références, concernant la présentation et l'écriture, les recommandations Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) publiées 1996 dans le Lancet, et révisées en 2009 (44).

Résultats

I. Résultats de la revue systématique

A. Processus de sélection des articles

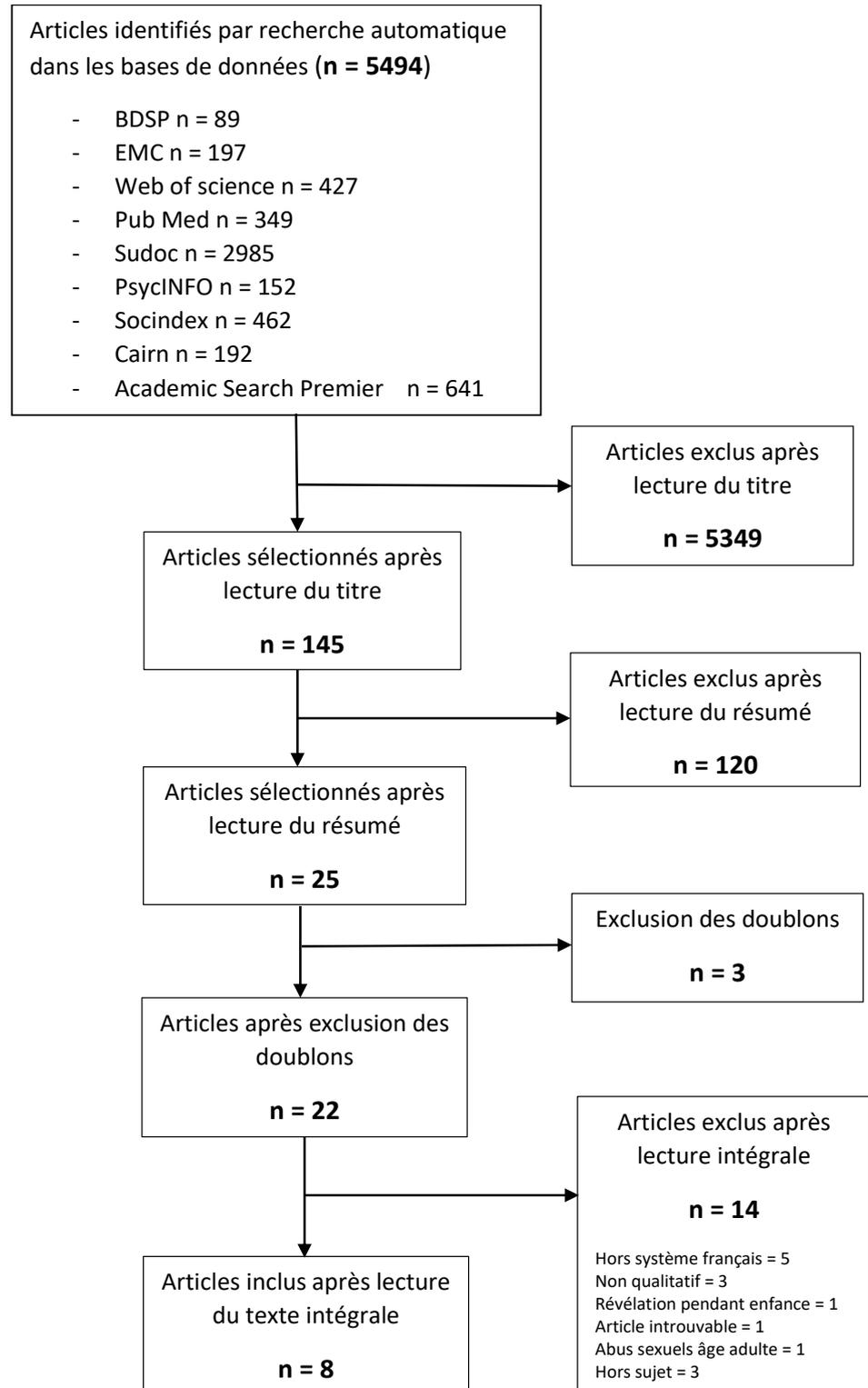


Figure 1 : Diagramme de flux selon les règles de présentation PRISMA (44)

B. Présentation des articles

- L'étude de Darde (45) de 2013 repose sur la réalisation d'une étude qualitative par focus groupe. Elle a pour objectif de mettre en évidence la façon dont les médecins généralistes dépistent les violences sexuelles et par quelle(s) question(s). Les six médecins interrogés font tous partie du même cabinet médical, dans un quartier de Saint-Nazaire.

L'outil CASP permet de relever une bonne qualité de l'étude malgré la présence de biais :

- un biais de recrutement des participants appartenant à la même génération et travaillant dans le même cabinet,
 - un biais lié aux interventions de l'animateur du focus groupe, bien qu'il ne connaisse pas les médecins interrogés dans un objectif de neutralité,
 - un biais lié à la durée limitée de cet entretien collectif, qui restreint le temps de réflexion de chaque participant,
 - la limite principale est celle du focus groupe, qui tend à faire ressortir l'expression commune du groupe.
-
- Le travail de Charpe (33) de 2016 repose sur une étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de douze médecins généralistes dans le département du Nord. L'objectif était de mettre en évidence comment les médecins généralistes prennent en charge les femmes victimes de violences sexuelles.

L'outil CASP révèle une bonne qualité de l'étude mais permet de pointer un guide d'entretien avec des questions fermées.

- L'étude de Vie (46) de 2018 est une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, cherchant à repérer les freins et les leviers à mettre en place concernant le dépistage et la prise en charge des victimes de violences sexuelles par les médecins généralistes. Le recrutement a porté sur un même bassin de population de la Nièvre, incluant au total huit médecins.

La qualité de l'étude est relativement bonne malgré quelques biais soulevés par la grille CASP:

- le biais de recrutement est marqué par un bassin restreint de travail des participants, avec seulement deux femmes parmi les huit médecins interrogés,
 - pas de triangulation dans la production des résultats,
- Le travail de Meslin (34) repose sur une étude qualitative réalisée en 2009. Elle interroge à la fois neuf patients et six médecins par entretiens semi-dirigés en Vendée. L'objectif était de déterminer le rôle du médecin généraliste dans la révélation tardive des abus sexuels des patients.

L'outil CASP nous permet de relever des biais méthodologiques :

- pas d'identification des critères d'inclusion et d'exclusion des participants,
 - un biais d'influence lié à la chercheuse n'est pas discuté,
 - un biais de recrutement, car c'est la directrice et la psychologue de l'association qui ont désigné des patientes, qu'elles estimaient en capacité de parler de leur histoire.
- Le travail de Charbit de 2014 (37) est une étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec un échantillon de quinze participantes adultes ayant été victimes d'inceste de la région lyonnaise. L'objectif était de déterminer au travers des récits les symptômes d'alerte et les attentes des participants envers leur médecin généraliste.

Une bonne qualité de cette étude est retrouvée grâce à l'outil CASP.

- L'étude de Lestienne (36), réalisée en 2015, avait pour but de mettre en évidence les parcours de vie et les attentes formulés par les douze participants ayant tous un(des) antécédent(s) de maltraitances infantiles. Le recueil des données de cette étude qualitative reposait sur des entretiens semi-structurés (oraux et écrits). Les maltraitances subies par l'échantillon total, recruté sur toute la France, étaient variées. Après contact direct avec la chercheuse, nous avons pu restreindre notre étude aux quatre personnes correspondantes à nos critères d'inclusions et d'exclusions.

L'outil CASP nous permet de relever l'absence de triangulation des résultats avec le double codage et l'absence de discussion des biais ou limites par l'auteur.

- L'étude de Vignocan et Monti (47) est un travail de thèse soutenu en 2016 à Toulouse et réalisé auprès de quatorze femmes majeures avec des antécédents de violences sexuelles. Le recueil des données qualitatives est effectué au travers d'entretiens semi-dirigés. L'objectif concernait les attentes des femmes ayant vécu des violences sexuelles, vis-à-vis de leur médecin généraliste. Quatre femmes n'avaient pas vécu de violences avant leurs seize ans et les données les concernant ont donc été exclues de notre analyse, après confirmation par les chercheuses.

L'outil CASP permet de relever une bonne qualité de l'étude. Les limites et biais sont discutés :

- un biais de recrutement avec un échantillon d'âge qui s'arrête à 55 ans, offrant peu de diversité de nationalité, avec de nombreuses femmes étudiantes,
- un biais d'analyse du fait que les deux chercheuses soient des femmes,
- un biais d'une prise de position par le fait d'avoir chacune interrogé une de leurs patientes.

Cette étude est la seule ayant sollicité l'avis d'un comité d'éthique.

- L'étude de Bergeret (48) est un travail de thèse réalisé entre 2013 et 2014 sur le territoire de La Réunion. Elle a recueilli des données qualitatives au travers d'entretiens semi-dirigés. L'échantillon étudié est constitué de dix personnes prises en charge en consultation spécialisée de psychotraumatisme, 9 femmes et 1 homme. Les objectifs étaient de relever au travers des expériences des participants les attentes et besoins en termes de repérage et de prise en charge par le médecin généraliste.

L'étude de Bergeret remplit la majorité des items de qualité proposés par l'outil CASP. Les limites et biais discutés sont :

- un biais de recrutement avec des patients avancés dans une prise en charge spécialisée du psychotraumatisme,
- l'absence de triangulation dans la production de ses résultats.

C. Echantillon final de l'ensemble des articles

L'échantillon total des médecins interrogés comprend au final 32 médecins, dont 21 hommes et 11 femmes. Les âges sont compris entre 29 et 63 ans. La moyenne d'âge est de 47,5 ans. Seuls deux médecins ne sont pas installés. Les durées d'installation vont de 1 à 36 ans, pour une moyenne de 16,8 ans. Les entretiens se sont déroulés de 2009 à 2018.

L'échantillon total des patients interrogés est de 48 personnes, dont 44 femmes et 4 hommes. Les âges sont compris entre 19 et 64 ans. La moyenne des âges est de 39,9 ans. Les niveaux de formation professionnelle vont du secondaire au doctorat lorsqu'ils sont précisés (Meslin, Vignocan, Lestienne, Charbit). Les entretiens ont eu lieu de 2009 à 2015.

II. Résultats de l'analyse des articles inclus

Deux types de verbatims ont été rapportés. Les verbatims du premier degré correspondent aux citations des médecins généralistes ou des patients. Ils ont été annotés en fin de citation par l'identifiant du participant et le nom de l'auteur principal de l'étude. Exemple : (M5 Charpe). Les verbatims du deuxième degré correspondent aux citations des auteurs et ont été annotés uniquement par le nom de l'auteur de l'étude. Exemple : (Charpe). Les études, où les citations de patients n'ont pas été individualisées, ont reçu notre propre code patient. Exemple : (Pa Bergeret). Un tableau illustrant toutes les correspondances d'annotations est disponible en annexe (annexe 2).

A. Résultats du point de vue des médecins

Aborder les violences sexuelles avec les médecins généralistes a permis de recueillir leurs connaissances sur le sujet.

Les médecins généralistes interrogés dans les études étaient davantage confrontés à des violences sexuelles anciennes (33,45). « *C'était une histoire de viol dans l'enfance, heu ... qui ... perturbait beaucoup cette dame* » (M12, Charpe). Ils avaient conscience de la révélation tardive de l'antécédent des violences sexuelles (33,46). « *On découvre très longtemps après, 20 ou 30 ans après [...]* » (E, Vie). Ce temps de latence pouvait correspondre au cheminement personnel du patient pour pouvoir aborder la question (33). « *Je pense que la victime a besoin quand même de se reconstruire pour avoir la possibilité d'aborder la question ultérieurement* » (M10, Charpe). Les médecins avaient conscience d'un retentissement à long terme des violences sexuelles dans tous les domaines de la vie (46).

L'agresseur était connu dans la majorité des cas, il s'agissait souvent d'un proche de l'enfant (33,45). « *Donc ça a été le beau-père qui avait abusé de la jeune fille plus de sa sœur* » (M10, Charpe). Les victimes étaient majoritairement féminines (45). Les violences étaient souvent répétées au cours du temps soit par un même agresseur durant l'enfance soit par différents agresseurs au cours de la vie (33). « *C'est heu ... quelque chose qui s'est prolongé dans le temps, sur quelques mois par un voisin* » (M7, Charpe).

Des points de vue hétérogènes apparaissaient sur un lien entre violences sexuelles et milieux socio-économique (33). Certains médecins associaient un faible niveau socio-économique comme facteur de risque de violences sexuelles et d'autres pensaient que les violences sexuelles peuvent survenir dans tous les milieux. « *Dans les milieux un peu plus heu ... élevés, la violence est plus sournoise et plus perverse* » (M5, Charpe).

1. Facteurs limitant la révélation

a. Connaissances théoriques

i. Faible niveau des connaissances théoriques

Les médecins exprimaient spontanément une méconnaissance de la fréquence des violences sexuelles (33,45,46). « *Moi j'en ai strictement aucune idée. J'évalue pas du tout là ... Je ne sais pas* » (Docteur 4, Darde). Ils avaient conscience de la sous-estimation de ces violences sexuelles dans leur patientèle (33,45). « *Certainement que j'ai dû louper des choses* » (M5, Charpe).

ii. Pas de formation

Sur l'ensemble des études, un manque de formation dans ce domaine était soulevé sans équivoque (33,34,45,46). « *Nous on n'avait pas d'enseignement dans ce domaine-là* » (E, Vie).

Il avait pour impact une méconnaissance des répercussions physiques et psychiques des violences sexuelles sur le long terme entraînant un biais de repérage (33,45). « *Concernant les symptômes, le seul symptôme spécifique, le syndrome post-traumatique n'est pas cité du tout* » (Darde). Darde y associait un biais de formation car les médecins généralistes étaient plus sensibilisés aux signes de violences sexuelles aiguës (45).

Le manque de formation et de connaissance théorique pouvait entraîner un malaise du médecin (33,34). « *C'était une grande première pour moi (...) qu'est-ce que je dois faire, non je n'étais pas à l'aise du tout* » (MG, Meslin). « *T'improvise quoi, c'est tout* » (M3, Charpe).

Il existait une ambivalence sur le manque de formation comme frein au dépistage. « *Dans la mesure où le problème est d'y penser (...) je ne me sens pas bien ou mal formé, c'est l'intérêt que j'y porte et point barre* » (MG, Meslin). Les médecins pouvaient considérer que c'est leur expérience professionnelle qui prime davantage : « *on n'a pas eu d'enseignement là-dessus ... c'est de l'autodidacte* » (E, Vie).

b. Liés à la médecine générale

i. Notion de médecin de famille

Le médecin généraliste, s'il est médecin de famille, pouvait rapporter un vécu difficile de la révélation (33,34).

En effet s'il connaissait l'agresseur, il a pu être soumis à un conflit de loyauté et d'impartialité (34,45). « *Ça a été assez compliqué à gérer, alors moi j'ai pris la position d'être complètement impartial [...]* » (MG, Meslin). De manière plus large, il avait peur des conséquences de cette révélation sur la cellule familiale suivie. « *[...] c'est la peur de tout ce que ça va déclencher derrière, ça doit déclencher derrière, au niveau de la famille qu'on connaît, au niveau de tout ça, [...]* » (Docteur3, Darde).

Être médecin de famille pouvait être un frein à la révélation, il était parfois plus facile de se confier à un médecin « non habituel » (33,34). « *Les internes vont entendre des choses qu'on n'a pas entendues en quinze ans* » (M10, Charpe).

ii. Contexte de la relation médecin-patient

Dans la pratique de la médecine générale, la peur de rompre la relation médecin-patient était un frein dans le dépistage soulevé par les médecins interrogés (33,45,46). « *C'est un peu difficile, t'essaies de faire préciser puis après tu les revois plus* » (M3, Charpe).

iii. Temps de consultation

Les médecins soulevaient leur manque de disponibilité par manque de temps (33,34,45,46). Cela avait pour conséquence un frein dans le dépistage : « *c'est la*

contrainte de temps, parce qu'on est toujours poussé, et c'est un peu difficile, on a peur de s'embarquer dans des choses un petit peu longues » (Docteur3, Darde). Ce manque de temps bridait l'investissement du médecin dans toutes les étapes de la prise en charge : dépistage, orientation et suivi (33,34). « Elle me dit ça, c'est terrible, bon vous pensez à ça et puis vous vous dites « j'ai encore 12 heures de consultation devant moi, au moins », faut être catégorique (...) faut que ce soit des tiroirs (...) je réfléchis en deux secondes, tout de suite je me dis c'est ça (...) consultation de psy (...) c'est une gestion, comme si c'était une angine, est-ce qu'il faut donner un antibiotique ou pas ? c'est terrible de dire ça, je ne vais pas passer ¾ d'heure avec elle (...) on gère aussi bien une angine qu'un abus sexuel ... c'est fou » (MG, Meslin).

c. Freins exprimés liés au médecin

Les violences sexuelles étaient un **sujet tabou** même en médecine générale (33,45,46). La seule évocation du sujet des violences a pu suffire à créer un **malaise** : « *J'ai essuyé un refus après avoir présenté le thème de mon travail : « ça ne me dit pas grand-chose, non non, je suis navré » » (Meslin). Certains médecins évoquaient leur **pudeur** comme difficulté pour aborder le sujet de la vie intime de leur patient (33,45). « *Tant mieux qu'il y ait des trucs qui restent un petit peu quand même, pas d'étalage de tout ... » (M2, Charpe). Ils ont eu **peur d'être intrusifs** quand ils abordaient les violences sexuelles (33). « *Bah c'est compliqué d'aborder le sujet » (M3, Charpe). De même ce malaise pouvait être ressenti face aux révélations reçues (34,46). « C'est dur à entendre, tu t'en prends plein la figure ... c'est toujours aussi compliqué à apprendre qu'à dire ... » (A, Vie). Le malaise généré par la révélation pouvait parfois rendre le médecin suspicieux, remettant en doute la parole reçue du patient, car il pouvait être choqué par les circonstances de la violence (33). Selon certains médecins, ils devaient être capable de **passer outre leurs affects** pour « *oser* » et « *ne pas craindre* » d'aborder ce sujet tabou de l'antécédent des violences sexuelles (33,34,45).***

Un frein supplémentaire au dépistage pouvait être le manque d'intérêt exprimé par certains médecins (46). Le médecin généraliste pouvait aussi « *ne pas y penser* » (MG, Meslin).

Les médecins avaient conscience de l'impact de leur genre sur une potentielle révélation (33,34). « *Elle m'a dit qu'elle n'arrivait pas à en parler à son médecin traitant parce que c'est aussi un homme [...] » (M7, Charpe).*

Parfois la présence d'une tierce personne en consultation (consultation triangulaire) pouvait représenter un frein pour poser la question de l'antécédents des violences sexuelles (46).

« Selon les médecins généralistes interrogés, les victimes sont remplies de honte et de culpabilité. Elles ne comprennent pas pourquoi elles n'ont pas pu se défendre [...] et se sentent responsables de ce qui leur est arrivé et elles en ont honte » (Charpe). Les sentiments de honte et de culpabilité pouvaient être accompagnés d'un sentiment de dévalorisation et de la peur du regard d'autrui, de préserver son image face au médecin (33,34,45). « Le fait que je le sache, ça l'a complètement bloquée par rapport à moi au niveau médical [...] » (MG, Meslin).

d. Liés au patient

i. Motifs cachés

Un médecin soulignait « que les patients viennent souvent en consultation pour un autre motif » (Darde). Face au tabou du sujet des violences sexuelles infantiles, les patients avaient du mal à en parler (46). « Ils viennent rarement en disant qu'ils sont victimes » (E, Vie).

ii. Multi symptômes non spécifiques

La majorité des médecins exprimaient une difficulté au repérage et au dépistage des violences sexuelles dans leur patientèle (46). Il n'existe pas de « profil type » facilitant le repérage (33). Les médecins considéraient qu'il n'y avait pas de symptôme spécifique pouvant traduire l'existence de violences sexuelles (33,34,45,46). « C'est une situation ou un ensemble, faisceau d'arguments qui va nous amener à penser que » (M9, Charpe).

iii. Freins exprimés

Les médecins identifiaient plusieurs freins à la révélation propres aux patients.

Les mécanismes de défense propres à l'évènement traumatique pouvaient entraîner une amnésie des faits, le déni du traumatisme ou de son lien avec les symptômes actuels (33,34). « *Elle est pas capable de mettre des mots dessus ...* » (M8, Charpe).

