

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Année 2024

N° : 284

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

Mention D.E.S. de MEDECINE GENERALE

PAR

Antonin ORTEGA

Né le 04.09.1994 à Strasbourg

Titre de la thèse

**ANTECEDENTS DE VIOLENCES SEXUELLES DANS L'ENFANCE :
EVALUER LES PRATIQUES DE
DEPISTAGE ET DE PRISE EN CHARGE
PAR LES MEDECINS GENERALISTES EN ALSACE.**

Etude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes en Alsace

Président de thèse : Professeur BERTSCHY

Directeur de thèse : Docteur SCHMITT



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LODES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général : M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séïamak Immunologie biologique
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDED Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Selamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPo CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabli	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, DRU et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
wOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme Ayme-Dietrich Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emille		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HERZOG Florent
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELME Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie- pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) – Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de HautePierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de HautePierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STIEB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GIJT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC: Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HD : **Hôpital de Hautepierre**: Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Esau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**



SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

REMERCIEMENTS

Au Président du jury, Monsieur le Professeur BERTSCHY Gilles,

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en présidant cette thèse et pour l'intérêt que vous y avez porté et votre disponibilité.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur SCHMITT Yannick,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail, pour ton aide et tes précieux conseils.

À Monsieur le Docteur GIACOMINI Antoine,

Merci d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse, et pour l'intérêt que tu as toujours porté à ce travail.

À ma famille,

Mes parents Alain et Françoise, mon frère Paulin et mes sœurs Marion et Camille, mes grands-parents papy et mamie et mémé qui nous regarde peut-être tout en haut. Merci pour votre soutien et votre amour inconditionnel.

À mes amis proches,

Alexandre, Kévin et Loïc qui sont toujours présents depuis le début.

À Camille H, déjà plus d'une année passée à tes côtés et le meilleur reste à venir. Merci pour ton soutien, ta patience et ta présence dans cette aventure.

À mes compagnons d'externat,

Sinan, Simon et Baptiste qui ont rendu plus simples et plus drôles ces premières années de médecine et l'externat.

À mes compagnons d'internat,

Alexandre F, Antoine B, Camille Hergat, Julie L, Margaux R et Thérèse D qui ont embelli mes années d'internat.

À tous ceux que je n'ai pas encore cités et qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de cette thèse, notamment ma cousine **Yoanna** qui a pris de son temps pour la relire à plusieurs reprises, et **Priscilla** toujours active, intéressée et d'un soutien précieux.

Et enfin, un grand merci à tous ces médecins généralistes qui ont pris de leur temps pour répondre aux entretiens.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	20
PREMIERE PARTIE : DEFINITIONS, CONTEXTE ACTUEL.....	23
I. Les violences sexuelles.....	23
1) Définition légale	23
2) Le délai de prescription	24
II. Le psychotraumatisme et l'état de stress post-traumatique.....	25
A. Le psychotraumatisme.....	25
1) Etymologie	25
2) Définition	25
3) Conséquences possibles d'un psychotraumatisme	26
B. L'état de stress post-traumatique.....	27
1) Définition	27
2) Mécanismes physio-pathologiques	28
C. Prise en charge	31
1) Psychothérapeutique.....	32
2) Médicamenteuse.....	33
3) Juridique.....	33
4) Somatique.....	33
5) Sociale	33
III. La révélation	34
1) Un processus complexe et déterminant.....	34
2) Les défis de la révélation.....	34
3) Le rôle du médecin généraliste dans la révélation	34
4) Les conséquences de la révélation	36
5) Quand et comment poser la question ?.....	37
6) Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge, la prévention et le dépistage.....	38
IV. Le rôle des médias et des réseaux sociaux.....	39
1) L'histoire de la médiatisation des violences sexuelles.....	39
2) Conséquences de la médiatisation.....	41
DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE L'ETUDE	43
MATERIEL ET METHODE	43

I. Choix de la méthode	43
II. Choix de la technique d'entretien	44
III. Population	44
1) Critères d'inclusion et d'exclusion.....	44
2) Recrutement	45
3) Echantillon	46
IV. Déroulement	46
1) Les entretiens.....	46
2) Le guide d'entretien	46
V. Retranscription des données	47
VI. Analyse des données	47
VII. Ethique	48
1) Déclaration de conformité à la méthodologie MR-004.....	48
2) Consentement éclairé	49
3) Protection de l'anonymat	49
4) Conflits d'intérêt	49
RESULTATS	50
I. Population étudiée	50
II. Perceptions générales des violences en cabinet de médecine générale	51
1) Types de violence.....	51
2) Lieu où sont provoquées ces violences	53
III. Fréquence et contexte de découverte des antécédents	55
1) Fréquence de découverte.....	55
2) Circonstances de découverte	55
IV. Réactions et gestion émotionnelle des médecins face à ces révélations	57
1) Empathie et écoute active.....	57
2) Charge émotionnelle	58
3) Des consultations qui ne sont pas redoutées pour autant	59
V. Perceptions du rôle du médecin généraliste	59
1) Importance du dépistage.....	59
2) Prise en charge	60
VI. Opinions sur le dépistage	60
1) Avantages du dépistage systématique	61

2) Inconvénients et défis du dépistage systématique.....	62
B. Dépistage ciblé	63
1) Avantages du dépistage ciblé	63
2) Inconvénients et défis du dépistage ciblé.....	64
3) Signes et contextes justifiant un dépistage ciblé	65
VII. Technique de questionnement.....	67
1) Approche indirecte	67
2) Approche directe	68
VIII. Prise en charge des victimes	69
1) Orientation vers des spécialistes	69
2) Aide dans les démarches légales	69
3) Collaboration avec des associations.....	70
4) Prescription de traitements médicaux et psychothérapie	71
IX. Obstacles et difficultés dans la prise en charge des violences sexuelles.....	72
1) Manque de temps	72
2) Gêné à aborder le sujet	72
3) Difficultés à pallier le manque de spécialistes	72
4) Si la personne est accompagnée	73
5) Manque de sensibilisation et de formation des médecins	73
X. Formation et connaissances des médecins	74
1) Formation initiale et continue	74
2) Notions sur le psychotraumatisme	74
3) Besoins en formation.....	75
4) Ressources utilisées.....	75
XI. Influence des médias et du contexte sociétal.....	75
1) Impact de la médiatisation des violences sexuelles sur la pratique médicale	76
2) Influence sur les patients	76
XII. Pistes d'amélioration	77
1) Améliorer le réseau de soins	77
2) Formation initiale et continue	78
3) Sites d'aide à la pratique médicale.....	78
DISCUSSION.....	79
I. Principaux résultats et mise en perspective avec la littérature existante.....	79

II. Implications.....	81
III. Biais potentiels	82
1) Biais de sélection.....	82
2) Biais de désirabilité sociale	82
3) Biais de mémoire.....	82
4) Biais dû à l’investigateur.....	83
IV. Ouverture vers de futures recherches	83
1) Généralisabilité des résultats	83
2) Impact à long terme de la formation	83
3) Développement d'outils d'aide à la décision.....	83
4) Évaluation de l'impact de la médiatisation.....	84
5) Étude de l'évolution des pratiques.....	84
CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE	87
ANNEXES	91
1) Formulaire de consentement éclairé.....	91
2) Document d’information et de consentement	92
3) Guide d’entretien.....	93
4) Déclaration de conformité au référentiel de méthodologie MR-004	95
RESUME	97

LISTES DES ABREVIATIONS

- **CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- **EMDR** : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- **ESPT** : État de Stress Post-Traumatique
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HHS** : Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien
- **HTA** : Hypertension Artérielle
- **INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- **MR-004** : Méthodologie de Référence 004
- **RGPD** : Règlement Général sur la Protection des Données
- **SNA** : Système Nerveux Autonome
- **TCC** : Thérapie Cognitive et Comportementale

INTRODUCTION

En France, selon une enquête de l'INSERM réalisée en 2021, environ 5,5 millions de personnes majeures auraient été victimes de violences sexuelles durant leur enfance (1,2). Ces violences peuvent prendre des formes diverses allant du harcèlement sexuel au viol. Elles affectent tous les milieux sociaux et toutes les catégories mais les femmes en sont les principales victimes. Plus de la moitié des personnes ayant subi des violences sexuelles les ont vécues avant l'âge de 18 ans, laissant souvent des séquelles profondes et durables (3).

Figure 1 : Répartition par groupe d'âge des viols et tentatives de viol au cours de la vie, selon le sexe de la personne victime, en %.

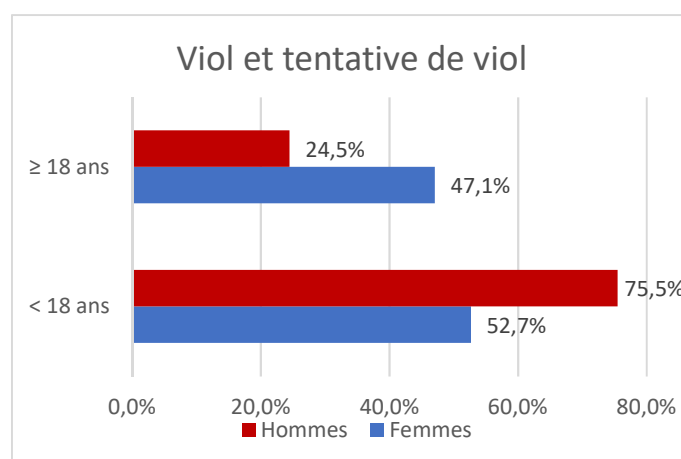
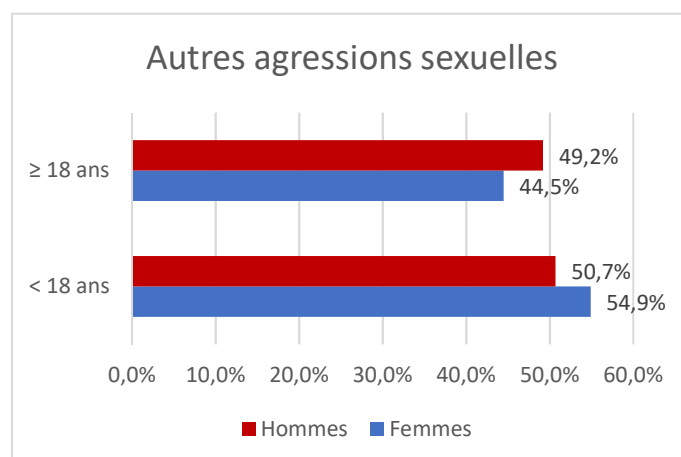


Figure 2 : Répartition par groupe d'âge des autres agressions sexuelles au cours de la vie, selon le sexe de la personne victime, en %.



Longtemps considérées comme un sujet tabou et minimisées, les violences sexuelles sont aujourd'hui davantage reconnues, notamment grâce à l'évolution des mentalités et aux récents mouvements sociaux. Le travail constant des associations et la médiatisation des témoignages ont contribué à briser le silence, bien que le sujet demeure difficile à aborder.

De nombreuses études établissent un lien étroit entre les antécédents de violences sexuelles et un recours plus fréquent aux soins de santé (4,5). En particulier lorsqu'elles surviennent dans l'enfance, ces violences peuvent être à l'origine de traumatismes complexes. Ces derniers entraînent des répercussions durables sur la santé mentale, physique et sociale des victimes. Les troubles anxieux et dépressifs, les comportements addictifs ou encore les difficultés relationnelles sont autant de manifestations possibles, conduisant souvent les victimes à consulter plus régulièrement. Une étude américaine a même révélé que les adultes ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance présentent un risque accru de développer des maladies chroniques telles que les maladies cardiaques, le diabète, le cancer et les accidents vasculaires cérébraux. Ils sont également plus sujets à des troubles mentaux comme la dépression, des comportements à risque et addictifs et des tentatives de suicide (6).

Malgré une prise de conscience croissante de l'existence de ces actes et de leurs impacts, le dépistage des antécédents de violences sexuelles n'est pas encore systématiquement intégré dans la pratique médicale. Pourtant, les médecins généralistes étant le premier point de contact des patients avec le système de santé, sont idéalement placés pour identifier et soutenir ces victimes. Leur rôle est essentiel pour créer un environnement de confiance dans lequel les patients peuvent se sentir en sécurité et révéler leurs expériences traumatisantes. Cependant, plusieurs obstacles subsistent : le manque de formation spécifique, les contraintes de temps, la crainte de réactiver le traumatisme, ainsi que des facteurs socioculturels divers.

Evidemment, le rôle du médecin généraliste ne se limite pas à l'accompagnement après la révélation d'un abus. Il peut également jouer un rôle clé dans la prévention, en sensibilisant les parents, les éducateurs et les autres professionnels de santé et en offrant des conseils pour réduire les risques. La détection précoce des signes d'abus sexuels chez les enfants est également primordiale pour permettre une intervention rapide et efficace.

Au cours de mes études et de ma pratique médicale, j'ai été confronté à la révélation d'un antécédent de violence sexuelle dans l'enfance lors d'une consultation de routine. Cette expérience m'a fait prendre conscience de l'importance et de la complexité de ce sujet, ainsi que du désarroi que peut susciter une telle annonce en consultation de médecine générale.

Pourquoi ce sujet pourtant omniprésent, n'est-il pas plus souvent abordé en cabinet de médecine générale ? Quelle est la perception des médecins généralistes quant à leur rôle dans la prise en charge et le dépistage de ces antécédents ? Les pratiques de dépistage et de prise en charge ont-elles évolué ces dernières années ? Ces interrogations ont guidé ma recherche.

En explorant ces questions, cette thèse vise à comprendre et à évaluer les pratiques actuelles de dépistage et de prise en charge des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance par les médecins généralistes installés en Alsace ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent.

PREMIERE PARTIE : définitions, contexte actuel

I. Les violences sexuelles

1) Définition légale

Les articles 222-22 et 222-23 du Code pénal français définissent plusieurs actes comme étant constitutifs de violences sexuelles :

- Le **viol** qui correspond à tout acte de pénétration sexuelle (ou acte bucco-génital), de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise.
- Les **agressions sexuelles** qui sont toutes les atteintes sexuelles sans consentement, comme les attouchements ou les caresses.
- Le **harcèlement sexuel** qui englobe les propos ou les comportements à connotation sexuelle répétés, créant un environnement intimidant, hostile ou offensant. Il peut se manifester dans divers contextes. Il peut aussi s'agir de subordonner une décision (embauche, promotion, etc.) à l'acceptation d'un acte sexuel ou de punir le refus d'un tel acte.
- L'**inceste** qui, selon la loi n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste, est commis lorsqu'un ascendant (ou toute autre personne ayant sur une autorité sur la victime), un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce commet une agression sexuelle sur un enfant de la famille.

Depuis la loi de 2021, le consentement d'un mineur de moins de 15 ans ou de moins de 18 ans en cas d'inceste est présumé absent.

2) Le délai de prescription

Le **délai de prescription** pour une plainte dans le cadre d'un inceste ou d'une violence sexuelle sur mineurs en France a été modifié par la loi n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes.

Depuis l'adoption de cette loi, le délai de prescription dépend de l'âge de la victime au moment des faits :

- Si la victime était **majeure**, le délai de prescription est de 6 ans en cas d'agression sexuelle et de 20 ans en cas de viol et court à partir de la date de commission des faits.
- Si la victime était **mineure**, le délai de prescription est de 10 ans pour une agression sexuelle, de 20 ans pour une agression sexuelle aggravée et de 30 ans pour un viol. Le délai court à partir de la majorité de la victime (soit jusqu'à ses 48 ans).

