



UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2025

**THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Prévention primaire des violences sexuelles faites aux enfants :
exploration du ressenti des médecins généralistes du Nord et du
Pas-de-Calais par une étude qualitative.**

Présentée et soutenue publiquement le 17 décembre 2025 à 14h00
Au Pôle Formation
par Claire SOUCHET - CAVELIER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN

Assesseur :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Marie MOUKAGNI-PELZER

REMERCIEMENTS

Au Professeur Valéry Hedouin, merci de nous faire l'honneur de présider ce jury.

Au Docteur Maurice Ponchant, merci de vous être rendu disponible pour ce jury, et de votre lecture attentive de mon travail.

Au Docteur Marie Moukagni-Pelzer, merci Marie pour tes encouragements, les objectifs concrets et les remarques utiles, tout au long de ce travail de thèse.

J'arrive au terme de ce parcours pendant lequel j'ai beaucoup appris et beaucoup souffert. Je remercie du fond du cœur les nombreuses personnes qui m'ont entourée, encouragée, conseillée, soutenue, réconfortée. Sans vous, cette thèse n'aurait pas vu le jour et je n'aurais pas pu accomplir ces études de médecine. Il semblerait qu'il faille tout un village pour faire un médecin. Ma réussite est la vôtre. Ces quelques mots pour vous dire ma grande reconnaissance.

Aux équipes de PMI d'Arras et de Lille Moulins qui m'ont appris à observer.

Aux médecins qui m'ont transmis leur art et leur amour du métier, Valérie Boudard, Julien Pelzer, Guy Vandecandelaere, Sandrine Degorre, Nathalie Henric, Marc Deneuche, Brigitte Tregouët, Alexandre Moerman, Gilles de La Roche Saint-André.

Aux soutiens de la dernière ligne droite, ceux qui m'accueillent comme l'une des leurs aujourd'hui, Grégory, Hervé, Elisabeth, Marianne, Géraldine, Emeline. Et toi, Peggy.

Aux amies rencontrées sur le chemin de la médecine, Lorraine, Margaux, Julie, Alexe.

Aux musiciens, ceux de l'OHSW, les olifants sainghinois, Hélène et Aurélie, pour ces moments de respiration et d'amitié.

Aux gymnastes, particulièrement toi Simon, l'ami fidèle depuis le début de mes études. Aux yogistes, merci à Nadine. Avec vous et grâce à vous, j'ai pu préserver ma santé.

A ceux qui m'ont soignée, kinésithérapeutes, psychologues, médecins.

A Sarah, toi la sage-femme qui a vu naître nos deux enfants.

A ceux qui nous entourent à La Bassée, les voisins, les mamans de l'école, les paroissiens. Un merci immense à ceux et celles qui ont pris soin de mes enfants et de ma maison, me permettant de travailler sereinement, en particulier Sandrine, Floriane, et Angélique.

Aux colocs du 87bis, merci pour votre fantaisie.

A tout ceux et celles de passage rue de Toul, vous m'avez entourée jour après jour.

A ceux croisés sur la route lors de ce voyage initiatique vers Prague à vélo. Vous m'avez accueillie, écoutée, vous vous êtes confié. A vos côtés s'est ancrée ma décision de devenir médecin. Ce fut un phare sur ce chemin étudiant.

Aux amitiés scoutes, qui m'ont fait grandir et vivre de si belles aventures ! Vous vous reconnaissez.

Aux Béthaniens de ch'Nord, merci pour vos prières, votre joie et votre accueil inconditionnel.

Aux ignaciens, de Magis en CVX, merci de m'apprendre à écouter ce qui m'habite et ce qui m'anime.

Aux Toujours jeunes ! Merci pour les voyages, les dîners, les appels, ... Que l'amitié dure !

Aux Warriors, merci pour votre soutien infaillible et pour toutes les aventures partagées. Joie de voir le groupe s'agrandir avec les conjoints, les chiens, les enfants, et même une jument (bien qu'elle ne vienne pas en vacances avec nous) !

Aux amis de toujours, Annelen, Yanaëlle, Ségolène, Juliette, Quentin. Merci pour votre fidélité et pour nos échanges profonds et sincères.

Aux précieux et incontournables, Eléonore, Marine et Roeland, Marie et Siméon, Lucie, Gaïane, Catherine et Aurélien. Vous êtes des rochers et des modèles pour moi.

A mon parrain, Thierry, et ma marraine, Sœur Thérèse du Cœur de Jésus. Merci de ce lien tissé avec moi depuis l'enfance.

A mes grand-parents, présents chacun à leur façon, Gustave et Marie, Denis et Myriam

A ma belle-famille, Camille, Thomas, Ségolène, Perrine, et mes neveux et nièces. Merci d'être vous ! Merci de m'avoir adoptée dans votre famille, je m'y sens bien.

A ceux qui sont venus agrandir la famille, Sadikur, Anna et Vardan, pour votre exemple de courage et de persévérance.

A Basile, François, Jacques, mes frères. A Marie, mon amie et belle-sœur. A Ophely. Mon cœur se dilate à chaque fois que je vous retrouve. Merci pour les mots, les câlins, les rires, et tout le reste.

A Cécile et Dominique, mes parents. Merci de m'avoir transmis le respect de chaque vie humaine, le goût de la justice, et la joie de vivre !

A Tristan, mon tendre amour. A Esther et Zéphyr, mes enfants chéris. Merci pour votre amour et votre patience chaque jour.

Aux enfants et aux patients, qui m'apprennent chaque jour à devenir médecin.

AVERTISSEMENTS

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

*« L'enfant, voilà la question suprême.
L'enfant a dans son berceau la paix ou la guerre de l'avenir.
C'est de ce berceau qu'il faut chasser les ténèbres.
Faisons lever l'aurore dans l'enfance. »*

Victor Hugo
Aux membres du Congrès international pour l'avancement des sciences sociales
22 septembre 1862

ACRONYMES ET SIGLES

ANESM	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (aujourd'hui DiQASM)
CCP	première Consultation de Contraception et Prévention sexuelle
CIASE	Commission Indépendante sur les Abus Sexuels dans l'Église
CIIVISE	Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRIAVS	Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles
CRIP	Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
CSP	Comportements Sexuels Problématiques
DU	Diplôme Universitaire
DIU	Diplôme InterUniversitaire
ESSMS	Établissement ou Service Social ou Médico-Social
EVARS	Education à la Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle
HAS	Haute Autorité de Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IREPS	Institut Régional de Prévention de la Santé
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPVSFE	Prévention Primaire des Violences Sexuelles Faites aux Enfants
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
STOP	Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention
VSFE	Violences Sexuelles Faites aux Enfants
UAPED	Unité d'Accueil Pédiatrique Enfant en Danger
UNAF	Union Nationale des Associations Familiales
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance (United Nations Children's Fund)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	14
METHODE.....	24
1. Type d'étude	24
2. Echantillon	24
3. Entretiens.....	25
4. Recueil des données	26
5. Analyse	26
6. Cadre légal	27
RESULTATS	28
1. Description de la population.....	28
2. La prévention primaire est indissociable des préventions secondaires et tertiaires	29
2.1. Préventions primaire et secondaire sont intriquées	29
2.2. Creuser	32
2.3. Soigner le « système familial »	35
2.4. Le continuum de la violence	38
2.5. Des médecins démunis et isolés en cas de risque ou de suspicion de VSFE 41	
3. Des médecins concernés.....	44
3.1. Le rôle des médecins.....	44
3.2. Le processus qui mène à des actions de PPVSFE.....	46
3.3. Les limites.....	57
4. Un sujet de société	62
4.1. Une prévention collective.....	62
4.2. Les représentations	67
4.3. Un sujet tabou.....	74
4.4. Aborder la PPVSFE nécessite une porte d'entrée	77
5. La parole.....	81
5.1. Le cadre.....	81
5.2. La relation de confiance.....	83
5.3. La parole du patient	87
5.4. La parole du médecin	89
5.5. L'entretien seul.....	90
5.6. Un dialogue pour faire émerger des réflexions	92
6. Le discours de PPVSFE	94
6.1. Avec quels mots ?	94
6.2. A quel âge ?.....	96
6.3. Pour les jeunes enfants	99
6.4. Onze ans, un âge pivot.....	100
6.5. Un discours éducatif	103
6.6. Un discours à géométrie variable	115

7. L'examen clinique	118
7.1. Le rapport au corps.....	118
7.2. Cadre.....	120
7.3. Consentement	122
7.4. L'enfant a-t-il vraiment le choix ?	126
7.5. Adapter les conditions de l'examen clinique	128
7.6. Pas d'examen clinique réalisé seul	130
DISCUSSION	132
1. Rappel des résultats	132
2. Forces et limites de l'étude	135
2.1. Chercheuse novice	135
2.2. Les représentations de l'investigatrice	135
2.3. Manque d'expérience	136
2.4. Biais de sélection	136
2.5. Biais de déclaration	137
2.6. Biais de mémorisation	138
2.7. De (trop ?) nombreux résultats	138
2.8. Originalité du travail	138
2.9. Validité de la méthode.....	139
2.10. Constitution de la bibliographie.....	139
3. Comparaison avec la littérature	141
3.1. Connaissances des médecins sur les VSFE et leurs conséquences....	141
3.2. Les stratégies de prévention.....	142
3.3. L'éducation à la sexualité.....	145
3.4. Une prévention qui doit se tourner vers les agresseurs.....	150
3.5. La gestion des situations de VSFE par les médecins	152
3.6. La communication.....	154
4. Perspectives	157
CONCLUSION.....	162
BIBLIOGRAPHIE.....	164
ANNEXES	173
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	173
Annexe 2 : Formulaire de consentement	174
Annexe 3 : Lettre d'information	175
Annexe 4 : Livret de ressources.....	176
Annexe 5 : Comité d'éthique	183

INTRODUCTION

Un Français sur dix a été victime de violences sexuelles dans son enfance. Autrement dit 160 000 enfants sont victimes de violences sexuelles chaque année en France (1).