Parfois, les limites de la normalité étaient floues pour les patients, ce qui a rendu difficile le fait de réaliser et d'admettre la violence subie (33). « *Elle me demandait, elle se demandait si c'était normal quoi, c'est-à-dire qu'il fasse des réflexions sur sa ... ses formes quand elle avait 12 ans, qu'il lui ... voilà* » (M1, Charpe).

Certains patients ne souhaitaient pas ressasser le passé, considérant comme inutile de parler de faits prescrits (33). « *Me disant qu'elles avaient vécu quelque chose de difficile mais qu'il y avait de toute façon prescription, que c'était trop tard* » (M6, Charpe). Dans l'étude de Charpe il en ressort que certains patients ont atteint « *un stade de résignation* » aux violences passées, « *ils pensent que leur situation n'évoluera pas et ne voient donc pas l'intérêt d'en parler à leur médecin généraliste* » (33). « *Elles pensent parfois qu'on ne peut rien y faire, parce qu'elles ont été marquées et elles sont condamnées à vivre triste [...]* » (M7, Charpe).

La révélation pouvait être étouffée par la pression familiale (33). « *Comme c'était un membre de la famille, la famille avait dit « Omerta, on n'en parle pas, même si on te croit on n'en parle pas parce que ça va détruire tes cousines ... »* » (M12, Charpe).

2. Facteurs favorisant la révélation

a. Avoir une stratégie de dépistage

Il semblait possible aux médecins généralistes de réaliser le dépistage des violences sexuelles à l'interrogatoire (46). Ils décrivaient deux stratégies : le « *dépistage systématique* » et le « *dépistage ciblé et orienté* » (33).

Peu de médecins déclaraient utiliser une question directe (33,34,45). « *Poser la question directement, c'est jamais facile ... ben ce qui bloquerait, c'est plus se retrouver face à quelqu'un qui réponde « non non » ou qui soit sur la défensive* » (MG, Meslin). Darde

proposait une question directe mais non agressive par une formulation adaptée dans le cadre du suivi gynécologique : « *avez-vous eu des rapports non désirés ?* » (45).

La majorité des médecins utilisaient une question indirecte (33,34,45). Ils essayaient de la rendre subtile et non intrusive, abordant les choses de manière vague une fois que la relation de confiance était installée (45). « *Je ne dirais pas « violence sexuelle » mais je dirais « violence » et puis je viendrais petit à petit à la faire parler sur une éventuelle violence sexuelle qu'elle aurait pu avoir. Je ne poserais pas une question directe, je resterais assez ouvert sur la question* » (Docteur2, Darde).

« *On se rend bien compte qu'il n'existe pas de manière type de poser la question, que chaque situation est unique, et qu'il s'agit d'une rencontre entre un praticien et un patient à un moment donné* » (Meslin). Cependant, face à une réponse négative, l'antécédent de violences sexuelles ne pouvait être exclu ce qui encourageait parfois les médecins à renouveler le dépistage (34,46). « *On revient en disant c'est sûr vous n'avez pas eu de problème* » (E, Vie).

b. Rôle du médecin

Les médecins généralistes se considéraient comme soignant pivot et légitime dans le dépistage, l'écoute et l'orientation du patient à l'antécédent de violences sexuelles infantiles (33,34,45). « *[...] on est sûrement une des professions ... rares professions à pouvoir crever l'abcès* » (Docteur1, Darde), « *c'est déjà essayer de le détecter, d'aider le patient au cheminement pour arriver à formuler un certain nombre de choses et puis après, il faut passer la main à des gens qui sont spécialisés* » (MG, Meslin).

Le médecin aidait le patient à prendre conscience de la violence sexuelle subie en balisant les comportements normaux ou non (33). « *Les victimes [...] ne savaient pas toujours qu'elles avaient subi des violences sexuelles surtout quand il ne s'agissait pas d'un viol avec pénétration* » (Charpe).

Les médecins généralistes considéraient qu'ils devaient créer un lieu ouvert permettant un espace de dialogue neutre, et non jugeant (33). « *Ouvrir la porte, savoir qu'ici c'est un lieu où il n'y aura pas de jugements* » (M1, Charpe). Pour eux il n'y avait pas de limites aux sujets pouvant être abordés en consultation (33). « *Justement on est généraliste on doit*

pouvoir [...] tout pouvoir aborder et tout pouvoir orienter, je pense, j'espère » (M2, Charpe).

c. Posture du médecin

Pour les médecins généralistes, une relation de confiance était nécessaire pour favoriser la révélation (34). *« Il faut s'assurer que le patient se sente en sécurité et attendre de le voir plusieurs fois en consultation » (Meslin).* Elle pouvait reposer sur une relation de longue date. *« Pas la première fois, surtout pas » (G Vie).* Le lien de confiance médecin-patient permettait au médecin de recueillir la confiance de la révélation, représentant le dépositaire du secret médical. *« Elle a partagé ce secret » (M12, Charpe).*

Les médecins généralistes avaient conscience des temporalités à respecter dans le dépistage de l'antécédent de violences sexuelles (33,45). *« Il est important de respecter le rythme du patient et les défenses qu'il s'est créé » (Darde).* Ils devaient être attentifs à l'opportunité d'une révélation (33,45). *« Il y aura un petit mot, un petit truc, et puis là il faut peut-être le saisir » (M4, Charpe).*

Les médecins mettaient en avant la nécessité d'empathie, d'écoute, et de délicatesse pour accueillir la révélation (33,34). Cependant ils devaient garder leur place de soignant en restant neutre (33). *« Il convient d'écouter la victime avec attention et patience. Le médecin doit faire appel à toutes ses capacités d'empathie, de délicatesse et d'humanisme sans renvoyer au patient une impression de méfiance, d'incrédulité ou de jugement de valeur » (Meslin).*

d. Identification d'indices permettant de suspecter

i. Conséquences psychiques et somatiques

« Il n'est pas facile pour le patient d'établir un lien entre l'abus sexuel passé et ses effets dans le présent » (Meslin). Les médecins avaient conscience de leur rôle pour aider le patient à identifier ce lien (33). *« Je pense [...] les répercussions [...] ne sont pas du tout conscientes » (M10, Charpe).*

Ainsi, ils ont relevé de manière hétérogène des signes psychiques comme conséquences des violences sexuelles : syndrome dépressif, tentatives de suicide, syndrome anxieux, troubles du sommeil, dévalorisation et perte d'estime de soi, troubles du comportement alimentaire, état de stress post-traumatique, conduites addictives, conduites à risque, troubles de personnalité, troubles du comportement avec agressivité, conjugopathie, ... (33,34,45,46); et des signes somatiques : troubles gynécologiques (douleurs pelviennes, dyspareunie, vaginisme), troubles de la libido, troubles de fertilité, troubles digestifs (TFI), troubles urologiques (infections urinaires à répétition), migraines, obésité isolée, douleurs mal systématisées ou polyalgies mal soulagées ... (33,34,45,46).

ii. Parcours de vie

Le repérage d'un parcours de vie difficile par les médecins pouvait leur permettre de suspecter des violences sexuelles infantiles (33). « *Elle avait un parcours ensuite qui avait été compliqué tant dans sa vie privée que dans sa vie professionnelle* » (M1, Charpe).

Certains patients pouvaient en parler spontanément, par exemple au terme d'un cheminement personnel. « *Elles m'en parlent comme un antécédent médical, pratiquement ... comme elles me diraient qu'elles ont fait la coqueluche quand elles étaient petites* » (M8, Charpe).

iii. « Éléments gâchette »

Les médecins généralistes pratiquant le suivi gynécologique de leurs patientes étaient plus à même de dépister l'antécédent de violences sexuelles devant des examens gynécologiques compliqués (33,34,46). « *En suivi gynécologique on arrive un peu plus rapidement parce qu'il y a des soucis au moment de l'examen gynécologique effectivement* » (M8, Charpe).

L'antécédents de violences sexuelles pouvait ressurgir lors d'évènements de vie particuliers comme la difficulté à avoir un enfant, la grossesse, la séparation ou un nouvel évènement traumatique (2,3,4). « *Essentiellement en début de grossesse...grâce aux sages-femmes...la préparation de l'accouchement...post-partum immédiat...j'ai six femmes où ça a ressurgi en post-partum suite à une épisiotomie* » (C, Vie).

B. Résultats du point de vue des patients

1. Identification de mécanismes jusqu'à la révélation

a. Etapes vers la révélation

Les personnes interrogées dans les différentes études témoignaient d'un chemin vers la révélation, jalonné par les conséquences du traumatisme.

Elles décrivaient une notion de grande souffrance, progressivement croissante avant la prise en charge, qui altérait leur vie quotidienne (48). « *Moi j'ai trainé ça 30 ans et ça me pourrit la vie* » (Pa, Bergeret). Cette souffrance pouvait ressurgir plusieurs années après : « *on s'est construit, on s'est reconstruit pour ne plus subir, pour montrer autre chose, pour ne pas montrer ses faiblesses du coup quand la souffrance est revenue on a l'impression de tomber d'un immeuble de dix étages et que les cicatrices mettent du temps à se refermer* » (Pa, Bergeret). Cette grande souffrance pouvait être à elle seule le moteur de la révélation (48).

Elles identifiaient des conséquences psychiques liées à leur antécédent de violences sexuelles : trouble anxieux, syndrome dépressif, tentatives de suicide, troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil, troubles de la libido, troubles du comportement avec auto ou hétéro-agressivité ou repli sur soi, conduites addictives, dépression du post-partum, déni de l'enfant de genre féminin ... (34,36,37,47). « *J'ai fait plusieurs tentatives de suicide sans succès, je voulais mourir, j'étais obsédée* » (E7, Lestienne). « *Quand j'ai su qu'il avait recommencé sur ma fille, j'ai chuté : j'ai perdu 7 kilos en douze jours [...] je suis anorexique mentale depuis longtemps* » (E6, Lestienne). « *J'ai toujours eu un caractère violent [...] j'ai failli passer ma meilleure amie par la fenêtre, j'avais des excès de colère impossible à me calmer* » (E6, Lestienne).

Les conséquences somatiques étaient également décrites : douleurs diffuses, douleurs abdominales, troubles ostéo-articulaires, problèmes gynécologiques (aménorrhée, infertilité), migraines, malaises, convulsions, palpitations, asthénie, symptômes ORL, affections dermatologiques, mycoses vaginales et infections urinaires à répétition, affections respiratoires ... (34,36,47). « *J'ai commencé à faire des migraines terribles et je pense que ça a commencé à me titiller vraiment (...) ça remontait* » (Pa, Meslin).

Ces répercussions étaient multiples et variables entre chaque personne. Il était évoqué le caractère récurrent et résistant de ces symptômes (34,48). « *Je crois qu'il y a plein de signaux quand on est à l'écoute (...) alors les signes ils sont vraiment très très nombreux [...] on a des signaux d'alerte qui peuvent permettre au professionnel dans tous les cas de pousser son questionnement [...]* » (Pa, Meslin).

b. Temps de latence

On remarquait un temps de latence avant la révélation. Les personnes le décrivaient comme un temps de cheminement personnel (34,37,48). Il existait une notion de moment propice (34). « *Avant l'heure c'est pas l'heure : je n'étais pas prête à lui en parler je pense, c'est tout* » (Pa, Meslin).

2. Facteurs limitant la révélation

a. Liés au patient

i. Honte et culpabilité

La honte était un sentiment majeur inhibant la parole (34,37,48). « *Cette honte impose le silence, le fait de vouloir cacher à tout prix l'agression pour ne pas être « sali » de nouveau et jugé par le regard d'autrui* » (Bergeret).

La culpabilité exprimée par les personnes interrogées présentait plusieurs facettes (37,48). Elles pouvaient se sentir coupables de ce qui leur était arrivé « *toute ma vie j'ai pensé que c'était de ma faute, que j'avais fait des choses pour ...* » (Pa, Bergeret). La culpabilité pouvait être induite par l'agresseur « *parce que les agresseurs me disaient que c'était ma faute [...]* » (Pa, Bergeret). Les anciennes victimes pouvaient regretter de ne pas avoir pu dénoncer au moment des faits « *je me sens coupable, de pas avoir été capable de dire stop* » (Betty, Charbit).

ii. Peur

α Peur des conséquences négatives

La peur de toutes les conséquences potentielles de la révélation qu'elles soient conscientisées ou fantasmées « *je savais que quand j'allais révéler ça (...) ça allait faire boule de neige, ça allait être un désastre (...) le tsunami* » (Pa, Meslin).

La crainte de l'éclatement familial représentait un frein de la révélation pouvant être endogène à la victime « *j'ai protégé mes parents, les adultes qui m'entouraient* » (Pa Meslin) ou résultant de la pression familiale. « *Non laisse tomber parce que ça va détruire papa ... donc je ne voulais pas détruire papa ...* » (Pa, Bergeret).

La peur de l'agresseur et de ses menaces étaient un frein à la révélation (48).

β Peur face au Médecin généraliste

La peur de ne pas être cru (48). « *La peur qu'on ne me croit pas ... peur qu'on m'abandonne une deuxième fois* » (Pa, Bergeret).

La peur de la confrontation au regard de son médecin après la révélation « *et peur des préjugés après ...* » (Pa, Bergeret). Pour certains patients, il était important de maintenir leur image auprès de leur médecin, refusant de se positionner en victime. « *Pour moi ce serait une honte de dire à mon médecin généraliste que j'ai été abusée, parce qu'il va me voir d'un autre œil ... je suis la femme forte qui arrive ... j'ai pas envie que mon médecin traitant me voit dans un état ... de faiblesse, c'est pas possible* » (Pa, Bergeret).

La peur que le médecin, après révélation, attribuât toutes les plaintes de la patiente à son antécédent traumatique (34). « *Je ne voulais pas non plus qu'il se dise « avec tout ce qu'elle a vécu (...) il y a peut-être une relation (...) elle fabule peut-être par rapport à ses douleurs » (...) je ne voudrais pas qu'il fasse un amalgame de tout* » (Pa, Meslin).

iii. Tabou sociétal

Le tabou sociétal entourant les violences sexuelles dans l'enfance confinait les patients dans « *l'idée que c'était pas dicible* » (Dorothee, Charbit). Certains patients inhibaient leur

révélation pour protéger le médecin « *pour pas qu'ils défaillent parce qu'il y a des choses très gores* » (Manu, Charbit).

iv. L'absence de lien

L'absence de lien fait par la victime entre l'impact du traumatisme et sa vie actuelle était un frein à la révélation. « *Je ne voyais pas l'intérêt d'en parler dans la mesure où j'avais construit ma vie, j'étais mariée, j'avais deux enfants (...) je pensais que c'était dans un coin et je ne pensais pas que ça pouvait avoir un impact sur ma vie (...) dans ma façon d'être, dans ce que je pouvais transmettre à mes enfants aussi (...) et comme je ne faisais pas les liens, je ne pouvais pas faire le lien avec un médecin* » (Pa, Meslin).

v. Dén

Les mécanismes de défense face au psychotraumatisme pouvaient aboutir à un déni ou une amnésie des faits et se posaient eux-mêmes en frein à la révélation « *y'a toute la phase de doute, je suis folle c'est pas vrai, c'est moi qui invente ça* » (Eve, Charbit). Ce déni pouvait même empêcher le patient d'être en capacité d'entendre une tentative de dépistage (48).

vi. Bénéfice flou

La personne interrogée ne voyait pas le bénéfice potentiel de la révélation faite au médecin généraliste « *[...] je ne voyais pas ce qu'il pouvait faire de plus* » (Pa, Meslin).

b. Liés au médecin

i. Genre

Si l'âge du médecin ne semblait pas influencer la révélation d'un antécédent de violences sexuelles, le genre masculin était quant à lui un frein souvent relevé (34,47,48).

« *Toutes les victimes femmes témoignent d'une bien plus grande difficulté à se livrer à un médecin homme, à une impossibilité de révéler son agression par une personne du même*

sexe que l'interlocuteur » (Bergeret). « La relation de confiance peut être mise à mal par cette méfiance face aux hommes, parfois infranchissable par les victimes, mais ne doit pas rester un frein à la prise en charge [...] (le médecin) doit pouvoir orienter cette patiente vers une interlocutrice pour faciliter la révélation » (Bergeret).

Cependant, dans l'étude de Vignocan la préférence du genre féminin du médecin ne faisait pas l'unanimité *« J'irai plus vers un homme, parce que les femmes ne sont pas toujours objectives » (Marie M, Vignocan).*

ii. Manque d'intérêt

Les manques d'investissement et d'intérêt du médecin vis-à-vis de son patient étaient des freins à la révélation. *« Je m'en vais mettre des affiches chez lui [...], j'ai l'impression ... qu'on s'en fout [...], je pense qu'il était vraiment fermé à ça, à mon avis, le domaine le dérangeait » (Pa, Meslin).*

Certains patients avaient le sentiment d'une prise en charge superficielle du médecin, se limitant au premier motif de consultation (pas de lien fait entre plainte somatique et traumatisme ancien). *« Je me suis souvent sentie traitée à la légère en fait. Parce que tous mes symptômes cachaient quelque chose de plus profond, donc c'était toujours la surface qui était prise en charge » (La Mouette, Vignocan).*

iii. Médecin de famille

La perception du médecin généraliste comme médecin de famille par le patient avec un antécédent de violences sexuelles pouvait être un frein à la révélation (34,48). Il avait peur que le médecin rompe le secret médical vis-à-vis de l'entourage proche qu'il suit également. *« Si c'est le médecin généraliste qui reconsulte la famille ... qu'il en parle ... voilà quoi c'est délicat ... il pourrait en parler à d'autres personnes » (Pa, Bergeret).*

Le patient demandait au médecin, en particulier s'il suivait également l'agresseur, de faire preuve de loyauté et de tout mettre en œuvre pour le soutenir (48).

c. Liés aux temps de consultation

Le manque de temps s'exprimait comme un frein majeur à la libération de la parole (34,36,48). « *Une consultation ne dure que quelques minutes, rien de plus. Si on vient pour une grippe, il se limite à regarder cela* » (E5, Lestienne) ; « *On peut pas compter sur le médecin, ils n'ont pas le temps, ils sont débordés* » (Pa, Meslin).

Dans le déroulé d'une consultation, le moment propice à la révélation était discuté : une personne interrogée évoquait le moment de l'examen clinique (moment où le médecin se trouve au plus proche du patient) tandis qu'une autre personne évoquait plutôt le moment de la rédaction de l'ordonnance comme moment propice pour poser des questions (48). « *Il m'examine, après quand on est tous les deux assis et qu'il rédige mon ordonnance. C'est le moment où les gens parle le plus finalement, ils parlent de tout et de rien donc je pense que c'est le bon moment pour poser des questions ... [...]* » (Pa, Bergeret).

3. Facteurs favorisant la révélation

a. Situations de vie des patients favorisant la révélation

Le cheminement personnel du patient était jalonné d'événements de vie pouvant favoriser la révélation (34,37,48). « *De toute façon on ne peut pas rester avec ça, on n'a pas le droit pour nous même de rester avec ça [...]* » (Pa, Bergeret).