La loi de 2021 a également introduit le principe de "prescription glissante" pour les viols sur mineurs, permettant d'allonger le délai de prescription si l'auteur commet de nouveaux faits similaires. Ainsi, la commission d'un nouveau délit peut prolonger la prescription d'un ancien délit.

Il faut noter que ces délais peuvent être suspendus dans certaines situations, notamment si la victime était dans l'incapacité de déposer plainte en raison d'une vulnérabilité particulière ou de pressions exercées par l'auteur des faits.

Ces réformes, bien qu'étant un progrès significatif, ne sont pas exemptes de critiques. Certaines associations de victimes estiment que les délais de prescription restent trop courts et ne prennent pas suffisamment en compte la complexité des parcours des victimes.

II. Le psychotraumatisme et l'état de stress post-traumatique

A. Le psychotraumatisme

1) Etymologie

Le terme "psychotraumatisme" est issu du grec "psukhê" (âme, esprit) et "trauma" (blessure), signifiant littéralement une blessure de l'âme causée par un événement violent ou menaçant. Ce concept était déjà évoqué dans l'Antiquité. Par exemple, Hérodote rapporte le cas d'un soldat grec, Epizelos, devenu aveugle après avoir assisté à la mort de son ami lors de la bataille de Marathon en 490 av. J.-C (7).

Cependant, ce n'est qu'à la fin du XIXe siècle que les praticiens ont commencé à s'intéresser véritablement aux processus psychiques en jeu dans les réactions traumatiques.

Au XXe siècle, les guerres ont été à l'origine d'un intérêt accru pour ces troubles, à la fois sur le plan théorique et pratique.

À la fin du XXe siècle, le terme s'est démocratisé dans le grand public, notamment avec la médiatisation des conséquences psychologiques des guerres, attentats, catastrophes naturelles ou industrielles, et accidents de la route.

Aujourd'hui, l'impact des psychotraumatismes sur la santé mentale est au centre des préoccupations sociétales, particulièrement ceux résultant de violences subies durant l'enfance. Des mouvements féministes ont dénoncé les violences faites aux femmes et aux enfants, et les associations revendiquent une meilleure reconnaissance et prise en charge de ces souffrances psychiques.

2) Définition

Le **psychotraumatisme** regroupe un ensemble de troubles psychiques, qu'ils soient immédiats ou durables, survenant après un événement traumatisant. Ces troubles varient selon

les personnes et peuvent affecter gravement les victimes de violences sexuelles, tant sur le plan mental que physique.

3) Conséquences possibles d'un psychotraumatisme

De nombreuses études ont exploré les répercussions à court et à long terme des traumatismes infantiles. Ils peuvent entraîner des conséquences parfois invalidantes dans la vie quotidienne, qu'elles soient sociales, scolaires, psychiques ou somatiques (6,8–12).

Voici une liste non exhaustive de pathologies ou symptômes qui ont été plus fréquemment retrouvés chez les victimes de violences sexuelles dans l'enfance dans les différentes études.

➤ À court terme :

- **État de stress aigu** : réaction immédiate de peur intense, d'horreur ou d'impuissance, souvent accompagnée de symptômes physiques tels que des palpitations, des sueurs, des tremblements et des nausées.

- **Troubles divers** : troubles du sommeil, de l'appétit, de l'humeur, de la mémoire et de la concentration.

➤ À court terme ou à long terme :

- Répercussions psychiques :

- **Syndrome de stress post-traumatique.**
- **Troubles anxio-dépressifs** : épisode dépressif caractérisé, troubles anxieux généralisés, des phobies spécifiques ou des attaques de panique.
- **Troubles de la personnalité.**
- **Troubles du sommeil** : insomnie, cauchemars et terreurs nocturnes sont fréquents.
- **Troubles du comportement alimentaire** : comme l'anorexie ou la boulimie.
- **Addictions et comportements à risque** : alcool, tabac, drogues, ...

- **Idées suicidaires.**

- Répercussions somatiques :

- **Troubles gastro-intestinaux** : syndrome du côlon irritable et autres manifestations non spécifiques.
- **Troubles musculaires et articulaires** : douleurs chroniques notamment la fibromyalgie.
- **Troubles neurologiques** : céphalées, migraines, autres manifestations non spécifiques.
- **Troubles gynécologiques** : douleurs pelviennes chroniques, dysménorrhée, syndrome prémenstruel, dyspareunies mais également endométriose et fibromes utérins.
- **Troubles cardiovasculaires** : HTA, diabète, coronaropathie ischémique.
- **Cancers** : notamment ceux de la sphère gynécologique avec souvent un retard diagnostic.
- **Maladies infectieuses, allergiques et auto-immunes** : Infections Sexuelles Transmissibles, asthme, ...

B. L'état de stress post-traumatique

1) Définition

L'**état de stress post traumatique** (ESPT) est un trouble psychique qui peut survenir à la suite d'une exposition à un événement traumatique, tel que des violences sexuelles subies dans l'enfance.

Il se caractérise par la présence de :

- **Symptômes intrusifs** : par exemple des flashbacks ou des cauchemars.
- **Symptômes d'évitement** : éviter les situations ou les pensées liées au traumatisme.

- **Modifications de la cognition et de l'humeur** : détresse émotionnelle, émoussement affectif, perte d'intérêt, sentiments de culpabilité, de honte, de colère, de tristesse ou de peur.
- **Symptômes d'hyperactivation** : hypervigilance, irritabilité.

L'ESPT peut avoir un impact significatif sur la vie des victimes, entraînant des difficultés relationnelles, professionnelles et une altération de la qualité de vie.

Les violences sexuelles subies dans l'enfance sont un facteur de risque majeur de développement de l'ESPT. Les enfants victimes peuvent présenter des symptômes spécifiques, tels que des troubles du comportement, des difficultés scolaires ou une régression développementale.

L'ESPT peut apparaître immédiatement après le traumatisme ou plusieurs mois, voire plusieurs années plus tard.

Le **délai de révélation** de l'abus observé chez de nombreuses victimes peut s'expliquer parfois par le fait que ces personnes ont développé un état de stress post-traumatique (13,14).

2) Mécanismes physio-pathologiques

La compréhension des mécanismes neurobiologiques de l'ESPT a progressé ces dernières années (15–17). Le traumatisme peut entraîner des altérations perturbant le fonctionnement de certaines régions du cerveau, notamment l'**amygdale** qui est impliquée dans la réponse à la peur, l'**hippocampe** qui est impliqué dans la mémoire et le **cortex préfrontal** qui est impliqué dans la régulation émotionnelle.

a) Perturbations des systèmes neurobiologiques

Un traumatisme peut induire une dysrégulation de l'**axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS)**, régulateur central de la réponse au stress. Cette dysrégulation peut se

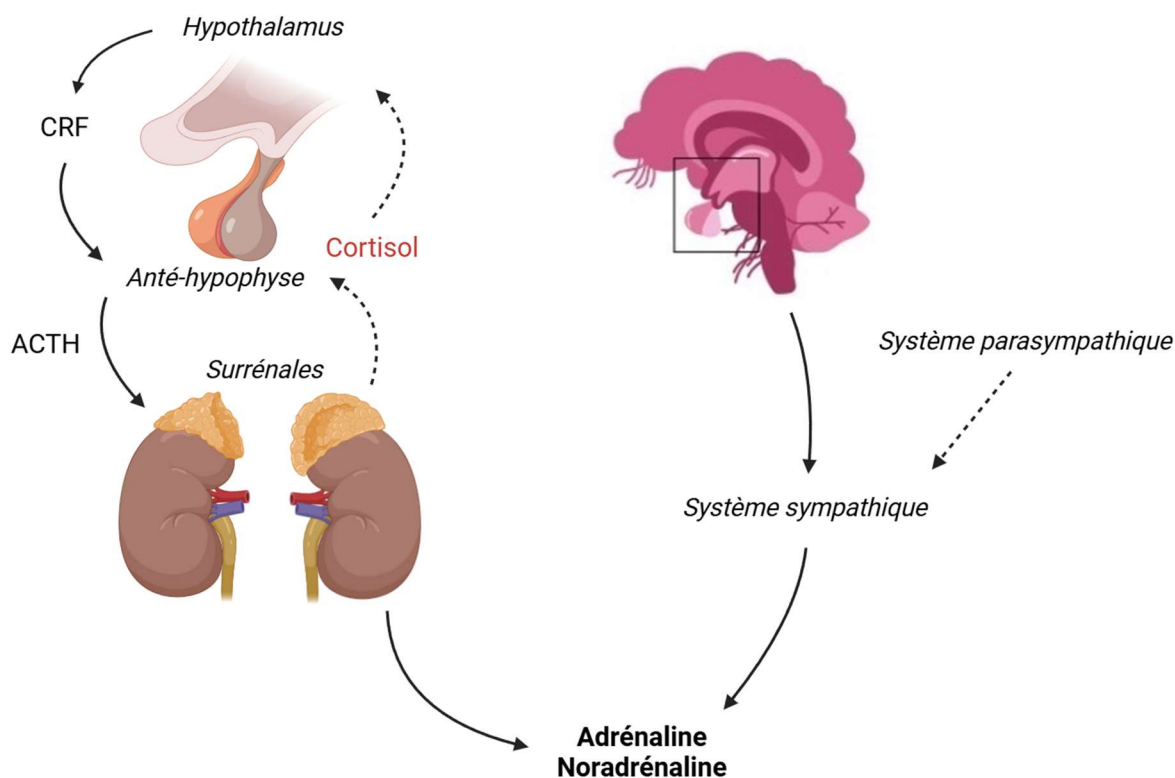
manifester par une hyperactivité (augmentation de la libération de cortisol) ou une hypoactivité (diminution de la production de cortisol).

Le cortisol, hormone clé de la réponse au stress, a un impact majeur sur de nombreuses fonctions de l'organisme, notamment les structures cérébrales impliquées dans la régulation des émotions, le système immunitaire et le métabolisme. Un dérèglement de sa production peut ainsi avoir des conséquences néfastes sur la santé physique et mentale, augmentant notamment la vulnérabilité aux troubles anxieux, à la dépression et aux maladies cardiovasculaires.

Le système nerveux autonome (SNA), qui régule les fonctions physiologiques involontaires, est également affecté par le traumatisme. Une hyperactivation du système sympathique, responsable de la réponse "combat-fuite", peut provoquer des palpitations, une tachycardie, des sueurs, des tremblements ou une hypervigilance. À l'inverse, une hypoactivation du système parasympathique, qui favorise la relaxation et la récupération, peut conduire à un état de fatigue chronique ou de dissociation. L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et le système nerveux autonome modulent également la production de neurotransmetteurs tels que l'adrénaline, la noradrénaline agissant sur la réponse du corps face au stress.

Le **système immunitaire** peut également être affecté par le traumatisme, avec une augmentation de l'inflammation et une diminution de la réponse immunitaire adaptative. Ces altérations pourraient rendre les victimes plus vulnérables aux infections et aux maladies chroniques, et contribuer à l'apparition de symptômes somatiques.

Figure 3 : Schéma simplifié de la réponse du corps à un facteur de stress.



b) Réorganisation cognitive

L'hippocampe, région du cerveau impliquée dans la consolidation de la mémoire, voit son fonctionnement altéré à la suite d'un traumatisme. Ces altérations entraînent une fragmentation et une désorganisation de la mémoire traumatique, se manifestant par des flashbacks intrusifs, des difficultés à se souvenir de l'événement de manière cohérente et des phénomènes de dissociation.

L'amygdale, une autre région cérébrale clé dans le traitement des émotions, est également impactée par le traumatisme. Schématiquement, une hyperactivité de l'amygdale peut conduire à des réactions de peur exagérées et à une hypervigilance constante, tandis qu'une hypoactivité peut entraîner un émoussement émotionnel et une difficulté à ressentir des émotions positives.

Le **cortex préfrontal**, responsable des fonctions exécutives telles que la planification, la prise de décision et la régulation émotionnelle, peut également être affecté. Un dysfonctionnement

du cortex préfrontal peut se traduire par des difficultés à se concentrer, à prendre des décisions ou à gérer ses émotions de manière adaptative.

c) Facteurs environnementaux et génétiques

La **gravité et la durée** de l'événement traumatique, ainsi que **l'âge de la victime** au moment du traumatisme, peuvent influencer le risque de développer un ESPT. Les **traumatismes répétés et prolongés**, ainsi que les **traumatismes survenus pendant l'enfance**, sont associés à un risque accru de développer ce trouble.

Le **soutien social** joue un rôle important dans la résilience face au traumatisme. Un environnement familial et social soutenant peut aider les victimes à faire face aux conséquences du traumatisme et à développer des stratégies d'adaptation efficaces. À l'inverse, l'isolement social et le manque de soutien peuvent augmenter le risque de développer un ESPT.

Des **facteurs génétiques** peuvent également influencer la vulnérabilité ou la résilience face au traumatisme. Certaines variations génétiques peuvent affecter la régulation du stress, la réponse émotionnelle ou le fonctionnement de certaines régions du cerveau, ce qui peut augmenter le risque de développer un ESPT après un événement traumatique.

C. Prise en charge

La mémoire traumatique est souvent stockée sous forme de mémoire implicite (sensations corporelles, émotions), ce qui explique la persistance de réactions émotionnelles intenses, même en l'absence de souvenirs précis. Malgré l'impact du traumatisme, le cerveau conserve sa capacité de plasticité, ce qui ouvre la voie à une récupération et à une meilleure gestion des symptômes grâce à une prise en charge adaptée.

Certaines formes de psychothérapie pourraient avoir des effets positifs sur la structure et le fonctionnement du cerveau chez les personnes souffrant de trouble de stress post-traumatique (18,19).

Les recommandations de bonnes pratiques sur l'évaluation et la prise en charge des syndromes psychotraumatiques chez les adultes sont en cours d'élaboration par la HAS et doivent être rendues durant l'année 2024/2025 (20).

Une mission aux fins d'amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des victimes de faits d'inceste et de violences sexuelles pendant leur minorité (21) a été élaborée en novembre 2023 par l'inspection générale de la justice et l'inspection générale des affaires sociales. Celle-ci fait un état des lieux de la politique d'accompagnement des victimes en France. Elle souligne notamment le rôle des professionnels de santé, des associations d'aide aux victimes mais également des plateformes téléphoniques notamment le 119 dont une déclinaison pour assurer le soutien et le conseil des professionnels 119 pro qui devrait être lancée prochainement.

1) Psychothérapeutique

La **psychothérapie individuelle** : c'est le pilier de la prise en charge, elle permet à la victime d'explorer son traumatisme, d'exprimer ses émotions et de développer des stratégies d'adaptation. Différentes techniques peuvent être utilisées (TCC, EMDR, etc.) en fonction des besoins de la personne.

La **psychothérapie de groupe** : le partage d'expériences avec d'autres victimes permet de réduire le sentiment d'isolement et ainsi favoriser le soutien mutuel.

La **thérapie familiale ou conjugale** : elle peut aider à améliorer la communication et les relations au sein de la famille ou du couple, souvent mises à mal par le traumatisme.

Le choix de la psychothérapie dépendra de plusieurs facteurs, tels que la nature du traumatisme, les symptômes présentés, les préférences de la victime et la disponibilité des thérapeutes.

2) Médicamenteuse

Elle peut être indiquée pour soulager certains symptômes associés au psychotraumatisme, tels que l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil ou les flashbacks.