Nous utiliserons ici les sigles « VSFE » pour « violences sexuelles faites aux enfants », et « PPVSFE » pour « prévention primaire des violences sexuelles faites aux enfants ».

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social et [ne consistant] pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (2). Suivant cette définition, les conséquences des VSFE, même si elles n'entraînent pas de pathologie suivant les critères diagnostiques, altèrent la santé du fait de leurs conséquences prolongées et étendues sur tous les aspects de la vie de la personne.

Définir la violence n'est pas si simple : qu'est-ce qui fait qu'un acte est violent ? L'acte en lui-même ? L'intention de l'auteur ? Le ressenti de la personne vers qui l'acte est dirigé ? Les conséquences négatives de l'acte ? (1,3). Ce qui est considéré comme de la violence varie en fonction des époques et des représentations de la société (4). De même les définitions des VSFE sont nombreuses et évolutives.

Selon l'UNICEF, les VSFE désignent « tout acte sexuel délibéré, non désiré ou non essentiel, accompli ou tenté, perpétré contre un enfant, y compris à des fins d'exploitation, et entraînant – ou présentant un risque élevé d'entraîner – des

blessures, des douleurs ou des souffrances psychologiques » (5). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, sont compris dans la définition les viols et les agressions sexuelles dites « avec contact », les mutilations sexuelles, mais également l'exhibitionnisme, le harcèlement sexuel, l'exposition à la pornographie, et tout acte « impliquant une référence non désirée au corps, aux organes sexuels ou à la sexualité de l'enfant » (6).

La question des VSFE, et particulièrement de l'inceste, est un sujet de société. La prévalence de ces violences est telle qu'on considère qu'elles structurent notre organisation sociale. L'interdit de l'inceste est aujourd'hui universel, bien que transgressé dans toutes les sociétés (7). En France, cet interdit est hérité de la morale religieuse depuis le Moyen-Age. Cet interdit fondamental repose notamment sur la conception de l'honneur féminin par la virginité. La fille « incestée » était alors considérée comme responsable de la faute au même titre que « l'incesteur » (8,9).

Les représentations collectives ont évolué jusqu'à permettre aujourd'hui de connaître la réalité et la fréquence des VSFE (8). La notion de violence est aujourd'hui comprise comme résultat et exercice d'un pouvoir de domination, très majoritairement patriarcal. La violence est un continuum, qui peut s'exercer dans tous les domaines de la vie (psychologique, physique, sexuel, social, économique ...), dont l'exploitation de la sexualité d'un enfant n'est qu'un des moyens. Elle n'est plus seulement du ressort personnel ou individuel, mais du ressort collectif, politique et social (8).

L'enfant était autrefois considéré comme propriété de sa famille, et plus spécifiquement comme appartenant à son père (8). L'enfant a maintenant une place dans la société comme individu singulier, à qui l'on doit respect et protection. La

Convention Internationale des Droits de l'Enfant, signée en 1989, ratifie le droit de l'enfant à la protection contre toute forme de violence, y compris de violences sexuelles (10).

Juridiquement en France, constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise (11). Le 29 octobre 2025, le Sénat a voté l'intégration de la notion de non-consentement dans la définition pénale du viol et des agressions sexuelles (12–14). La loi française détermine que tout acte sexuel entre un adulte et un mineur de moins de 15 ans est une atteinte sexuelle répréhensible dont le mineur est reconnu victime. Sont également interdites les relations sexuelles entre un mineur de 15 à 17 ans et une personne majeure si celle-ci a autorité de droit ou de fait sur le mineur. Les atteintes sexuelles par un membre de la famille jusqu'au degré d'oncle/tante sont qualifiées d'incestueuses (11).

Les victimes de VSFE sont des filles pour 83%. Près d'un quart des VSFE (22%) débutent avant l'âge de 5 ans. L'âge moyen de début est 8 de ans et demi. Pour une victime sur quatre, les violences durent plus de 5 ans. Pour une victime sur cinq, les violences se répètent plusieurs fois par semaine (1). Les VSFE sont majoritairement incestueuses. Parmi les enfants victimes de VSFE, les filles sont plus touchées par l'inceste que les garçons (15). Dans les situations d'incestes, les violences débutent plus tôt, à 7 ans et demi en moyenne, et durent plus longtemps (1).

Aucune étude n'a permis d'estimer la prévalence des auteurs de VSFE (7). Les victimes désignent en grande majorité des hommes comme étant leurs agresseurs (>95%) (1,16). Ce sont des hommes majeurs dans 81% des cas (1).

Les conséquences des VSFE, par leur impact sur la vie des individus, coûtent chaque année 9,7 milliards d'euros à la société (1), répartis comme suit : 3 milliards pour les conséquences immédiates et ponctuelles telles que les hospitalisations, les passages aux urgences, l'accompagnement des victimes, les actions de police, de gendarmerie et de justice ; et 6,7 milliards pour les conséquences à long terme telles que la prise en charge des suicides, la sur-consultation médicale, les soins psychiques (16), l'augmentation des conduites à risque, et la diminution de productivité qui en découle.

Les conséquences des VSFE se répercutent sur tous les aspects de la vie de la victime, et pour toute la durée de sa vie. Les problèmes de santé et l'impact sur la qualité de vie sont d'autant plus importants que les violences ont débuté tôt dans l'enfance, que l'agresseur est une personne proche de la victime (inceste), et que les violences sont allées jusqu'au viol (17). Les effets sont aggravés si la violence sexuelle s'accompagne de violences d'autres types (physique ou psychologique) ou de négligences (8).

Le stress intense provoqué par la (les) agression(s) peut déclencher un mécanisme dissociatif. Cette dissociation psychique entraîne une amnésie traumatique, parfois pendant de nombreuses années. La victime souffre alors des conséquences de l'agression sexuelle, sans se souvenir de l'événement. Le risque de développer un état de stress post-traumatique chronique associé à des troubles dissociatifs est retrouvé chez près de 87 % des victimes de viol dans l'enfance (18,19).

Les victimes de violences sexuelles témoignent d'un sentiment de solitude extrême, et d'une souffrance psychique importante. Les violences sexuelles subies entravent

durablement la vie affective et sexuelle de la personne, et entraînent fréquemment une rupture familiale, et des situations de précarité ou d'exclusion sociale (17).

Le silence qui entoure toujours les VSFE résulte de nombreux facteurs intriqués. Nombre de victimes qui ont révélé des violences n'ont pas été crues par le confident (famille, professionnel de l'enfance, policier, médecin ...) ou cela n'a rien changé à leur situation (16,17,20). La difficulté du dépôt de plainte, de l'enquête, des auditions et de la procédure judiciaire participe au silence des victimes (17). Sans compter que certaines victimes ne portent pas plainte car elles souffrent d'amnésie traumatique (21).

L'entourage de la victime participe souvent inconsciemment au silence. Notamment dans le cas de l'inceste, la révélation de l'inceste est si douloureuse et incompréhensible que les proches peuvent s'effondrer ou s'éloigner. La victime perçoit qu'il vaut mieux ne pas parler si l'autre n'est pas capable de l'entendre, sous peine de se retrouver isolée, sans ses soutiens les plus proches (17,20).

Le sujet des VSFE reste tabou dans notre société, qui tend à minimiser les conséquences des violences sexuelles, à responsabiliser les victimes, et à punir un nombre réduit d'auteurs de violences sexuelles. Dans la littérature, certains auteurs utilisent le terme de « culture du viol » pour désigner ces mécanismes (22). Ces mécanismes de déni collectif participent à imposer le silence aux victimes. Ils s'ajoutent aux menaces et injonctions au silence données par l'agresseur (8,17,20).

Cependant, une libération progressive de la parole est à l'œuvre dans nos sociétés européennes et nord-américaines. Les mouvements féministes, dans leur lutte contre

les violences sexuelles et sexistes envers les femmes, ont rejoint la lutte contre la pédocriminalité. En France, dans les années 80, le Collectif Féministe de Lutte contre le Viol ouvre une ligne téléphonique pour les femmes victimes de violences sexuelles. Pour moitié, les témoignages recueillis relateront des violences sexuelles incestueuses vécues dans l'enfance (1). En 2021, le mouvement #MeTooIncest est né sur X/Twitter, suite au mouvement #MeToo dénonçant les violences sexuelles faites aux femmes (23,24). La littérature et le cinéma sont aussi des vecteurs de témoignages, avec des parutions telles que *Le consentement* de Vanessa Springora (25), *La familia grande* de Camille Kouchner, (26) et le film *Les Chatouilles* de Andréa Bescond et Éric Métayer (27,28).