Charbit évoquait le terme d'« *élément gâchette* » qui correspond aux divers événements et/ou situations favorisant la révélation (37). Ces événements pouvaient être la grossesse avec la période du post-partum, une rencontre ou un conflit avec l'agresseur, une déstabilisation professionnelle ou personnelle ou familiale, un accident ou un autre événement traumatique (34,37,48). Une situation de soin telle que le suivi gynécologique pouvait correspondre à un « *élément gâchette* » (34). « *Ce n'était pas un hasard (...) je pouvais aborder ces choses-là plus facilement là avec elle* » (Pa, Meslin).

b. Attentes des patients envers leur Médecin généraliste

i. « Savoirs » du Médecin

De nombreuses qualités personnelles « *savoir-être* » et professionnelles « *savoir-faire* » du médecin généraliste étaient attendues par les patients pour favoriser la révélation du traumatisme ancien (34,36,37,47,48) :

- **Ecoute attentive** « [...] dans tous nos entretiens, aucune victime ne semble attendre du médecin une réponse toute faite ou un savoir inné sur la question. Elle cherche plutôt une oreille bienveillante pour une libération de la parole [...] » (Bergeret), pouvant être améliorée par une formation en psychologie selon les participants,
- **Empathie mais sans sympathie** « Je n'aurais pas supporté qu'elle tombe des nues ou qu'elle me dise oh bah ma pauvre ! » (Betty, Charbit),
- **Humanité et non technicité,**
- **Instaurer un climat de confiance,**
- **Patience pour respecter un rythme de révélation progressif** « [...] ça a duré beaucoup de séances comme ça. Jusqu'au jour où j'ai commencé un peu à parler » (E6, Lestienne) et une orientation progressive vers un spécialiste pour ne pas briser la relation de confiance,
- **Capacité de « non-jugement »** « le médecin traitant est là pour écouter pas pour juger » (Pa, Bergeret),
- **Conserver une attitude professionnelle sans gêne, ni dégoût avec une capacité de compréhension et d'accompagnement** « [...] il sera bien sûr livré à ses propres affects, ses propres rejets de la situation, sa peur possible de ne pas savoir faire, mais il ne peut pas remettre en cause des années de silence et de souffrance par un mouvement émotionnel néfaste » (Bergeret),
- **Disponibilité et souplesse horaire** « [...] il ne m'a jamais dit on verra demain. Non, non, j'arrivais à sept heures moins cinq, il me prenait quand même » (Zébrette, Vignocan),
- **Être une personne ressource (soutien)** « [...] elle accepte que je sois dans la salle d'attente en train de pleurer même si je n'ai pas rendez-vous. Je reste dans la salle d'attente, pour moi c'est une protection quoi » (Anne, Vignocan),
- **Expression de sa sensibilité face au sujet** « je suis capable d'avoir entendu, écouté, accompagné des gens qui ont vécu des viols, des traumatismes » (Dorothée, Charbit) ; elle pouvait se faire également de manière indirecte par la présence de brochures et affiches dans la salle d'attente,
- **Adaptation du comportement physique** « le médecin doit être assis pour être à la même hauteur que la patiente, avoir la même intonation que lui ou elle pour parler et éviter la position allongée de la victime » (Bergeret) et **détailler l'examen**

clinique « *et dire ce qu'on nous fait, pour pas qu'on soit dans l'inconnu* » (Zébrette, Vignocan),

- **Savoir réduire son interrogatoire aux questions les plus pertinentes** « *qui va pas seulement m'écouter, qui va poser les bonnes questions* » (Elise, Vignocan).

ii. Faire le lien

Le médecin généraliste étant un soignant de premier recours, les patients considéraient qu'il était de son rôle de faire le lien entre les divers symptômes actuels et l'antécédent de violences sexuelles (36,37,47,48). « *Quand le patient présente des symptômes physiques, il faut à ce moment-là trouver la source de ce problème là parce que finalement physiquement ça s'améliorera jamais si ça va pas psychologiquement donc oui c'est sa place !* » (Pa, Bergeret).

Selon plusieurs personnes, la mise en lumière de ce lien par le médecin généraliste les rassurait sur leur normalité (37). « *On comprend que non on n'était pas fous* » (Manu, Charbit).

iii. Stratégie de dépistage

D'après la majorité des études, les patients plébiscitaient un dépistage orienté sur un doute et non pas systématique (34,37,47). Selon Charbit, le dépistage systématique pouvait être attendu mais seulement sous la forme d'une question nuancée et peu intrusive (37). « *Le questionner, mais adroitement, pas écorcher* » (Paul, Charbit).

D'après Bergeret, les réponses à la question « *peut-on poser une question directe ?* » étaient divergentes. Cette question apparaissait trop violente pour les personnes interrogées qui préféreraient une approche plus indirecte. « *Je ne pense pas car s'il pose la question, moi, j'aurais été choquée de l'entendre dire ça et ça aurait pas été possible ... j'aurais réagi violemment et j'aurais changé de médecin traitant ...* » (Pa, Bergeret). Les personnes envisageant une question directe ne le faisaient que sous la forme d'un questionnement nuancé, aux mots choisis (« *parler d'agression et non pas d'agression sexuelle pour ne pas enfermer la patiente dans un cadre trop précis* ») et se réévaluant au fil des consultations (48).

La limite entre ces deux formes de questionnements, en théorie opposées, semblait floue dans la pratique (37). Les participants évoquaient autant de « *questions idéales* » qu'il semble exister d'individualités (48).

Un temps de latence pour la digestion de cette question était à respecter. « *Ça va déclencher quelque chose de toute façon, peut-être pas aujourd'hui, peut-être pas le mois prochain peut-être dans deux années mais ça déclenchera quelque chose [...]* » (Pa, Bergeret).

Par contre, les personnes interrogées semblaient toutes attachées à la notion d'insistance de la part du médecin généraliste en cas de doute, celui-ci ne devant pas se contenter d'une première réponse négative (36,48). « *Il faut parfois insister c'est vrai, au risque que la personne se braque un peu ... mais moi je pense qu'en insistant ça aurait marché au bout d'un moment, [...]* » (Pa, Bergeret).

iv. Formation du Médecin généraliste

Etant placé comme professionnel de premier recours, les participants estimaient qu'il est nécessaire que le médecin généraliste soit formé en victimologie et psychotraumatisme (47,48). « *Les conséquences physiques au psychotraumatisme existent. Alors étudiez-les, étudiez-moi* » (Laurie, Vignocan).

c. Liés à la Médecine Générale

i. Secret professionnel

La place du secret professionnel était importante dans la libération de la parole. Pour protéger la vulnérabilité des personnes interrogées, il était important de le réaffirmer (34,48). « *J'ai peur des préjugés après ... et qu'il en parle après aussi, qu'il en parle autour de lui ... tandis que le psychiatre je sais qu'il est soumis au secret professionnel* » (Pa, Bergeret).

ii. Agencement du cabinet

Le cabinet médical représentait un enjeu dans la création d'un espace sécurisant pour accueillir la révélation du patient (34,48).

Ce dernier était attentif à la confidentialité du cabinet (isolation phonique) et à l'ambiance qui s'en dégageait. « [...] souvent quand j'attends chez le médecin, ben j'entends. Oui j'entends les voix, s'il parle un peu plus fort oui j'entends, c'est impossible ! » (Pa Bergeret) ; « Des murs blancs, ce style trop épuré trop j'allais dire trop médical, pas assez de couleur, trop terne » (Pa, Bergeret).

Le bureau, objet central du cabinet médical, représentait pour les patients des études soit une barrière freinant la libération de la parole soit une distance sécuritaire entre lui-même et le médecin. « Le bureau c'est comme une crevasse, il faudrait peut-être que le médecin généraliste il ait des petits fauteuils pour accueillir ses patients ... » (Pa, Bergeret).

La salle d'attente était un lieu d'information où les patients des études attendaient y retrouver des brochures ou affiches concernant les violences sexuelles (34,48).

iii. Relation de confiance

Une autre notion importante était de prendre le temps d'établir une relation de confiance (48). Elle était nécessaire pour aborder le sujet de l'antécédent de violences sexuelles. Le médecin généraliste était considéré comme le professionnel de premiers recours le plus accessible (34,47) : « [...] à part eux je vois pas en quel professionnel on fait suffisamment confiance pour en parler » (Sybille Vignocan). « Je pense que maintenant, je pourrais lui en parler, elle entendrait, j'ai assez confiance » (Pa, Meslin).

4. Facteurs favorisant le vécu de la révélation

La libération de la parole des patients permettait de « *mettre des mots sur leurs maux* » et ainsi les soulager (47,48). « *C'est positif ... déjà d'en parler ... ça libère* » (Pa, Bergeret).

Un vécu positif de la révélation au médecin généraliste était associé à plusieurs paramètres (34,37,47,48) :

- Une écoute attentive « *j'ai eu un accueil extraordinaire (...) très très à l'écoute (...) plutôt rassurant (...) avec des propos (...) très doux (...) une compréhension de ce qu'il se passait* » (Pa, Meslin),
- Pas de perception de malaise chez le médecin « *ça peut être ... délicat ... et en fait ben non, vraiment (...) je n'ai pas senti de gêne chez lui, à aucun moment* » (Pa, Meslin),
- Être cru par son médecin,
- Affirmation de la disponibilité du médecin « *il m'a remercié de lui avoir dit (...) il m'a dit après « si tu as besoin de quoique ce soit (...) je suis là »* » (Pa, Meslin). Une patiente de l'étude de Bergeret valorisait la mise en place par son médecin de « *plages horaires de consultations longues* » permettant une écoute attentive favorisant la libération de la parole,
- Un soutien dans une relation privilégiée « *[...] une compréhension que j'ai appréciée venant de lui ... un soutien ... je sentais que peut être j'étais un peu différente des autres patients qu'il avait* » (Pa, Bergeret),
- Reconnaissance du statut de victime « *me dire l'agresseur c'est mon père, l'agressée c'est moi* » (Annie, Charbit),
- Orientation par médecin généraliste « *ça fait du bien d'en parler avec un professionnel qui oriente* » (Elise, Vignocan).

Il ressortait de la majorité des études, un vécu positif à l'utilisation d'un média interposé pour la libération de la parole comme l'écriture ou le téléphone, évitant la confrontation directe avec l'interlocuteur (34,36,37,48). « *[...] la première fois que j'ai pu en parler à quelqu'un de mon entourage, j'ai fait ça par téléphone, je n'ai pas pu le dire en face ...* » (Pa, Bergeret).

5. Facteurs d'un vécu négatif de la révélation

Un vécu négatif de la révélation au médecin généraliste était associé à (36,47,48) :

- Une absence de mesure concrète d'orientation et une éviction du sujet par la suite,
- Une opposition à un suivi spécialisé (psychiatre) mais plutôt religieux « *je pense que vous devriez prier* » (Pa, Bergeret) avec une prescription rapide d'antidépresseur et une éviction du sujet par la suite,
- Une orientation par le médecin généraliste vers le psychiatre « *mal vécue* » car représentation d'une « *spécialité pour les fous* » : « [...] *je l'ai regardé et je lui dis : « il est hors de question, je ne suis pas folle ». C'est le fait de dire psychiatre, c'est un nom qu'on a du mal ... même si on sait qu'on en a besoin !* » (E6, Lestienne),
- Une retraumatisation due à une réaction du médecin face à la révélation de type banalisation, dédramatisation, remise en cause des faits, jugement ou rejet (34,37,48). « *Comme on n'a rien trouvé on a commencé à me dire que je fabulais quoi ... (rire). J'ai pas réagi, je n'ai plus réagi, j'ai supporté et j'ai pas cherché à ce que les autres comprennent ...* » (Pa, Bergeret).

Discussion

I. Discussion de la méthode

A. Limites

Premièrement, il existait des limites liées aux méthodes des différentes études incluses :

- Un biais de déclaration : les médecins généralistes pouvaient adapter leurs discours par rapport au statut de l'investigateur mais également à la sensibilité du sujet évoqué,
- Un biais de mémorisation : une étude qualitative repose sur les souvenirs et expériences des médecins généralistes. Le résultat est d'autant moins fiable que le souvenir est altéré. Il en était de même chez les patients interrogés, l'amnésie post-traumatique potentielle a pu influencer les réponses des participants.

Deuxièmement, pour chacune des études incluses dans notre recherche, il existait plusieurs biais liés à la qualité même des auteurs. En effet, leur statut de médecin et leur inexpérience dans le domaine de la recherche qualitative ont souvent été énoncés comme des biais. Ces derniers pouvaient être : des biais de recueil, c'est-à-dire la possibilité, due à l'inexpérience des chercheurs dans le domaine, de suggérer des réponses aux participants pendant leurs interviews ; mais également des biais d'interprétation car l'analyse des données recueillies auprès des participants a pu manquer d'objectivité par les chercheurs.

Troisièmement, les limites liées à notre méthode :

- La qualité d'une méta-synthèse dépend entre autres de la qualité des études incluses. Devant le peu d'études finalement incluses dans notre analyse, nous n'en avons exclu aucune sur leur qualité intrinsèque car elles pouvaient tout de même contribuer à apporter une thématique à la synthèse, approche possible suggérée par Mohammed (41). Nous avons détaillé leur évaluation à travers l'outil CASP dans les résultats pour pouvoir juger de la validité externe de notre étude.
- L'inexpérience des chercheurs, réalisant leur première méta-synthèse, entraînait un biais de réalisation.

- Un biais d'interprétation dans l'analyse des données de notre recherche était possible. Cela était dû au statut de médecin généraliste des deux chercheurs et à leur propre sensibilité au sujet traité.

Enfin, l'apport de données provenant des deux volets de notre méta-synthèse (médecins généralistes et patients), limite la réalisation d'une présentation qui serait à la fois exhaustive et très synthétique.

B. Forces

Il n'existait pas à notre connaissance de revue de la littérature qualitative explorant les facteurs de révélation à l'âge adulte d'un antécédent de violences sexuelles infantiles lors de la consultation chez le médecin généraliste. En cela, notre travail est original.

La cohérence de nos résultats avec la littérature étrangère augmentait la validité externe de notre étude.

Une force de notre étude était la rigueur méthodologique. Nous avons suivi les étapes de la méta-ethnographie une à une, de manière reproductible. La réalisation de certaines étapes a été effectuée par deux chercheurs (FP et PW). La triangulation durant toute la phase de sélection des articles a permis de limiter le biais de sélection. La relecture de l'ensemble des données extraites des études sélectionnées et leur analyse ont été réalisées par un troisième chercheur (SM), afin de limiter le biais d'interprétation.

La multiplicité des bases de données interrogées, médicales, psycho-sociologiques et de santé publique, a permis de rendre le travail de sélection des articles plus exhaustif. Les thèmes soulevés à partir des attentes et vécus des patients et des expériences des médecins ont mis en évidence de nombreux éléments concordants entre les études incluses. L'analyse de ces deux points de vue en un seul travail de recherche rajoute de l'originalité, et un angle d'analyse plus complet dans les réflexions soulevées par rapport aux études ne s'intéressant qu'à une seule des populations interrogées.

II. Discussion des résultats

A. Organisation du cabinet et de la consultation

1. Cabinet médical

Le premier contact du patient avec le médecin généraliste commençait dès l'entrée dans le cabinet médical avec le passage en salle d'attente. Les patients étaient attentifs et réceptifs aux messages que ces lieux pouvaient leur envoyer. Ils ont décrit des attentes que la littérature nous permet de confirmer.

Le temps en salle d'attente est particulièrement stressant pour les patients ayant survécu à une agression sexuelle, l'attente pouvant éveiller une certaine dose d'appréhension. Il appartient alors aux médecins de créer « une ambiance chaleureuse et accueillante dans leur salle d'attente, indiquer clairement l'accès aux toilettes, donner des estimations réalistes des délais d'attente » (49). Cette salle d'attente accueillante pouvait représenter également un refuge qui doit toujours rester accessible. Les patients exprimaient le souhait de pouvoir mettre ce temps à profit en y trouvant à l'intérieur des informations les concernant. Si la présence de brochures dans cet espace du cabinet a été proposée dans nos résultats, des chercheurs se sont intéressés à l'utilisation d'affiches pour délivrer de l'information. L'affichage permet aux patients de trouver des informations utiles tout en donnant implicitement une lecture de la sensibilisation du médecin sur certains sujets ou pratiques.

L'affichage est encadré par la loi, les recommandations déontologiques du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (50) et par le rôle primordial du médecin généraliste dans la prévention (51). « L'affiche » est un mode de transmission d'informations validé par la Haute Autorité de Santé (52). Dans une étude qualitative menée en médecine générale et interrogeant des patients, l'affiche s'impose en outil de dialogue. Elle soulève des réflexions et questionnements que le patient peut soumettre par la suite au médecin en consultation, ou entraîner chez certains patients une introspection (53). Notre méta-synthèse souligne ce dernier point à savoir la volonté des patients d'accéder, dans la salle d'attente, à une information leur permettant de faire le lien avec leur passé traumatique. Ils peuvent trouver ainsi la possibilité d'en discuter avec leur

médecin ou d'obtenir des informations concernant des ressources spécialisées à contacter dans le domaine des violences sexuelles.

L'utilisation de l'affichage dans la prévention est considérée comme adaptée selon les patients (53). La portée d'une affiche unique est plus importante mais permet de fournir moins d'information (54). Des affiches uniques sur chacun des murs de la salle d'attente permettraient-elles un compromis intéressant ?

Les personnes interrogées étaient sensibles à la confidentialité et au respect de leur vie privée (49). Il est par conséquent important de s'assurer d'une bonne isolation phonique du bureau de consultation, comme évoqué dans nos résultats, de manière à ce que toute conversation médicale reste inaudible depuis le reste du cabinet (49).

Le bureau du médecin est le premier meuble auquel se confronte le patient quand il s'installe dans la salle de consultation. Une ambivalence vis-à-vis du bureau du médecin est retrouvée dans la littérature. Ce meuble remplit de nombreux rôles aux yeux du patient. En effet, quand le bureau est imposant, il éloigne physiquement le médecin du patient, et peut représenter ainsi un frein à la discussion. Mais il peut également représenter « un lien physique » entre le médecin et le patient : un support physique sur lequel il est possible de s'appuyer lors d'une consultation difficile ou représenter une distance sécuritaire (55). Les patients interrogés dans la thèse qualitative de Champeau expriment, qu'au-delà du bureau du médecin, c'est l'ensemble du mobilier (fauteuils et bureau) qui peut créer une relation asymétrique et donc limiter la libération de la parole.

Des propositions d'aménagement dans un objectif d'harmonisation de cette relation sont relatées par les patients. Le médecin et le patient doivent être situés à la même hauteur sur des assises confortables pour chacun d'entre eux. Un bureau arrondi ou une table peuvent ajouter un côté convivial et diminuer l'influence institutionnelle du bureau. Dans le travail de Deprez, l'idée d'une consultation modulable, en fonction du motif, est soulevée : « un médecin avait fait construire un bureau en forme de haricot, lui permettant de faire le tour de la table facilement au niveau de l'arrondi, ou de reprendre un face à face plus classique en se positionnant dans le creux du haricot ; ce qui lui apportait plus de proximité avec le patient » (56).

Selon Balint, la psychothérapie est un aspect indissociable du travail quotidien de l'omnipraticien (57). Ne pourrait-on pas envisager une consultation sur des fauteuils confortables (sans face à face strict) et séparés par une table basse à la place d'un bureau, pour toutes consultations avec des problématiques psychologiques ?

Un miroir accroché au mur de la salle de consultation, face à la table d'examen, permettrait au patient de toujours pouvoir avoir dans son champ visuel le praticien, même quand ce dernier se trouve dans son dos. Le patient serait ainsi conforté dans un sentiment de sécurité (49).

2. Temps de consultation

Dans notre méta-synthèse, les médecins et les patients interrogés ont souligné le manque de temps lors d'une consultation pour permettre la libération de la parole. En effet, les médecins essaient sans cesse de trouver un juste équilibre entre le maintien de la qualité des soins et le respect des contraintes de temps qu'oblige le système de santé (58). Un temps limité en consultation impacte la manière dont les médecins prennent en charge les patients violentés sexuellement (58).

Cependant, pour les patients ayant subi une agression sexuelle ancienne, se sentir bousculé ou traité comme « un numéro » aggravait leur sentiment de dévalorisation déjà fortement ancré. Le sentiment d'être véritablement entendu et donc ainsi d'être estimé, revêt un aspect thérapeutique en soi. « Ce sont les praticiens et praticiennes de la santé qui [...] arrêtent et vous consacrent un moment, et ce moment-là compte parmi les principaux ingrédients de la guérison » (49).

Un groupe de travail canadien a produit un guide à l'attention des professionnels soucieux de la prise en charge de patients victimisés. La gestion du temps limité de consultation y est décrite. Quelques propositions recourent les résultats retrouvés dans notre méta-synthèse. Les suggestions suivantes permettraient de rendre plus efficace en terme qualitatif une consultation même de courte durée chez le médecin généraliste :

- Dès le début d'un rendez-vous, le médecin peut informer le patient du temps disponible pour la consultation et négocier conjointement son meilleur usage (« nous avons quinze minutes pour ce rendez-vous : quels points voudriez-vous aborder ? »). En cas de manque de temps lors d'une consultation, le médecin pourrait intégrer à son planning hebdomadaire quelques créneaux de consultation longue. Ces créneaux permettraient au médecin d'acquiescer la souplesse

organisationnelle nécessaire pour apporter un temps d'écoute plus confortable aux patients en souffrance.

- Il paraît important d'éviter autant que possible les interruptions durant la consultation, que ce soit une irruption dans le cabinet ou un appel téléphonique « là où dix minutes de consultation suffiraient, le praticien que l'on dérange sans cesse en aura peut-être besoin du double pour arriver au même objectif à la fin de l'échange ».
- Par conséquent le médecin peut former le personnel du cabinet médical sur la gestion des appels téléphoniques, la planification des rendez-vous, en les sensibilisant sur la pratique nécessaire au respect de la vie privée et de la confidentialité. L'utilisation d'un agenda très malléable, de type agenda en ligne, peut également apporter de la flexibilité pour banaliser des créneaux de consultations dédiés.
- Enfin, le médecin peut s'attarder sur sa propre communication verbale et non verbale, témoins de l'attention et de l'intérêt portés au patient. La communication non verbale du patient peut être également source d'information sur ses ressentis.