Les antidépresseurs, les anxiolytiques et les somnifères sont les plus couramment utilisés. Ces médicaments sont des **traitements symptomatiques**, ils peuvent aider à gérer les symptômes et à améliorer la qualité de vie de la victime.

3) Juridique

Si la victime souhaite porter plainte, elle peut bénéficier d'un accompagnement juridique pour l'aider dans ses démarches. Des associations d'aide aux victimes peuvent également lui apporter un soutien et des informations sur ses droits.

4) Somatique

Le psychotraumatisme pouvant entraîner des conséquences physiques à long terme, il est important que la victime bénéficie d'un suivi médical régulier pour traiter les éventuels symptômes, douleurs chroniques ou autres problèmes de santé liés au traumatisme.

5) Sociale

Des travailleurs sociaux peuvent aider la victime dans ses démarches administratives, participer à des groupes de soutien, etc...

III. La révélation

1) Un processus complexe et déterminant

La révélation des violences sexuelles subies durant l'enfance est une étape déterminante, mais souvent semée d'embûches dans le parcours des victimes. Elle peut survenir spontanément ou être déclenchée par un événement particulier, elle peut être partielle ou complète.

Selon l'étude de l'IPSOS ainsi qu'une étude de l'INSERM la révélation par la victime se fait le plus souvent à l'entourage proche mais cela peut être source de conflits et avoir un effet contre-productif voire néfaste pour la victime (2,5,22).

2) Les défis de la révélation

En effet les victimes sont confrontées à de nombreuses difficultés lorsqu'il s'agit de révéler l'abus sexuel à leur entourage.

On retrouve notamment :

- **La honte et la culpabilité.**
- **La peur du jugement et des représailles.**
- **Le déni et la minimisation** : Cela peut retarder la révélation et entraver le processus de guérison.
- **Les difficultés à mettre des mots sur l'expérience** : En particulier chez les jeunes enfants.

3) Le rôle du médecin généraliste dans la révélation

Après l'entourage, le médecin généraliste est un interlocuteur important pour les victimes. Par sa position neutre et son rôle de confiance, certaines victimes qui hésitent à se confier à leur entourage peuvent s'exprimer devant lui.

Ainsi, dans 15 à 20% des cas la révélation se fait à un professionnel de santé (5).

a) Facteurs favorisant la révélation au médecin généraliste

Une méta-analyse a permis d'identifier les facteurs favorisant la révélation (23). Ces facteurs dépendent à la fois du patient mais également du médecin généraliste.

Par exemple, un **environnement bienveillant et rassurant**, une **écoute attentive**, **l'empathie**, la **capacité de « non-jugement »** et la **patience** sont des éléments cruciaux.

Du point de vue de la victime il existe également des éléments gâchettes pouvant favoriser la révélation. On peut retrouver notamment la **grossesse** (période du post-partum), un **conflit avec l'agresseur**, une **déstabilisation professionnelle, personnelle ou familiale**, ou un **autre événement traumatique**.

Par ailleurs, la manière dont la révélation est accueillie par l'entourage et les professionnels est déterminante pour la suite du parcours de la victime.

b) Les freins

Selon deux enquêtes, environ 8 ou 9 % des violences subies sont partagées à des médecins. L'interlocuteur que les victimes vont choisir pour se confier va dépendre à la fois de la victime elle-même mais également de l'attitude du médecin (5,24).

Concernant les freins inhérents aux victimes, déjà vus précédemment, on peut rappeler la **honte**, la **culpabilité** et la **gêne** vis-à-vis de ce qui leur est arrivé, la **crainte d'être jugées ou blâmées** ainsi que la **crainte de leur agresseur**, ou de représailles de leur part si elles parlent de ce qui s'est passé (25–27). Les **stratégies d'évitement** limitant les contacts avec ces éléments gâchettes constituent également un frein.

Parmi les freins inhérents au praticien : le **genre masculin du médecin généraliste** notamment si la victime est une femme, ainsi que le **manque de temps de consultation**, le **manque de formation** et **l'absence de dépistage par les médecins généralistes** (28,29).

4) Les conséquences de la révélation

L'état actuel des connaissances sur les conséquences de la révélation d'antécédents de violences sexuelles dans l'enfance à un médecin généraliste suggère un tableau nuancé, où les effets positifs et négatifs coexistent (30–32).

Bien que la recherche dans ce domaine soit encore en cours, les études disponibles mettent en évidence des bénéfices potentiels significatifs pour les patients.

La **bienveillance**, la **validation** et la **reconnaissance de la gravité des violences subies** ainsi que la possibilité d'une **prise en charge adaptée** sont autant d'éléments qui peuvent contribuer à atténuer les conséquences à long terme des violences sexuelles et favoriser le processus de guérison (33).

Cependant, il est également clair que cette révélation peut être associée à des conséquences négatives, notamment la réactivation du traumatisme pouvant entraîner une détresse psychologique importante mais également une confusion émotionnelle, des pertes de contrôle, changements de vie, des réactions inappropriées de l'entourage, ...

Ainsi, bien que les conséquences positives semblent l'emporter sur les négatives, il est essentiel de reconnaître la complexité de cette situation et l'importance d'une prise en charge adaptée et respectueuse des besoins de chaque patient.

5) Quand et comment poser la question ?

a) Quand ?

Deux approches se distinguent, sans qu'il y ait de consensus à ce sujet.

▪ **Le dépistage systématique :**

La Fédération Française de Psychiatrie recommande de « repérer systématiquement les signes éventuels de maltraitance sexuelle, quels que soient les motifs avancés de la consultation » (34).

Certaines études suggèrent que la question soit posée de manière systématique au premier interrogatoire du patient (35–37).

L'intérêt de cette approche est une meilleure acceptabilité pour le médecin par le caractère routinier de la demande et d'identifier le plus grand nombre possible de victimes.

Cependant, le dépistage systématique pourrait aussi être perçu comme intrusif, stigmatisant, ou traumatisant par certains patients.

▪ **Le dépistage ciblé :**

En pratique le dépistage systématique semble être peu utilisé, les praticiens lui préférant une approche plus ciblée et orientée, par exemple lorsqu'une situation à risque ou lorsque des indices ont été repérés, ou bien lors de certains événements de vie (grossesse, naissance, etc.) (23).

L'intérêt de cette approche est d'instaurer une relation de confiance libérant la parole plus facilement.

Cependant, il pourrait aussi être moins efficace pour détecter les cas de violence sexuelle dans l'enfance, qui sont souvent dissimulés ou minimisés par les victimes. L'efficacité de cette approche a l'inconvénient d'être variable et opérateur-dépendant.

b) Comment ?

▪ **Approche directe :**

Elle consiste à interroger directement le patient sur des antécédents de violences sexuelles pendant l'enfance. Cette question est souvent jugée comme trop brutale et indiscreète.

▪ **Approche indirecte :**

Elle consiste à nuancer la question en évitant les termes pouvant être jugés comme violents, elle nécessite parfois de « prendre le temps » et permet au patient de choisir lui-même le moment de la révélation. A l'inverse, cette approche pourrait être perçue par le patient comme le fait de ne pas être à l'aise avec la réponse.

6) Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge, la prévention et le dépistage

a) La prise en charge

Le médecin généraliste se doit d'offrir un accueil bienveillant et empathique, basé sur l'écoute active et le non-jugement.

Il doit évaluer les besoins spécifiques de la personne, proposer un soutien psychologique et médical adapté, et l'orienter si nécessaire vers des structures spécialisées (psychologues, associations, etc.).

Le médecin peut également accompagner la victime dans ses démarches médico-légales, si elle le souhaite.

b) La prévention

Le rôle du médecin généraliste ne se limite pas à la prise en charge après la révélation, il a également un rôle important à jouer dans la prévention.

La prévention des violences sexuelles passe par l'information et la sensibilisation. Le médecin généraliste peut aborder cette thématique lors de consultations, notamment avec les jeunes patients, leurs parents, les jeunes parents, les femmes enceintes, etc ...

Il peut également proposer des conseils de prévention pour réduire les risques tels que l'éducation à la sexualité, la sensibilisation, ou le renforcement du lien familial.

c) Le dépistage

Le dépistage des violences sexuelles est un enjeu majeur, car il permet une prise en charge précoce et limite les conséquences à long terme.

Tout d'abord le médecin généraliste doit être attentif aux signes cliniques évocateurs chez l'enfant. Ces signes peuvent être physiques (lésions génitales, infections sexuellement transmissibles, troubles du sommeil ou de l'alimentation) ou comportementaux (anxiété, repli sur soi, troubles de l'apprentissage, comportements sexualisés inappropriés pour l'âge).

Cependant, le dépistage ne se limite pas à l'enfance. Il est tout aussi important à l'âge adulte, où les conséquences des violences sexuelles peuvent se manifester de manière plus insidieuse comme nous l'avons vu précédemment. Le médecin généraliste doit donc rester vigilant face à ces signes et ne pas hésiter à explorer la possibilité d'antécédents de violences sexuelles, même chez les patients adultes en posant des questions ouvertes et non stigmatisantes lors des consultations.

IV. Le rôle des médias et des réseaux sociaux

1) L'histoire de la médiatisation des violences sexuelles

La médiatisation des violences sexuelles durant l'enfance a joué un rôle important dans la libération de la parole des victimes. Cependant, elle n'a pas toujours été positive, elle a parfois adopté une approche qui a desservi les victimes ou renforcé les stéréotypes. Elle a également

été influencée par les rapports de pouvoir entre les groupes sociaux, favorisant une représentation biaisée des victimes et renforçant parfois les stéréotypes selon le genre, la classe sociale ou l'origine ethnique.

a) Les années 1970

Le mouvement féministe dénonce les violences faites aux femmes et revendique le droit à disposer de son corps. Il s'engage également dans les luttes pour la contraception et l'avortement. Des procès médiatiques, comme celui de Bobigny en 1972, mettent en lumière les violences liées à l'avortement clandestin. Des enquêtes sociologiques commencent à révéler l'ampleur des violences sexuelles dans la société.

b) Les années 1980

Les militantes féministes s'attaquent aux violences sexuelles, notamment intrafamiliales. Elles se heurtent à la résistance de certains artistes et intellectuels qui défendent la « libération sexuelle » (38). Des premiers témoignages de victimes d'inceste apparaissent dans les médias, mais ils sont souvent ignorés ou moqués (39). Parallèlement, des lois sont votées pour renforcer la répression des violences sexuelles.

c) Les années 1990

Les violences conjugales sont reconnues comme un problème social et politique. Des campagnes de sensibilisation sont lancées et des dispositifs d'aide aux victimes sont mis en place. Les violences sexuelles dans les conflits armés, comme en Bosnie ou au Rwanda, sont largement dénoncées par les médias et les associations humanitaires. À cette époque, les violences sexuelles dans d'autres espaces, comme les institutions, le milieu professionnel ou l'espace public, restent encore largement invisibles ou impunies.

d) Les années 2000

Les violences sexuelles dans les institutions, comme l'Église, font l'objet de révélations et de scandales. Les pouvoirs publics se préoccupent davantage des violences incestueuses et adoptent de nombreuses lois pour renforcer les sanctions (40). Les violences sexuelles dans l'espace public, notamment le harcèlement de rue, sont médiatisées et débattues.

e) Les années 2010

Les violences sexuelles dans le milieu professionnel sont dénoncées et sanctionnées. Des scandales médiatiques, comme l'affaire DSK en 2011 ou l'affaire Weinstein en 2017, provoquent une vague de libération de la parole des victimes. Des mouvements sociaux, comme #MeToo ou #BalanceTonPorc, se diffusent sur les réseaux sociaux et interpellent les pouvoirs publics.

f) Les années 2020

Avec l'émergence des réseaux sociaux, les victimes peuvent s'exprimer directement. Les violences les plus fréquentes, celles commises par des proches, sont désormais exposées au grand jour. Aujourd'hui, toutes les formes de violences sexuelles subies par les femmes et les enfants sont visibles dans l'espace public (41).

2) Conséquences de la médiatisation

La médiatisation croissante des violences sexuelles dans l'enfance, bien que fondamentale pour la libération de la parole des victimes, a également un impact sur la pratique des médecins généralistes.

La sensibilisation accrue du public à cette problématique peut conduire à une augmentation des consultations pour des abus, mettant en lumière l'importance d'une formation adéquate des médecins à la détection et à la prise en charge de ces situations.

La médiatisation peut influencer les attentes des patients, qui pourraient être plus enclins à aborder spontanément la question des violences sexuelles ou à rechercher un dépistage systématique de la part de leur médecin.

Elle peut également contribuer à déconstruire les tabous et les stéréotypes liés aux violences sexuelles, facilitant ainsi la communication entre les victimes et les professionnels de santé. Pour permettre cela, il est évident qu'elle doit être réalisée de manière responsable en évitant de renforcer la stigmatisation des victimes ou de minimiser la gravité de ces actes.

Ainsi, la médiatisation de ces violences représente un défi et une opportunité pour les médecins généralistes. Elle souligne l'importance de leur rôle dans la lutte contre ce fléau et les incite à développer leurs compétences en matière de dépistage, de prise en charge et de prévention.

DEUXIEME PARTIE : Analyse de l'étude

MATERIEL ET METHODE

I. Choix de la méthode

Dans le domaine de recherche médicale deux types d'études sont habituellement privilégiées : la méthode qualitative et la méthode quantitative.

La **méthode qualitative** permet une compréhension profonde et nuancée des phénomènes sociaux, en se concentrant sur le contexte spécifique dans lequel les participants interagissent.

Elle complète la méthode quantitative en proposant la formulation d'hypothèses dans les secteurs où les informations scientifiques sont insuffisantes.

Cette méthode privilégie la collecte de récits et de témoignages pour une analyse interprétative approfondie. Cette approche est idéale pour saisir la complexité des dynamiques et les processus sous-jacents qui sont difficilement mesurables.

Le processus de sélection des participants en recherche qualitative favorise la diversité afin de couvrir un éventail plus large de perspectives sur le sujet étudié. Cela permet de poser les bases de nouvelles hypothèses dans une branche souvent peu explorée de la science.

La **méthode quantitative**, quant à elle, a pour objectif de déterminer des relations de cause à effet en mesurant des variables et en analysant leurs interactions entre-elles.

La nature de cette étude appelle à l'analyser sous l'angle de l'approche qualitative. En effet, cette étude est centrée sur l'exploration des perceptions, expériences et difficultés des médecins généralistes face aux antécédents de violences sexuelles dans l'enfance. Elle favorise ainsi une compréhension approfondie des ressentis et des pratiques des médecins.

II. Choix de la technique d'entretien

En recherche qualitative, les entretiens sont l'un des principaux outils de collecte de données permettant d'explorer en profondeur les perceptions, les expériences et les significations que les participants attribuent à divers phénomènes.

Il existe plusieurs types d'entretiens qualitatifs, chacun adapté à des objectifs de recherche spécifiques :

- **Entretien ouvert** : Très ouvert et flexible, sans guide prédéfini, laissant le participant s'exprimer librement.
- **Entretien semi-directif** : Suivant un guide d'entretien avec des questions ouvertes, tout en restant flexible pour approfondir les thèmes émergents.
- **Entretien directif** : Structuré et standardisé, avec des questions dans un ordre précis. Il est moins flexible.
- **Entretien de groupe (focus group)** : Discussion de groupe modérée permettant d'explorer les opinions et dynamiques sociales.

Face à cette problématique complexe, c'est une approche qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés qui a été privilégiée. Ce format offre une structure tout en permettant une certaine flexibilité, laissant ainsi aux participants la liberté d'exprimer leurs points de vue et leurs expériences de manière détaillée et personnelle.