En parallèle de cette libération progressive de la parole des victimes, la société tente de s'emparer du problème à différents niveaux. Depuis 2001, la loi prévoit des séances d'information et d'éducation à la sexualité en milieu scolaire (29). La prévention des violences faites aux enfants fait l'objet de plans gouvernementaux successifs depuis 2017 (30–32). Une première campagne nationale de lutte contre les VSFE a été diffusée sur les réseaux sociaux, à la télévision, et dans des lieux publics en 2023 (33).

La parole des victimes semble plus souvent prise en compte par les services médicaux, sociaux et judiciaires. De plus en plus de professionnels sont formés pour recueillir la parole des enfants victimes de violences sexuelles, bien que cela concerne encore trop peu d'entre eux (1,34,35). Depuis les années 2000, les UAPED, Unités d'Accueil Pédiatrique pour Enfants en Danger, regroupent différents professionnels formés pour recueillir la parole des enfants victimes de maltraitance et leur prodiguer des soins. (36)

La prévention dans le domaine de la santé peut être classée selon trois catégories (37). La prévention primaire vise à réduire les facteurs de risque d'apparition d'une maladie, « y compris en inhibant les conditions environnementales, sociales et économiques connues pour accroître ces risques », comme le précise l'OMS. La prévention secondaire tend à arrêter ou retarder les effets d'une maladie, notamment par sa détection précoce. La prévention tertiaire vise à réduire le risque de détérioration ou de complications liées à une maladie.

Les violences sexuelles ne sont pas une maladie, mais leur survenue entraîne une dégradation de la santé au sens de la définition de l'OMS. Il est possible d'appliquer ces trois catégories de prévention aux VSFE. (38) La prévention primaire rassemble toutes les actions qui ont pour but de prévenir la survenue de VSFE, c'est-à-dire de les éviter. La prévention secondaire correspond au dépistage précoce des violences et à la prise en charge des conséquences des VSFE. La prévention tertiaire vise à éviter la récurrence des violences.

Cette étude s'intéresse à la prévention primaire des VSFE, qui n'est que mentionnée lors de la formation initiale des médecins. Face aux VSFE, les enseignements actuels explorent le rôle des médecins en préventions secondaire et tertiaire (39). En prévention primaire, il faut donc se pencher sur les facteurs de risque d'altération de la santé. Les facteurs de risque d'être victime de violences sexuelles dans l'enfance concernent l'individu, mais aussi sa famille, et son groupe social (40,41). Parmi les facteurs de risque individuels, on retrouve notamment les faits suivants :

- être de sexe féminin,

- avoir un historique de carence affective, de placement ou de soins institutionnels,
- être atteint de handicap ou de maladie chronique,
- ne pas vivre avec ses deux parents biologiques (décès ou absence d'un parent, séparation ou recomposition familiale).

Cette notion nous amène à considérer les facteurs de risque liés à la famille et à la composition familiale :

- grossesse non désirée par la mère et/ou précoce (< 21 ans),
- parents qui présentent une faible supervision,
- problèmes conjugaux voire violence conjugale,
- consommation de drogues ou abus d'alcool,
- niveau d'éducation faible,
- problèmes de santé mentale,
- sentiment de compétence parentale faible,
- isolement social,
- relation parent-enfant difficile ou attachement parent-enfant faible,
- présence dans la famille d'un conjoint qui n'est pas le père de l'enfant (beau-père).

Ces caractéristiques familiales s'inscrivent dans un cadre communautaire et social, qui structure cette « culture du viol » (22). On y retrouve entre autres les caractéristiques suivantes : tolérance de l'agression sexuelle et faibles sanctions dans une communauté, « hypersexualisation des jeunes » (42), refus historique d'une société de reconnaître l'agression sexuelle envers les enfants, normes traditionnelles quant au rôle des deux sexes (40).

Les facteurs de risque de commettre une (des) agression(s) sexuelle(s) contre un (des) enfant(s) ont également été étudiés. Ils sont liés à l'histoire individuelle et familiale de la personne, avec notamment le fait d'avoir été témoin ou victime de violence intra-familiale dans son enfance, et d'avoir soi-même commis des faits de violence conjugale. Sur le plan du fonctionnement social, le fait d'adhérer aux « rôles sexuels traditionnels », et de vivre dans une société dont les normes soutiennent la supériorité masculine et les « droits sexuels » sont également des facteurs de risque de commettre des violences sexuelles sur les enfants (40,41,43).

La prévention primaire des VSFE est intimement liée à la prévention globale de toute forme de maltraitance envers les enfants. Elle peut se penser dans différents secteurs (41) :

- secteur social, avec des aides à la famille (soutien à la parentalité, services d'aides à domicile, aides au logement)
- secteur sanitaire (dépistage des violences, formation des professionnels, service d'aide pour les victimes et les témoins de violences)
- secteur judiciaire (dénonciations et signalements obligatoires, services de protection de l'enfance, politique en matière de réponses judiciaires, suivi obligatoire des agresseurs)
- secteur éducatif, avec des interventions communautaires (programmes scolaires, campagnes de prévention et de sensibilisation)
- secteur politique, avec une approche sociétale (programmes nationaux, traités internationaux).

Les médecins sont donc un des maillons de la chaîne de prévention primaire nécessaire pour protéger les enfants. Ils peuvent mettre en place cette prévention par leur place particulière. En effet, ils suivent les enfants, et souvent les familles entières sur une longue période. Les consultations médicales mettent en jeu le respect de l'autre dans le rapport au corps lors de l'examen clinique. Le consentement « libre » et « éclairé » est une obligation déontologique pour tous les actes effectués pour le patient, notamment l'examen clinique (44). D'autres études ont montré que les médecins généralistes en France pensent qu'ils ont un rôle à jouer dans la prévention primaire des VSFE (45,46). L'objet de cette étude est d'explorer le ressenti des médecins généralistes du Nord et du Pas de Calais lors des expériences de prévention primaire des VSFE.

METHODE

1. Type d'étude

Pour cette étude qualitative, une méthode inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique a été utilisée, à partir d'entretiens individuels semi-dirigés.

2. Echantillon

Un minimum de 6 participants était nécessaire pour cette recherche (47). Les participants ont été recrutés jusqu'à suffisance des données. L'échantillonnage était homogène, avec des critères de diversité sur l'âge, le genre, l'exercice rural ou urbain et le fait d'être soi-même parent ou non. Le critère d'exercice rural, urbain, ou semi-rural, est déclaratif, selon l'appréciation des médecins, devant la difficulté d'établir des critères précis et simples pour catégoriser le lieu d'exercice (48).

Les participants ont été recrutés par demande mail ou téléphonique, d'abord auprès de médecins connus de l'investigatrice, ou via les connaissances de son entourage ; puis par effet boule de neige, c'est à dire par les contacts que les médecins recrutés ont transmis à l'investigatrice.

Les entretiens se sont déroulés avec des médecins généralistes du Nord et du Pas de Calais. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être médecin généraliste
- être installé
- être en activité
- dans le Nord ou le Pas de Calais
- être volontaire.

Les critères d'exclusion étaient le refus de participation et le fait d'avoir une patientèle comprenant moins de 5% d'enfants (moins de 18 ans) selon l'estimation du médecin. Aucun de ces cas de figures ne s'est présenté.

Huit médecins ont participé à l'étude sur les onze contactés. Un médecin n'a pas été inclus car il était remplaçant et non installé. Deux médecins n'ont pas répondu à la demande d'entretien.

3. Entretiens

Un guide d'entretien (cf. Annexe 1), rédigé au préalable, a permis de mener les entretiens. Il débutait par une question d'introduction, dite « brise-glace », avant d'aborder le sujet délicat des VSFE. La question d'introduction demandait au participant de se présenter et de préciser ses formations complémentaires. Suivaient ensuite trois questions ouvertes, avec des sujets de relance si nécessaire. La question principalement explorée portait sur le récit d'expériences de prévention primaire des VSFE en consultation et le ressenti des médecins lors de ces expériences. Une question d'ouverture permettait de conclure l'entretien, en réfléchissant à ce qui améliorerait cette prévention primaire des VSFE dans le cadre de la médecine générale.

Le guide d'entretien a été testé lors d'un entretien-test qui n'a pas été analysé. Le guide d'entretien n'a pas été modifié au cours de l'étude. Les techniques d'écoute active ont beaucoup été utilisées au cours des entretiens (reformulation, relance, écholalie ...). Le guide d'entretien n'a pas été suivi méthodiquement, de façon à ce que l'échange prenne la forme d'une conversation et suive le fil de pensée du participant.