Dans les résultats de notre méta-synthèse, médecins et patients se rejoignaient pour dire que le manque de temps en consultation représentait un frein au dépistage des violences sexuelles anciennes. Les médecins avaient peur de se lancer dans une prise en charge « chronophage ». Quant aux patients, ils estimaient manquer de temps en consultation pour pouvoir libérer leur parole face à un médecin très souvent débordé.

Selon une enquête menée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2002 (59), auprès des médecins généralistes libéraux, le temps de consultation moyen est estimé à 15,6 minutes pour tout motif confondu. Cette durée moyenne évolue en fonction des pathologies diagnostiquées : 14,3 minutes pour les infections des voies aériennes, 15,8 minutes pour la prévention médicale, 16,5 minutes pour les problèmes cardiovasculaires et gastro-entérologiques, 17 minutes pour les problèmes rhumatologiques et enfin 18,2 minutes pour les problèmes psychologiques ou psychiatriques. Selon cette enquête de 2002 (59), ce sont 17% des séances ayant abordé des problèmes psychologiques ou psychiatriques qui durent plus de 25 minutes. On constate que la différence temporelle entre une consultation pour problématique « somatique » ou « psychologique » est de 2,6 minutes de plus en moyenne et au mieux de

9,4 minutes. Ce temps additionnel paraît très court pour permettre une écoute active permettant la révélation.

Les patients victimes de violences sexuelles ont recours plus fréquemment aux consultations médicales, hospitalisations et même interventions chirurgicales, dues aux conséquences que ces violences entraînent sur le long terme (cf Identification d'indices permettant de suspecter). Ces patients consomment deux fois plus d'antidépresseurs et d'anxiolytiques et quatorze fois plus d'arrêts maladies (25). On peut donc soumettre l'hypothèse que ces patients consultent bien plus leur médecin que d'autres catégories de patients, et finalement le temps que leur accorde leur médecin est conséquent. La gestion du temps par le médecin généraliste ne semble donc pas optimale.

On pourrait émettre l'idée, soulevée par une patiente dans notre méta-synthèse, que la création de créneaux dédiés sans examen clinique, permettant aux patients d'évoquer leur parcours de vie, favoriserait ainsi la révélation. Aussi, à défaut de créneaux spécifiques, la souplesse des plannings en médecine générale, comparée aux autres spécialités, permettrait de reconvoquer pour une consultation dédiée dans un délai acceptable, et de renouveler l'expérience si nécessaire. Si la révélation permet de donner du sens aux différents symptômes du patient et qu'elle permet d'initier un travail introspectif et un accompagnement psychologique ; on pourrait imaginer que le gain de temps par la suite serait important. Il entraînerait une diminution des consultations, examens cliniques et complémentaires, et également une diminution de la sensation d'un état morbide par le patient (49). « La véritable satisfaction d'un médecin n'est-elle pas dans la qualité relationnelle qu'il va développer avec son patient plutôt que dans le fait de respecter son « timing » ? » (34).

3. Consultation triangulaire

Pour les médecins de notre étude, une consultation triangulaire représentait un frein pour le repérage et pour poser la question de dépistage. La présence d'une tierce personne en consultation entravait pour eux le respect du secret professionnel et la qualité de la relation médecin-patient primordiale dans cet échange. Pourtant cette tierce personne peut également être le soutien du patient, lui permettant d'apaiser son anxiété et de l'aider à retenir les informations qui seront délivrées par le médecin (49).

« Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi » (60). Ainsi, le médecin peut mettre en place diverses propositions pour disposer d'un temps de consultation en l'absence de la tierce personne :

- Indiquer, de vive voix ou par un affichage en salle d'attente, que les patients ont la possibilité de demander au médecin la présence d'une personne accompagnatrice pendant la consultation (49). En France, la présence d'une personne accompagnatrice est souvent spontanée. La question sur la possibilité d'être accompagné par une tierce personne en consultation n'est pas posée au médecin. La difficulté semble plutôt liée à la présence de la tierce personne qu'à son absence.
- Discuter seul avec le patient afin de vérifier s'il souhaite réellement la présence de d'une personne accompagnante et de la fonction à lui assigner sans déroger au secret professionnel (49).
- Indiquer en début de consultation que dans le cadre de la pratique médicale et du respect du secret médical, un temps de consultation se déroulera nécessairement sans tierce personne.
- Proposer et fixer en début de consultation les temps qui se dérouleront en présence de la tierce personne (61).

B. Identification d'indices permettant de suspecter

1. Conséquences des violences sexuelles

Indices décrits par les Patients	Indices connus par les Médecins
<p>Signes d'alertes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repli sur soi - Troubles anxieux - Syndrome dépressif - Tentatives de suicide - Troubles du comportement auto-hétéro agressif - TCA - Troubles sommeil - Conduites addictives - Troubles de la libido - Grande souffrance avant la révélation <p>Troubles psychosomatiques ou fonctionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Migraines - Troubles ostéoarticulaires - Douleurs diffuses - Douleurs abdominales <p>Troubles gynécologiques et obstétricaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes gynécologiques - Aménorrhée - Troubles de la fertilité - Infections urinaires et mycoses vaginales à répétition - Dépression post-partum - Dénî enfant genre féminin 	<p>Signes d'alertes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repli sur soi - Mal-être général - Troubles anxieux - Syndrome dépressif - Tentatives de suicide - Mises en danger - Comportements violents - TCA obésité, anorexie,... - Obésité isolée dans la famille - Troubles du sommeil - Conduites addictives - Troubles de la libido, troubles du désir - Etat de Stress Post-traumatique - Parcours de vie difficile <p>Troubles psychosomatiques ou fonctionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colopathie fonctionnelle - Migraines - Cervicalgies - Fibromyalgie, polyalgies diffuses - Douleurs abdominales <p>Troubles gynécologiques et obstétricaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dyspareunie, vaginisme - Douleurs pelviennes - Comportement inadapté lors de l'examen gynécologique - Refus systématique des dépistages ou examens gynécologiques - Infections sexuellement transmissibles - Grossesse non désirée - Troubles de la fertilité - Infections urinaires à répétition - Demande de contraception d'urgence

Indices décrits par les Patients	Indices connus par les Médecins
<p>Autres symptômes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malaises - Convulsions - Palpitations - Asthénie - Symptômes ORL - Affections dermatologiques - Affections respiratoires <p>« Eléments gâchette » / Moments de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grossesse - Post-partum - Rencontre/conflit avec l'agresseur - Déstabilisation personnelle - Déstabilisation professionnelle - Déstabilisation familiale - Accident - Autre évènement traumatique - Suivi ou examen gynécologique 	<p>Autres symptômes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pathologie ou symptômes banaux récurrents <p>« Eléments gâchette » / Moments de vie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grossesse - Partenaires sexuels multiples, vie sentimentale instable, désinsertion sociale - Vie professionnelle compliquée - Séparation

Tableau 1 : Indices permettant de suspecter un antécédent de violences sexuelles infantiles du point de vue des patients et des médecins généralistes

La comparaison de la vision des médecins généralistes et du vécu des patients permettait de mettre en évidence des différences et des congruences dans leurs représentations des conséquences des violences sexuelles sur le long terme.

Les médecins ont repéré la diversité possible de ces conséquences. La variabilité des répercussions cliniques possibles sur le long terme ne leur a pas permis de faire ressortir un « profil-type » à repérer.

Cependant, ils n'ont pas évoqué, à l'exception d'un, l'état de stress post-traumatique, qui est le marqueur pathognomonique d'un traumatisme vécu (présent dans 60% des cas si antécédent de violences sexuelles (13), contre 1.9% dans la population générale (62)). Ils n'ont également pas évoqué les malaises, les convulsions, les palpitations, les pathologies dermatologiques, ORL ou respiratoires. Les autres conséquences psychiques ont mieux été décrites par les médecins avec notamment le syndrome dépressif et les troubles anxieux.

Les réponses des patients, inclus dans notre méta-synthèse, permettaient de souligner une notion importante : ces diverses conséquences avaient un caractère récurrent et résistant aux prises en charge symptomatiques.

Cette notion était particulièrement exprimée concernant les douleurs. Celles-ci n'étaient généralement pas le fruit d'un substrat organique. Les patients vivaient difficilement le fait qu'il n'y avait pas de cause organique retrouvée, ni d'explication médicale. La douleur est une complication connue des violences sexuelles, et diffère dans ses expressions (63).

Trois grands groupes de douleurs sont évoqués :

- Les douleurs pelviennes inexplicables peuvent conduire à des explorations invasives (cœlioscopie). 25% des personnes ayant des douleurs pelviennes inexplicables ont un antécédent de violences sexuelles dans l'enfance (64).
- Les douleurs abdominales peuvent prendre la forme de Troubles Fonctionnels Intestinaux, pouvant également imposer la réalisation d'un examen invasif (coloscopie) afin d'éliminer un diagnostic différentiel. En s'intéressant aux supports de notre apprentissage médical, l'étiopathogénie traumatique de ces douleurs chroniques n'est pas évoquée en priorité (65,66). La démarche paraît logique d'éliminer toute cause grave pouvant impacter le pronostic vital du patient. Cependant, le relais vers une cause psychogène ou post traumatique n'est que suggéré, et sans aucune proposition de prise en charge adaptée. Pourtant, un lien fort existe entre ces troubles fonctionnels douloureux et l'antécédent de violences sexuelles infantiles (49,67,68).
- Les douleurs ostéo-articulaires peuvent être variées, et certaines sont connues depuis longtemps, comme les lombalgies chroniques. Dans l'étude de Pecukonis, 61% d'un échantillon tiré au sort de patientes lombalgiques chroniques résistantes aux traitements ont un antécédent de violences sexuelles dans l'enfance. Seulement 25% des patientes du groupe témoin, tirées au sort et n'ayant pas eu de douleurs pendant plus de six mois sur les trois dernières années, déclarent un antécédent de violences sexuelles infantiles (17). Une personne survivante de violences sexuelles infantiles aura 4,2 fois plus de risques de développer une lombalgie chronique (69), et 1,27 fois plus de douleurs articulaires (70). Les douleurs peuvent intéresser les régions cervicales, dorsales, ou se présenter sous la forme de douleurs musculo-

articulaires non spécifiques (18,63). La présence d'une pathologie psychiatrique ou d'un antécédent de violences sexuelles dans l'enfance peuvent être des facteurs indépendants dans l'apparition de pathologies douloureuses (71). Un syndrome douloureux généralisé et médicalement inexpliqué, comme la fibromyalgie, est envisagé comme conséquence éventuelle des violences sexuelles (63), de par la cooccurrence de pathologies psychiatriques ou d'antécédents traumatiques. Un antécédent traumatique est présent dans 56% des cas et un état de stress post-traumatique dans 21 à 57% des cas (72). Bien que la prise en charge de cette pathologie repose sur plusieurs axes thérapeutiques, on ne retrouve aucune recommandation pour dépister ou mettre en évidence une éventuelle cause traumatique à ces comorbidités (73).

Le repérage des antécédents traumatiques paraît pourtant utile, car il renforce la mise en place de prises en charge mixtes (64). Un troisième axe de prise en charge, après les axes médicamenteux et rééducatifs, peut s'envisager avec une psychothérapie type Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) par exemple (74,75) ou Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) si le traumatisme est documenté (76).

L'échantillon final de notre méta-synthèse ne comprenait pas de personnes âgées. Cette notion limite la portée de notre travail, et notamment son application pour le médecin généraliste. En effet, la proportion de patients âgés dans la patientèle d'un médecin généraliste est importante. Il lui serait utile de savoir comment évoluent les conséquences des violences sexuelles avec l'âge. La proportion de la population ayant un antécédent de violences sexuelles semble diminuer chez les patients plus âgés (77). Le décès précoce de ces patients en souffrance pourrait expliquer cette diminution. Néanmoins, quand cet antécédent est présent chez les patients âgés, il est lié à un plus grand nombre de problèmes de santé (77). Les personnes âgées violentées sexuellement dans leur enfance ont plus d'idées suicidaires (78), et les conséquences psychiatriques de leur traumatisme perdurent (71).

2. « Éléments gâchette »

Les patients et les médecins évoquaient un temps de latence nécessaire à la révélation, pouvant être long. Ce temps pouvait être d'autant plus long que la révélation n'a pas été

provoquée par un tiers, ou entendue lors d'une tentative de révélation. Par conséquent ces longues périodes de silence pouvaient renforcer certains mécanismes de défense du patient.

Les patients décrivaient des situations ou des soins, qui faisaient office « d'éléments gâchette », c'est-à-dire qui réveillaient la mémoire traumatique et réimposaient le vécu douloureux des violences subies. Les mauvaises expériences passées dans le contact avec le système de soins sont autant de nouveaux facteurs limitant la révélation qui s'additionnent (9,49). Les soins sont vécus plus négativement car, à soin égal, les anciennes victimes vont se sentir plus facilement outragées ou offensées (10).

Les « éléments gâchette » les plus décrits sont : toucher le patient sans le prévenir, faire un examen gynécologique, réaliser un frottis cervico-utérin, faire une palpation mammaire, le déshabillage, le corps du patient soumis dans une position fixée (fauteuil de dentiste), l'examen buccal, avoir une importante partie du corps nue pendant l'examen, le toucher rectal, l'examen des organes génitaux externes, une anesthésie générale, les soins utilisant des aiguilles, des odeurs, le contact avec du latex, ... (9,10,21,49)

La retraumatisation peut être définie comme l'ensemble des actes ou paroles qui vont réveiller le traumatisme chez le patient. Cela englobe les « éléments gâchette » avec le réveil de la mémoire traumatique, mais également ce qui est décrit par les patients comme la sensation d'« être violé(e) une deuxième fois » par la banalisation ou négation des faits lors de la révélation (10). 33% des personnes ayant vécu des violences sexuelles dans l'enfance vivront une retraumatisation (10). La retraumatisation repose sur quatre processus (10):

- L'hypersensibilité aux menaces pour la sécurité,
- L'exposition aux déclencheurs,
- Les réactions au stress post traumatique,
- L'adaptation évitante.

Ainsi, une personne ayant vécu des violences sexuelles dans l'enfance développe une hypervigilance et un hyper-contrôle de son environnement, de manière à se sécuriser. Lors d'un contact avec un soin, cette personne peut être confrontée à un « élément gâchette ». Cette confrontation va déclencher en elle le cortège émotionnel douloureux de l'agression passée (13). Cet épisode désagréable va entraîner un phénomène de retraumatisation, qui peut évoluer vers un cycle d'auto-renforcement. La personne peut alors soit mettre en place une adaptation proactive face à ce cycle (par exemple révéler son antécédent au

professionnel pour que ce dernier s'adapte), soit mettre en place des stratégies d'évitement. Ces stratégies d'évitement peuvent consister à se dissocier lors des soins ou à les éviter complètement à l'avenir (10).

De cette cascade de conséquences, nous pouvons illustrer les résultats obtenus dans notre méta-synthèse, notamment le mécanisme du nomadisme médical de ces patients. Imaginons qu'un patient avec un antécédent de violences sexuelles infantiles consulte pour un symptôme douloureux inexpliqué. Le médecin consulté effectue divers examens cliniques et paracliniques pour tenter de trouver une étiologie à ces douleurs. Non seulement, ces démarches ne sont pas contributives, mais elles donnent de multiples occasions d'appuyer sur les « éléments gâchette » du patient. Les examens se perpétuent sans pouvoir poser de diagnostic. Le patient est quant à lui toujours en souffrance. Il a mal et par conséquent multiplie les rendez-vous chez son médecin, qu'il n'honore pas toujours car il commence à mettre en place une stratégie d'évitement pour limiter les contacts déclencheurs avec ses « éléments gâchette ». Des problèmes d'absentéisme aux rendez-vous s'installent. Le patient commence à avoir l'impression de ne pas être cru par le médecin. Il change alors de médecin, le cycle recommence, sans jamais pouvoir clarifier le lien entre son symptôme actuel et son antécédent de violences sexuelles anciennes (49,79). Le médecin doit être sensibilisé à la difficulté qu'a le patient à venir en consultation. Ces annulations successives peuvent être suspectes de la mise en place de stratégies d'évitements. Il doit par conséquent tenter de comprendre le motif de ces annulations pour apporter des solutions sécurisantes au patient.

3. Moments de vie clés

Au-delà du repérage des « éléments gâchette », médecins et patients ont repéré des événements de vie pouvant catalyser la résurgence du traumatisme. Ces « moments-clés » étaient importants à connaître pour pouvoir les repérer et mettre ainsi en place un dépistage.

Le premier événement de vie repérable est celui de la grossesse et de la périnatalité, avec par exemple la peur de reproduire le schéma des violences vécues sur l'enfant à venir. D'une part, la grossesse amène une grande exposition aux soins de santé et par conséquent aux « éléments gâchette ». Les soignants devront donc être attentifs aux réactions des patientes. D'autre part, la résurgence peut accompagner l'augmentation de la dépendance

aux autres, les modifications du corps ou les soins obstétricaux de l'accouchement (10,49). Enfin le post-partum amène ses propres potentialités de résurgences comme un allaitement maternel qui peut être plus compliqué. En effet, même si les antécédents de violences sexuelles pendant l'enfance n'altèrent pas l'allaitement dans sa durée (80), on retrouve chez ces femmes un plus grand nombre de complications somatiques liées à cet allaitement (mastite, douleurs) (81). De plus, le vécu de cet allaitement maternel peut être négatif (81). Ce vécu négatif est dû au sentiment de honte des patientes (cette honte peut se traduire par l'impression que leurs corps ne peuvent pas fournir du lait en quantité suffisante), mais également aux « éléments gâchette » reposant sur le toucher des seins notamment (qui ont pu être une cible des maltraitances passées), et enfin aux expériences de dissociation se déclenchant pendant les soins médicaux ou les moments d'allaitement (32).

Ensuite, l'identification d'un parcours de vie difficile permettait au médecin de suspecter un antécédent de violences sexuelles infantiles et de mettre en place un dépistage ciblé et orienté. Le parcours de vie difficile, au vu des résultats de notre méta-synthèse et de la littérature, pouvait se repérer sur différents points d'appel :

- Des déstabilisations socio-professionnelles,
- Une désinsertion socio-professionnelle,
- Des perturbations familiales ou un deuil compliqué,
- Une vie sentimentale instable ou des partenaires sexuels multiples,
- Une demande de contraception d'urgence,
- Des troubles de la fertilité,
- L'arrivée d'un accident ou d'un autre événement traumatique,
- La contraction d'une maladie sexuellement transmissible (82).

C. Stratégies de dépistage

Nous venons de détailler les indices pouvant être reliés à un antécédent de violences sexuelles vécues pendant l'enfance. Le rôle du médecin généraliste était de mettre en évidence ces violences, et de les dépister. Ce rôle était, du point de vue des médecins et des patients, pleinement à la portée de sa position (83).

De ce constat découlaient les deux notions suivantes :

1/ Quand dépister ?

Deux stratégies apparaissaient distinctement dans notre méta-synthèse :

- Le **dépistage systématique** : il consistait à rechercher systématiquement la présence d'un antécédent traumatique chez les patients. Ce mode de dépistage, même si il n'était pas franchement plébiscité dans notre méta-synthèse, semble trouver une certaine place dans la littérature (9,84–87), et dans des situations particulières comme la grossesse et la périnatalité (88,89).
- Le **dépistage ciblé ou orienté** : il consistait à rechercher un antécédent traumatique chez les patients pour lesquels des indices suspects ont été repérés, ou lors d'un évènement particulier comme la grossesse. Ce mode de dépistage était le plus valorisé dans notre méta-synthèse.

2/ Comment dépister ?

On ne pouvait identifier l'antécédent de violences sexuelles infantiles qu'en posant la question au patient concerné. Là encore, deux approches pour poser cette question émergeaient :

- La **question directe** : elle consistait à demander directement au patient s'il a subi des violences sexuelles infantiles. Ce format était peu envisageable par les patients de notre méta-synthèse. Cette question était classée comme trop violente et intrusive.
- La **question indirecte** : elle consistait à nuancer la question, ou à utiliser des détours. Les termes trop violents comme « violences sexuelles » pouvaient

initialement être remplacés par « agression ». Ce mode de questionnement indirect laissait plus de place au patient pour digérer la question posée. Le questionnement pouvait ainsi subtilement évoluer au fil des consultations pour aboutir à une révélation. Il ne semble pas exister en France d'outil de dépistage consensuel concernant les patients adultes avec un vécu de violences sexuelles infantiles (comme l'outil canadien WAST traduit en français pour le dépistage des violences conjugales).