III. Population

1) Critères d'inclusion et d'exclusion

La population étudiée se compose de médecins généralistes installés en Alsace.

- Critères d'inclusion :

- Médecins généralistes diplômés.

- Installés en Alsace.
- Francophones.
- Disponibles pour un entretien en présentiel.

- Critères d'exclusion :

- Médecins remplaçants.
- Médecins d'une autre spécialité que la médecine générale.
- Médecins généralistes qui ne sont pas installés en Alsace.

2) Recrutement

Les médecins généralistes inclus dans cette étude ont été recrutés par deux méthodes distinctes :

- **Contact téléphonique** : La majorité des médecins ont été contactés par téléphone directement ou plus généralement par l'intermédiaire de leur secrétariat.
- **Connaissances directes et indirectes** : D'autres participants ont été recrutés par le biais de connaissances personnelles, soit directement, soit par l'intermédiaire de tiers.

Avant leur participation, tous les médecins ont reçu un document d'information détaillé sur l'étude expliquant ses objectifs, sa méthodologie et les implications de leur participation. Leur consentement éclairé a été obtenu par la signature d'une lettre de consentement. Aucune compensation financière ou autre n'a été offerte pour leur participation.

Bien que le recrutement par téléphone ait présenté des défis, tels que des refus de participer ou des difficultés à joindre les médecins, la mobilisation de réseaux de connaissances a permis de pallier ces difficultés.

3) Echantillon

Au total, dix médecins généralistes installés en Alsace ont participé à l'étude. Parmi eux, six ont été recrutés par téléphone, deux étaient des connaissances indirectes et deux étaient des connaissances directes.

La saturation des données a été atteinte après dix entretiens, indiquant que de nouvelles informations significatives n'étaient plus susceptibles d'émerger.

IV. Déroulement

1) Les entretiens

Les entretiens se sont déroulés principalement au sein du cabinet du médecin, à l'exception de deux qui ont eu lieu au domicile du praticien.

Ils ont tous été conduits en face-à-face, favorisant ainsi un échange direct et personnel et permettant d'aborder en profondeur les différents thèmes du guide d'entretien. Les entretiens en visioconférence ont été évités car ils sont moins adaptés pour évoquer ces sujets.

Chaque entretien a été enregistré en format audio, à l'aide d'un smartphone et d'un microphone externe, afin de garantir la qualité de l'enregistrement et de faciliter la transcription ultérieure.

2) Le guide d'entretien

Un guide d'entretien structuré autour de cinq axes a été utilisé pour orienter les discussions. Ce guide comprenait une série de questions ouvertes permettant aux médecins de partager leurs expériences personnelles. Plus précisément, ils ont été interrogés sur leur perception de leur rôle, et les défis qu'ils rencontrent, tout en explorant leurs pratiques actuelles de dépistage des antécédents de violences sexuelles.

- Le **premier axe** porte sur le parcours professionnel des participants et leur expérience globale avec les situations de violences en cabinet, afin de comprendre comment leur contexte de pratique influence leur approche des violences sexuelles.
- Le **deuxième axe** explore plus spécifiquement les situations de découverte d'antécédents de violences sexuelles dans l'enfance et la manière dont les médecins gèrent ces situations délicates, en s'intéressant à leurs réactions émotionnelles et à la perception de leur rôle.
- Le **troisième axe** se concentre sur les pratiques de dépistage des antécédents de violences sexuelles. Les questions abordent leurs méthodes actuelles, telles que le dépistage systématique ou ciblé, et leur avis sur l'efficacité de ces pratiques.
- Le **quatrième axe** examine les connaissances des médecins, les formations qu'ils ont suivies sur le sujet, et leurs suggestions pour améliorer le dépistage et la prise en charge des violences sexuelles.
- Enfin, le **cinquième axe** traite de l'influence des évolutions sociales, juridiques, et médiatiques sur la pratique des médecins généralistes, ainsi que sur la manière dont ces changements peuvent affecter la libération de la parole des patients et les attentes en matière de dépistage.

V. Retranscription des données

Suite aux entretiens, les enregistrements audios ont été intégralement transcrits mot à mot à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. Une fois la retranscription des données terminée, les enregistrements audios ont été définitivement supprimés.

VI. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon une approche de **théorisation ancrée**, méthode qualitative inductive qui permet de construire une théorie à partir des données recueillies, plutôt que de tester une hypothèse préexistante.

Le processus d'analyse s'est déroulé de manière itérative, en alternant entre la collecte et l'analyse des données. Les entretiens ont été intégralement transcrits puis codés de manière ouverte, permettant d'identifier les concepts clés. Ces codes ont ensuite été regroupés en catégories plus larges lors du codage axial, puis reliés entre eux au cours du codage sélectif pour construire une théorie explicative du phénomène. Cette approche peut également permettre de construire des théories descriptives ou exploratoires.

La méthode de comparaison constante a été systématiquement appliquée, afin de garantir que chaque nouvelle donnée était comparée aux précédentes, affinant ainsi progressivement la théorie émergente.

Le processus s'est poursuivi jusqu'à atteindre la saturation théorique, c'est-à-dire jusqu'à ce que de nouvelles données n'apportent plus d'éléments significatifs à la théorie.

VII. Ethique

1) Déclaration de conformité à la méthodologie MR-004

Dans le cadre de l'étude, une déclaration de conformité à la méthodologie MR-004 a été réalisée auprès de la CNIL.

Cette démarche garantit que les données personnelles collectées sont traitées de manière sécurisée et anonymisée, conformément au RGPD.

Les participants ont été informés de manière transparente sur l'utilisation de leurs données et leurs droits.

Cette conformité témoigne de l'engagement à respecter les normes éthiques et juridiques en matière de recherche médicale.

2) Consentement éclairé

Chaque entretien a été mené après l'obtention d'un consentement éclairé écrit. Les participants ont reçu des informations sur les objectifs de l'étude, l'enregistrement des entretiens et leur conservation. Ce consentement a été formalisé par la signature d'un document.

3) Protection de l'anonymat

L'anonymat des participants a été garanti en utilisant la lettre "E" pour identifier chaque entretien. Comme dit précédemment, une fois les entretiens retranscrits, les enregistrements originaux ont été effacés. Toute information permettant d'identifier des lieux ou des personnes mentionnées au cours des échanges a été supprimée et remplacée par des termes génériques.

4) Conflits d'intérêt

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cette étude.

RESULTATS

I. Population étudiée

Les entretiens ont tous été réalisés entre avril et octobre 2024. La durée des entretiens varie entre 27 minutes et 1 heure 32 minutes avec une moyenne de 41 minutes (33 minutes pour les hommes et 45 minutes pour les femmes).

Le **ratio hommes/femmes** est de 3/7.

La **moyenne d'années d'expérience** en tant que médecin généraliste est de 15,3 ans pour les hommes et de 7,1 ans pour les femmes, avec une moyenne totale de 9,6 ans.

Le **milieu d'exercice** urbain/rural est de cinq médecins exerçant en milieu urbain et cinq médecins en milieu rural.

Sexe	Milieu d'exercice	Année d'installation
Féminin	Urbain	2002
Féminin	Urbain	2019
Féminin	Rural	2018
Féminin	Urbain	2021
Masculin	Rural	1989
Féminin	Rural	2016
Masculin	Rural	2019
Masculin	Urbain	2018
Féminin	Urbain	2023
Féminin	Rural	2019

Tableau 1 : données socio-démographiques des participants.

Au final, sur les dix participants :

- Six médecins ont été recrutés par téléphone et n'étaient pas connus de l'investigateur.
- Deux médecins sont des connaissances indirectes et ont été contactés par l'investigateur après leur accord. Ils n'étaient pas connus de l'investigateur.
- Deux médecins sont des connaissances directes.

II. Perceptions générales des violences en cabinet de médecine générale

1) Types de violence

Au cours des entretiens avec les médecins généralistes, les différents types de violence rencontrés au cabinet médical ont été évoqués. Elles peuvent être verbales, psychologiques, physiques, et sexuelles.

Ces violences sont le plus souvent subies par les femmes, qu'il s'agisse des patientes ou des médecins elles-mêmes confrontées à des situations de violence dans l'exercice de leur profession.

« Je dis les femmes car le plus souvent ce sont elles qui sont les victimes de violences. » E8

« C'est arrivé quasiment qu'à des femmes, je ne me rappelle pas que ce soit arrivé à des confrères hommes. Alors après ils peuvent être victimes de violence aussi mais c'est plus rare. »

E4

Entretiens	Type de violence rencontré		
	Physique	Psychologique	Sexuelle
E1	X	X	X
E2	X	X	X
E3	X	X	X
E4	X	X	X
E5	(X)	X	
E6	(X)	X	X
E7	X	X	X
E8	(X)	X	X
E9	X	X	X
E10	X	X	X

Tableau 2 : le type de violence rencontré par chaque intervenant en cabinet de médecine générale. X si ce type de violence a été évoqué spontanément par le médecin généraliste. (X)

si ce type est rencontré mais qu'il n'a pas été évoqué spontanément.

a) La violence ou les menaces physiques

La violence physique a été évoquée de manière fréquente mais pas toujours spontanément. Des cas de violences conjugales ont été évoqués à plusieurs reprises. La mention des violences physiques est souvent associée à celle d'actes spécifiques comme la rédaction de certificat coups et blessures.

« Les violences conjugales ou physiques, ça arrive aussi, ça reste un peu plus anecdotique, en général c'est pour un certificat médical. » E8

En évoquant le sujet des violences physiques, certains médecins ont évoqué des situations où ils ont été victimes de violences de la part de patients, celles-ci pouvant prendre la forme de menaces verbales, d'intimidation ou même d'agressions physiques.

« Déjà, ça me fait penser aux patients qui sont agressifs avec les médecins. Dans notre cabinet on suit quand même pas mal de patients usagers de drogue et du coup c'est arrivé qu'il y ait des patients agressifs qui s'énervent, nous touchent ou qui nous insultent donc je pense en premier à ça. » E7

b) La violence psychologique

Les violences psychologiques sont plus fréquentes mais plus complexes car moins visibles. Elles sont généralement associées à des situations relationnelles difficiles, au travail ou dans la sphère familiale, et leurs conséquences sur la santé des patients peuvent être moins évidentes à identifier.

« J'en ai beaucoup qui ont subi des humiliations répétées ou des dénigrements qu'ils ont parfois presque intégrés comme communs. Enfin les gens ne savent pas parfois que ce qu'ils ont vécu c'est grave. » E10

c) La violence sexuelle

La violence sexuelle, quant à elle, est perçue comme particulièrement délicate à aborder en raison du tabou, de la stigmatisation et du traumatisme profond qu'elle engendre.

« Il y a certains patients, où je me dis "Ok là il faudrait qu'on sache quoi", c'est-à-dire qu'en fait on tourne autour du pot, mais je trouve ça pas évident à évoquer en pratique. Là j'ai une ou deux patientes en tête en l'occurrence mais j'ai pas encore abordé ce sujet avec eux, pourtant ça fait plusieurs mois que je les suis. C'est vrai que ce serait important pour rompre le silence et le mythe autour de ça, et arriver à en parler mais il y a beaucoup de tabous. » E10

Les médecins ont noté que les victimes de violences sexuelles, qu'elles soient adultes ou ayant vécu ces traumatismes dans l'enfance, sont réticentes à se confier, et ces révélations surviennent généralement dans un contexte de confiance établie ou de détresse psychologique.

« Une fois qu'on a posé la question, il y a les réponses... elles ne viennent pas toujours tout de suite non plus, très souvent c'est différé "Ah, vous m'avez dit la dernière fois ...", ils reviennent dessus quand ils sentent que c'est le bon moment. » E8.

2) Lieu où sont provoquées ces violences

Intervenants	Lieu ou contexte		
	Intra-familiales ou conjugales	Envers le médecin	Professionnel
E1	X		X
E2	X	(X)	X
E3	X	(X)	X
E4	X	X	X
E5	X		X
E6	(X)	(X)	(X)
E7	X	X	X
E8	X	(X)	X
E9	X		X
E10	X		X

Tableau 3 : le lieu ou le contexte où les violences évoquées en cabinet de médecine générale ont été rencontrées. (X) si le lieu ou le contexte a été évoqué mais pas spontanément.

a) Milieu professionnel

Tous les participants ont mentionné des violences dans le milieu professionnel, telles que le harcèlement de la part de collègues ou de supérieurs hiérarchiques.

« Les violences ressenties par les patients au sein de leur cercle c'est essentiellement des violences dans le milieu professionnel, surtout en tout cas. Ce qui est dit c'est plus de violences verbales ou de comportements au sein des entreprises plutôt que des violences physiques. » E5

b) Contexte intra-familial

Les violences intra-familiales ont toujours été mentionnées, notamment sous la forme de maltraitance envers des enfants, des violences conjugales ou bien dans le cadre de violences sexuelles.

« Dans l'imaginaire collectif un viol, ça reste un étranger dans un parking avec un couteau alors qu'en fait, mes patientes c'est plutôt ce qu'on retrouve dans les statistiques : c'est surtout la famille, des amis proches ou des collègues. C'était quasiment jamais sous une contrainte physique. » E4

c) Dans la société

Les mentions de violences dans la société, comme celles perpétrées par des inconnus dans la rue, n'ont été citées que pour souligner leur faible fréquence.

« Des violences comme des agressions dans la rue ou d'autres choses comme ça, ça arrive également mais c'est plus rare. » E1

III. Fréquence et contexte de découverte des antécédents

1) Fréquence de découverte

La fréquence de découverte des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance varie en fonction de l'intervenant mais elle est généralement rare et se produit souvent dans des contextes spécifiques.

Un seul intervenant a rapporté une fréquence nettement plus élevée d'antécédents de violences sexuelles dans l'enfance au sein de sa patientèle par rapport aux autres participants, ainsi qu'une découverte plus fréquente de ces cas.

« Au niveau des femmes j'ai vraiment beaucoup de victimes de violences sexuelles que ce soit dans l'enfance ou en tant qu'adulte. [...] L'autre après-midi franchement j'avais 4 ou 5 victimes de violences sexuelles ou conjugales rien que dans l'après-midi. » E4

A l'inverse, un intervenant a rapporté ne pas se rappeler d'une situation de découverte d'antécédents de violences sexuelles dans sa patientèle.

« Du côté des patients... euh... je sais que j'en parle de façon assez ouverte, mais là comme ça, ça ne me vient pas mais en tout cas j'aborde le sujet assez ouvertement. » E5

2) Circonstances de découverte

a) Lors d'un dépistage systématique

En pratique, parmi les différents participants, seul un participant a affirmé poser la question des antécédents de violence sexuelle dans l'enfance régulièrement, voire de manière quasi systématique par exemple lors de la première consultation.

« J'essaye quand même de poser la question quand je les rencontre pour la première fois et de le mettre dans ma grille de questions. Des fois ça permet quand même que les choses sortent.