Pour cette étude, le critère retenu pour définir un « enfant » est le fait qu'il soit mineur. Les participants ont été interrogés sur leur expérience auprès des enfants de 0 à 18 ans.

Les entretiens ont eu lieu en juin et juillet 2025. Ils se sont déroulés en présentiel, au cabinet des médecins interrogés ou à leur domicile selon leur choix.

4. Recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones. Les ressentis et remarques de l'investigatrice ont été notés au fur et à mesure des entretiens dans un journal de bord : communication non verbale, écueils et qualités dans la façon de mener l'entretien, questions émergentes.

Les participants ont signé un formulaire de consentement (cf. Annexe 2) avant les entretiens, validant l'enregistrement des entretiens, le recueil de données personnelles et leur libre participation. Ils ont reçu en fin d'entretien une lettre d'information (cf. Annexe 3) sur la recherche et un livret de ressources (cf. Annexe 4) pour aller plus loin sur le sujet. Le numéro vert 0 805 23 23 36 « Soins aux professionnels de santé » leur a été communiqué, comme ressource en cas de difficultés après cet entretien sur un sujet qui peut être personnel et traumatique.

5. Analyse

Les entretiens ont été retranscrits avec l'assistance du logiciel Word. L'analyse a suivi les recommandations de l'analyse interprétative phénoménologique. Une triangulation des données a été effectuée avec un autre médecin généraliste. L'analyse des données a été faite manuellement, sans recours à un logiciel d'analyse. L'intelligence artificielle n'a pas été utilisée pour ce travail.

6. Cadre légal

Une déclaration de conformité pour la protection des données a été faite auprès de la Déléguée à la Protection des Données de l'Université Catholique de Lille le 12 juin 2025.

Selon l'avis du Comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants reçu le 26 mai 2025, cette méthode de recherche ne posait pas de problème éthique (cf. Annexe 5).

RESULTATS

1. Description de la population

Participant	Genre	Age (années)	Exercice	Parent
MG01	M	38	Semi-rural	Non
MG02	M	58	Semi-rural	Oui : 4 enfants, jeunes adultes
MG03	F	51	Semi-rural	Oui : 1 enfant, adolescent
MG04	F	38	Semi-rural	Oui : 3 enfants, jeunes enfants et adolescent
MG05	F	31	Urbain	Non
MG06	F	60	Urbain	Oui : 6 enfants, jeunes adultes
MG07	F	33	Urbain	Oui : 2 enfants, jeunes enfants
MG08	M	35	Urbain	Oui : 1 enfant, jeune enfant

Huit médecins ont participé à l'étude : trois hommes et cinq femmes. Tous exercent en libéral. Un des médecins cumule une activité salariée au sein de l'hôpital de proximité.

Les entretiens ont duré entre 35 minutes et 70 minutes. La moyenne de temps des entretiens est de 47 minutes.

2. La prévention primaire est indissociable des préventions secondaires et tertiaires

2.1. Préventions primaire et secondaire sont intriquées

Les entretiens ont montré que les médecins partent de leur expérience en prévention secondaire, c'est-à-dire des situations où ils ont accompagné des patients victimes de VSFE, pour arriver à une réflexion de prévention primaire. Cette attention portée au repérage des situations de violence correspond à leur formation sur le dépistage précoce. Les médecins ont appris à repérer les signes d'alerte qui montrent qu'un enfant est peut-être victime de maltraitance.

Lors de la présentation du sujet de l'étude, les médecins ont immédiatement pensé aux situations des VSFE rencontrées dans leur expérience professionnelle. Partant de là, leurs réflexions les ont menés à considérer leur rôle en prévention primaire. Par exemple, lorsqu'un médecin découvre qu'un enfant est victime de violences sexuelles, il pense à protéger les autres enfants susceptibles d'être victimes (les frères et sœurs en cas de violence intra-familiale).

MG07 « Sur les dépistages de maltraitance ? Dépistage ou alors ? [...] Ah c'est avant que tu aies découvert quelque chose. Parce que moi j'ai quand même beaucoup bossé euh ... En fait quand je bossais aux urgences pédiatriques, il y avait quand même beaucoup de sujets de maltraitance. [...] Mais du coup, c'était vraiment du ... il s'est déjà passé ... il y a déjà eu des actes de maltraitance. Après tu protèges la famille à côté, les autres frères et sœurs. Après, en amont, de voir si ... [...] Je ne sais pas si je fais du... Je ne sais pas si je fais de l'amont. »

Pour les médecins interrogés, la prévention primaire et la prévention secondaire des VSFE sont étroitement liées. Un médecin qui est sensibilisé à la question des VSFE sera plus enclin à les repérer, autant qu'à les prévenir. Le médecin qui se forme à la prévention des VSFE, va nécessairement s'interroger sur la conduite à tenir en cas de suspicion. Il explorera le sujet dans son ensemble.

MG08 « Si tu fais de la prévention primaire, tu vas aussi faire du dépistage. »

Un médecin qui connaît le sujet, et qui sait comment réagir, sera plus porté à dépister ces violences, à repérer les signes, à se saisir des indices. Il sera vigilant pour se saisir des occasions de faire de la prévention, mais aussi pour se saisir des indices qui mènent à soupçonner une situation de VSFE.

MG05 « Je veille. »

MG08 « Je suis vigilant pour voir le bien-être du parent et le bien-être de l'enfant. Mais il faut que je sois d'autant plus vigilant en ayant quand même ça en tête. »

Avoir conscience du risque qu'un enfant subisse des violences sexuelles, rend plus enclin à repérer les signes de ces violences. L'esprit est plus disposé à les voir. De la même façon qu'on ne peut pas diagnostiquer une maladie que l'on ne connaît pas, on ne peut pas ignorer les signes d'une maladie que l'on connaît.

MG07 « Quand tu cherches, tu trouves. »

Ainsi le médecin, à la suite d'une situation de VSFE rencontrée dans sa pratique, va s'interroger sur la prévention primaire de ces situations. En regard, un médecin qui s'informe dans une optique de prévention primaire va être plus enclin à faire du

dépistage de ces violences. Le raisonnement du médecin fait des aller-retours entre prévention primaire et secondaire.

Les échanges sur des sujets de prévention primaire peuvent mener à de la prévention secondaire. Par exemple, le discours fait à un(e) adolescent(e) sur le consentement dans les relations sexuelles, mène parfois le ou la patient(e) à la prise de conscience que ce principe n'a pas été respecté, et qu'il y a eu violence.

MG03 « Des fois ça m'arrive de juger en disant "Non, ce qui s'est passé ce n'est pas normal. Et là tu dois pas l'accepter. Là ce n'est pas acceptable. Là il faut qu't'en parles à un adulte." »

Quand une situation de violence sexuelle est révélée concernant un enfant, le médecin relit a posteriori tous les petits indices. Il réfléchit à ce qu'il aurait pu voir, dire ou faire, pour dépister plus tôt, ou même prévenir. Les indices se cachent dans la relation parent-enfant, dans les symptômes de l'enfant.

MG06 « Elle aurait été victime de viol de son père à 14 ans. [...] Mais j'ai su que quand elle était petite, c'était sa chose, au papa. Il avait l'exclusivité, [...] quand la maman, rétrospectivement, m'a dit que c'était vraiment son bébé [au papa], "sa petite crotte", des trucs comme ça, des termes inappropriés, "sa petite quéquette" ou je ne sais pas quoi. [...] cette jeune, je regarde son carnet de santé, à partir de l'âge de 2 ans, ou 3 ans, elle a été suivie pour anorexie de l'enfant. C'est vrai qu'il peut y avoir de multiples... Mais elle a été mutique aussi, elle ne parlait à personne, elle ne voulait pas parler [...] Mais ça, c'est en relisant, et malgré tout, voilà. Et oui, peut-être qu'on n'a pas abordé la question de la place des parents dans ces ... les liens, et je pense que ça aurait pu lui faire du bien, peut-être que c'était embryonnaire. »

2.2. Creuser

Au cours d'une consultation, l'étape de « l'interrogatoire » est le moment où le médecin pose des questions pour cerner le problème et recueillir les éléments nécessaires au diagnostic. Il pose aussi des questions ouvertes pouvant mener à divers sujets de prévention.

MG01 « A l'école, comment ça se passe ? Et à la maison, ça va comment ? »

Lorsque le médecin explore le contexte de vie de l'enfant, l'intention est double. A la fois il veut connaître l'enfant et ses parents afin de délivrer des messages de prévention adaptés.

MG05 « D'apprendre à les connaître finalement, et de les découvrir en tant que parents, et de savoir comment se placer pour les accompagner. [...] Savoir comment se positionner par rapport à ce couple-là, par rapport à cet enfant-là, et par rapport à la relation qu'ils ont avec leur enfant effectivement, et puis entre eux aussi. »

En même temps, il creuse le quotidien de l'enfant pour repérer d'éventuels signes d'alerte.