Au final, il n'est pas possible de proposer une méthode unique à toutes les situations de dépistage. Au travers des stratégies de dépistage évoquées, le médecin généraliste peut adapter sa pratique en s'inspirant de ces diverses stratégies. En maîtrisant les différents types d'approche, il peut choisir l'outil qu'il juge le plus adapté au cas par cas selon son ressenti. Il doit avoir en amont identifié ses propres freins et s'en être libéré. Ce dépistage se construit également dans le temps :

- Le temps de créer une relation de confiance entre le médecin et le patient qui va permettre le dépistage et la révélation des violences (87).
- Le temps de « digérer » la question : elle induit chez le patient des réflexions qui amèneront peut être la révélation par la suite.
- Une réponse négative n'est pas forcément la réalité de la situation. Il ressort de notre méta-synthèse que l'insistance et le renouvellement du dépistage sur plusieurs consultations étaient parfois nécessaires à la révélation.

D. Rôles et postures du médecin généraliste

Postures attendues par les patients	Postures exprimées par les médecins
<p>Formation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecoute attentive, avec formation en psychologie - Expression sensibilité au sujet <p>Critères organisationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité et souplesse horaire - Agencement du cabinet <p>Dépistage, orientation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépister si doute - Patience, respecter un rythme de révélation progressif - Orientation progressive vers spécialiste - Faire le lien - Médecin masculin doit orienter si besoin <p>« Savoir-être »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non-jugement - Empathie sans sympathie - Adaptation comportement physique - Humanité et non technicité - Croire son patient - Loyauté et respect du secret médical - Attitude professionnelle sans gêne <p>« Savoir-faire »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance du statut de victime - Rassurer sur la normalité - Instaurer un climat de confiance - Relation de confiance à établir - Limiter aux questions pertinentes - Ne pas attribuer toutes les nouvelles plaintes au traumatisme - Etre une personne ressource 	<p>Formation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de formation - Pas de désir de formation - Manque d'intérêt <p>Critères organisationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de temps <p>Dépistage, orientation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépistage sur suspicion de violences subies - Avoir une stratégie de dépistage - Peur d'être intrusif - Peur des conséquences sur les familles - Respect du rythme de révélation - Renouveler le dépistage - Place assumée de pivot pour dépistage, écoute, orientation - Etablir lien <p>« Savoir-être »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espace de dialogue neutre non-jugeant - Ecoute empathique - Délicatesse pour révélation - Conflit de loyauté - Sujet tabou - Malaise <p>« Savoir-faire »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baliser les comportements normaux - Peur de rompre relation médecin-patient - Relation de confiance médecin-patient établie

Tableau 2 : Postures attendues par les patients et proposées par les médecins généralistes

1. Rôles et place pivot

Les patients de notre méta-synthèse considéraient leur médecin généraliste comme un soignant pivot. En effet, ils lui attribuaient un rôle dans le dépistage, le suivi et l'orientation de leur antécédent de violences sexuelles. Quant au médecin, il assumait sa place de pivot dans le dépistage, l'écoute et l'orientation de ces patients.

Ces représentations sont en accord avec l'organisation du système de soins français. La loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004 a mis le médecin généraliste au cœur du parcours de santé. En effet, chaque patient est incité à choisir un seul médecin traitant pour être soigné, suivi et orienté dans un parcours de soins coordonnés (90).

La France, en 2009, a voté une loi définissant les missions du médecin généraliste dans le code de santé publique. « Celles-ci sont la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique ». Les Médecins doivent aussi « orienter les patients dans le système de soins, veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations, à l'éducation pour la santé et participer à la permanence des soins » (51,91).



Figure 2 : La « marguerite » des compétences du médecin généraliste (92).

2. Relation médecin-patient

Les patients avaient besoin d'un climat et d'une relation de confiance établis par le médecin pour pouvoir libérer leur parole. Les médecins considéraient également ne pouvoir aborder le sujet des violences sexuelles que lorsque la relation de confiance était établie. Mais la peur de rompre cette dernière les poussait à limiter leur dépistage. Cet antagonisme ne servait pas l'intérêt des patients, qui avaient besoin d'un dépistage, dans le cadre d'une relation de confiance. Cette relation était impactée par plusieurs paramètres. Nous allons détailler ci-dessous les différents aspects nécessaires à l'établissement de cette relation de confiance.

a. Une relation dans le temps

La relation médecin patient peut s'inscrire dans la durée, ce qui est une des caractéristiques de la médecine générale selon la définition donnée par la WONCA : « La médecine générale a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, [...] qui construisent dans la durée une relation médecin-patient [...]. Chaque contact [...] contribue à l'histoire qui évolue, et chaque consultation individuelle peut s'appuyer sur cette expérience partagée » (83).

Cette définition est illustrée par certains médecins de notre méta-synthèse qui considéraient qu'une relation de confiance médecin-patient se construisait dans le temps. Cette relation de longue date permet ainsi une histoire commune qui peut faire dire au patient : « Mon médecin me connaît ». Ainsi, le médecin généraliste est l'interlocuteur pivot face aux autres acteurs de santé interagissant avec le patient car c'est lui qui le connaît le mieux (93).

« Mais cette proximité créée par le temps peut également être source de difficultés. En effet le patient n'osera pas parler de certaines problématiques avec son médecin car il se sent trop impliqué affectivement : « que va-t-il penser de moi ? » » (93). Ce point est aussi soulevé dans nos résultats par des patients qui ne souhaitaient pas être considérés comme des victimes par leur médecin et donc inhibaient leur révélation. La relation avec le médecin habituel peut être biaisée par l'habitude, la connaissance « profonde » fantasmée que le médecin a de son patient, voire une amitié acquise au fil des années (94).

Si certains freins persistent face au médecin généraliste habituel, des patients trouvent une opportunité d'ouverture dans leur prise en charge par le médecin remplaçant, permettant à 67.5% d'entre eux d'aborder de nouveaux sujets (95). La vigilance du médecin habituel peut être déformée par cette histoire partagée de longue date, et le faire agir autrement que ce qu'il ferait pour un nouveau patient arrivant à son cabinet (93). Le remplaçant incarne un regard neuf, non biaisé, et ponctuel. Il a toutes les cartes en main pour être centré sur le patient, et portera moins de jugement (94).

b. Une relation basée sur l'humain et la communication

Dans notre méta-synthèse, les patients attendaient du médecin qu'il s'intéresse à eux, et fasse preuve d'une capacité de non-jugement, d'empathie sans sympathie, d'adaptation du comportement physique, et d'humanité plutôt que de technicité. Les médecins de notre étude étaient conscients de l'espace de dialogue neutre et non-jugeant, de l'écoute empathique et de la communication adaptée à mettre en place dans le contexte délicat de la révélation.

Dans le travail de thèse qualitative de Bleuse, les critères relationnels primordiaux dans le choix d'un médecin généraliste sont la qualité d'écoute et l'empathie (96). De même, dans le travail de thèse qualitative de Feuillet, il est mis en évidence qu'une mauvaise relation médecin-patient est la principale cause de changement de médecin traitant. Cette mauvaise relation repose sur une mauvaise communication avec le médecin (97):

- soit par manque de dialogues ou par manque d'explications,
- soit par manque d'attention avec un médecin non compréhensif ou non-soutenant,
- soit par un mauvais contact avec le médecin à cause de son attitude, comportement, ou manquement à la bienséance.

Dans notre méta-synthèse, les patients pouvaient avoir le sentiment de ne pas être entendus ou compris par leur médecin.

La sémiotique est une discipline qui étudie les représentations de signes : mot, geste, son, idée, pensée....

Plusieurs définitions de « la représentation » existent en fonction du domaine étudié :

- **Psychologique** : La représentation correspond aux perceptions, images mentales, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet (98).
- **Sociologique** : La représentation peut s'assimiler à une connaissance sociale, fruit des opinions et croyances qui se créent et circulent au sein d'un même groupe social, à l'égard d'un objet ou d'une notion donnée (par exemple la place des violences sexuelles dans la société) (99).

L'intégration de ces deux notions permet d'appréhender certaines difficultés de compréhension entre médecin et patient, et de les aborder en utilisant une stratégie de communication adaptée.

Le malade donne toujours un sens à ses symptômes. Il les situe dans son histoire et son environnement en fonction de ses perceptions. Il peut alors être biaisé dans cet ensemble de perception et mettre en place de fausses causalités, ou transformer des coïncidences en causalités. C'est à ce moment-là qu'émergent les représentations du patient. Ces dernières peuvent être de vrais freins aux soins. Le médecin analyse et interprète les troubles en fonction de ses connaissances et de son vécu professionnel. Mais son histoire personnelle peut venir biaiser ses perceptions médicales. Le manque de connaissances sur un sujet, comme celui des violences sexuelles, peut aussi amener naturellement le praticien à intégrer exclusivement cette dimension personnelle. Il élabore non pas une vision globale et réfléchie du sujet, mais une opinion dans laquelle les représentations prendront le dessus sur les éléments factuels. Le risque de jugement prend alors le pas sur la compréhension.

Dans la relation médecin-patient, quand ces deux perceptions sont opposées, le risque de mauvaise communication et donc de mauvaise relation augmente. Cette notion de sémiotique invite le médecin à procéder à une écoute active pour entendre l'expression du symptôme. Il doit se détacher de tout jugement pour atteindre l'interprétation et la représentation que donne le patient à son symptôme. Enfin le développement des compétences d'empathie permet au médecin de comprendre comment le patient vit son symptôme (100).

Dans le cadre de notre étude on voit que les symptômes psychosomatiques favorisent les perceptions opposées médecin-patient et les erreurs de communications.

Lors d'une consultation d'un patient apportant un symptôme psychosomatique à son médecin, le patient exprime la souffrance ressentie par ce symptôme. Ce dernier est analysé par le médecin et exploré cliniquement. L'absence de signe clinique positif élimine une pathologie organique. Le médecin croit alors rassurer le patient en expliquant « qu'il n'y a rien ». Le patient entend derrière cette phrase qu'il n'y a rien du tout et que le médecin négative alors son symptôme. Cette faille involontaire de communication de la part du médecin peut alors entraîner une retraumatisation. Il est difficile de connaître l'impact de chaque mot sur chacun de ses patients. Dans ces situations particulières une attention au langage non verbal du patient peut servir de signal d'alerte pour le médecin (101).

La sémiotique est ainsi une notion complexe qui ne peut être appréhendée par le médecin que s'il est formé aux stratégies de communications, aux mécanismes du déni et des représentations (100).

Parallèlement, une étude a montré que la communication influence les résultats de santé de façon indirecte en augmentant la compréhension, la confiance et le sentiment d'être reconnu par le médecin comme une personne (102).

c. Du paternalisme vers une approche négociée

Nous avons retrouvé dans les résultats de notre méta-synthèse qu'il existait un frein à la révélation lorsque la relation médecin-patient était trop directive, déséquilibrée ou paternaliste. Il existe trois approches sociologiques décrites de la relation médecin-malade (103) :

- **L'approche directive (paternaliste)**, dans laquelle le médecin détient le savoir et le patient profane doit lui obéir. Le dialogue médecin-patient est alors inutile, le médecin respecte le serment d'Hippocrate en faisant le bien dans l'intérêt du patient.
- **L'approche communicationnelle**, le médecin détient le savoir mais il doit le partager et le patient (client) doit le comprendre avant d'obéir.
- **L'approche négociée** dans laquelle le médecin ne détient pas l'ensemble des connaissances et accepte de prendre en compte par conséquent les interrogations, raisonnements, choix et conséquences de la maladie sur la vie du patient

(partenaire). Le médecin doit adapter ses propositions thérapeutiques aux enjeux de son partenaire. Le dialogue est alors central.

En médecine générale, aucun modèle n'est mauvais en soi, chacun peut être un passage obligé dans la relation médecin-malade (103). Dans le cadre de la révélation d'un antécédent de violences sexuelles infantiles, seule l'approche négociée semblait acceptable par les patients de notre étude.

3. Notions de Tabous

Les patients et les médecins de notre méta-synthèse ont insisté sur l'importance de la relation médecin patient dans la révélation. Ils ont chacun évoqué des freins à la libération de la parole, laissant place à des non-dits dans leur relation.

Il existe aux yeux des médecins généralistes des thèmes récurrents sur les non-dits dans leur pratique. La sexualité au sens large et les sphères uro-génitales sont des sujets tabous pour les patients selon les médecins, et parfois pour les médecins eux-mêmes (104,105). Ensuite, les sujets des conduites addictives et des pathologies graves (cancéreuses...) ne sont pas facilement abordés par les patients (94,104). Enfin, il est difficile d'évoquer les conjugopathies, et les violences présentes ou passées (104).

Les patients ont conscience que taire des informations à leur médecin généraliste leur est probablement préjudiciable (retard diagnostic, inobservance, mauvaise relation médecin-patient) (94).

Le respect de la vie privée et la peur d'être intrusifs limitaient le dépistage des violences sexuelles par les médecins généralistes de notre méta-synthèse. Le secret professionnel médical est inscrit dans notre code de déontologie (article 4) et par extension dans le code de santé publique (60). L'accès à l'intime et à la sphère privée ne doit finalement pas être considéré comme intrusif, si leurs explorations peuvent permettre une meilleure prise en charge du patient. Ainsi, comme évoqué par une patiente dans notre méta-synthèse, le médecin pouvait explorer les sujets intimes, en le justifiant et en utilisant seulement des questions pertinentes.

« En somme, il n'y a pas de soins de qualité sans confidences, de confidences sans confiance et de confiance sans secret » (106).

4. Faire le lien avec le traumatisme ancien

Les patients de notre méta-synthèse attendaient, de la part de leur médecin, l'établissement du lien entre leur souffrance actuelle et leur antécédent traumatique. Il arrivait que la plainte amenée par le patient ne soit pas le vrai sujet de préoccupation ou le vrai problème à résoudre. Le médecin ne devait donc pas s'arrêter à cette « demande écran » plus fréquente en soins primaires, mais explorer le véritable motif caché derrière (107). Cette mission était également relevée par les médecins interrogés.

L'exercice de la médecine générale est caractérisé par un suivi ancré dans le temps qui permet de faciliter la mise en évidence de ce lien. « Ce suivi est le fruit d'une approche diachronique c'est-à-dire une approche longitudinale au cours du temps, résultant de l'ensemble des rencontres entre le médecin et son patient ; et d'une approche synchronique qui se réfère au moment présent c'est-à-dire à celui de la consultation » (108). Cette succession de synchronies (d'instant discontinus de rencontre) permet ainsi au généraliste d'avoir une vision diachronique du patient ce qui représente une force pour établir le lien. Par exemple, l'étude quantitative de Mederer montre ainsi qu'au-delà de sept consultations (synchronies) dans l'année, le médecin généraliste peut fortement évoquer une étiologie psychosomatique à la plainte du patient. C'est la vision diachronique du médecin généraliste sur son patient qui lui permet de pouvoir émettre cette hypothèse (109).

« Cette histoire partagée facilite la relation mais peut conduire aux pièges de la routine et des *a priori* » (110). En effet cette notion est en accord avec les résultats de notre méta-synthèse. Des patients décrivaient comme un frein ou un vécu négatif de la révélation le fait que le médecin expliquait toute nouvelle plainte comme conséquence de l'antécédent traumatique.

E. Freins liés au patient

1. Honte et culpabilité

Ces deux sentiments sont revenus fréquemment dans les résultats de notre méta-synthèse. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), elles prennent pour définition :

- **Honte** : Effet d'opprobre entraîné par un fait, une action transgressant une norme éthique ou une convenance (d'un groupe social, d'une société) ou par une action jugée avilissante par rapport à la norme (d'un groupe social, d'une société). Sentiment de pénible humiliation qu'on éprouve en prenant conscience de son infériorité, de son imperfection (vis-à-vis de quelqu'un ou de quelque chose).
- **Culpabilité** : Situation d'une personne coupable ou tenue pour coupable, ou qui se sent, à tort ou à raison, coupable d'avoir transgressé une règle.

La honte représente le poids de la convention sociale recouvrant les violences sexuelles infantiles sous une chape de tabous. Elle est l'apanage de la victime et non pas de l'agresseur, et elle va pouvoir museler la victime pour l'empêcher de divulguer pendant de nombreuses années (79). Cette peur de divulguer peut exister par le fait de ne pas vouloir étendre cette honte sur le reste de la famille (111). L'intensité de ce frein lié à la honte peut être variable selon les sociétés.

Du point de vue de la victime, l'agression va provoquer un trouble dans l'objectivation de son corps. En effet, ce corps est transformé en objet à usage strict de plaisir pour l'agresseur. Par conséquent, la victime peut développer une vision biaisée et dysfonctionnelle de son corps aboutissant à un sentiment de honte « corporelle ». Ainsi, lors de contacts interpersonnels, le patient ayant un antécédent de violences sexuelles, peut subir une expérience constante d'intrusion dans son espace personnel, ou d'envahissement de son corps. Cette expérience est vécue comme une menace avec sentiment de détresse (112). On peut prendre l'exemple de l'examen clinique, avec la proximité du médecin dans l'espace personnel du patient, qui peut être vécue comme une intrusion.

La culpabilité est un autre sentiment complexe éprouvé par les patients maltraités sexuellement pendant l'enfance. Le tabou qui règne sur le sujet des violences sexuelles et de l'inceste, induit rapidement un sentiment d'auto culpabilité. En effet, si l'enfant n'est ou

ne se sent pas cru, il se persuadera alors que c'est de sa faute (113,114). Certaines croyances spirituelles voire religieuses peuvent exacerber cette dimension de culpabilité par le châtement divin. L'agression est expliquée et vécue de manière renforcée comme une punition divine dont l'origine est forcément une faute de la victime (113). Un autre aspect de la culpabilité, également retrouvé dans notre méta-synthèse, était celle induite par l'agresseur lui-même. En effet, ce dernier pouvait inculquer à la victime qu'elle portait dans ses actes la culpabilité de la violence subie. Ce mécanisme est bien connu du cycle de la violence décrit dans les violences conjugales par exemple (115).

La honte et la culpabilité étaient donc souvent liées dans le discours des patients. Elles sont directement le fruit de la violence sexuelle subie et de l'impact de l'agresseur. Le tabou sociétal que vivent les victimes, leur impose une stigmatisation sociale qui accroît d'autant plus leur honte et leur culpabilité. Il en résulte ce que l'on pourrait qualifier de « stigmatisation anticipée », représentant un frein à la révélation décrit par les patients de notre méta-synthèse. Les niveaux de honte et d'auto-culpabilité sont plus élevés chez les patients n'ayant jamais divulgué leur antécédent de violences sexuelles. Ils s'accompagnent davantage de comorbidité dépressive et d'état de stress post-traumatique (114).

2. L'emprise de la violence

Du fait de la justification sociétale de l'acte violent et de sa dénomination collective non violente, l'acte violent se trouve justifié également par la victime. Un enfant violenté, sous l'emprise de l'argumentation de son agresseur, n'a pas de référentiel pour discuter le paradigme qu'on lui impose (13).

Notre méta-synthèse abordait les différentes peurs des patients à révéler leur antécédent de violences sexuelles. Elle en décrivait les intimidations de l'agresseur (116), qui pouvait menacer de mort sa victime, si elle révélait les sévices subis. Il existait également la peur des conséquences de la révélation sur ses proches et parfois sur l'agresseur lui-même. Ces conséquences pouvaient être l'éclatement familial mais également le poids de la honte du patient qui pourrait s'étendre à toute sa famille (113), comme évoqué précédemment. Les patients pouvaient éprouver des difficultés à nuire à leur agresseur, ou à chercher réparation. Cette démarche n'était pas le fruit d'une réflexion altruiste, mais un ultime barrage lié à la relation entre agresseur et victime (13).

3. Pourquoi le médecin généraliste ?

Certaines personnes de notre méta-synthèse exprimaient le fait de ne pas voir l'intérêt du rôle du médecin généraliste dans la révélation.

Premièrement, certaines personnes n'en voyaient pas le bénéfice. Elles ne se sont pas projetées dans le potentiel d'écoute de leur médecin généraliste, et n'avaient pas accès aux possibilités thérapeutiques ou d'orientations, qu'il aurait pu mettre en place.

Deuxièmement, certaines personnes, pour protéger leur médecin généraliste, n'ont pas pu en parler, jugeant que les violences sexuelles qu'elles ont subies étaient trop violentes pour être entendues par leur médecin.