» E4

b) En fonction du contexte

Pour les médecins ne pratiquant pas un dépistage systématique, le plus souvent les victimes révèlent ces traumatismes de leur enfance lorsqu'elles cherchent des soins pour des troubles psychologiques ou somatiques, comme l'a exprimé un participant :

« Ça vient pas tout de suite, souvent après plusieurs consultations, on voit qu'il y a un mal-être, un mal-être psychique. Ils vont pas se livrer du premier coup mais au bout d'un moment. Soit ils ont déjà conscience de ce trouble là et donc ça peut être plus rapide. Soit c'est après quelques séances de psychothérapie ou ils mettent un peu le doigt sur ce qui va pas. Ça m'est déjà arrivé mais pas beaucoup, moins d'une dizaine de fois je pense. » E1

Les médecins ont remarqué que généralement les victimes ne relatent leur expérience que lorsqu'ils sont confrontés à certaines situations déclenchantes ou dans certains contextes cliniques comme dans cet exemple rapporté par un médecin :

« J'ai un exemple qui me revient : une jeune qui était mineure, qui s'est fait violer par son premier petit copain, ils n'avaient jamais eu de rapports sexuels, elle avait 16 ou 17 ans au moment des faits. [...] Maintenant elle doit avoir 25 ou 26 ans et elle fait du vaginisme, elle a des douleurs au moment des rapports, elle n'arrive pas à avoir des rapports sexuels et elle a des douleurs pelviennes. C'est seulement dans le cadre de cette consultation pour ces douleurs qu'elle a été amenée à me raconter ça. » E3

c) Délai de découverte

Pour la majorité des intervenants la découverte de ces antécédents se fait après plusieurs années de suivi.

« Les patients que je suis déjà depuis six ans, c'est seulement maintenant que je découvre des antécédents de ce type-là, alors qu'on les suit en général plutôt pour d'autres choses, vu qu'on n'est pas leur psychiatre attiré et qu'on fait le suivi somatique des pathologies aiguës, on n'a pas toujours effectivement accès à ces données-là ou à ces antécédents-là, parce que ce n'est pas forcément à nous qu'ils vont être le premier interlocuteur. » E6

La découverte lors d'une première consultation est rare et n'a été rapporté que par un seul médecin qui fait régulièrement un dépistage systématique.

« J'ai quand même pas mal de patients où je l'ai su dès la première consultation. » E4

IV. Réactions et gestion émotionnelle des médecins face à ces révélations

Les médecins ont exprimé diverses réactions et stratégies de gestion émotionnelle face aux révélations de violences sexuelles.

1) Empathie et écoute active

La plupart des participants ont souligné l'importance de l'empathie et de l'écoute active pour aider les patients à se sentir en sécurité et compris.

« J'ai toujours beaucoup d'empathie pour mes patients. Je ne pars jamais du principe qu'on me ment, ça c'est très important pour moi. Je pars du principe que j'ai une relation de confiance avec mon patient et qu'il n'y a pas de raison qu'il aille me raconter des mensonges. » E2

2) Charge émotionnelle

Les intervenants ont souvent mis en avant la nécessité de se montrer disponibles et de prendre le temps nécessaire pour ces consultations délicates, malgré les défis émotionnels que cela représente pour eux.

« C'est comme quand on annonce un cancer à quelqu'un, c'est difficile psychologiquement, mais je me dis aussi "c'est bien, ça y est maintenant c'est sorti", parce que le secret c'est aussi quelque chose de particulièrement difficile » E2

Un intervenant a exprimé sa difficulté à maintenir une distance émotionnelle professionnelle lors de ses consultations, même s'il reconnaît l'impact positif de son implication sur ses patients et sa satisfaction personnelle malgré l'épuisement émotionnel qui en découle.

« Je pense que déjà je mets pas la distance qu'il faudrait dans ces consultations et ça m'arrive souvent d'avoir les larmes aux yeux quand les patients parlent etc. Je pense que d'un côté c'est bien parce qu'elle se rendent compte que je prends vraiment ça au sérieux et qu'il y a une écoute mais d'un autre côté c'est pas bien parce qu'il faudrait qu'il y ait plus de distance parce que émotionnellement je suis trop impliqué je pense. [...] Ça prend beaucoup d'énergie et souvent j'ai besoin d'en parler après mais je suis contente que ce soit sorti et je sens que ça apporte quand même vraiment quelque chose donc je ne me verrais pas arrêter. » E4

Un autre médecin a témoigné de l'impact émotionnel qu'il ressent après la consultation sans être directement impacté durant la consultation.

« Je vais avoir des difficultés après, la nuit je vais avoir du mal à dormir, je vais repenser à certaines choses. C'est des choses qui risquent de m'accompagner pendant quelques jours, mais pas sur le moment car sur le moment je suis concentrée là-dessus et donc ça ne m'impacte pas tout de suite. » E10

Un intervenant n'ayant jamais été confronté à ce type de situations estime que l'aspect émotionnel ne serait pas une difficulté à gérer.

« Ils peuvent m'en parler. Ça ne me gênerait pas. Je ne pense pas que ce serait compliqué à gérer sur le plan émotionnel. » E5

3) Des consultations qui ne sont pas redoutées pour autant

Bien que ces consultations soient souvent difficiles sur le plan émotionnel, elles ne sont pas redoutées par ces médecins. Au contraire, ils reconnaissent l'importance de leur rôle dans le soutien des victimes de violences sexuelles et voient ces moments comme des opportunités de fournir une aide significative.

« Ce n'est pas quelque chose que je redoute, ce sont des consultations un peu particulières, c'est sûr que c'est plus engageant, ça demande plus d'efforts, plus de réflexion. Psychologiquement il faut arriver à bien se positionner. Ce sont des consultations qui sont plus difficiles mais je pense que ce n'est pas quelque chose que je redoute. » E3

V. Perceptions du rôle du médecin généraliste

1) Importance du dépistage

Les médecins interrogés conviennent de l'importance du dépistage des violences sexuelles, bien que leurs approches varient. Ils reconnaissent que seule une recherche active peut aider à identifier des traumatismes passés.

« C'est un rôle important car ça a quand même un impact psychique chez les patients et qui peut se répercuter aussi sur leur physique, avec un manque de confiance en soi, des troubles anxio-dépressifs. Le rôle du médecin généraliste, ce serait de chercher, de poser plus facilement la question, de pas être trop intrusif non plus mais de poser la question, en tout cas de lancer la petite la petite graine qui pourra peut-être germer dans la tête du patient un jour. » E1

« Je pense que plus on creuse plus on trouve, [...] si on pose pas trop de questions, on n'aura pas beaucoup de réponses car ce n'est pas quelque chose que les gens vont évoquer spontanément. » E3

2) Prise en charge

Tous les médecins ont concédé que le rôle du médecin généraliste ne se limite pas au dépistage : il englobe également l'accompagnement, l'orientation des patients vers des spécialistes appropriés, tels que des psychologues ou des psychiatres ainsi que l'instauration d'un traitement si nécessaire.

« Je les écoute, je les écoute beaucoup, j'essaye de voir s'il y a besoin de mettre un traitement antidépresseur, ou s'il y a besoin de les adresser quelque part, comme des psychologues le plus souvent. Mais après, je ne suis pas assez formée pour faire de la thérapie ou des choses comme ça. » E9

Si le rôle du médecin généraliste est primordial, il est également décrit comme complexe par tous les intervenants qui soulignent le manque de compétences dans la prise en charge des victimes, celle-ci relevant souvent d'une prise en charge spécialisée.

« C'est vrai que j'ai tendance à orienter rapidement parce que je pense qu'effectivement mes connaissances sont limitées et que les professionnels qui sont plus confrontés comme les psychologues ou les psychiatres auront plus à leur apporter que moi avec les connaissances que j'ai. » E6

VI. Opinions sur le dépistage

Les intervenants ont tous été interrogés sur leur opinion concernant les deux stratégies de dépistage utilisées en pratique courante.

A. Dépistage systématique

1) Avantages du dépistage systématique

a) La méthode la plus efficace

Certains médecins ont estimé que le dépistage systématique serait la méthode la plus efficace pour identifier ces traumatismes passés.

« En fait il faut donner l'impression que c'est un interrogatoire systématique qu'on fait avec tout le monde, que c'est comme la question "Est-ce que vous fumez ? Est-ce que vous faites du sport ? Est-ce que vous avez-vous déjà été victime de violence ?". Si on veut faire du dépistage je verrais plus quelque chose comme ça car ce serait la manière la plus efficace. » E3

b) La méthode la plus facile

Un intervenant a estimé que le dépistage systématique, intégré dans la recherche d'antécédents, est la façon la plus facile de poser la question et d'aborder le sujet.

« J'essaye de le faire lors de la première consultation car je trouve que c'est mieux parce que c'est là que c'est le plus facile de le faire. » E4

c) Sensibilisation et éducation

Poser la question a également un rôle de sensibilisation, d'éducation et d'information du grand public sur l'importance du sujet dans la société comme l'a exprimé un participant :

« C'est bien pour les gens qui ont été victimes de violence et c'est bien aussi pour ceux qui n'ont pas été victimes parce que souvent ils sont assez étonnés qu'on pose cette question et du coup moi ça me permet de donner des chiffres parce que j'ai l'impression qu'il y a des gens qui vivent dans des mondes parallèles et qui se posent pas du tout de questions. » E4

d) Etablissement d'un climat de confiance

Un autre médecin a souligné qu'un dépistage systématique permet d'informer les patients que le médecin est sensible à ces problématiques, encourageant ainsi une communication plus ouverte et honnête, même si parfois celle-ci se fait par la suite.

« Parfois ils ne répondront pas tout de suite lors de la première consultation mais deux consultations après : “vous savez la dernière fois vous m'avez posé la question, je ne voulais pas en parler mais maintenant ...”, ça peut venir aussi. » E2

2) Inconvénients et défis du dépistage systématique

a) Manque de temps

Paradoxalement, l'efficacité du dépistage systématique qui le rend chronophage peut constituer une limite à son adoption comme l'a souligné un intervenant :

« Le problème c'est qu'en consultation de médecine générale on nous demande de gérer de plus en plus de choses. Les gens souvent ils ont des dossiers qui sont complexes, et quand ils viennent ils ont déjà trois problèmes à régler [...]. Et je sais que quand on ouvre cette boîte là, il y a de grandes chances qu'il y ait quelque chose qui sorte donc je dois avouer que je le fais pas systématiquement. » E4

b) Nature de la consultation initiale

Certains médecins trouvent inapproprié de poser des questions sur les antécédents de violences sexuelles lors de consultations initiales qui concernent des problèmes de santé aigus ou spécifiques.

« Si à la première consultation c'est quelqu'un qui s'est fait une entorse qui vient ici pour la première fois, poser la question “au fait est-ce que vous me permettez de vous poser des questions sur votre passé ?”, les gens risquent de trouver ça un peu bizarre. Après peut être ce

que je vous dis ça parce qu'on n'a pas l'habitude je sais pas, c'est une bonne question. C'est peut-être mieux selon le contexte quand même. » E5

c) Nécessite d'établir une relation de confiance

Plusieurs médecins ont estimé qu'une relation de confiance doit être établie avant que des questions aussi sensibles puissent être posées efficacement.

« Quand ils viennent pour la première fois, ils ont envie de nous connaître, de voir comment on est, et je pense qu'ils ne s'attendent pas à ce qu'on pose ce genre de questions. Si jamais ils ont eu des violences sexuelles dans l'enfance, je pense que c'est un peu trop frontal la première fois donc à mon avis, il vaut mieux avoir une relation de confiance avec quelqu'un pour aborder cette question. » E9

B. Dépistage ciblé

Les entretiens avec les médecins généralistes ont révélé une préférence marquée pour le dépistage ciblé des antécédents de violences sexuelles, plutôt qu'un dépistage systématique lors des premières consultations.

1) Avantages du dépistage ciblé

a) Respect de la sensibilité du sujet

Un intervenant a rappelé qu'en ciblant le dépistage sur des situations où les patients montrent des signes de détresse ou des symptômes pertinents, le médecin peut aborder le sujet de manière moins intrusive et dans le respect de la volonté du patient.

« On n'est pas non plus dans une enquête judiciaire, on n'est pas de la police, on est pas là pour faire un interrogatoire et avoir des réponses aux questions, nous on est là pour soigner les gens. Pour soigner les gens il faut qu'ils soient d'accord et qu'ils nous partagent les éléments sur lesquels ils ont envie d'être soignés donc il faut leur laisser la possibilité de parler. Mais s'ils

ne veulent pas le dire ou qu'ils ont pas envie de l'aborder ou s'ils veulent pas que tu t'occupes de ce problème-là ils ont le droit. Il faut laisser les gens gérer ça, enfin en tout cas en parler au moment où eux ils en ont envie. Le jour où ils t'en parlent c'est qu'ils ont besoin de soins et c'est eux qui ont choisi le moment et ça je pense que c'est important pour eux. » E7

b) Renforcement de la relation médecin-patient

La révélation permet parfois d'apporter une nouvelle vision des symptômes du patient et de leur proposer une nouvelle prise en charge comme l'ont indiqué deux intervenants.

« Une fois que ça été verbalisé, ça change complètement la relation et en général du coup j'ai l'impression de mieux les comprendre. » E4

« Je pense que ça renforce la confiance qu'on a avec eux et que ça permet de mieux comprendre les patients quand ils arrivent à en discuter avec nous. Je trouve que c'est positif parce que ça montre qu'il y a une bonne relation de confiance et souvent ça permet de débloquent des choses, de mieux comprendre leurs symptômes et peut-être des fois de les orienter vers une autre prise en charge comme psychologique ou psychiatrique. » E7

2) Inconvénients et défis du dépistage ciblé

a) Risques de passer à côté de certains cas

Certains médecins ont rapporté la difficulté à poser la question même lorsqu'ils ont souhaité la poser. De plus, en se basant uniquement sur des signes cliniques apparents, certains cas de violences sexuelles pourraient ne pas être identifiés, particulièrement ceux sans symptômes évidents.

« Ça m'arrive d'avoir des situations où je me dis qu'il se passe quelque chose, et je ne sais pas comment enchaîner là-dessus. Je trouve ça assez difficile donc, c'est vrai que je le fais pas

forcément pour pas trop brusquer les patients. Mais dans des moments comme ça, ouais, il faudrait pouvoir lever le frein car je pense que les gens se taisent volontairement. » E10

b) Nécessité de formation spécialisée

Les participants ont insisté sur la nécessité d'une formation spécifique sur le sujet. Celle-ci permettrait notamment de mieux reconnaître les signes d'alertes.

« Sur les manifestations physiques que ça peut induire, j'ai des notions mais très superficiellement qu'on soit bien d'accord. [...] En général c'est pareil j'oriente vers le gynécologue car lui a une formation un petit peu plus pointue que la mienne. Pour ça, une formation ça pourrait être utile. » E2

3) Signes et contextes justifiant un dépistage ciblé

a) Symptômes psychologiques ou psychiatriques

Les médecins ont souligné l'importance de poser des questions sur les antécédents de violences sexuelles en présence de symptômes d'anxiété, de dépression ou d'autres troubles psychologiques ou psychiatriques.

« J'ai tendance à poser la question quand il y a des signes, j'ai pas mal de patientes avec des troubles anxieux dépressifs, ou par exemple j'en ai qui sont vraiment hyper anxieuses » E4

« Les gens qui ont une pathologie chronique sur le plan psychiatrique, tout type de troubles, que ce soit une schizophrénie, un trouble de la personnalité, un syndrome dépressif chronique, un trouble bipolaire, je pense qu'au bout d'un moment il faut poser la question. » E7

b) Symptômes chroniques inexpliqués ou des motifs de consultations récurrents

Les médecins ont rapporté effectuer un dépistage en présence de troubles somatoformes ou des symptômes tels que des céphalées, des troubles gynécologiques ou digestifs, lorsqu'ils sont chroniques et inexpliqués et que tous les bilans réalisés se révèlent normaux.