MG06 « Tout ce qui est troubles de l'oralité, tout ce qui est constipation, tout ce qui est mal-être, malaise inexpliqué, croissance qui se ralentit parce que mauvaise alimentation, ou refus alimentaire, tout ça. On parlait avec le cas clinique, là. Tout ça, c'est des... Enfin, interrogatoire, c'est pour ça qu'on prend du temps en pédiatrie hein. Et on peut déjà baliser pas mal de... d'effets

potentiels des intrusions dans la sphère intime des enfants. Je pense. Puis les cauchemars, et cætera, la qualité de sommeil »

En prévention primaire, les médecins échangent avec les parents et l'enfant sur la composition de la famille, la relation parent-enfant, les conditions de couchage, la personne qui donne les soins ... Ces éléments, qui lui permettent d'aborder les sujets intimes dans une optique de prévention, sont aussi des fenêtres ouvertes sur la vie de l'enfant permettant le dépistage des violences.

Le médecin s'appuie sur son intuition, sur ce qu'il ressent. Quand des signes l'alertent, il essaie d'en savoir plus, de creuser la question. Les soupçons se forment quand un faisceau d'indices concorde. Le médecin va donc explorer différents aspects : les symptômes, les motifs et la fréquence de consultations, les attitudes, et cætera.

MG04 « Ça m'a un peu interpellé. Quand ils viennent beaucoup plus souvent que d'autres. Bon il peut y avoir des enfants plus embêtés. Mais elle est rouge [au niveau de la vulve]. Elle se plaint. Elle ne se plaint pas. "Comment vous voyez que c'est rouge en pratique ?" Parce que on va pas forcément toujours regarder. Quand la petite fille elle a 6 ans, elle se lave toute seule. Voilà. C'est des petites choses qui permettent d'alerter un peu. [...] oui, de creuser un petit peu. Oui. "Comment vous faites ? Comment elle se lave ? Est-ce qu'elle se lave toute seule ? Est-ce que..." Puis on essaie de creuser. C'est pas toujours facile. »

Parfois le médecin s'interroge sur la réaction de l'enfant ou du parent au discours de prévention. Cela peut constituer un signe d'alerte en soi.

MG08 « Soit l'enfant est dans une situation d'inconfort, soit le parent est dans une situation d'inconfort [...] essayer de comprendre ce qui s'est passé soit pour

l'enfant soit pour le parent qui a pu poser problème. Et ça peut être aussi un signe d'alerte de dire, tiens, peut-être qu'il se passe quelque chose »

Les médecins soulignent l'importance de l'observation lorsqu'il s'agit de creuser. Ils observent les comportements, les attitudes. Le ressenti général et l'intuition servent de boussoles pour évaluer si un comportement semble adapté ou non. Les médecins ne parviennent pas toujours à objectiver ce qui les interpelle.

MG03 « J'ai été confrontée une fois à un très gros doute dans ... au sein de la famille. Euh ... Donc dans ces cas-là, c'est plus des questions que je vais orienter vers les parents. Je vais plus être très à côté d'eux, quand ils rhabillent l'enfant, voir un petit peu l'interaction. [...] Et puis celui qui va en faire un peu trop, qui... Alors on est dans du sixième sens, après ça ne s'explique pas. »

Les médecins observent et repèrent parfois des situations de malaise. Par exemple, ici un père qui n'est pas à l'aise pour changer la couche de sa fille en consultation. Le médecin suit un raisonnement de prévention primaire : il aborde la raison de cette gêne, et fait de la réassurance auprès du père en validant des gestes qui lui semblent adaptés et respectueux du bébé. Puis le médecin se saisit de l'occasion de faire de la prévention secondaire, en demandant à cet homme s'il y a eu des VSFE dans sa famille.

MG03 « J'ai quelquefois, surtout des papas, pas très à l'aise avec leur petite fille. Et je leur dis "Vous n'êtes pas à l'aise parce que je suis là ? ou euh ?" "J'ai entendu tellement de choses que je ne voudrais surtout pas..." [...] Ils ont peur de pouvoir être éventuellement... Et je leur dis "Si vous voulez en reparler, est-ce que c'est parce que ça rappelle des souvenirs de votre famille ? Mais en tout

cas, moi, je vous dis parce que je vous ai vu faire, et c'est très bien, c'est normal.” »

Ces signaux peuvent amener à évoquer des violences passées, et à prendre en charge les conséquences de ces violences.

2.3. Soigner le « système familial »

Les médecins pour prendre soin de leurs jeunes patients, s'intéressent à eux, mais aussi à leurs parents. Ils retracent l'historique de la personne et de la famille.

MG06 « Je ne suis pas intrusive, mais j'essaie de ... de ... tout en faisant connaissance, d'éplucher le carnet de santé et de revenir sur comment s'est passé la petite enfance, et cætera. Et aussi “vous, comment ça s'est passé ?” »

Les différents membres d'une famille sont souvent suivis par un même médecin généraliste. Cela lui permet d'avoir une vision d'ensemble du contexte, et de débiter la prévention avant même la naissance de l'enfant.

MG04 « C'est vrai que quand on suit toute la famille, c'est plutôt facile et on le fait facilement. Et même pendant la grossesse, hein moi ça m'arrive souvent de, voilà, pendant la grossesse, déjà creuser les choses, déjà le temps d'enfance et des choses comme ça. »

Lorsqu'ils font de la prévention primaire des VSFE, les médecins parlent de sexualité et d'affectivité avec les adolescents. Ils parlent aussi de l'intimité et du respect du corps face à un nourrisson. Ces échanges renvoient parfois les parents à leur propre vécu, qui peut être un vécu de violence. Le médecin ou le parent peut se saisir de cette opportunité d'en parler ouvertement. Pour le médecin, chercher et connaître les

violences vécues par les parents aide à comprendre les interactions, à les accompagner de façon adaptée.

MG03 « Des mamans qui viennent me voir en me disant “Je suis très inquiète de la relation de ma fille, et cætera.” “Ah bon, et ça vous fait part d'une expérience que vous avez pu vivre ou vous êtes inquiète euh ... comme ça parce que vous en avez entendu parler à la télé ?” Parce que j'ai besoin de savoir où on se place. »

Les parents se demandent parfois comment protéger leur enfant alors qu'eux-mêmes n'ont pas été protégés dans leur enfance.

MG06 « Et ça peut faire émerger des révélations de parents qui sont mal à l'aise avec ça. Et parce qu'ils ont eux-mêmes eu des attouchements au moins, peut-être pas des viols, mais... Et qui font ils sont ... qu'ils ne savent pas quelle position avoir vis-à-vis de leur bébé. »

Les réflexions des médecins mènent à penser que prendre en charge les conséquences des violences sexuelles vécues dans l'enfance par les parents, participe à la prévention de la survenue de ces violences chez leur enfant. Soigner une génération, pour protéger la suivante.

Pour cela, le médecin doit toujours creuser, explorer les interrogations qui se présentent à lui. Il s'efforce de connaître le système familial dans lequel grandit l'enfant.

MG01 « Elle s'est fait violer par son père dans l'enfance et elle a eu un enfant avec lui, que je soigne. [...] Et quand tu vois un des courriers de pédiatrie de l'enfant, c'est marqué “consanguinité”. Et en fait, ce qui m'a choqué, c'est que personne le re-soulevait. Et moi, en voyant l'truc “J'comprends pas trop”. Puis

en fait, quand tu parles à la mère, elle a eu... Au début, elle ne m'en a pas trop parlé [...] Mais tu vois, elle n'avait pas eu de suivi [...] Et en fait, si je n'avais pas creusé le truc, je pense que pour l'instant, ça aurait coulé un peu. Et en fait, la maman, elle l'accepte enfin, là, depuis un an, deux ans, de voir une psy. »

La révélation par un adulte de violences vécues dans son enfance peut même mener à des actions de prévention primaire directes. Lorsque des VSFE ont été commises par un agresseur qui est toujours présent au contact d'enfants, on peut suspecter que ces enfants soient en danger. Le principe de précaution dicte au médecin d'alerter sur cette situation, par exemple par une information préoccupante, pour protéger les enfants.

MG01 « et une fois une jeune femme on va dire la vingtaine donc majeure, me dit que, enfin elle me fait comprendre qu'elle a eu des attouchements durant son enfance, à elle. Et en fait je fais le lien que le potentiel agresseur est encore dans l'entourage familial. Et du coup, cette femme elle a des... d'autres sœurs, qui sont aussi majeures, mais qui ont des enfants. En fait je suis toute la famille. Du coup, comme j'ai su qu'il y avait des enfants, et pour les protéger eux, même s'il n'y avait RIEN – c'était les adultes qui avaient subi, sachant qu'elles étaient trois sœurs, et trois sœurs elles ont été violées, par euh ... la même personne – du coup, comme il y avait des enfants dans l'entourage [...] Ils [le conseil de l'ordre] m'ont demandé de faire une information préoccupante »

La découverte d'une situation de VSFE, notamment dans une famille, amène à protéger les autres enfants dans l'entourage. Le lien entre prévention secondaire et primaire est direct.

2.4. Le continuum de la violence

Parfois le lien entre prévention secondaire et primaire est plus subtil. Les médecins pressentent que la violence se transmet d'une génération à l'autre au sein d'un système (famille, groupe social). Ils expliquent que chaque individu se construit dans un climat familial, qu'il va être enclin à reproduire. La violence peut être un élément structurant de ce système familial. Pour stopper la transmission de la violence, il faudrait donc déconstruire une règle qui fait partie du fonctionnement d'un groupe d'individus.