Ces notions renvoient à l'importance d'une communication du médecin généraliste sur ses différents champs de sensibilisations et d'actions.

Enfin, certaines personnes n'ont pas pu révéler leur antécédent de violences sexuelles pendant l'enfance, car elles ne s'en souvenaient pas. Ainsi, l'absence de souvenirs ne les rendait pas réceptives au dépistage des violences réalisé par le médecin. Cette amnésie peut avoir plusieurs facettes :

- **Soit relever de l'amnésie traumatique**, qui perturbe la mémorisation de ces violences dans la mémoire autobiographique,
- **Soit être partielle**, c'est-à-dire ne s'exprimant que par flashbacks, que les patients n'arrivent pas forcément à relier avec des violences subies,
- **Soit être un déni « volontaire »**, dans la mesure où l'enfant victime est devenu adulte, préférant dénier cet antécédent qu'il ne souhaite pas relier avec sa vie actuelle (117).

4. Genre du médecin

Le genre masculin du médecin généraliste a pratiquement toujours été exprimé comme un frein à la révélation par les patients. L'impact du genre féminin dans les représentations des patients a été étudié dans la littérature. Le genre féminin impacte la gestion du temps de consultation : celle-ci dure en moyenne jusqu'à 2 minutes de plus avec un temps considéré comme « médecin » plus long (interrogatoire, examen clinique, proposition et

explication de la thérapeutique) (118). Les médecins féminins semblent avoir une communication plus centrée sur le patient (119). La relation de partenariat décrite par les patients induit une proximité qui favorise la révélation d'informations psycho-sociales et médicales (120). D'après l'étude de Brispot auprès de patients ayant choisi un médecin généraliste féminin, seuls 33% des patients affirment être influencés par le genre du médecin dans leur choix. Le fait d'être une femme n'arrive qu'en vingtième position parmi les qualités indispensables que recherchent les patients dans le choix de leur médecin traitant de sexe féminin.

Les cinq qualités les plus recherchées par les patients sont les mêmes qu'ils soient suivis par des médecins féminins ou masculins. Cependant, le choix du genre du médecin est davantage influencé par le motif de consultation : dans le cas d'une consultation pour discuter 46% choisissent une femme contre 1% un homme ; pour un problème psychologique 41% choisissent une femme contre 2% un homme; mais pour un problème intime, les patients se dirigent plutôt vers un médecin du même sexe qu'eux (121).

Au final, la facilité de révélation à un médecin de genre féminin peut s'expliquer par plusieurs raisons non modifiables :

- Le fait d'être du même sexe que la majorité des patients ayant vécu des violences sexuelles infantiles facilite l'expression des problèmes intimes.
- Le fait de ne pas être du même sexe que l'agresseur sexuel, qui dans la grande majorité des cas est un homme. Si le médecin était un homme comme l'agresseur, la peur d'une revictimisation était clairement retrouvée dans notre méta-synthèse.

Cependant il existe des critères modifiables qui sont plus importants chez le médecin de genre féminin :

- Le fait qu'elles proposent une relation plus centrée sur le patient,
- Le fait qu'elles proposent un temps de consultation plus long,
- Le fait qu'elles créent une relation de partenariat.

Ces qualités ne sont pas genrées, et peuvent être réinvesties et défendues par les médecins de genre masculin pour favoriser la révélation d'un antécédent de violences sexuelles infantiles.

F. Formation

1. « Le premier pas, c'est d'y penser »

« La maltraitance sexuelle est un problème majeur de santé publique. La prendre en charge, c'est d'abord y penser. Y penser, c'est avoir en tête son existence, les modalités de sa reconnaissance afin de favoriser l'émergence de la parole de la personne victime » (15). Aussi, les médecins de notre étude exprimaient une méconnaissance de la fréquence de ces violences et en reconnaissaient une sous-estimation dans leur patientèle. Notre méta-synthèse soulevait que ce manque de formation avait un impact sur une méconnaissance hétérogène des répercussions physiques et psychiques des violences sexuelles sur le long terme entraînant un biais de repérage. Darde y associe un biais de formation car les médecins généralistes sont plus sensibilisés aux signes de violences aiguës (45).

Les médecins étaient unanimes sur le fait de ne pas avoir eu de formation théorique au sujet des violences sexuelles anciennes. C'était donc l'expérience professionnelle et la prédisposition personnelle qui primaient quand ces derniers se retrouvaient confrontés à ce genre de situation dans leur pratique. Certains médecins de notre méta synthèse décrivaient une ambivalence quant au manque de formation. Pour ces derniers, traiter ce sujet des violences sexuelles anciennes ne dépendait que de l'intérêt qu'ils y portaient et de leur expérience professionnelle.

Malgré l'expérience revendiquée par certains praticiens, une formation commune n'améliorerait-elle pas plus efficacement la communication médecin-patient autour de ce thème et de sa prise en charge ? Comment repérer de tels antécédents quand on n'est ni sensibilisé ni formé sur ces questions ? Une formation pendant le cursus médical initial ne pourrait-elle pas lever le manque d'intérêt que certains praticiens portent sur le sujet des violences sexuelles anciennes ?

Quelques documents sont pourtant disponibles et accessibles en français pour guider les professionnels. Aucun des médecins interrogés ne les a cités. La Fédération Française de Psychiatrie, avec le soutien de la Direction Générale de la Santé s'est intéressée au sujet en 2003 de manière complète et approfondie (15). Le but de la Fédération Française de Psychiatrie était d'établir des recommandations en vue de modifier les pratiques. Comme précédemment cité, une équipe de chercheurs canadiens a mis à la disposition des

professionnels de santé un « manuel de pratique sensible » traduit en français, construit à partir des « leçons tirées de survivantes d'abus sexuel dans leur enfance » (49).

2. Formation en victimologie et psychotraumatisme

Dans nos résultats, les participants ont émis le souhait que leur médecin généraliste, considéré comme professionnel de premier recours, soit formé en victimologie et en psychotraumatologie.

La Dre Muriel Salmona est une psychiatre française, auteur du livre noir des violences sexuelles (13) et qui a fondé en 2009 l'association Mémoire Traumatique et Victimologie. Son champ de compétences s'est spécialisé dans la recherche sur les conséquences psychotraumatiques des violences, dans l'information et la formation des professionnels.

En 2008, la Dre Muriel Salmona et le sociologue Pierre Chalmeton ont mené une étude, auprès d'une soixantaine de professionnels (dont 50% de médecins), dans le cadre d'une formation aux violences et à leurs conséquences psychotraumatiques. Avant la formation, une grande majorité de médecins se sentent impuissants et inefficaces face à ce sujet. Après cette formation, selon un questionnaire détaillé rempli par les professionnels, ils rapportent se sentir plus concernés et posséder une meilleure compréhension des conséquences des violences. Les trois quarts des professionnels expriment avoir moins de difficultés pour prendre en charge les victimes. La formation semble faciliter le dépistage et une plus grande aisance à aborder le sujet et donc à poser la question des violences (122).

L'enseignement spécifique sur la victimologie et la psychotraumatologie n'est toujours pas une discipline enseignée en France dans les études médicales. En 2012, la Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MiPROF) a été créée. Elle a engagé un travail collaboratif avec les différents acteurs de la formation médicale initiale et continue pour la prise en charge des patients victimes de violences (123). Ainsi ont été créés : l'item 10 « violences sexuelles » qui sera pour la 1^e fois au programme de l'ECNi 2016 (124), un onglet destiné aux professionnels sur le site www.stop-violencefemme.gouv.fr (115), et deux court-métrages de formation accompagnés d'un polycopié national à destination des professionnels de santé (115).

Etant donné la prévalence de la violence à l'encontre des enfants et des femmes et les conséquences sur la santé de ces violences, le simple concept de santé publique justifie la mise en place d'un enseignement solide dans le tronc commun des formations médicales.

Parallèlement à l'enseignement dédié au psychotraumatisme, nos études médicales ne présentent-elles pas une carence de formation en psychologie et en technique de communication ? Les patients interrogés dans notre méta-synthèse relevaient l'importance de la qualité d'écoute, des communications verbales et non verbales de leur médecin.

Et de manière encore plus surprenante, la formation initiale médicale n'insiste à aucun moment sur les troubles psychosomatiques, ce qui est paradoxal au vu de leur fréquence (30% tous motifs de consultation confondus) (125). A contrario et à titre d'exemple, la sarcoïdose (item 207 dédié (124)) (pathologie avec fréquence moindre de l'ordre de 5 à 20/100000 habitants) prend une grande place dans la formation initiale des étudiants de médecine, ce rapport pourrait paraître disproportionné.

Patris décrit dans son travail de thèse l'ensemble des étiopathogénies psychosomatiques pouvant s'immiscer dans chaque spécialité médicale. Dans son étude 85% des médecins généralistes interrogés ont pleinement conscience de ces pathologies auxquelles ils sont confrontés. Ils estiment nécessaire de développer l'enseignement de la médecine psychosomatique dans les études médicales universitaires. De plus, ils avancent l'argumentaire que cet enseignement permettrait de reconsidérer le patient dans sa globalité, contrairement au « corps médical actuellement hyperspécialisé où l'organe semble intéresser davantage que l'individu » (126).

3. Conséquences du manque de formation

Le déficit de formation des professionnels de santé sur le sujet des violences sexuelles anciennes entraîne une méconnaissance des concepts de mémoire traumatique et de conduites dissociantes. Cela est à l'origine d'une carence dans leurs dépistages, d'une prise en charge non optimale, et risque surtout de provoquer une retraumatisation de ces patients quand ils arrivent à parler des violences subies (122). Cette carence de formation peut conduire les professionnels de santé à des erreurs diagnostiques (troubles de la personnalité psychotique), pratiquer des examens ou intervention chirurgicales inutiles ... (13)

Sans soins adaptés, on sait que les victimes de violences sexuelles, du fait de leur état de dissociation, risquent de subir à nouveau des violences, d'en commettre contre elles-

mêmes ou, pour un petit nombre d'entre elles, contre autrui (122). L'OMS a reconnu en 2010 que le facteur principal pour subir ou commettre des violences est d'en avoir déjà subi (127). Le médecin généraliste, en tant que professionnel de premier recours et pivot du système de santé français, pouvait prendre une place privilégiée dans l'interruption de ce cycle perpétuel de violences en accord avec les attentes des patients interrogés dans notre méta-synthèse.

Enfin, il apparaît dans nos résultats que le manque de formation et de connaissance théorique pouvait entraîner un malaise du médecin. Le manuel de pratique sensible canadien recommande aux professionnels de santé prenant en charge des survivants de violences sexuelles de ne pas ignorer leur propre malaise au risque de le faire ressentir au patient. Ceci pouvant majorer chez le patient concerné son sentiment de honte ou de culpabilité (49).

Ce sentiment de malaise, entraînant des conséquences dans la relation médecin-patient, peut être travaillé en groupe ou psychodrame-Balint. Le psychodrame-Balint est une méthode de formation psychologique des soignants qui permet de travailler sur la dimension inconsciente, inhérente à toute relation interpersonnelle. Le soignant va rejouer une scène professionnelle réelle dont l'exactitude n'est qu'apparente, encadré dans sa reconstitution par un animateur et entouré par un groupe de soignants. L'objectif est la prise de conscience des aspects inconscients de la relation jusqu'alors refoulés (128).

G. Patients de genre masculin

L'échantillon final interrogé dans notre méta-synthèse comprenait peu d'hommes (4 hommes). Ce faible effectif n'a pas pu faire émerger des thèmes spécifiques aux patients masculins. Pourtant, des travaux permettent de relever des congruences et différences entre les femmes et les hommes ayant subi des violences sexuelles durant l'enfance.

Le délai moyen de la révélation, si elle a lieu, est également long et dépasse le plus souvent 20 ans (129). Sur le parcours menant à la révélation, les hommes vont se confronter à des barrières difficilement franchissables.

L'agression sexuelle sur une personne de sexe masculin représente un tabou encore plus important dans notre société. Si l'agression est commise par une personne de sexe féminin, elle peut être renommée en « acte » ou « relation sexuelle ». Cette relation sexuelle non désirée peut même être considérée, au regard de certains, comme une chance, ou une opportunité d'expérimenter une sexualité (130). Cette banalisation des violences sexuelles sur les garçons est présente dans la société comme chez des professionnels de santé (130).

L'image de l'homme dans la société est un frein à la révélation. Un homme doit représenter la force, il ne doit pas se laisser faire, ni pleurer, ni se plaindre d'avoir mal. La honte ressentie (cf Freins liés au patient), ne s'en trouve que majorée. Le patient est honteux d'être une victime. Honteux car il n'en a pas le droit socialement, et d'autant plus que cette faiblesse pourrait ternir la réputation de sa famille et son entourage (111).

L'homosexualité est un sujet compliqué pour les hommes avec un antécédent de violences sexuelles infantiles. En effet, ils peuvent craindre que leur traumatisme ne soit ou ne devienne la cause d'une homosexualité par la suite. La persistance sociale de l'homophobie renforce cette peur et paralyse davantage la révélation. C'est d'autant plus grave, qu'elle peut se transformer en une démonstration constante d'une masculinisation à outrance, de virilité, de violence et de véritable homophobie (116,130,131).

Les « éléments gâchette » peuvent être différents chez les hommes. Les soins médicaux seront davantage déclencheurs de retraumatisation s'ils sont réalisés par des hommes efféminés ou chez lequel le patient pourrait voir un signe d'homosexualité (131). En effet, la retraumatisation est très présente dans les témoignages masculins. Les patients vivent mal le fait de ne pas être crus, et la banalisation à outrance de leur traumatisme. La véracité

de leur parole est d'autant plus mise en doute que l'agresseur présumé est souvent connu de la famille, comme un proche parfois très respecté (132).

Les violences sexuelles dans les institutions sont également importantes, par exemple dans le milieu sportif (133) ou commises par des membres du clergé (6,129,132).

Les professionnels de santé devront donc accueillir la révélation de ces hommes avec un antécédent de violences sexuelles infantiles, sans remettre en cause les faits, et en leur confortant l'idée que masculinité n'est pas opposée à leur traumatisme.

Les repérages, dépistages, et prises en charge des hommes ayant vécu des violences sexuelles infantiles représentent également un autre enjeu. Même si elle est discutée, la mise en place d'une perpétration des violences vécues est réelle. En France, en 2017, 98% des personnes mises en cause pour des infractions à caractère sexuel sont des hommes (134). Parmi ces agresseurs adultes, 28.2% déclarent un antécédent traumatique dans l'enfance, et ils sont 66.7% à le déclarer lorsqu'ils agressent des enfants (135). Ainsi, sans enfermer les patients ayant un antécédent de violences sexuelles infantiles dans un stéréotype culpabilisant, les prendre en charge permettrait probablement de limiter un certain nombre de nouveaux traumatismes.

H. Perspectives de réflexion

Au cours de la réalisation de notre travail, différentes perspectives de recherches intéressantes nous sont apparues. Nous avons donc décidé de les regrouper dans cette partie.

Médiatisation :

L'impact de la médiatisation d'affaires concernant des personnages publics et leurs implications dans des violences sexuelles, n'ont pas été relevés dans notre méta-synthèse.

La création du #MeToo en 2007 et de sa version française #BalanceTonPorc ont permis l'exposition au grand jour de violences cachées dans nos sociétés. Ces médiatisations et partages d'expériences ont touché différents milieux :

- Le milieu du cinéma avec « l'affaire Weinstein »,
- Le milieu des affaires avec l'accusation de J. Epstein pour trafic de mineurs,
- Le milieu du sport avec « l'affaire L. Nassar » touchant les gymnastes américaines et récemment en France avec les accusations de la patineuse artistique Sarah Abitbol contre son entraîneur,
- Le milieu religieux avec différents actes de pédophilie au sein de l'église catholique « l'affaire Preynat-Barbarin ... ».

Ces différentes affaires permettent de libérer au fur et à mesure la parole des victimes. Par exemple, après les premières accusations portées en 2017 lors de « l'affaire Weinstein », les forces de police françaises ont enregistré 12% de viols et 10% d'autres agressions sexuelles de plus que l'année 2016 (134). Chacune de ces mises en lumière médiatiques peut prendre la forme de témoignages à la radio ou à la télévision, d'ouvrages (« Un si long silence » de Sarah Abitbol), de films (« Grâce à Dieu » qui met en scène l'affaire du Père Preynat). L'ensemble de ces témoignages et affaires judiciaires éclatant au grand jour permettent de déconstruire peu à peu ce tabou sociétal.

Quel est l'impact exact de ces médiatisations ? Quel est l'impact de ces mouvements solidaires destinés à libérer la parole et lever les tabous ? Quels enseignements doivent en être tirés pour renforcer l'information et la prévention actuelle ?

Guidance parentale :

Nous avons abordé dans notre travail la révélation à l'âge adulte des violences sexuelles infantiles, mais si celle-ci était mise à jour pendant l'enfance, elle épargnerait bien des années de souffrance. Au vu des résultats de notre méta-synthèse et de sa mise en lumière par la littérature, des perspectives de recherches et de préventions devraient être envisagées plus sérieusement. Le vécu négatif d'une tentative de révélation dans l'enfance est très délétère. Il peut en découler une révélation différée de plusieurs années, et les conséquences psychiques, physiques, socio-professionnelles, et de santé publique peuvent s'accumuler.

Des chercheurs et médecins se sont intéressés à l'expression du traumatisme par l'enfant. En effet ce dernier n'a pas les « mots » à mettre sur ses « maux ». Par conséquent, l'expression parfois inconsciente du traumatisme subi par l'enfant peut ne pas être décryptée par ses parents. Pourquoi ne pourrions-nous pas inclure dans le suivi pédiatrique en médecine générale des éléments d'apprentissage portant sur le psychosomatisme de l'enfance, ou sur les symptômes physiques évoquant une souffrance psychologique (énurésie secondaire, encoprésie, eczéma, troubles du sommeil...)? N'est-il pas envisageable de renforcer la médecine scolaire, permettant de donner un temps d'écoute supplémentaire aux symptômes de l'enfant (trouble de l'attention, endormissement, modification de comportement...)?

Formation, communication :

Nous avons constaté que les patients, avec un antécédent de traumatisme sexuel dans l'enfance, ont pour conséquence majeure des symptômes psychosomatiques. On remarque une discordance entre notre formation initiale et la pratique de la médecine générale où « 20 à 40 % des plaintes des patients seraient d'ordre psychosomatique » (136). Une recherche rigoureuse sur les symptômes psychosomatiques, et la création d'une nosographie spécifique paraît intéressante à considérer. Dans un deuxième temps cette nouvelle approche psychosomatique pourrait être enseignée dans le cursus médical.

Parallèlement, nous avons pu constater l'importance de la communication entre le médecin et le patient. L'échange commence dès l'entrée en salle d'attente, et se poursuit bien après la fin de la consultation. L'exercice d'une médecine générale de qualité repose entre autres, aux yeux des patients, sur les qualités de communication du médecin. La capacité d'un médecin à bien communiquer avec son patient ne repose pas que sur ses qualités innées. L'apprentissage approfondi de techniques de communication devrait être généralisé pour améliorer et homogénéiser les compétences de tous les médecins généralistes.

Conclusion

En France, 14.47% des femmes et 3.94% des hommes déclarent un antécédent de violences sexuelles dans leur vie, dont la plupart ont eu lieu avant 18 ans. Ces violences sexuelles infantiles ont des répercussions biopsychosociales importantes. Les médecins généralistes sont les témoins omniprésents des conséquences de ces violences lors de leurs consultations. En effet, le médecin généraliste peut être amené à prendre en charge les conséquences du traumatisme sans avoir connaissance de son existence. Le dépistage de ce dernier permettrait de proposer une prise en charge spécifique. Comment permettre la révélation de ce type d'évènements traumatiques en consultation de médecine générale ?

L'objectif principal de cette méta-synthèse était d'explorer les facteurs de révélation des violences sexuelles vécues dans l'enfance dans le cadre de la consultation de médecine générale. Pour répondre à cet objectif, la méthodologie de la méta-ethnographie a été retenue pour envisager les obstacles et les facilitateurs de la révélation du point de vue des médecins généralistes et des patients.

Nos résultats ont montré que la révélation d'un antécédent de violences sexuelles était conditionnée par l'agencement matériel du cabinet médical. Le médecin doit donc s'attacher à créer un espace ouvert, non jugeant et confidentiel. Un mobilier adapté peut favoriser la révélation. Le manque de temps en consultation est décrit comme un frein important. La mise en place d'une prévention ou de délivrance d'informations est possible en salle d'attente.