« Par exemple les troubles fonctionnels intestinaux ou les migraineux chroniques qui viennent tout le temps parce qu'ils ont la migraine. Au bout d'un moment quand on ne trouve rien je pense que c'est bien de poser la question. Je dis pas que la réponse sera forcément positif mais je pense que ça peut s'exprimer sous la forme d'une angoisse et d'une somatisation en tout cas. Il y a aussi les gens qui viennent de manière répétée pour des symptômes bizarres où on comprend pas, où on fait un bilan somatique mais qu'il n'y a rien au bilan somatique et qu'on a l'impression que c'est des troubles psychosomatiques. » E7

Plusieurs intervenants ont mentionné les motifs de consultation récurrents, en particulier ceux liés à l'anxiété ou à la dépression, comme des éléments incitant à poser la question.

« Quand ils viennent et qu'il y a tout d'un coup des troubles anxieux dépressifs ou des motifs de consultation récurrents et qu'on a déjà cherché dans le somatique et qu'on a rien trouvé, j'ai assez vite tendance quand même à leur poser la question. » E4

c) Les usagers de drogues dures

Un médecin a cité la consommation de drogues dures comme pouvant être une conséquence de violences subies dans l'enfance.

« Quand il y a des consommations de drogues dures, c'est-à-dire cocaïne, héroïne, je pense qu'il faut poser la question au moins une fois, dans beaucoup de situations il y a eu des épisodes de violence avec parfois des violences sexuelles. » E7

d) Indicateurs comportementaux

Un intervenant a souligné que la réticence à certains examens cliniques ou des réactions disproportionnées peuvent être des signes révélateurs justifiant l'exploration d'antécédents de violences sexuelles.

« Je pense au moment de l'examen de certaines personnes, il y a des gens qui semblent réticents par exemple, je sais pas, juste soulever un t-shirt ou quelque chose comme ça. Ça peut amener peut-être à se poser la question. En tout cas je me suis déjà posé la question. » E5

VII. Technique de questionnement

Les différents intervenants mettent en lumière les considérations importantes autour des techniques d'approche directe et indirecte pour aborder les antécédents de violences sexuelles. Bien qu'ils reconnaissent tous l'importance de dépister ces antécédents, leurs perspectives varient quant à la manière la plus appropriée de poser cette question sensible.

1) Approche indirecte

En pratique, la majorité des médecins privilégie une approche indirecte. Cette approche se traduit généralement par une question englobant tous les types de violences puis en demandant des précisions.

« En général, quand je vois qu'il y a une faille, je commence à demander s'il y a eu des problèmes dans l'enfance, s'ils ont eu une enfance difficile ensuite je demande s'il y a eu des violences puis après seulement je demande s'il y a eu des violences sexuelles. Mais je ne commence pas par "est-ce que vous avez subi des violences sexuelles ?" et je ne dis jamais le mot « viol » par exemple parce que ça fait peut-être un peu trop direct. » E9

Ils estiment qu'elle permet de créer un espace plus sûr pour les patients car elle est moins intrusive, permettant ainsi aux patients et au médecin de se sentir plus à l'aise.

« J'ai l'impression que ça passera mieux, ou en tout cas peut-être que moi je me sentirais plus à l'aise si je le pose comme ça. » E1

Généralement, les participants utilisent dans un premier temps l'approche indirecte pour introduire le sujet et pourront en fonction du contexte utiliser une approche plus directe.

« Je vais souvent amener le terme de violence, parce exemple "avez-vous subi des violences ?", et là, si on me dit oui, après j'essaie de les caractériser : des violences psychologiques, des violences verbales, des violences physiques, des violences sexuelles. En fait, j'introduis le truc un peu comme ça » E10

2) Approche directe

En pratique, seuls deux intervenants disent utiliser régulièrement l'approche directe.

Un des deux intervenants explique que cette approche permet notamment d'éviter tout confusion avec le patient sur le sujet dont il est question.

« Non, je pose la question directement, je suis assez directe avec les patients. Je pense qu'à partir du moment où on leur pose la question, c'est mieux d'être direct que dans le non-dit parce que le patient peut aussi se poser la question de savoir si moi je pose la question. De manière franche et directe, ça le met face à lui-même. Parfois ils ne répondront pas à la première consultation mais deux consultations après. » E2

A l'inverse, l'autre intervenant estime qu'une question trop directe et en utilisant des termes bien précis pourrait ne pas être comprise par le patient et influencer leur réponse. Cet intervenant l'utilise donc selon le contexte.

« J'essaie de pas trop tourner autour du pot mais des fois si on utilise des mots précis ou des diagnostics précis, c'est compliqué de savoir comment les gens en parlent et de quels mots ils vont mettre dessus. Vraiment, le mot viol si j'avais posé la question de « est-ce que vous avez

déjà été violée » je pense qu'il y a au moins la moitié des cas elles m'auraient dit non alors que c'était clairement un viol d'après la description faite par la loi. » E4

Les autres médecins ne rejettent pas l'approche directe pour autant. Ils reconnaissent qu'elle peut être efficace, notamment dans le cadre d'un dépistage systématique ou lorsque le patient est bien connu du médecin. Cependant, ils ne l'utilisent pas systématiquement dans leur pratique.

« Je pense que ça dépend de si on connaît la personne ou pas. Si on ne connaît pas la personne, comme ça, de façon directe je pense pas que ce soit une bonne idée. Maintenant si on connaît le patient on l'a déjà vu quelques fois on saura déjà comment est la personne, comment l'aborder un petit peu aussi donc là ça peut être fait plus directement je pense. » E5

VIII. Prise en charge des victimes

1) Orientation vers des spécialistes

Tous les intervenants ont immédiatement reconnu la nécessité d'orienter les patients vers des spécialistes, tels que des psychologues ou des psychiatres.

« Je les oriente très rapidement, soit vers des confrères/consœurs psychiatres soit vers des psychologues parce qu'il y a toujours un peu cette peur de la stigmatisation d'aller voir un psychiatre, ça existe encore même si c'est de moins en moins fréquent mais ça existe encore. Donc je préfère orienter vers des professionnels de la santé mentale et de la santé psychologique et je pense qu'eux sont plus à même de répondre aux besoins. » E2

2) Aide dans les démarches légales

Les médecins reconnaissent que leur rôle dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles est multifacette. Les patients peuvent leur demander des conseils qui dépassent

largement le cadre strictement médical, notamment une aide dans les démarches légales comme l'accompagnement en cas de plainte.

« Par contre, j'ai une autre modalité, c'est de leur demander si elles ont déjà pensé à porter plainte contre la personne, [...] je leur rappelle qu'à partir du moment où elles sont victimes elles ont droit à la réparation et que par conséquent dans leur cheminement, il faudra qu'à un moment donné elles puissent aussi se poser la question. » E2

« J'essaye de voir aussi si elles veulent porter plainte ou pas, moi je leur fais souvent un certificat et souvent si elle me disent qu'elles doivent aller porter plainte ou qu'elle hésitent, je leur dis de se faire accompagner par quelqu'un. » E4

Pour d'autres démarches plus spécifiques, ils admettent un manque de compétences et font généralement appel à des associations spécialisées.

« Je me suis rendu compte qu'à part lui donner des noms d'association, des numéros de téléphone à appeler, lui expliquer qu'il peut faire des mains courantes. Je suis un peu perdu de ce qu'il faut faire, j'essaye juste de faire ce que je peux. » E9

3) Collaboration avec des associations

Certains intervenants ont souligné l'importance de collaborer avec des associations spécialisées pour la prise en charge des patients victimes de violences sexuelles. Cette collaboration est perçue comme essentielle pour offrir un soutien complet aux victimes, allant au-delà des soins médicaux pour inclure un accompagnement psychologique, juridique et social.

« Dans des situations comme ça, nous sur le secteur, on travaille pas mal avec une association. Il y a des psychologues, j'oriente souvent par exemple les femmes qui sont victimes de violences conjugales pour qu'il y ait une prise en charge pluri-disciplinaire. » E3

Ces associations peuvent prendre le relais et fournir des ressources et des services complémentaires indispensables, tels que des conseillers spécialisés, des juristes et des travailleurs sociaux, qui peuvent aider à traiter les aspects complexes des traumatismes liés aux violences sexuelles.

« Souvent je les adresse à des associations où je me dis qu'il y a des juristes, des travailleurs sociaux, enfin des gens qui sont peut-être plus compétents que moi mais souvent je passe le relais parce que je me dis, que moi à mon petit niveau, ça me paraît compliqué d'expliquer les choses, je peux les rassurer ou les médicamenter s'il y a besoin mais j'essaye qu'on fasse une prise en charge pluridisciplinaire. » E1

4) Prescription de traitements médicaux et psychothérapie

Les médecins doivent parfois prescrire un traitement médicamenteux notamment en cas de difficultés à orienter vers un spécialiste compétent comme l'a relaté un des médecins :

« Je leur en parle dès la première consultation en disant qu'il faut être accompagné et parfois c'est moi qui fais l'accompagnement parce que les délais d'obtention des rendez-vous chez les confrères et les consœurs sont très longs et parfois ils optent plutôt pour le psychologue, donc je me retrouve parfois avec de la chimie à mettre en place, un antidépresseur, un anxiolytique ou un somnifère parce que les nuits sont difficiles donc je peux aussi instaurer un médicament. »

E2

La totalité des intervenants ont avoué ne pas avoir de compétences dans la prise en charge psychothérapique mais certains peuvent être obligés de démarrer un suivi devant les difficultés d'accès aux soins spécialisés.

« Quand ça sort après on en fait quoi ? Parce que je sais pas faire de la psychothérapie donc je bricole des trucs, je les écoute je leur parle mais je pense que je fais pas du tout de la

psychothérapie comme il faudrait, souvent j'essaye de bricoler des trucs mais je parle aussi un peu de ma vie, de celle d'autres patients en anonymisant complètement les choses mais pour essayer de leur donner des exemples mais en fait je me rends compte que je suis complètement en train de bricoler. » E4

IX. Obstacles et difficultés dans la prise en charge des violences sexuelles

1) Manque de temps

Durant les entretiens, le manque de temps a été systématiquement cité comme un frein au dépistage.

« Je pense que ça devrait être plus fait, après on en revient sur le problème du temps, si on aborde le sujet il faut être prêt à y consacrer une bonne demi-heure derrière. On peut pas aborder le sujet et après leur dire “bon bah au revoir on verra ça la prochaine fois”. » E5

2) Gêne à aborder le sujet

Certains intervenants admettent avoir une gêne intrinsèque à aborder un sujet aussi délicat.

« Je devrais le faire mais je le fais pas, j'avoue. Je crois que je suis un peu mal à l'aise avec cette question là, peut-être, mais je sais que je devrais le faire. » E1

D'autres pensent que ce sont les patients qui ne seraient pas à l'aise avec la question, notamment lors d'une première consultation.

« Sur une première consultation, c'est pas que je serais pas à l'aise, c'est que je sais que le patient ne le serait pas et je ne souhaite pas le mettre mal à l'aise. » E2

3) Difficultés à pallier le manque de spécialistes

Certains intervenants ont insisté sur l'importance mais aussi la difficulté d'avoir un réseau de professionnels spécialisés pour assurer une prise en charge complète et continue.

« On manque probablement d'un réseau aussi pour nous soutenir parce que je pense que ces victimes-là, elles ont besoin de plusieurs professionnels qui s'aident et en fait c'est compliqué, moi quand je me suis installée ici la première fois que j'ai eu une patiente suicidaire, j'ai appelé dix psy à la suite et aucun ne prenait de nouveaux patients. Si on n'a pas la formation et qu'on a pas ces collègues de référence, c'est clairement un frein parce qu'on sait pas quoi faire avec les gens. » E4

4) Si la personne est accompagnée

Certains médecins estiment qu'il est difficile de poser la question à une personne si elle n'est pas seule en consultation.

« Si la personne n'est pas seule et qu'elle est accompagnée, c'est peut-être plus ça qui peut être un peu dérangent, de poser la question devant quelqu'un, et qu'elle pourrait ne pas avoir envie de répondre. » E6

5) Manque de sensibilisation et de formation des médecins

Certains participants ont également pointé le manque de sensibilisation des médecins sur les sujets sociétaux. Ils soulignent également l'importance d'une sensibilisation accrue à cette problématique dès la formation initiale.

« C'est un sujet qui est clairement pas du tout assez abordé au cours de nos études. Je parlais tout à l'heure des patients qui ont l'air de vivre dans un autre monde mais je pense que c'est le cas aussi de plein de médecins. [...] Si on n'a pas la formation et qu'on a pas ces collègues de référence, c'est clairement un frein parce qu'on sait pas quoi faire avec les gens. » E4

X. Formation et connaissances des médecins

1) Formation initiale et continue

Deux participants déclarent avoir fait une formation spécifique sur les violences sexuelles. L'un d'eux reconnaît que la plupart de ses connaissances proviennent d'autres sources d'informations.

« Il y avait une formation pendant mon internat, organisée par SOS Femmes Solidarités qui parlait des violences de manière générale. J'ai fait une formation quand j'étais remplaçante qui était organisée par Stop aux Violences Sexuelles, une association qui a fait une formation sur deux jours puisque je me suis dit je veux être plus à l'aise pour gérer ça mais après j'ai l'impression que je le fais aussi un peu par instinct, de par toutes les lectures que j'ai eues personnellement, les vidéos que j'ai regardées et les podcasts que j'ai écoutés. » E4

2) Notions sur le psychotraumatisme

Plusieurs intervenants ont reconnu ne pas avoir de compétences sur le psychotraumatisme et ne pas connaître les signes qui pourraient alerter. Ils pointent la nécessité d'être formé pour reconnaître les signes de traumatismes ainsi que pour poser les questions appropriées de manière sensible et efficace.

« Je n'ai pas eu de formation, je pense que mes connaissances sont orientées en fonction de ma façon de vivre et ma façon d'être vis-à-vis des problèmes en général.

- *Est-ce que vous avez des notions sur le psycho-traumatisme qui peut être induit suite à un antécédent de violence ?*

Pas trop non. Franchement, non » E5

3) Besoins en formation

Tous les médecins interrogés expriment un besoin de formation sur plusieurs aspects, notamment la reconnaissance des signes et symptômes, la manière d'aborder le sujet de façon appropriée, la gestion des émotions, l'orientation des patients et les démarches médico-légales.

« On n'est pas formé à ça alors même s'il y a une part de formation peut-être au cours de l'internat, mais franchement à ce niveau-là elle est nulle. » E5

4) Ressources utilisées

Seul un médecin connaît et dispose de ressources qu'il transmet aux victimes.

« Pour les victimes d'inceste, il y avait un podcast qui a été fait, il est vraiment très bien fait, [...] donc je leur donne en ressource. Des fois avec les jeunes ça peut être un site Instagram mais souvent pour les victimes de violence c'est une plaquette avec les coordonnées des associations et le site de Muriel Salmona. Je dirais que c'est ce que j'utilise le plus. » E4

L'utilisation d'outils et de supports pour faciliter le dialogue avec les patients a été mentionnée par certains médecins qui considèrent que cela pourrait être utile à leur pratique.

« Je pense qu'une petite fiche sur l'approche à adopter, une fois qu'un patient s'est livré, qu'est-ce qu'on pourrait lui proposer ou une petite plaquette à donner aux patients, avec les numéros de téléphone utiles, les associations spécifiques à chaque ville du secteur, ça pourrait nous être utile. » E1

XI. Influence des médias et du contexte sociétal

Bien que tous les médecins reconnaissent que la médiatisation des violences sexuelles a sensibilisé l'opinion publique, son impact sur leur pratique quotidienne semble plus mitigé.