MG02 « Je me souviens d'un jeune. Il a des embrouilles tout le temps [on parle ici de violence physique, et lui est agresseur] [...] j'ai dit d'ailleurs "C'est très rare que tu viennes, que les gens viennent en parler [...] Là, ton comportement, c'est le comportement... Excuse-moi d'être dur avec les mots, mais c'est le comportement d'un mec qui ne sait pas tenir du tout ses émotions, qui est incapable d'adapter son émotion par rapport à la situation, et qui, voilà, il réfléchit pas, pouf, il te fout un pain." Et puis, tout compte fait, quand tu l'as interrogé, il dit, "À la maison, c'était que ça. Mon père [...]" Donc, il avait vraiment une représentation très forte de l'image de la violence, du conflit, tout le temps, tout le temps, tout le temps. Et c'est vachement intéressant de discuter avec ces gens-là en termes de prévention, et puis aussi du fait qu'on peut avancer aussi. Mais ils sont pas légion, les gens qui viennent nous voir pour nous dire ça, malheureusement. »

Les médecins parlent d'une reproduction de la violence, y compris pour les violences sexuelles faites aux enfants. L'enfant qui a grandi dans un univers où les VSFE existent, qu'il soit victime ou témoin, pourrait à son tour devenir auteur de VSFE.

MG06 « Si on parle d'une certaine, on va dire, fragilité, et d'une exposition à des schémas qui vont reproduire. Des tentations, on va dire, voilà ça va être peut-être plus fort qu'eux de reproduire ce qu'ils ont vécu, donc il faut les en préserver, d'une manière ou d'une autre [...] Je vois pas le mal partout, mais je sais que quand même ces reproductions sont tellement prégnantes. »

L'autre cas de figure explicité par les médecins, est que l'enfant qui n'a pas été protégé, ne parvient pas toujours, à l'âge adulte, à protéger ses propres enfants.

MG01 « La mère a été à la police, elle a pas dénoncé, elle, son violeur à l'époque, qui était un membre de la famille, euh plus vieux. [...] Et quand malheureusement ses enfants à elle se sont fait violer par un autre membre, [...], elle s'en est voulu. Parce qu'elle s'est dit ben en fait j'ai pas protégé mes enfants. C'est dur pour elle. De dire, moi j'ai eu ça. Mes enfants ont eu ça. »

Le médecin, qui suit souvent l'enfant et ses parents, souhaite accompagner les parents qui ont été victimes de VSFE. Par-là, il s'efforce d'aider la famille à sortir de ce climat de violence.

Les médecins perçoivent la violence comme un continuum dans le temps, mais aussi un continuum entre les différentes formes de violences. La violence psychique ou la violence physique sont des portes ouvertes à la violence sexuelle. Il y a aussi une continuité dans les degrés de violence. Un geste inadapté est le premier pas, qui peut mener à des violences plus graves.

Tous les médecins interrogés, sans exception, ont abordé le sujet du harcèlement scolaire au cours des entretiens sur la PPVSFE. La posture des médecins en prévention de ces violences est la même. Dans les deux cas, ils explorent le contexte

de vie de l'enfant, posent des questions ouvertes, sèment des messages de prévention.

MG05 « Mais c'est plus dans l'idée "harcèlement" finalement que la question est posée. » (Ici la question du contexte)

Si le cas se présente, ils repèrent les indices, creusent l'origine du mal-être, et formulent la possibilité d'une violence vécue.

MG01 « Dire "Bah si un jour quelqu'un qui t'embête, ou qu'il te fait du mal, qui touche à ton corps", d'une façon très simple "Tu peux m'en parler, ou il fait des choses pas bien, que t'aimes pas, n'hésites pas à m'en parler." »

Un médecin précise même que le harcèlement scolaire peut mener à des violences sexuelles, commises par un enfant sur un autre. Ces violences sexuelles seraient un pas de plus dans l'exercice d'une domination d'un enfant ou d'un groupe d'enfant sur un camarade.

MG06 « Il y a beaucoup à faire pour que le harcèlement ne débouche pas sur aussi une prise de pouvoir dans ce domaine-là [les VS]. »

Le terme de « continuum de la violence » désigne aussi le fait que les violences peuvent s'exercer dans tous les lieux de la société. Pour les médecins participants à l'étude, c'est le rôle de toute la société de participer à la prévention des violences faites aux enfants, dont les violences sexuelles peuvent n'être qu'un aspect.

MG06 « Comment faire pour que ce soit endigué ? Je dis bien "endigué" parce qu'il y a un fleuve de mauvais comportements qui se répercutent et qui se reproduisent. »

2.5. Des médecins démunis et isolés en cas de risque ou de suspicion de VSFE

Cependant, la majorité des médecins déclarent être démunis en cas de suspicion de maltraitance, d'autant plus de VSFE. Ils ne se sentent pas armés pour faire face à ces situations de doute, par manque d'expérience en partie.

MG08 « Mais si tu fais de la prévention primaire, tu vas aussi faire du dépistage.

Et si tu dépistes, là je pense que t'es vite démuni. »

Ils expriment un sentiment de solitude. Ils connaissent peu les procédures de signalement et n'ont pas eu de contact préalable avec les acteurs locaux (UAPED, PMI, CRIP, tribunal, ...).

MG04 « Que faire ? Des fois on se sent un peu tout seuls. »

Les démarches pour réaliser un signalement ou une information préoccupante leur semblent ardues. Ils souhaiteraient être accompagnés ou pouvoir s'adresser à une structure unique qui les guiderait dans les démarches.

MG01 « T'es tout seul. Même si tu demandes un avis à tes collègues, ils vont te dire oui fais-le. Mais t'es, franchement t'es tout seul. »

Leur principale difficulté est de prendre une décision dans une situation d'incertitude, de doute. Ils ressentent parfois le besoin de demander un deuxième avis avant d'engager une procédure.

MG04 « C'était un peu compliqué de savoir où il fallait aller, est-ce qu'il fallait signaler tout de suite ou pas ? [...] Est-ce que c'est dans son imagination ? Est-ce que il y a vraiment des choses ? [...] Est-ce que, voilà, il n'y a pas un

psychologue clinique, voilà, un psychiatre qui pourrait nous aider un petit peu à cerner ? »

Un des médecins interrogés déclare tout de même être à l'aise en cas de signalement, après avoir acquis de l'expérience par la pratique de la pédiatrie en équipe hospitalière. Ce qui lui semble toujours difficile, est de devoir prendre une décision en ayant seulement des doutes ou des soupçons. Cette situation d'incertitude est inconfortable pour les médecins.

MG07 « Tout ça, ça ne me fait pas peur, de devoir faire le signalement. Je connais les procédures, je sais où adresser [...] parce que je l'ai vécu. [...] Après je trouve que c'est toujours hyper difficile les cas de maltraitance dans les familles ou de suspicion de. Parce qu'en fait, on n'est pas dans la famille. »

Les médecins sont conscients que la décision de faire un signalement aura un impact sur la famille. Ils appréhendent les conséquences sur l'enfant, sur la famille, et sur leur relation avec les différents patients concernés. Ils craignent beaucoup les conséquences en cas d'erreur. Les médecins ont peur de se tromper.

MG04 « On se sent tout seuls à prendre des décisions qui vont avoir un impact sur la famille. »

MG01 « Euh les parents, j'me suis dit ils vont m'en vouloir, moi j'soigne tout le monde. [...] Sachant que c'était pas la mère qui m'en avait parlé mais un autre membre de la famille, donc euh ... C'était assez compliqué ma position, franchement j'étais pas à l'aise. Surtout quand tu fais le courrier tu te dis ben on peut lui retirer la garde. [...] Derrière moi je les suis, et puis faut assurer derrière. Faut les revoir les gens. »

Malgré ces craintes, les médecins sont convaincus qu'ils doivent appliquer un principe de précaution et signaler en cas de doute. Par une information préoccupante par exemple.

MG01 « Mais euh faire une IP franchement, [...] faut assumer. Tu dors pas tranquille. [...] j'ai fait des angoisses quoi. Enfin le jour où t'écris ton truc au procureur, enfin de mémoire, t'écris les lettres et tout, t'envoie tout. Et quand tout est envoyé, ben tu fais ben la personne euh, si on lui prend ses enfants elle m'attend elle me bute quoi. [...] j'l'e vis pas bien. En fait c'est le sale boulot. Tu dois faire le sale boulot. Faut le faire. Faut l'faire hein. (silence) Mais en fait, faut assumer. »

L'intérêt de l'enfant prime. Cependant il n'est pas toujours évident de voir où est cet intérêt. Signaler, c'est prendre le risque de déclencher un maelström dans la famille, dont l'enfant pourrait être tenu responsable. S'il est séparé de sa famille, même juste le temps de l'enquête, est-ce vraiment son intérêt ?