La recherche a permis de mettre en évidence un ensemble d'indices permettant de suspecter le traumatisme ancien. Le médecin pourra repérer les nombreuses conséquences psychiques et somatiques développées par le patient, souvent récurrentes et résistantes aux traitements, pouvant parfois se chroniciser. Certains évènements de vie ou « éléments gâchette » peuvent déclencher une résurgence du traumatisme. Le médecin devra donc être vigilant face à ces moments de vie propices à la révélation (grossesse ...).

Les résultats de notre méta-synthèse ne permettaient pas de retenir en priorité une stratégie de dépistage : qu'elle soit systématique ou orientée. Les patients préféraient l'utilisation par le médecin d'un questionnaire nuancé. Le médecin peut ainsi s'inspirer de ces différentes stratégies pour utiliser l'outil qu'il juge le plus adapté à la situation.

Médecins et patients considéraient le rôle central du médecin généraliste dans le dépistage de l'antécédent de violences sexuelles infantiles. Pour cela il devait créer une relation de confiance. Cette dernière peut s'établir dans une « histoire partagée » entre le médecin et son patient, s'inscrivant dans le temps. Elle peut également reposer sur les qualités humaines d'écoute active et d'empathie du médecin, ainsi que sur ses compétences de communication. Les relations paternalistes sont un frein à la révélation pour les patients, plus sensibles à une approche négociée. Le tabou enveloppant les violences sexuelles représente un obstacle à la révélation pour les patients comme pour les médecins. Les patients attendaient de la part du médecin qu'il fasse le lien entre leurs maux actuels et le traumatisme ancien. La mise en lumière de ce lien est décrite comme très importante pour leur permettre de sortir du déni ou de l'amnésie traumatique.

Le traumatisme passé engendrait chez les patients honte et culpabilité, les freinant dans leur révélation, de même que certaines peurs persistantes, conséquentes à l'emprise de la violence passée. La posture du médecin généraliste en tant que médecin de famille représentait un frein pour les patients qui craignaient le non-respect du secret professionnel. Le genre masculin du médecin généraliste était un frein à la révélation, si identique au genre de l'agresseur, mais ce frein peut être pondéré par les qualités humaines et professionnelles du médecin masculin.

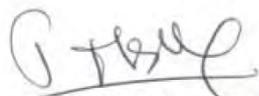
Tous les participants exprimaient le manque de formation des médecins généralistes sur la thématique des violences sexuelles anciennes. Les patients attendaient d'un médecin formé qu'il soit sensibilisé à la prévalence du phénomène, qu'il ait développé une compétence en victimologie et en communication, pour éviter l'errance diagnostique et la retraumatisation.

L'échantillon final de la méta-synthèse comprenait peu d'hommes. Notre analyse est donc difficilement extrapolable au genre masculin. Pourtant, des spécificités existent, et il aurait été par conséquent intéressant de pouvoir approfondir cette recherche sur le genre masculin.

En conclusion, notre travail a permis de mettre en évidence les facteurs favorisant la révélation d'un antécédent de violences sexuelles infantiles. Certains de ces facteurs sont liés au médecin généraliste. En prenant en compte ces données, il lui est possible d'adapter ses comportements et ses pratiques pouvant faciliter les révélations. Il pourrait sembler intéressant d'envisager ou d'évaluer l'impact d'un enseignement facultaire sur le psychotraumatisme, notamment sur les techniques de communication et sur la gestion des plaintes psychosomatiques. Les compétences ainsi acquises permettraient probablement au médecin généraliste d'accompagner plus efficacement les patients ayant vécu tous types de traumatismes.

Vu Toulouse

le 14/4/2020



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Vu, permis d'imprimer,

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Purpan

D. CARRIE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse-Purpan



Didier Carrie

Bibliographie

1. Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A, et al. Enquête Violences et Rapports de genre (Virage) : Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Institut National d'Etudes Démographiques; 2017.
2. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. juin 2013;58(3):469-83.
3. Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*. mai 2011;16(2):79-101.
4. World Health Organization. Global Status Report on Violence Prevention. Genève: WHO; 2014.
5. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet Lond Engl*. 3 janv 2009;373(9657):68-81.
6. Abed F, Meach F, M'Hiri K, Escard E. Violences chez l'homme, un sujet peu connu des praticiens. *Rev Med Suisse*. 28 sept 2016;12(532):1620-3.
7. Bernard P. Des attentats à la pudeur sur les petites filles [Thèse d'exercice de Médecine]. [Lyon]: Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon; 1886.
8. Bajos N, Bozon M, Equipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. *Popul Sociétés*. mai 2008;(445).
9. Havig K. The health care experiences of adult survivors of child sexual abuse: a systematic review of evidence on sensitive practice. *Trauma Violence Abuse*. janv 2008;9(1):19-33.
10. Dallam S. A Model Of The Retraumatization Process: A Meta-Synthesis Of Childhood Sexual Abuse Survivors' Experiences In Healthcare [Thèse d'exercice en Sciences Infirmières]. [Kansas]: University of Kansas Medical Center; 2010.
11. Saurel-Cubizolles M-J. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000. *Bilan Epidémiologique Hebd*. oct 2005;9:36-7.
12. Bouchard E-M. Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance [Mémoire pour Maîtrise en Psychoéducation]. [Canada]: Université de Sherbrooke; 2007.
13. Salmona M. Le livre noir des violences sexuelles. 2e édition. Malakoff, France: Dunod; 2018.
14. Cour F, Robain G, Claudon B, Chartier-Kästler E. Abus sexuels dans l'enfance : intérêt de leur diagnostic pour la compréhension et la prise en charge des troubles sexuels, ano-rectaux et vésico-sphinctériens. *Prog En Urol*. 3 juill 2013;23(9):780-92.

15. Fédération française de psychiatrie. Conséquences des maltraitances sexuelles: reconnaître, soigner, prévenir. In: Horassius-Jarrié N, Mazet P, éditeurs. Conséquences des maltraitances sexuelles: reconnaître, soigner, prévenir : conférence de consensus 6 et 7 novembre 2003. 2003 Nov 6-7 ; Montrouge, France: J. Libbey Eurotext; 2014.
16. Ly F. Pathologies de l'adulte et traumatismes de l'enfance: place du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie; 2013.
17. Edward V. Pecukonis. Childhood Sex Abuse in Women with Chronic Intractable Back Pain. *Soc Work Health Care*. 2 août 1996;23(3):1-16.
18. Sachs-Ericsson N, Cromer K, Hernandez A, Kendall-Tackett K. A review of childhood abuse, health, and pain-related problems: the role of psychiatric disorders and current life stress. *J Trauma Dissociation*. 2009;10(2):170-88.
19. Coles J, Lee A, Taft A, Mazza D, Loxton D. General practice service use and satisfaction among female survivors of childhood sexual abuse. *Aust Fam Physician*. févr 2015;44(1-2):71-6.
20. Porcerelli JH, Jones JR, Klamo R, Heeney R. Childhood abuse in adults in primary care: Empirical findings and clinical implications. *Int J Psychiatry Med*. 2017;52(3):265-76.
21. Monahan K, Forgash C. Enhancing the Health Care Experiences of Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Women Health*. 15 août 2000;30(4):27-41.
22. Daigneault I, Hebert M, McDuff P. Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors. *Child Abuse Negl*. sept 2009;33(9):638-47.
23. Albuquerque FP de, Barros CR dos S, Schraiber LB. Violence and mental suffering among men in primary health care. *Rev Saúde Pública*. juin 2013;47(3):531-9.
24. Mulvihill D. The Health Impact of Childhood Trauma: An Interdisciplinary Review, 1997-2003. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2005;28(2):115-36.
25. Hayez J-Y, Becker E de. Abus sexuel sur mineurs d'âge. *EMC - Pédopsychiatrie*. 1999;1-5 [Article 37-204-H-10].
26. Organisation mondiale de la Santé. Rapport de la Consultation sur la Prévention de la Maltraitance de l'Enfant. Genève; 1999 mars.
27. Sgroi S. Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse. Simon and Schuster. New York; 1982.
28. Conseil de l'Europe. Convention sur la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels. Istanbul: 2010;(SCTE n°201).
29. Benbouriche M, Parent G. Sexual coercion and sexual violence in men and women from the general population: Definition, available data and implications. *Sexologies*. juin 2018;27(2):81-6.

30. Justice pénale : quels délais de prescription ? [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31982>
31. Soares-Boucaud I, Ravit M. Maltraitements et abus sexuels chez l'enfant. *EMC - Psychiatr.* 24 sept 2015;12(2):1-11.
32. Wood K, Van Esterik P. Infant feeding experiences of women who were sexually abused in childhood. *Can Fam Physician.* avr 2010;56(4):136-41.
33. Charpe C. Prise en charge par les médecins généralistes des femmes victimes de violences sexuelles [Thèse d'exercice]. [Lille]: Université du droit et de la santé - Lille 2 - Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2016.
34. Meslin J. Rôle du médecin généraliste dans la révélation tardive d'abus sexuels par les patients [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Université de Nantes Faculté de Médecine; 2011.
35. Crisma M, Bascelli E, Paci D, Romito P. Adolescents who experienced sexual abuse: fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse Negl.* oct 2004;28(10):1035-48.
36. Lestienne F. Expériences et attentes d'anciennes victimes de maltraitance infantile sur la place du médecin généraliste dans leurs parcours de vie : le médecin généraliste, un lien pour penser et panser la maltraitance [Thèse d'exercice]. [Nice]: Université de Nice Sophia Antipolis Faculté de médecine de Nice; 2015.
37. Charbit C. Quand les adultes victimes d'inceste sortent du silence... Etude qualitative auprès de 15 victimes d'inceste [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard - Lyon 1 - Faculté de médecine Lyon Est; 2014.
38. Beaucher V, Jutras F. Etude comparative de la métasynthèse et de la méta-analyse qualitative. *Rech Qual.* 2007;27(2):55-77.
39. Ring N, Jepson R, Ritchie K. Methods of synthesizing qualitative research studies for health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care.* oct 2011;27(4):384-90.
40. Noblit GW, Hare D. *Meta-Ethnography : Synthesizing Qualitative Studies.* Newbury Park: SAGE Publications; 1988. (Qualitative Research Methods; vol. 11).
41. Mohammed MA, Moles RJ, Chen TF. Meta-synthesis of qualitative research: the challenges and opportunities. *Int J Clin Pharm.* juin 2016;38(3):695-704.
42. Methley AM, Campbell S, Chew-Graham C, McNally R, Cheraghi-Sohi S. PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Serv Res.* 21 nov 2014;14.
43. Jane Noyes, Andrew Booth, Margaret Cargo, Kate Flemming, Angela Harden, Janet Harris, Ruth Garside, Karin Hannes, Tomás Pantoja, James Thomas. Qualitative evidence. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.0* (updated July 2019). Cochrane, 2019.

44. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*. 2 janv 2015;349:g7647.
45. Darde F. Oser poser une question sur l'existence d'une ancienne violence sexuelle devant des symptômes révélateurs. Expériences de médecins généralistes en Loire-Atlantique par la méthode du focus groupe [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Université de Nantes Faculté de Médecine; 2013.
46. 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 [Thèse d'exercice]. [Dijon]: Université de Bourgogne UFR Sciences de santé; 2018.
47. Vignocan L, Monti M. « Que puis-je faire pour vous ? » La consultation de médecine générale : attentes des femmes ayant vécu des violences sexuelles [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier Faculté des sciences médicales Rangueil; 2016.
48. Bergeret M. Les victimes d'inceste face à leur médecin traitant: ententes et attentes : étude qualitative auprès de 10 patients suivis en consultation de psychotraumatisme en 2013 et 2014 à la Réunion [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux 2 UFR des Sciences médicales; 2014.
49. Schachter CL, Stalker CA, Teram E, Lasiuk GC, Danilkewich A. Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de la santé – Leçons tirées des personnes qui ont été victimes de violence sexuelle durant l'enfance. Agence de la santé publique du Canada. Ottawa; 2008.
50. Stefani F. Informations dans la salle d'attente du médecin. Rapport adopté lors de la session des 5 et 6 octobre 2000. Conseil national de l'Ordre des médecins; 2000.
51. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, article 36. Journal officiel de la république française, 2009.
52. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? 2007 juin.
53. Thibaut Marquant M-L. La prévention par exposition d'affiches dans les salles d'attente des médecins généralistes: une étude qualitative sur le ressenti des patients [Thèse d'exercice]. [Rouen]: Université mixte de Médecin et de Pharmacie de Rouen; 2018.
54. Paita T. Campagnes d'affichage en cabinet de médecine générale: efficacité de l'affichage unique par rapport à l'affichage multiple : étude observationnelle [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2015.
55. Champeau S, Lallemand M. La place et les représentations du bureau dans la relation en médecine générale: étude qualitative du ressenti des patients [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier Faculté des sciences médicales Rangueil; 2019.
56. Deprez S. Agencement du cabinet médical: à propos d'une étude auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier Faculté des sciences médicales Rangueil; 2009.

57. Balint M, Valabrega J-P. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot & Rivages; 2003.
58. Amin P, Buranosky R, Chang JC. Physician's perceived roles, as well as barriers, towards caring for women sex assault survivors. *Womens Health Issues*. 2017;27(1):43-9.
59. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes Résultats DRESS*. avr 2006;481.
60. Article R4127-4, du 8 août 2004. Code de la santé publique, 2004.
61. Haute Autorité de Santé. Manifestations dépressives à l'adolescence: repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2014 nov.
62. Ducrocq F. Le psychotrauma en chiffres : Des enjeux multiples. *Stress Trauma*. 2009;9(4):199-200.
63. Thomas J-L. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. *Domage Corpor*. 2015;3:253-69.
64. Spiegel DR, Shaukat AM, McCroskey AL, Chatterjee A, Ahmadi T, Simmelink D, et al. Conceptualizing a subtype of patients with chronic pain: The necessity of obtaining a history of sexual abuse. *Int J Psychiatry Med*. 2016;51(1):84-103.
65. Courbiere B, Carcopino X. Algies pelviennes chez la femme. In: *Gynécologie Obstétrique*. Nouvelle Edition 2012. Paris: Editions Vernazobres-Grego; 2011. (KB).
66. Marteau P, Collège des universitaires en hépato-gastro-entérologie. Colopathie fonctionnelle. In: *Hépatogastro-entérologie*. 2ème édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier, Masson; 2012.
67. Leithner K, Assem-Hilger E, Naderer A, Umek W, Springer-Kremser M. Physical, sexual, and psychological violence in a gynaecological-psychosomatic outpatient sample: prevalence and implications for mental health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. juin 2009;144(2):168-72.
68. Riant T, Rigaud J, Delavierre D, Sibert L, Labat J-J. Facteurs prédictifs et prévention des douleurs pelvipérinéales chroniques postopératoires. *Prog En Urol*. nov 2010;20(12):1145-57.
69. Linton SJ. A prospective study of the effects of sexual or physical abuse on back pain. *Pain*. avr 2002;96(3):347-51.
70. Kopec JA, Sayre EC. Traumatic Experiences in Childhood and the Risk of Arthritis. *Can J Public Health*. sept 2004;95(5):361-5.
71. Sachs-Ericsson NJ, Sheffler JL, Stanley IH, Piazza JR, Preacher KJ. When Emotional Pain Becomes Physical: Adverse Childhood Experiences, Pain, and the Role of Mood and Anxiety Disorders. *J Clin Psychol*. oct 2017;73(10):1403-28.

72. Adam P, Tyrant AL, Lejoyeux M. Approche psychosomatique des affections rhumatologiques. EMC - Appar Locomoteur. 16 nov 2010;1-9 [Article 15-914-A-10].
73. Laroche F. Fibromyalgie. EMC - Appar Locomoteur. 11 déc 2013;9(1):1-8 [Article 15-916-A-10].
74. Nicholl BI, Macfarlane GJ, Davies KA, Morriss R, Dickens C, McBeth J. Premorbid psychosocial factors are associated with poor health-related quality of life in subjects with new onset of chronic widespread pain – Results from the EPIFUND study. *Pain*. janv 2009;141(1-2):119-26.
75. Korotana LM, Dobson KS, Pusch D, Josephson T. A review of primary care interventions to improve health outcomes in adult survivors of adverse childhood experiences. *Clin Psychol Rev*. juin 2016;46:59-90.
76. Ploteau S, Labat JJ, Riant T, Levesque A, Robert R, Nizard J. New Concepts on Functional Chronic Pelvic and Perineal Pain: Pathophysiology and Multidisciplinary Management. *Discov Med*. 21 mars 2015;19(104):185-92.
77. Sachs-Ericsson N, Medley AN, Kendall-Tackett K, Taylor J. Childhood Abuse and Current Health Problems among Older Adults: The Mediating Role of Self-Efficacy. *Psychol Violence*. 1 avr 2011;1(2):106-20.
78. Sachs-Ericsson N, Corsentino E, Rushing NC, Sheffler J. Early childhood abuse and late-life suicidal ideation. *Aging Ment Health*. 2013;17(4):489-94.
79. Gauthier C. In a medical setting, why and how can the doctor identify the patient as a victim of abuse. *Rev Med Liege*. août 2011;66(7-8):424-9.
80. Coles J, Anderson A, Loxton D. Breastfeeding Duration after Childhood Sexual Abuse: An Australian Cohort Study. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. août 2016;32(3):28-35.
81. Elfgen C, Hagenbuch N, Görres G, Block E, Leeners B. Breastfeeding in Women Having Experienced Childhood Sexual Abuse. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. févr 2017;33(1):119-27.
82. Williams C. The Impact of Childhood Sexual Abuse and Intimate Partner Violence on Sexually Transmitted Infections - ProQuest. *Violence Vict*. 2010;25(6).
83. La définition européenne de la Médecine générale - Médecine de famille. WONCA EUROPE; 2002.
84. Diaz A, Edwards S, Neal WP, Ludmer P, Sondike SB, Kessler C, et al. Obtaining a history of sexual victimization from adolescent females seeking routine health care. *Mt Sinai J Med N Y*. mai 2004;71(3):170-3.
85. Lugin C. Les violences faites aux femmes dans le cadre familial: intérêt et difficultés d'un repérage systématique en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2012.

86. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 19 mars 2013;158(6):478-86.
87. McGregor K, Glover M, Gautam J, Jülich S. Working sensitively with child sexual abuse survivors: what female child sexual abuse survivors want from health professionals. *Women Health.* déc 2010;50(8):737-55.
88. The Royal Australian College of General Practitioners. Redbook Guidelines for Preventive Activities in General Practice. 8th Edition, 2012 [Internet]. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/redbook/>
89. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). 2005 nov.
90. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. *Journal Officiel de la République Française* août 17, 2004.
91. Article L4130-1. Code de la Santé Publique, 2016.
92. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer.* 2013;108:148-55.
93. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Fiche n°7 Histoire commune, histoire partagée. In: Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud (92): Global Média Santé; 2018. p. 58-9. (Le plaisir de comprendre).
94. Miquet M. Vécu du non-dit par les patients consultant leur médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Lille]: Université du droit et de la santé - Lille 2 - Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2019.
95. Dupin M. Perception du médecin remplaçant par le patient [Thèse d'exercice]. [Angers]: Université d'Angers; 2016.
96. Bleuse B. Déterminants influençant le choix du médecin traitant par son patient [Thèse d'exercice]. [Lille]: Université du droit et de la santé - Lille 2 - Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2016.
97. Feuillet A. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-Et-Loir [Thèse d'exercice]. [Tours]: Université de Tours UFR de médecine; 2013.
98. Larousse É. Définitions : représentation [Internet]. Dictionnaire de français Larousse. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%C3%A9sentation/68483>
99. Guimelli C. Les représentations sociales. In: La pensée sociale. Presses Universitaires de France. Paris cedex 14; 1999. p. 63-78.
100. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Fiche n°22 De la Sémiologie à la sémiotique. In: Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud (92): Global Média Santé; 2018. p. 110-2. (Le plaisir de comprendre).

101. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Fiche n°19 La confusion des langues. In: Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud (92): Global Média Santé; 2018. p. 101-2. (Le plaisir de comprendre).
102. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* mars 2009;74(3):295-301.
103. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Fiche n°16 Patient, client, partenaire : trois modes de relation médecin-malade. In: Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud (92): Global Média Santé; 2018. p. 89-93. (Le plaisir de comprendre).
104. Gaudin G. Le non-dit dans la consultation de médecine générale. Une étude qualitative sur son importance aux yeux des généralistes [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Université de Lorraine Faculté de Médecine de Nancy; 2013.
105. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale: étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [Rennes]: Université Bretagne Loire Faculté de médecine; 2016.
106. Hoerni B. Éthique et déontologie médicale: permanence et progrès. Paris: Masson; 2000.
107. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Fiche n°21 L'offre du malade. In: Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud (92): Global Média Santé; 2018. p. 107-9. (Le plaisir de comprendre).
108. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Fiche n°6 Diachronie, synchronie, épisode de soin. In: Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud (92): Global Média Santé; 2018. p. 55-7. (Le plaisir de comprendre).
109. Mederer C. Le nombre de consultations dans l'année est-il un signe objectif de troubles somatoformes [Thèse d'exercice]. [Poitiers]: Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie; 2019.
110. Druais P, Le Goaziou M, Gay B. Médecine générale. 2e éd. Paris: Elsevier Masson; 2009.
111. Dorahy MJ, Clearwater K. Shame and guilt in men exposed to childhood sexual abuse: a qualitative investigation. *J Child Sex Abuse.* 2012;21(2):155-75.
112. Talmon A, Ginzburg K. « Body self » in the shadow of childhood sexual abuse: The long-term implications of sexual abuse for male and female adult survivors. *Child Abuse Negl.* 2018;76:416-25.
113. Xiao H, Smith-Prince J. Disclosure of Child Sexual Abuse: The Case of Pacific Islanders. *J Child Sex Abuse.* 2015;24(4):369-84.
114. Kennedy AC, Prock KA. « I Still Feel Like I Am Not Normal »: A Review of the Role of Stigma and Stigmatization Among Female Survivors of Child Sexual Abuse,

- Sexual Assault, and Intimate Partner Violence. *Trauma Violence Abuse*. 2018;19(5):512-27.
115. Violences contre les femmes : La loi vous protège [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>
 116. Gagnier C, Collin-Vézina D. The Disclosure Experiences of Male Child Sexual Abuse Survivors. *J Child Sex Abuse*. 2016;25(2):221-41.
 117. Tener D, Murphy SB. Adult Disclosure of Child Sexual Abuse: A Literature Review. *Trauma Violence Abuse*. oct 2015;16(4):391-400.
 118. Lombes L. Le genre des médecins et des patients influence-t-il le déroulement des consultations ? à propos de 93 consultations en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier Faculté des sciences médicales Rangueil; 2014.
 119. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. 14 août 2002;288(6):756-64.
 120. Hall JA, Roter DL. Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Educ Couns*. déc 2002;48(3):217-24.
 121. Brispot L. Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de son genre ? étude quantitative en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier Faculté des sciences médicales Rangueil; 2013.
 122. Salmona L. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte [Internet]. Bourg-la-Reine: Association mémoire traumatique et victimologie; 2015 mars [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: www.memoiretraumatique.org
 123. MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) [Internet]. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/le-secretariat-d-etat/instances/miprof-mission-interministerielle-pour-la-protection-des-femmes-victimes-de-violences/>
 124. Épreuves Classantes Nationales (ECN) - Mode d'emploi [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_646948/fr/epreuves-classantes-nationales-ecn-mode-d-emploi
 125. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res*. 1985;29(6):563-9.
 126. Patris EC. La prise en charge des troubles psychosomatiques en médecine générale : état actuel du savoir et connaissances des médecins généralistes. 2010.
 127. Organisation mondiale de la Santé, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2010.

128. Lecomte P. Le psychodrame Balint (Histoire et technique) [Internet]. Association Internationale du Psychodrame Balint. 2020 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://psychodrame-balint.com/Le-psychodrame-Balint>
129. Easton SD. Disclosure of Child Sexual Abuse Among Adult Male Survivors. *Clin Soc Work J*. 1 déc 2013;41(4):344-55.
130. Teram E, Stalker C, Hovey A, Schachter C, Lasiuk G. Towards malecentric communication: sensitizing health professionals to the realities of male childhood sexual abuse survivors. *Issues Ment Health Nurs*. juin 2006;27(5):499-517.
131. Hooper C-A, Warwick I. Gender and the politics of service provision for adults with a history of childhood sexual abuse. *Crit Soc Policy*. 1 mai 2006;26(2):467-79.
132. Plummer M. Lived Experiences of Grooming Among Australian Male Survivors of Child Sexual Abuse. *J Interpers Violence*. janv 2018;33(1):37-63.
133. Boueilh S. *Le colosse aux pieds d'argile*. Neuilly-Sur-Seine: Michel Lafon; 2020.
134. Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure. Base des auteurs de crimes et délits 2017, données provisoires - Insee, recensement de la population. Ministère de l'Intérieur; 2017.
135. Hanson RK, Slater S. Sexual victimization in the history of sexual abusers: A review. *Ann Sex Res*. 1 déc 1988;1(4):485-99.
136. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Fiche n°23 Le symptôme : Mythes et Réalités. In: *Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline*. Saint-Cloud (92): Global Média Santé; 2018. p. 113-5.

Annexes

Annexe 1 : Tableau résumé des équations des recherches

Bases de données	Date d'interrogation de la base	Equations de recherche utilisées	Total d'articles pour la base de données
BDSP	Interrogée le 17/4/2019	(enfance maltraitée OU inceste) AND (médecine générale) ([abus sexuel] OR [incest*] OR [viol* sex*]) AND [médecin* général*] (abus sexuel) (médecin* général*)	89
EMC	Interrogée le 17/04/2019	"abus sex*"+"viol* sex*"+"médecin**"	197
Web of Science	Interrogée le 18/04/2019	TS=(((sex offenses) OR (viol* sex*)) AND (general practi*))	427
Medline via PubMed	Interrogée le 19/04/2019	((("Incest"[Mesh]) OR ("Sex Offenses"[Mesh]) OR ("Adult Survivors of Child Abuse"[Mesh])) AND (((("General Practice"[Mesh]) OR "General Practitioners"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]))	349
SUDOC	Interrogée le 19/04/2019	Médecin* général* ET viol* sex* OU abus sex* OU inceste*	2985
PsycINFO	Interrogée le 18/06/2019	(DE « Sexual abuse » OR DE « Sex Offenses » OR DE « Incest » OR DE « Child Abuse » OR DE « Child Abuse Reporting ») AND (DE « General Practitioners » OR DE « Family Medicine » OR (DE « Primary health care »))	152

SOCINDEX	Interrogée le 18/06/2019	(DE « MEDICAL care » OR DE « PUBLIC health » OR DE « MENTAL health services » OR DE « PRIMARY health care » OR DE « SCHOOL health services » OR DE « MEDICAL ethics » OR DE « MEDICINE ») AND (DE « CHILD sexual abuse » OR DE « INCEST » OR DE « SEXUAL aggression » OR DE « SEXUAL abuse victims » OR DE « SURVIVORS of abuse » OR DE « VICTIMS of abuse » OR DE « ADULT child sexual abuse victims » OR DE « INCEST victims » OR DE « MALE sexual abuse victims » OR DE « SEXUALLY abused children » OR DE « SEXUALLY abused teenagers » OR DE « SEX crimes »)	462
CAIRN	Interrogée le 18/06/2019	Abus sex* ET viol* sex* ET médecin*	192
Academic Search Premier	Interrogée le 18/06/2019	(DE « RAPE » OR DE « SEXUAL abuse victims » OR DE « SEXUAL aggression » OR DE « CHILD sexual abuse » OR DE « SEX crimes » OR DE « CHILD rape victims » OR DE « INCEST ») AND (DE « MEDICINE » OR DE « ADOLESCENT medicine » OR DE « FAMILY medicine » OR DE « HEALTH » OR DE « PREVENTIVE medicine » OR DE « MEDICAL care » OR DE « MEDICAL ethics » OR DE « PHYSICIANS » OR DE « SOCIAL medicine »)	641

Annexe 2 : Tableau de correspondance pour l'annotation des verbatims

Etudes	Identification des participants dans les études	Identification des verbatims dans la méta-synthèse
Charpe	M1 à M12	<i>(M1, Charpe) à (M12, Charpe)</i>
Vie	A à H	<i>(A, Vie) à (H, Vie)</i>
Darde	Docteur 1 à Docteur 6	<i>(Docteur 1, Darde) à (Docteur 6, Darde)</i>
Meslin	Pas d'identification des médecins (MG)	<i>(MG, Meslin)</i>
Bergeret	Pas d'identification des participants (Pa)	<i>(Pa, Bergeret)</i>
Lestienne	E1, E5, E6, E7	<i>(E1, Lestienne) à (E7, Lestienne)</i>
Charbit	15 prénoms Ex : Carole	<i>(Carole, Charbit)</i>
Vignocan	10 pseudonymes ou prénoms Ex : La Mouette	<i>(La Mouette, Vignocan)</i>

Annexe 3 : Tableau récapitulatif des études incluses

<i>Auteur, date</i>	<i>Lieu</i>	<i>Recrutement</i>	<i>Méthode de recueil</i>	<i>Objectif</i>	<i>Méthode d'analyse</i>
Darde, 2013	Saint- nazaire	6 médecins via un même cabinet médical	Focus groupe	Mettre en évidence la façon dont les MG dépistent les VS et par quelle(s) question(s)	Étude qualitative
Charpe, 2016	Département du Nord (59)	12 médecins contactés par téléphone via connaissances puis effet « boule de neige »	Entretiens semi-dirigés	Mettre en évidence comment les MG prennent en charge les femmes victimes de VS	Étude qualitative
Vie, 2018	Nièvre	8 médecins via une liste de l'ordre des médecins de l'ensemble des MG sur les communes du Nord de l'agglomération de Nevers	Entretiens semi-dirigés	Repérer les freins et leviers à mettre en place concernant le dépistage et la prise en charge des victimes de VS par les MG	Étude qualitative
Meslin, 2009	Vendée	6 médecins à partir d'un annuaire téléphonique pour avoir un échantillon le plus représentatif possible 9 patients désignés par la présidente et psychologue de l'association Parole et Justice	Entretiens semi-dirigés	Déterminer le rôle du MG dans la révélation tardive des abus sexuels des patients	Étude qualitative
Charbit, 2014	Lyon	15 patients sur volontariat par le biais d'associations, consultations médicales et le bouche à oreille	Entretiens semi-dirigés	Déterminer au travers des récits, les symptômes d'alerte et les attentes des participants envers leur MG	Étude qualitative
Lestienne 2015	France	4 patients sur 12 après contact avec la chercheuse	Entretiens structurés (oraux et écrits)	Mettre en évidence les parcours de vie et les attentes formulés par les participants	Étude qualitative
Vignocan et Monti, 2016	Toulouse	10 patientes sur 14 après contact avec les chercheuses Via associations, cabinets médicaux et Web	Entretiens semi-dirigés	Les attentes des femmes ayant vécu des VS vis-à- vis de leur MG	Étude qualitative
Bergeret, 2013-2014	Ile de la Réunion	10 patients recrutés via la consultation de psychotraumatisme à saint-denis	Entretiens semi-dirigés	Relever chez les participants les attentes et les besoins en termes de repérage et de prise en charge par le MG	Étude qualitative

PROGRAMME LECTURE CRITIQUE D'ARTICLE CASP

10 questions pour comprendre une étude qualitative

Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Oxford, traduit pour www.lca-ecm.info

Commentaires généraux :

Cet outil a été créé pour les cliniciens non familiarisés avec les études qualitatives et leurs perspectives. Il présente différentes questions en rapport avec les principes d'une étude qualitative. Ce guide n'étant pas complet, il est recommandé une lecture plus exhaustive.

Trois grands principes doivent être considérés dans l'évaluation d'une étude qualitative :

- Rigueur : C'est-à-dire l'adéquation de la méthodologie utilisée pour répondre à la question de l'étude.
- Crédibilité : C'est-à-dire la capacité des résultats à représenter le phénomène étudié, d'après la subjectivité des participants.
- Pertinence : C'est-à-dire l'utilité des résultats en pratique

Les 10 questions suivantes sont destinées à vous aider à réfléchir sur ces trois axes de manière systématique.

Les deux premières questions sont des questions d'élimination dont la réponse doit être rapidement trouvée. Si les trois réponses sont OUI, cela vaut la peine de continuer avec les autres questions.

Quelques indices vous sont donnés après chaque question. Ils sont destinés à vous rappeler en quoi la question est importante.

Questions d'élimination

<p>1. Les objectifs de l'étude ont-ils été clairement énoncés ?</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Quel(s) étai(en)t le ou les objectif(s) de l'étude ?</i>• <i>Est-il explicitement énoncé ?</i>• <i>Comment sa pertinence est-elle justifiée ?</i>	<p>OUI JE NE SAIS PAS NON</p>
<p>2. Le choix d'une méthode qualitative était-il approprié ?</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>L'étude a-t-elle cherché à explorer ou interpréter des conduites et/ou expériences subjectives des participants ?</i>• <i>L'étude qualitative est-elle la bonne méthode pour répondre aux objectifs énoncés ?</i>	<p>OUI JE NE SAIS PAS NON</p>

Cela vaut-il la peine de continuer ?

Questions détaillées

<p>3. Le schéma d'étude est-il approprié pour atteindre les objectifs ?</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Les enquêteurs ont-ils expliqué et justifié la méthode choisie ? (phénoménologie, théorie ancrée, ethnologie, etc.)</i>	<p>OUI JE NE SAIS PAS NON</p>
---	--

<p>4. La stratégie de sélection des participants est-elle adaptée aux objectifs de l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Les enquêteurs ont-ils expliqué comment les participants ont été sélectionnés ?</i> • <i>En quoi les participants sélectionnés étaient les plus appropriés pour accéder au type d'information recherché par l'étude ?</i> • <i>Y'a-t-il eu d'autres informations concernant le recrutement ? (par exemple, pourquoi certaines personnes n'ont pas souhaité participer)</i> 	<p>OUI JE NE SAIS PAS NON</p>
<p>5. La manière dont les données ont été recueillies correspond-elle à la question de l'étude et à la méthode choisie ?</p> <p><i>Considérez :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Si le milieu de recueil des données a été justifié.</i> • <i>Si la technique de recueil des données est clairement spécifiée et justifiée (par exemple entretiens, groupes de discussion, observation participante, etc.)</i> • <i>Si le processus de recueil des données a été concrètement détaillé (guides pour les entretiens, structure des groupes de discussion, processus d'observation...)</i> • <i>Si la stratégie de recueil des données a été modifiée en cours d'étude et si oui, si les enquêteurs expliquent comment et pourquoi.</i> • <i>Si le format d'enregistrement des données est précisé (audio/vidéo, notes, etc.)</i> • <i>Si l'enquêteur a atteint la saturation des données.</i> 	<p>OUI JE NE SAIS PAS NON</p>

<p>6. La relation entre l'enquêteur et l'objectif de l'étude a-t-elle été considérée ?</p> <p><i>Considérez :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Si l'enquêteur a discuté son propre rôle, potentiel biais et son influence lors de :</i> <ul style="list-style-type: none"> *la formulation des questions étudiées *le recueil des données, y compris le recrutement de l'échantillon et le choix du lieu • <i>Si l'enquêteur a présenté et justifié les changements conceptuels (reformulation des questions et objectifs de l'étude) et méthodologiques (critères d'inclusion, stratégie d'échantillonnage, de recueil des données, etc.)</i> 	OUI	JE NE SAIS PAS	NON
<p>7. Les problèmes éthiques ont-ils été pris en compte ?</p> <p><i>Considérez :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Si l'enquêteur a détaillé les aspects en rapport avec :</i> <ul style="list-style-type: none"> * le consentement éclairé * la confidentialité des données * la gestion de la vulnérabilité émotionnelle (effet de l'étude sur les participants, pendant et après celle-ci, comme la conséquence de la prise de conscience de sa propre expérience) • <i>S'il a sollicité l'approbation d'un comité d'éthique.</i> 	OUI	JE NE SAIS PAS	NON
<p>8. L'analyse des données a-t-elle été suffisamment rigoureuse ?</p> <p><i>Considérez :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>S'il existe une description détaillée du type d'analyse (de contenu, de discours, etc.)</i> • <i>Si une analyse thématique a été utilisée, comment les catégories/</i> 	OUI	JE NE SAIS PAS	NON

<p>thèmes ont émané à partir des données.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'enquêteur explique par quel processus les résultats présentés ont été sélectionnés à partir des données recueillies. • A quel point les données contradictoires ont été prises en compte dans l'analyse. (cas négatifs ou cas extrêmes) • Si l'enquêteur a discuté son propre rôle, potentiel biais et son influence lors de l'analyse et de la sélection des données à présenter. 			
<p>9. Les résultats sont-ils clairement présentés ?</p> <p>Considérez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si les résultats correspondent à la question de l'étude. • Si les résultats sont présentés de façon détaillée et compréhensible. • Si les résultats de l'étude sont comparés avec les résultats d'études précédentes. • Si l'enquêteur a justifié la stratégie utilisée pour assurer la crédibilité des résultats (par exemple, triangulation, validation par les participants, etc.) • Si les limites de l'étude ont été discutées. 	OUI	JE NE SAIS PAS	NON
<p>10. Les résultats sont-ils applicables dans votre milieu ?</p> <p>Considérez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'enquêteur explique la contribution des résultats aux connaissances actuelles et à la pratique clinique. • Si des perspectives de recherches futures ont été identifiées. • Si l'enquêteur discute la possibilité de transférer les conclusions à d'autres populations. 	OUI	JE NE SAIS PAS	NON

AUTEURS : François PIGEAT et Pauline WYNIGER

TITRE : **Méta-ethnographie identifiant les facteurs de révélation de violences sexuelles vécues dans l'enfance dans le cadre de la consultation de médecine générale : point de vue des patients et des médecins généralistes**

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Simon MALATERRE

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse le 15 Octobre 2020

Contexte : La prévalence des antécédents de violences sexuelles infantiles est importante dans le monde. Repérer ces antécédents permet aux médecins généralistes d'adapter la prise en charge de leurs patients.

Objectif : Chez un(e) patient(e) de plus de 15 ans consultant en médecine générale, quels sont les paramètres influençant la révélation d'antécédent de violences sexuelles infantiles ?

Méthode : Méta-ethnographie incluant des études qualitatives interrogeant des patients de plus de 15 ans ayant vécu des violences sexuelles avant 15 ans et/ou des médecins généralistes. Inclusion d'études en lien avec la médecine générale dans le système de soins français.

Résultats : La révélation était limitée par le manque de temps en consultation, le manque de formation et le genre des médecins généralistes ; par les sentiments de honte et de culpabilité des patients, et par les tabous enveloppant les violences sexuelles. La révélation était favorisée par le repérage des conséquences traumatiques et la mise en place d'une stratégie de dépistage par les médecins généralistes. Mettre en évidence le lien entre le traumatisme ancien et la vie actuelle des patients était un moyen important de favoriser la révélation. Les médecins devaient faire preuve d'empathie, d'écoute, de délicatesse et d'une capacité à créer une relation de confiance avec les patients pour leur permettre d'exprimer leur antécédent.

Conclusion : La révélation d'un antécédent de violences sexuelles infantiles est un processus complexe multifactoriel. Si certains facteurs sont liés au patient ou non modifiables, le travail sur les facteurs modifiables est possible, notamment grâce à des formations spécifiques des médecins généralistes.

Meta-ethnography identifying the factors of disclosure of child sexual abuse during the general medicine consultation: patients and general practitioners review.

Context: The prevalence of child sexual abuse in the world is very important. Finding this background allow the general practitioners to adapt the medical follow-up of these patients.

Objective: To find the factors influencing the disclosure of child sexual abuse in patients over 15 years of age.

Method: Meta-ethnography including qualitative studies interrogating patients older than 15 years of age with a history of child sexual abuse that occurred before 15 years old, and/or general practitioners. Studies should be related with primary care, in the French health system.

Results: Disclosure was limited due to the lack of time during the consultations, lack of training and gender of the physicians, as well as the shame and guilt of the patients and the social stigma surrounding child sexual abuse. Disclosure was facilitated both by identifying the traumatic consequences and the establishment of a screening protocol by the general practitioners. Making connections between the past trauma and the current life of the patient was an important factor leading to disclosure. The physicians had to be empathetic, good listeners, gentle, and be able to establish a trust relationship with their patients, in order for them to feel safe to disclose their child sexual abuse.

Conclusion: The disclosure of a history of child sexual abuse is a complex, multi-factor process. While certain factors are inherent to the patients or non-modifiable, working on the modifiable factors is possible thanks to a specific training of the general practitioners.

Mots-Clés : violences sexuelles, inceste, médecine générale, enfants, révélation, médecin généraliste, psychosomatique, conséquences à long terme, repérage, dépistage, psychotraumatisme. **Key words:** child sexual abuse, incest, general practice, children, disclosure, general practitioner, psychosomatic, long-term consequence, screening, psychotrauma.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France