1) Impact de la médiatisation des violences sexuelles sur la pratique médicale

La majorité de médecins ont affirmé que la médiatisation n'a pas eu d'impact sur leur pratique médicale.

« Non, la médiatisation n'a pas eu d'impact sur ma façon d'exercer mais peut être sur la façon de le recevoir parce que les patients se donnent plus de liberté pour le dire. » E2

Un seul intervenant a déclaré que la médiatisation a eu un impact direct sur sa pratique médicale.

« Je dirais que oui, parce que c'est quand même des choses dont on parle beaucoup avec MeToo, avec le procès en ce moment, les violences sexuelles, les viols, etc., c'est quelque chose qui est beaucoup plus abordé dans la société en général donc forcément, je l'aborde plus en consultation. » E9

2) Influence sur les patients

Un intervenant met en garde sur la façon dont les médias abordent ces sujets mais reconnaît l'influence positive qu'ils peuvent avoir sur les patients.

« Je pense que ça doit aider énormément de monde le fait qu'il y ait eu Me Too parce que du coup on a quand même abordé ces sujets mais il faut s'en préoccuper un tout petit peu parce qu'il y a quand même énormément de conneries qui sont encore dite actuellement. Me Too ça reste quand même un mouvement qui est très régulièrement attaqué on voit que ça n'a clairement pas réglé les choses. [...] Souvent les médias mainstream ça me crispe car je trouve qu'ils sont quand même souvent un peu à côté de la plaque ou c'est souvent minimisé. » E4

Un intervenant a observé une libération de la parole au sein de sa patientèle au cours des derniers mois.

« Il y a quelques mois, j'en avais pas autant alors que là, je trouve que les gens en parlent plus et je pense pas que c'est parce qu'il y en a plus, c'est parce que les gens en parlent plus. » E9

Certains intervenants préfèrent rester prudents sur ce point ou n'ont pas constaté de changements significatifs chez leur patientèle.

« Je ne pourrais pas dire... Je ne pourrais pas dire. En fait, pour les patients, trouver des infos pour avancer c'est tellement difficile. Alors, oui il y a une vulgarisation qui est intéressante, notamment sur Youtube, c'est vrai qu'il y a des vidéos qui sont très intéressantes. Maintenant, les patients, je n'ai pas l'impression qu'ils s'appuient là-dessus pour avancer. » E10

XII. Pistes d'amélioration

1) Améliorer le réseau de soins

Certains intervenants mettent en lumière l'importance d'un réseau de soins.

Un des intervenants a cité l'intérêt et le soutien qu'apporte une microstructure. Ces structures incluent non seulement les médecins généralistes, mais aussi des professionnels de la santé mentale et des travailleurs sociaux, pour répondre aux besoins complexes des patients.

« Je pense que l'accès aux soins psychiatriques et pédopsychiatriques doit être renforcé et amélioré. Nous ici on a une microstructure, c'est vraiment un soutien important. Il y a une psychologue qui vient deux demi-journées par semaine dans notre cabinet et les soins sont gratuits pour les gens et son planning est tout le temps rempli c'est énorme le temps qu'elle passe avec les gens. Moi clairement je peux pas donner ce temps là et puis c'est pas mon métier quoi, donc je pense que ça apporte beaucoup aux gens. Il y a aussi une assistante sociale parce que souvent il y a des répercussions sociales et donc du coup on peut aussi travailler sur ce volet là et ça c'est aussi un plus. » E7

2) Formation initiale et continue

Un médecin qui a suivi une formation sur les violences sexuelles faites aux enfants reconnaît l'intérêt de ce type de formation et dit se sentir plus à l'aise pour aborder ce sujet.

« Une fois j'ai fait une soirée formation et c'est bien, il y a des intervenants qui nous expliquent un peu ce qu'il faut faire. Je sais qu'il y en beaucoup, pour les violences sexuelles faites aux enfants. Il y avait quelqu'un de la gendarmerie qui était venu, il y avait un pédopsychiatre. En fait, ils nous ont expliqué la marche à suivre, ce qu'il fallait faire, comment ça fonctionnait exactement. Et puis, au moins après on savait quoi faire et à qui s'adresser si on avait quelque chose. » E9

3) Sites d'aide à la pratique médicale

Un participant a déclaré que l'élaboration d'un site d'aide à la pratique médicale pourrait être un support utile pour accompagner les victimes.

« Il y a plein de sites maintenant avec des « clic » derrière, thromboclic, gestaclic, etc..., donc pourquoi pas faire un truc comme ça, ça pourrait aider, être utile. » E9

DISCUSSION

I. Principaux résultats et mise en perspective avec la littérature existante

Nos résultats mettent en évidence plusieurs points clés concernant le dépistage et la prise en charge des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance par les médecins généralistes.

La plupart des médecins rapportent que la découverte de tels antécédents est peu fréquente et survient souvent tardivement, après plusieurs années de suivi, ce qui rejoint les observations d'autres études (30,42).

Le débat persiste quant à l'approche de dépistage optimale. Bien que nos participants n'aient pas adopté de dépistage systématique, ils reconnaissent l'importance d'une recherche active des violences sexuelles, en accord avec d'autres études montrant l'importance de cette recherche (31,43).

Les médecins de notre étude ont plus de facilité à pratiquer un dépistage ciblé, basé sur des indices cliniques ou contextuels, plutôt qu'un dépistage systématique. Cette approche, privilégiée pour respecter la sensibilité du sujet, nécessite une formation pointue pour identifier les signaux d'alerte et soulève des inquiétudes quant au risque de manquer des cas, en particulier chez les patients asymptomatiques, comme l'illustrent les "missed opportunities" d'une étude américaine (44).

Dans notre étude, les médecins généralistes montrent une sensibilité accrue et reconnaissent leur rôle dans le dépistage et la prise en charge, et manifestent une volonté d'améliorer leurs pratiques. Cette évolution positive a également été constatée dans des études récentes (45,46) et contraste avec des études antérieures où les médecins semblaient moins sensibilisés et pouvaient percevoir le dépistage comme intrusif voir hors de leurs compétences (35,47–50).

Bien que la médiatisation accrue des violences sexuelles ait sensibilisé le public et les médecins, son impact direct sur la pratique médicale semble limité. Ce constat est partagé par d'autres études (51) mais contraste avec l'augmentation constante du nombre de déclaration d'agressions sexuelles notamment après chaque affaire médiatique (52,53). Cela suggère que son influence sur la pratique médicale pourrait être plus progressive ou, en tout cas, nécessite des efforts de sensibilisation supplémentaires.

Les obstacles et difficultés dans le dépistage et la prise en charge des antécédents de violences sexuelles ont été très rapidement abordés par les médecins dans les entretiens, cette partie prenant souvent une place centrale dans leurs réponses aux différentes questions. Ces obstacles semblent être souvent la raison principale de l'absence ou l'insuffisance de dépistage.

Les médecins se sentent souvent démunis face à ces révélations, soulignant le manque de formation spécifique sur le psychotraumatisme et la prise en charge des victimes. Ces difficultés, partagées par d'autres recherches, soulignent l'importance de développer des ressources et des formations pour soutenir les médecins généralistes dans cette démarche (54–56). Ils reconnaissent l'importance de l'orientation vers des spécialistes, mais déplorent les difficultés d'accès aux soins spécialisés. Ce constat est confirmé par la mission de l'inspection générale de la justice et de l'inspection générale des affaires sociales (21).

La révélation d'antécédents de violences sexuelles suscite des réactions émotionnelles fortes chez les médecins, qui soulignent l'importance de l'empathie et de l'écoute active. La charge émotionnelle associée à ces consultations peut être lourde, mettant en évidence la nécessité d'un soutien pour les professionnels de santé.

II. Implications

Nos résultats soulignent la nécessité d'une action à plusieurs niveaux :

- **Renforcer la formation initiale et continue** y compris sur les aspects psychologiques, juridiques et sociaux ainsi que la sensibilisation aux signaux d'alerte chez l'enfant et chez l'adulte. Il pourrait être utile d'inclure des modules de formation spécifiques dans les programmes de Développement Professionnel Continu, ainsi que des ressources en ligne et des guides pratiques.
- **Enseigner certaines approches de dialogue** et utiliser des techniques de questionnement indirect permettraient de diminuer la sensation de malaise et la crainte de réactiver le traumatisme que peuvent avoir les médecins généralistes.
- **Encourager le dépistage ciblé** basé sur des signes cliniques ou contextuels, tout en normalisant progressivement l'utilisation de **grilles de dépistage systématique** dans certaines consultations de routine.
- **Favoriser l'organisation de consultations plus longues** dédiées à ces problématiques. Par exemple, l'introduction d'une cotation spécifique pour les grilles de dépistage systématique, à l'instar de ce qui existe pour d'autres outils standardisés comme les questionnaires de Hamilton permettrait de compenser le temps supplémentaire nécessaire à l'abord de ces sujets sensibles.
- **Améliorer l'accès aux soins spécialisés** en santé mentale, créer des **structures d'accompagnement**, et développer des **réseaux de soins coordonnés** pour faciliter le parcours de soins des victimes. Des partenariats avec des associations spécialisées sont également préconisés pour fournir aux médecins des ressources et des relais de prise en charge adaptés.
- Mise en place de **soutien pour les médecins généralistes** confrontés à la révélation de violences sexuelles, afin de prévenir l'épuisement professionnel.

III. Biais potentiels

Dans cette étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes alsaciens, plusieurs biais potentiels peuvent être identifiés et méritent d'être discutés.

1) Biais de sélection

Le recrutement des participants s'est fait par contact téléphonique et par le biais de connaissances directes et indirectes. Cette approche peut avoir introduit un biais de sélection, car les médecins qui ont accepté de participer pourraient être plus sensibilisés à la problématique des violences sexuelles ou avoir des pratiques différentes de ceux qui ont refusé ou n'ont pas été contactés.

2) Biais de désirabilité sociale

Les médecins interrogés pourraient avoir tendance à présenter leurs pratiques sous un jour favorable, en minimisant les difficultés ou les réticences qu'ils peuvent éprouver face au dépistage et à la prise en charge des violences sexuelles. Ce biais pourrait conduire à une sous-estimation des obstacles rencontrés dans la pratique quotidienne et à une surévaluation de leur niveau de compétence et de confort dans ces situations.

3) Biais de mémoire

La mémoire des événements passés peut être sujette à des distorsions ou à des oublis, en particulier lorsqu'il s'agit de situations émotionnellement chargées comme la révélation de violences sexuelles. Les médecins pourraient avoir du mal à se souvenir précisément de toutes les situations rencontrées, de leurs réactions ou des détails des prises en charge, ce qui pourrait affecter la fiabilité de leurs témoignages.

4) Biais dû à l'investigateur

L'investigateur en tant que médecin pourrait lui-même avoir influencé, même inconsciemment, les réponses des participants par ses attitudes, opinions ou réactions non verbales. De plus, le fait que certains participants soient des connaissances directes ou indirectes de l'investigateur pourrait avoir créé un climat de familiarité ou de confiance pouvant influencer la dynamique des entretiens et les réponses fournies.

IV. Ouverture vers de futures recherches

Bien que cette étude apporte des éclairages précieux sur la perception et la prise en charge des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance par les médecins généralistes alsaciens, elle ouvre également la voie à de nouvelles interrogations et à des recherches futures.

1) Généralisabilité des résultats

Des études quantitatives impliquant des échantillons plus larges et diversifiés, seraient nécessaires pour confirmer ou nuancer les conclusions de cette étude et évaluer la transférabilité de ses résultats à d'autres populations de médecins généralistes.

2) Impact à long terme de la formation

Des études longitudinales permettraient de mesurer l'efficacité de ces formations et d'identifier les facteurs favorisant ou entravant leur mise en œuvre dans la pratique quotidienne.

3) Développement d'outils d'aide à la décision

La conception et l'évaluation d'outils d'aide à la décision clinique, adaptés au contexte de la médecine générale pourrait favoriser le dépistage par les médecins généralistes.

4) Évaluation de l'impact de la médiatisation

Il serait intéressant d'explorer plus en détail l'influence à long terme de la médiatisation sur les attitudes et les comportements des médecins, ainsi que sur les attentes des patients en matière de dépistage et de prise en charge.

5) Étude de l'évolution des pratiques

Une revue de la littérature pourrait permettre de suivre l'évolution des pratiques des médecins généralistes dans le temps et évaluer l'impact de ces changements sur la qualité des soins aux victimes.

CONCLUSION

Les violences sexuelles dans l'enfance constituent une problématique de santé publique majeure, souvent sous-déclarée, et leurs répercussions sur la santé mentale et physique des victimes sont profondes.

Cette étude a permis d'explorer les pratiques et les perceptions des médecins généralistes alsaciens concernant le dépistage et la prise en charge des antécédents de violences sexuelles subies durant l'enfance. Les résultats montrent que, bien que les généralistes soient conscients de l'importance du sujet et de leur rôle dans l'accompagnement des victimes, plusieurs obstacles entravent une prise en charge optimale. Il s'agit notamment du manque de temps, de formation, des difficultés à aborder ces sujets délicats avec les patients mais également des difficultés d'accès à un réseau de soins spécialisés.

Ces constats soulignent la nécessité d'intégrer plus largement la question des violences sexuelles dans les programmes de formation médicale initiale et continue, afin d'améliorer la détection et l'accompagnement des patients. Le dépistage pourrait être facilité par l'utilisation d'outils d'aide à la pratique médicale (ressources en ligne, guides pratiques, etc.), le renforcement du réseau d'accompagnement pluridisciplinaire et par des consultations plus longues. L'introduction d'une cotation spécifique pour les grilles de dépistage systématique encouragerait leur utilisation, ce qui faciliterait l'identification précoce des antécédents de violences sexuelles et donnerait aux médecins le temps d'aborder ces sujets délicats tout en préservant la relation de confiance.

En outre, la médiatisation croissante des violences sexuelles ouvre de nouvelles perspectives pour la libération de la parole des victimes. En réduisant la stigmatisation et en normalisant la prise de parole, il est plus probable que ces sujets émergent lors des consultations médicales. Il s'agit non seulement de mettre à l'aise les victimes mais également les médecins.

À l'avenir, il est nécessaire de poursuivre la recherche sur les pratiques de dépistage et de prise en charge des violences sexuelles en médecine générale, et d'évaluer l'efficacité des formations et des dispositifs mis en place. Le médecin généraliste doit se voir confier un rôle central non seulement dans le dépistage, mais aussi dans l'accompagnement global des patients victimes de ces violences. Bien que des progrès notables semblent avoir été réalisés dans la reconnaissance et la médiatisation des violences sexuelles, le dépistage et la prise en charge des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance n'est pas encore une pratique courante, efficace et intégrée dans le quotidien des médecins généralistes.