MG04 « Mais on n'a pas envie de faire du tort à la famille, signalement, quelque chose, voilà, qui pourrait briser les relations familiales. »

3. Des médecins concernés

3.1. Le rôle des médecins.

Le rôle des médecins est de prendre soin de la santé des patients, pas uniquement par le diagnostic et le traitement des pathologies, mais aussi par la prévention primaire. Ils s'intéressent aux facteurs de risque d'altération de la santé. A ce titre, ils se sentent concernés par la prévention primaire des VSFE.

MG01 « C'est pas le truc où tu penses tout de suite – ben voilà tu dois déjà soigner les maladies – mais après tu dis ben ça aussi, la prévention. »

Les médecins sont conscients des conséquences des VSFE sur la vie et la santé des enfants, adultes en devenir. L'enfant est un être en construction, donc vulnérable. Les effractions psychiques et physiques fragilisent cette construction, voire la détériore durablement.

MG06 « Alors qu'on sait qu'au fond, c'est quand même quelque chose [les VSFE] de fondamentalement perturbant pour la croissance euh psychologique et tout court. »

Lorsqu'une agression sexuelle vécue dans l'enfance est révélée, les médecins font un lien qui leur paraît évident avec les symptômes ou le mal-être présentés par le patient, et pour lesquels il consulte parfois depuis plusieurs années. La révélation des violences subies semble être nécessaire pour comprendre les symptômes du patient et envisager des soins adaptés.

MG02 « Cette jeune, elle ne va pas bien. Et donc elle a fait une tentative de suicide, deux tentatives de suicide, elle a fini par être hospitalisée. [...] la maman vient me voir récemment et elle me dit "Tout compte fait elle nous a dit qu'elle

avait été violée quand elle avait 12 ans.” [...] Et moi, je lui dis “Bah j’ suis pas étonné.” »

Les médecins considèrent qu’ils sont responsables de la protection des enfants. Ils se sentent impliqués à double titre. En tant que professionnel, le médecin prend soin de la santé des enfants qui lui sont confiés. En tant que citoyen, l’homme ou la femme se doit de protéger une personne vulnérable en danger.

Pour protéger les enfants, les médecins font de la prévention active auprès des parents. Ils peuvent mettre en garde explicitement et rappeler la loi française.

MG06 « Et même vis-à-vis des petites filles guinéennes. Alors là, moi je suis ... je suis cash. Je dis, il ne faut pas qu’il lui arrive la même chose que vous. [...] En France on ne peut pas accepter ça » [l’excision]

Les médecins font de la prévention active auprès des enfants, en abordant avec eux les sujets concernant le corps, la sexualité, les relations aux autres, et cætera. Ils considèrent que l’accès aux informations sur la vie intime du patient fait partie de leur rôle.

MG07 « S’il y a des risques de grossesse, on doit le savoir. S’il y a des rapports non protégés, et non consentis encore plus. »

Mais les médecins nomment aussi les limites de leur rôle. Quand le sujet de la sexualité est abordé, il y a un lien fort avec les mœurs et la morale. Les médecins tiennent à rester neutres sur ces sujets.

MG08 « Je suis ni juge ni bourreau »

MG06 « On a l’impression d’être, justement, moralisateur. »

Les médecins vont faire un signalement s'ils perçoivent un risque concret pour l'enfant. Ils font leur devoir, ils ne se sentent pas le choix, en leur âme et conscience, de faire autrement.

MG01 « Et quand on te dit “Y a eu un viol, j'ai été violée par quelqu'un” [dans mon enfance], [...] tu sais qu'y a les enfants qui sont à côté, tu fais “Non, en fait j'peux pas laisser.” »

Porté par leur rôle de protecteur, les médecins estiment qu'ils doivent s'intéresser au sujet des violences en général, et plus particulièrement des VSFE. Les conséquences sont telles qu'ils ne peuvent ignorer ce problème de violences.

MG06 « On voit que les gens qui ont vécu des souffrances très profondes, et qui avouent plus tard avoir été forcés dans leur famille et tout, ils sont marqués à vie. Et puis après, soit ils vont répercuter, soit ils vont être vraiment détruits, quoi. [...] Donc c'est trop grave, oui, pour esquiver le sujet. »

3.2. Le processus qui mène à des actions de PPVSFE

3.2.1. La sensibilisation

Les médecins ont des connaissances sur les VSFE. Ils savent qu'elles sont fréquentes, qu'elles touchent des enfants de tout âge, et de tout milieu social – bien qu'ils aient tendance à les imaginer plus facilement dans un milieu socio-économique pauvre – et que l'agresseur est le plus souvent une personne connue de l'enfant, voire un membre de la famille.

MG03 « C'est n'importe qui [qui peut être victime de VSFE] [...] dans tous les milieux [...] le collège, le lycée, la famille, la colo, la piscine, l'entraîneur... Un peu partout quoi. »

MG05 « Pour moi c'est quelque chose qui est fréquent, mais on n'en a pas conscience. [...] ça arrive essentiellement dans le cadre familial. [...] Je dirais qu'à partir du plus jeune âge, vraiment, potentiellement, malheureusement, c'est possible. »

Bien qu'ayant cette connaissance théorique des violences sexuelles que peuvent subir les enfants, il semble difficile pour les médecins de faire un lien avec la réalité des patients qu'ils suivent. La pensée que certains de leurs patients pourraient être concernés – agressés ou agresseurs – leur est très inconfortable. Cela représente un frein, car pour mettre en place des actions de prévention des VSFE, il faut se confronter à cette pensée.

MG02 « J'suis médecin de famille et donc du coup, je vois les enfants de familles que je connais depuis déjà très longtemps. Et donc, c'est vrai que d'imaginer si on était confronté un jour à un problème de violences vis-à-vis des enfants, que ce soit la propre famille qu'on connaît déjà qui serait responsable de cette affaire, ce n'est pas évident du tout. »

Le sujet des violences sexuelles faites aux enfants est en lui-même difficile à penser, car il heurte notre humanité.

MG05 « Moi personnellement je pense pas que je fasse vraiment de prévention sur ce sujet-là [...] Probablement parce que c'est un sujet trop délicat finalement pour savoir comment l'aborder, ou même pour y penser. »

Les VSFE sont considérées comme incompréhensibles et inimaginables. L'esprit peine à comprendre ce qui mène au passage à l'acte. C'est du domaine de l'impensable.

MG02 « On en a entendu parler récemment avec ce drame en Bretagne. Enfin des chiffres même plus imaginables. C'est hallucinant. C'est inimaginable. »
[Référence à l'affaire Le Scouarnec, chirurgien pédiatrique, condamné en mai 2025 pour agressions sexuelles ou viols sur 299 victimes]

Difficile à penser, le sujet est donc tabou. Il est peu mentionné et comporte d'importantes zones d'ombres.

MG07 « On parle moins des violences bah sexuelles ou ... on est peut-être moins informé là-dessus »

MG05 « On y pense quand même vachement moins. Voilà, les enfants entre eux. » [Comprendre les VSFE où l'auteur est mineur]

Les médecins expriment le besoin d'être sensibilisés à la question, c'est-à-dire d'être alertés sur la réalité des VSFE, d'être informés, et d'être stimulés pour s'emparer de la question.

MG08 « Est-ce que je suis assez sensibilisé ? Je ne pense pas. »

MG07 « Dont une de mes collègues qui est à fond dans les violences faites aux femmes. Donc, c'est vrai que du coup, ça sensibilise un peu plus, et comme elle m'en parle souvent, je me dis, ah il faut que je fasse plus attention. Mais en fait, c'est comme tout, il y a des moments où on est un taquet, et après, on oublie un peu... »

Les médecins vont mûrir une réflexion suite à cette sensibilisation. C'est donc la première étape du processus de PPVSFE. La sensibilisation au sujet peut venir :

- de l'actualité :

MG02 « Il s'est passé tellement de choses ces derniers temps, que ça nous a fait réfléchir de façon plus large. » [Sur le rapport à l'autre et son consentement]

- des pairs :

MG08 « Moi j'ai eu la chance d'avoir des maîtres de stage qui m'ont franchement sensibilisé à ça »

- d'une situation professionnelle marquante :

MG01 « il suffit aussi d'une expérience qui te marque [...] du coup j'ai fait pas mal de formations. »

- d'un vécu personnel :

MG04 « J'ai subi personnellement les choses petite. Voilà. Et du coup, je pense que ça me sensibilise un petit peu. »

3.2.2. La réflexion

Une fois sensibilisés, les médecins mènent une réflexion personnelle.

MG05 « Faut prendre le temps de s'arrêter deux secondes pour réfléchir à ça. »

La réflexion des médecins porte sur leur pratique, notamment lors de l'examen clinique. Pour examiner un enfant, le médecin demande son consentement, puis va toucher, regarder, ausculter son corps. Les médecins réfléchissent à ce qu'est une relation saine, un examen clinique pleinement respectueux de l'enfant. Cette réflexion

sur la pratique clinique, s'intègre dans une réflexion plus large sur les relations humaines et la violence.