VU

Strasbourg, le 14/11/24

Le président du jury de thèse

Professeur Gilles BERTSCHY



VU et approuvé
Strasbourg, le 21 NOV. 2024
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Médecine et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



Bibliographie

1. Pierrefixe S. Violences sexuelles : Au cœur d'une enquête accablante. Inserm, le magazine. 01 2022;(52):4-5.
2. Bajos N, Ancian J, Tricou J, Valendru A. Sociologie des violences sexuelles au sein de l'Église catholique en France (1950-2020). Inserm-IRIS-EHESS; 2021 oct p. 454.
3. Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. INED; 2017 p. 67. (Documents de travail). Report No.: 229.
4. IFOP, Fondation Jean-Jaurès. Enquête sur les violences sexuelles. 2018 févr.
5. IPSOS, AIVI. Etat des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste : vécu, état de santé et impact sur la vie quotidienne. 2010.
6. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* mai 1998;14(4):245-58.
7. Josse É. Chapitre 17. Histoire du psychotraumatisme. In: *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Paris: Dunod; 2017. p. 189-96. (Psychothérapies).
8. Robert D. L, Sagar V. P, Alain D. L, Kathleen M. H, Martha A, Sidney H. K, et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *Am J Psychiatry.* déc 1998;155(12).
9. Baccini F, Pallotta N, Calabrese E, Pezzotti P, Corazziari E. Prevalence of sexual and physical abuse and its relationship with symptom manifestations in patients with chronic organic and functional gastrointestinal disorders. *Dig Liver Dis.* avr 2003;35(4):256-61.
10. Irish L, Kobayashi I, Delahanty DL. Long-term Physical Health Consequences of Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Review. *J Pediatr Psychol.* juin 2010;35(5):450-61.
11. Thomas JL. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. 15 oct 2015;2015/3:253-9.
12. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI). *Vécu et ressenti en matière de sécurité : victimation, délinquance et sentiment d'insécurité*. Paris: SSMSI; 2022.
13. Salmona DM. Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'œuvre. *Prat Psychothérapie EMDR.* 2017;207-18.
14. Salmona M. La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma. *Cah Justice.* 2018;1(1):69-87.

15. Andersen SL, Tomada A, Vincow ES, Valente E, Polcari A, Teicher MH. Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2008;20(3):292-301.
16. Woon FL, Hedges DW. Hippocampal and amygdala volumes in children and adults with childhood maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Hippocampus*. 2008;18(8):729-36.
17. Herringa RJ. Trauma, PTSD and the Developing Brain. *Curr Psychiatry Rep*. 19 août 2017;19(10):69.
18. Ehling T, Nijenhuis ERS, Krikke AP. Volume of discrete brain structures in complex dissociative disorders: preliminary findings. *Prog Brain Res*. 2008;167:307-10.
19. McLean S. The effect of trauma on the brain development of children. *CFCA Pract Resour*. juin 2016;
20. Haute Autorité de Santé (HAS). Programme de travail 2024. 2024 juill.
21. Furnon-Petrescu H, Moisson S, Le Gaudu V, Luu D. Mission aux fins d'amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des victimes de faits d'inceste et de violences sexuelles pendant leur minorité. *Inspection générale de la justice et Inspection générale des affaires sociales*; 2023 nov.
22. Marsicano É, Bajos N, Pousson JE. Violences sexuelles durant l'enfance et l'adolescence : des agressions familiales dont on parle peu. *Popul Sociétés*. 2023;612(6):1-4.
23. Pigeat F, Wyniger P. 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. *Université Toulouse III*; 2020.
24. Bajos N, Bozon M, l'équipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. *Popul Sociétés*. 2008;445(5):1-4.
25. Meslin J. Rôle du médecin généraliste dans la révélation tardive d'abus sexuels par les patients. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2011.
26. Charbit C. Quand les adultes victimes d'inceste sortent du silence : étude qualitative auprès de 15 victimes d'inceste. *Faculté de médecine Lyon Est*; 2014.
27. 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. *Université Bordeaux 2*; 2014.
28. Vignocan L, Monti M. « Que puis-je faire pour vous ? » La consultation de médecine générale : attentes des femmes ayant vécu des violences sexuelles. *Université Paul Sabatier Toulouse*; 2016.

29. 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. Université de Nice Sophia Antipolis; 2015.
30. Braoudé I, Manolios E, Jean E, Huppert T, Verneuil L, Revah-Levy A, et al. Révéler des violences sexuelles subies dans l'enfance à un professionnel de santé : une métasynthèse. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 juin 2022;70(4):201-13.
31. Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. 2013.
32. Clement J, Noël S. Expérience vécue et attentes en consultation de médecine générale des patient(e)s ayant été victimes de violences sexuelles : étude qualitative menée en Loire-Atlantique, Vendée, Deux-Sèvres et Finistère. Faculté de médecine de Nantes; 2021.
33. SALMONA M. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte : Déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge : enquête nationale auprès des victimes. Association mémoire traumatique et victimologie; 2015. 368 p.
34. Fédération française de psychiatrie. Conséquences des maltraitances sexuelles les reconnaître, les soigner, les prévenir: Conférence de consensus 06 et 07 novembre 2003. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 mai 2004;52(3):182-9.
35. Bonneau R. Acceptabilité d'un dépistage systématique des violences interpersonnelles en médecine générale. Université de la Réunion; 2019.
36. 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.
37. 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.* 16 déc 2010;50(8):737-55.
38. Ambroise-Rendu AC. Un siècle de pédophilie dans la presse (1880-2000) : accusation, plaidoirie, condamnation. *Temps Médias.* 2003;1(1):31-41.
39. 1986 : Le tabou de l'inceste dans « Les dossiers de l'écran » | Archive INA. Les dossiers de l'écran. 2020.
40. CNRS. Les violences sexuelles à caractère incestueux sur mineur.e.s. 2017 avr.
41. Lochon A. Trente ans de médiatisation des violences sexistes et sexuelles. *Émul Rev Jeunes Cherc Cherc En Sci Soc.* juill 2021;(38):21.
42. Brattfjell ML, Flåm AM. "They were the ones that saw me and listened." From child sexual abuse to disclosure: Adults' recalls of the process towards final disclosure. *Child Abuse Negl.* 1 mars 2019;89:225-36.
43. Sprague S, Slobogean GP, Spurr H, McKay P, Scott T, Arseneau E, et al. A Scoping Review of Intimate Partner Violence Screening Programs for Health Care Professionals. *PLOS ONE.* 15 déc 2016;11(12):e0168502.

44. Perone HR, Dietz NA, Belkowitz J, Bland S. Intimate partner violence: analysis of current screening practices in the primary care setting. *Fam Pract.* 19 janv 2022;39(1):6-11.
45. Chahir F. Ressenti des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage des violences sexuelles : une étude qualitative auprès de médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. Université de Marseille; 2024.
46. Thomas A. Comment les médecins généralistes assurent le suivi gynécologique des patientes aux antécédents de violences sexuelles ? Université de Rouen; 2024.
47. Darde F, Gabard A, Dréno P. Oser poser une question sur l'existence d'une ancienne violence sexuelle devant des symptômes révélateurs: expérience de médecins généralistes en Loire-Atlantique par la méthode du focus groupe. Université de Nantes; 2013.
48. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, Beco AD, Chastaing J, et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. *Médecine.* 10 déc 2014;10(9):423-8.
49. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. Université de Grenoble; 2012.
50. Lazimi G. Rôle des généralistes dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de violences. In: *Violences conjugales et famille.* Dunod. 2016. p. 52-63. (Psychothérapies).
51. Simonin M. Étude de l'influence de la médiatisation des violences faites aux femmes sur leur prise en charge par des médecins généralistes de Haute-Normandie : analyse qualitative par focus group. Université de Rouen; 2021.
52. Rotenberg C, Cotter A. Les agressions sexuelles déclarées par la police au Canada avant et après le mouvement #MoiAussi, 2016 et 2017. *Juristat - Statistique Canada.* (85):08/11/2018.
53. McDonald AF. Framing #MeToo: Assessing the Power and Unintended Consequences of a Social Media Movement to Address Sexual Assault. In: O'Donohue WT, Schewe PA, éditeurs. *Handbook of Sexual Assault and Sexual Assault Prevention.* Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 79-107.
54. Poyer-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Evaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire. Université de Nantes; 2006.
55. Queniart E. Violences faites aux femmes : intérêt d'une formation courte auprès des médecins généralistes et leurs acteurs partenaires de parcours de soins primaires du Ternois. Université de Lille; 2024.
56. Miller CJ, Adjognon OL, Brady JE, Dichter ME, Iverson KM. Screening for intimate partner violence in healthcare settings: An implementation-oriented systematic review. *Implement Res Pract.* 1 janv 2021;2.

ANNEXES

1) Formulaire de consentement éclairé

Mr / Mme

Nom :

Prénom :

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé. Je peux choisir librement si je veux participer ou non à cette étude.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

- 1) Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement l'investigateur.
- 2) J'ai été informé(e) que les données collectées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.
- 3) J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.
- 4) J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.
- 5) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Lieu et date :

Signature du participant :

Signature de l'investigateur :

2) Document d'information et de consentement

Coordinateur de la recherche :

- Dr SCHMITT Yannick

Investigateur :

- ORTEGA Antonin

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

Vous conserverez une copie de ce formulaire.

1. Procédure de l'étude :

Vous vous entretiendrez avec un ou plusieurs membres de l'équipe de recherche au cours d'un entretien individuel. Celui-ci vise à mieux comprendre les pratiques de dépistage et de prise en charge par les médecins généralistes des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance.

2. Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3. Bénéfices potentiels de l'étude

Identifier les besoins et les difficultés des médecins généralistes face à ces situations, et proposer des pistes d'amélioration de leur formation et de leur accompagnement.

Décrire les pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance, notamment les outils utilisés, les critères d'alerte, les freins et les leviers rencontrés.

Identifier les facteurs facilitant ou entravant le repérage des victimes de violences sexuelles dans l'enfance par les médecins généralistes.

4. Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

5. Rémunération et indemnisation

Absence de rémunération.

6. Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de l'investigateur principal, par courriel ou par téléphone.

À l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

7. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle l'investigateur vous propose de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement page suivante.

3) Guide d'entretien

- Pouvez-vous me raconter brièvement votre parcours jusqu'à votre installation ici ?

- Lieu des études
- Depuis combien de temps êtes-vous installé ?
- Âge

- De manière générale, si je vous parle de « violences en cabinet de médecine générale », que vous inspire ce terme ?

- Avez-vous déjà été confronté à une situation de découverte d'antécédents de violences sexuelles dans l'enfance ?

- Si **OUI** :
 - Racontez la situation, le contexte, comment ça s'est passé ?
 - Pourquoi pensez-vous qu'il/elle vous en a parlé à ce moment-là ?
 - En avait-il/elle déjà parlé à d'autres personnes ?
 - Quelle a été votre réaction ?
 - Quelles ont été vos émotions dans cette situation ?
 - Arrivez-vous à les gérer ?
 - Quel a été votre rôle dans cette situation ?
 - Qu'avez-vous retenu de cette consultation ?
 - Immédiatement et maintenant avec le recul
 - Quel sentiment éprouviez-vous à la fin de cette consultation ?
- Si **NON** :
 - Est-ce que vous pensez pouvoir prendre en charge des patients dans cette situation ?
 - Est-ce une situation que vous redoutez ?
 - Pensez-vous être à l'aise avec la gestion de vos émotions dans ce type de situation ?

- Quelle est votre perception du rôle et de la responsabilité du médecin généraliste dans la prévention et la prise en charge des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance ?

- Posez-vous la question d'antécédents de violences sexuelles lors d'une première consultation ?

- Si **NON** :
 - Que pensez-vous d'un dépistage systématique chez tous vos patient(e)s ?
 - Un dépistage ciblé serait-il plus facile à accepter ?
 - Dans quel contexte pourriez-vous poser la question ?
 - Signes ou indices pouvant alerter
 - Quels sont les barrières/difficultés/freins à en parler ?
 - Utilisez-vous des outils ou des supports pour faciliter le dialogue ?
 - Avez-vous un réseau d'associations ou de spécialistes avec qui travailler ?

- Si **OUI** :
 - Qu'est-ce qui vous a amené à cette pratique ?
 - Faites-vous un dépistage ciblé ou systématique ?
 - Dans quel contexte posez-vous la question ?
 - Quels sont les barrières/difficultés/freins à en parler ?
 - Quelles sont les conséquences sur votre relation avec vos patients ?
 - Comment évaluez-vous la qualité et l'efficacité de cette pratique ?
 - Utilisez-vous des outils ou des supports pour faciliter le dialogue ?
 - Avez-vous un réseau d'associations ou de spécialistes avec qui travailler ?
- Pensez-vous que certain(e)s patient(e)s préfèrent éviter de vous en parler ? Pourquoi ?
- Comment pensez-vous que la question devrait-être posée ? Pourquoi ?
- Approche directe
 - Approche indirecte
- Comment jugez-vous vos connaissances sur le sujet ?
- Avez-vous déjà eu des formations sur ce sujet ?
 - Si **OUI** : ont-elles été utiles pour votre pratique ?
 - Si **NON** : pensez-vous qu'elles seraient utiles ?
 - Avez-vous des notions au sujet du psychotraumatisme ?
 - Ses différentes manifestations physiques et psychiques ?
- Avez vu des suggestions d'amélioration ou des mesures à prendre qui pourraient améliorer le dépistage et la prise en charge ?
- Comment votre pratique a-t-elle été impactée ou influencée par les évolutions sociales, juridiques ou médiatiques sur ce sujet ?
- Rôle de la médiatisation : internet, réseaux sociaux, télévision, radio ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter ou à préciser ? Qu'avez-vous pensé de cet échange ?

4) Déclaration de conformité au référentiel de méthodologie MR-004



Référence CNIL :

2235703 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 13 septembre 2024

Monsieur Antonin ORTEGA

67100 STRASBOURG

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Monsieur ORTEGA Antonin**Service :****Adresse :****CP :** 67100**Ville :** STRASBOURG**N° SIREN/SIRET :****Code NAF ou APE :****Tél. :** 0675521740**Fax. :**

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 16 septembre 2024

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : ORTEGA Prénom : Antonin

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À Strasbourg, le 17/10/2024

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME

Les violences sexuelles dans l'enfance sont un phénomène de plus en plus reconnu, avec des conséquences profondes sur la santé mentale et physique des victimes. Les médecins généralistes jouent un rôle clé dans le dépistage et la prise en charge de ces antécédents. L'objectif de cette thèse est d'évaluer les pratiques des médecins généralistes en Alsace en matière de dépistage et de prise en charge des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance et à identifier les difficultés qu'ils rencontrent.

Méthodologie : L'étude utilise une approche qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes installés en Alsace. Les entretiens ont été analysés selon une méthode de théorisation ancrée, permettant de dégager des thèmes récurrents et d'approfondir la compréhension des perceptions et pratiques des médecins.

Résultats : Les principaux obstacles rencontrés par les médecins généralistes sont la sensibilité du sujet, le manque de formation spécifique, les contraintes de temps en consultation ainsi que les difficultés d'accès à un réseau de soins spécialisés. Les médecins sont plus à l'aise avec une approche ciblée que systématique et soulignent l'importance de l'empathie et de l'écoute. La médiatisation, bien qu'utile pour sensibiliser, n'a pas significativement modifié leurs pratiques.

Conclusion : La thèse souligne l'importance de renforcer la collaboration avec des associations spécialisées et d'une formation initiale et continue axée sur le dépistage des violences sexuelles. La mise en place de stratégies de dépistage systématique ou le développement d'outils cliniques d'aide à la décision clinique en cas de dépistage ciblé, pourraient aider les médecins à mieux intégrer la prise en charge des victimes dans leur pratique quotidienne.

Rubrique de classement : DES de médecine générale

Mot clés : violences sexuelles, enfance, dépistage, prise en charge, médecine générale

Président : Professeur BERTSCHY Gilles

Directeur : Docteur SCHMITT Yannick

Assesseur : Docteur GIACOMINI Antoine

Adresse de l'auteur : antonin.ortega9@gmail.com