MG02 « Il y a une évolution des choses, et qui a été beaucoup, à mon avis, provoquée par ce qui s'est passé dans les médias, tout c'qu'on a voilà. Et de façon plus large, ça nous a fait réfléchir. Moi, ça m'a fait réfléchir. Même dans ma sexualité [...] Et qui fait aussi nous évoluer tout court. Nous en tant qu'hommes et femmes. »

Leur réflexion se nourrit des évolutions de la société. La notion de consentement est aujourd'hui beaucoup explorée dans la recherche d'une sexualité respectueuse. Le consentement apparaît comme un outil de prévention des violences. De nombreuses affaires de VSFE sont médiatisées ces dernières années, menant toute la société à considérer cette problématique. Cela fait évoluer les pratiques médicales.

Un des médecins interrogés rapporte l'apparition au cours de sa carrière de la demande explicite de consentement pour l'examen clinique. Il y a trente ans, le droit pour le médecin d'observer et de toucher le corps du patient était implicite, considéré comme un accord tacite dans le cadre de la consultation. Aujourd'hui, le médecin demande la permission du patient pour l'examiner.

MG02 « Mais on a eu des usages pendant longtemps sur lesquels on était sans doute traumatisant sans savoir qu'on l'était. C'est facile de jeter le bébé avec du bain aujourd'hui en disant "À l'époque, on faisait ça, etc." Et pour autant, on le faisait facilement. [...] Je pense que dans mes études de médecine, euh on avait un côté beaucoup plus d'une évidence à ... d'y avoir une autorisation quelque part, parce qu'on avait une légitimité médicale à aborder, par exemple la sphère génitale, avec nos patients, sur lequel on ne se posait pas trop de

questions, et en tout cas, on ne posait pas trop la question aux patients. Parce que c'était évident. Et je dirais même que l'inverse était vrai aussi. [...] Voilà, toc, tu vas "Allongez-vous", faire un toucher vaginal, poser un spéculum, mettre le doigt dans le derrière, palper un ventre, rechercher des aires ganglionnaires au niveau inguinal, on est quand même proche des zones génitales, c'est pas... et on s'posait pas trop la question. Et les patients, pas non plus. Parce qu'on était dans un registre purement médical, sur lequel... Et pour autant, c'était peut-être, encore une fois, sans remettre les choses en question, parce que c'était l'usage. »

Un médecin peut poser un acte qui lui semble faire partie de la routine, et qui sera perçu comme indélicat ou inapproprié par le patient. Les médecins explorent comment réaliser les gestes nécessaires pour les soins de l'enfant sans brouiller les lignes de ce qu'il ne doit pas accepter. En prenant la question dans l'autre sens, les médecins se demandent comment apprendre à un enfant à reconnaître et refuser une intrusion inappropriée, quand ils portent eux-mêmes sur l'enfant des gestes qui peuvent le gêner.

MG08 « Ça peut être considéré comme de la violence en fait, quand on impose quelque chose à un enfant [ici l'abaisse langue dans la bouche] et que c'est source d'une émotion très négative. Dans quelle mesure l'enfant ne peut pas aussi après être plus susceptible d'accepter des choses qu'il n'accepterait pas ? »

La réflexion peut être collective, ou se nourrir des échanges entre pairs. Les médecins ont échangé avec leurs collègues sur les sujets tels que la demande de consentement lors de l'examen clinique. Cela s'est fait la plupart du temps de façon informelle.

MG08 « Au sein de ma MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle), c'est un truc que j'avais discuté, hein, je m'étais posé la question. » [De l'âge pour parler du consentement aux enfants]

La libération de la parole des victimes participe à cette prise de conscience collective et individuelle de l'enjeu de la lutte contre les VSFE. Les médecins intègrent l'idée que certains de leurs patients sont concernés. Ils savent que cette violence reste cachée, invisible, ou qu'ils y sont parfois aveugles.

MG02 « Je suis sensible en termes de prévention [des VSFE] depuis assez longtemps je pense. [...] Statistiquement, il y en a chez moi. [Dans ma patientèle] »

MG01 « Et j pense qu'on en parle de plus en plus. Clairement, tu t'dis c'est du sous-estimé. Et moi j'suis passé à côté aussi. »

Les médecins font spontanément des actions de PPVSFE, parfois sans les avoir identifiées comme telles. Il s'agit notamment de demander le consentement pour tout examen, de valider le ressenti de pudeur de l'enfant, de donner des explications sur le corps et la puberté, d'explorer le contexte de vie de l'enfant, d'ouvrir un espace de parole aux jeunes parents, et cætera. La réflexion permet de mesurer ce qui se joue dans ces mots ou ces gestes en apparence anodins, et de le formaliser.

MG07 « Si je fais de la prévention, j'en sais rien, j'ai pas l'impression. Peut-être que si Sans m'en rendre compte. [...] Et c'est vrai que mettre des petites graines de temps en temps, je pense qu'on le fait sans s'en rendre compte, en fait. Nous, on fait de la prévention tous les jours, tout le temps. Mais sans s'en

rendre compte spécialement. Je rentre pas chez moi en me disant "Oh cool j'ai fait plein de prévention !" On a juste parlé et discuté avec les gens. »

La prévention des VSFE est souvent indirecte. Lorsque ces éléments de prévention sont mis en place, le risque de VSFE n'est pas nommé. Ce risque est plus ou moins explicite dans la pensée du médecin.

MG05 « On pense pas forcément toujours aussi loin, et aussi prévention de violences sexuelles. »

La demande de consentement pour l'examen implique que le médecin puisse renoncer à l'examen en cas de refus, en tout cas temporairement, ou selon les modalités proposées à ce moment-là. Par le respect du corps et le respect de la parole de l'enfant, le médecin leur donne toute leur valeur. L'enfant sait qu'il peut être entendu et respecté. Un exemple de relation saine entre adulte et enfant est une forme de prévention en soi.

MG05 « Et c'est vrai que pour tout ce qui va être examen des organes génitaux, ou des fesses par exemple, j'ai tendance à le demander systématiquement s'il est d'accord pour qu'on le fasse, et s'il est pas d'accord, à pas le faire. Donc c'est une forme j'imagine de prévention malgré tout. Mais j'ai pas forcément un discours, enfin un échange spécifique avec les parents, ou avec l'enfant directement »

3.2.3. Le choix

Après cette réflexion, les médecins affirment que mettre en place des actions de prévention primaire des VSFE est un choix. Ce choix nécessite un engagement de leur

part. Pour agir en prévention des VSFE, le médecin doit investir du temps et de l'énergie, ce dont il ne dispose pas de façon illimitée pour chaque patient.

MG05 « Après je trouve qu'on a chacun nos sujets de sensibilisation propres, on ne peut pas tout faire tout le temps. On dit souvent en médecine générale le problème c'est que le champ est très très vaste, et qu'il faut quand même un peu choisir, malgré tout, ses combats, je pense. »

Du temps est nécessaire pour mettre en place des actions de PPVSFE. Au départ, les médecins doivent investir du temps pour la réflexion et l'intégration de ces actions à leur pratique. Sur le long terme, les médecins doivent prendre du temps consacré à cette prévention au cours de certaines consultations.

MG08 « donc moi j'ai choisi de le faire [...] il faut prendre le temps de le faire correctement [...] dans mon organisation à moi, c'est une consultation que je fais qui est dédiée [la prescription du vaccin contre le papillomavirus] [...] en abordant surtout la notion du consentement, et pour qu'ils aient en tête qu'on ne peut pas leur imposer ce qu'on veut »

Cette prévention demande aussi un engagement des médecins dans la relation avec les patients. Au fil du temps, médecins et patients tissent une relation de confiance réciproque, qui permettra des échanges sur ces sujets intimes ou délicats. Les médecins font ce choix d'approfondir la relation, pour aller plus loin que la consultation type symptôme-examen-diagnostic-traitement. Ils souhaitent prendre le temps et faire l'effort de connaître leurs patients.

MG06 « Mais en une consulte, c'est pas toujours évident. Je pense qu'il faut recouper. Donc, il faut créer un lien de confiance. Et puis, voilà, c'est au fur et à mesure qu'on ... qu'on arrive à faire le tour de la question. »

MG08 « J'essaie, en tout cas autant que possible, d'instaurer un climat de confiance. »

3.2.4. L'intégration à la pratique par un apprentissage de terrain

Les mots et les gestes qui participent à la prévention primaire des VSFE ne sont pas issus d'un apprentissage facultaire, mais sont le fruit d'un apprentissage de terrain. Les médecins ont construit cette PPVSFE au cours de leurs stages, des échanges avec leurs pairs, et de leur pratique. Cette élaboration passe par une auto-critique du médecin, qui analyse ce qu'il a dit ou fait, et ce que ça a entraîné.

MG02 « J'ai fait pas mal de formations. Du coup au final, j'ai fait mon petit business à moi, mais qui s'est aussi inspiré de beaucoup d'expériences que j'ai entendues. J'ai été à des congrès, j'ai entendu des gynécologues ... »

Tous rapportent avoir rencontré, au cours de leur formation initiale ou continue, ou de leur pratique professionnelle, un médecin qui a eu à cœur de leur transmettre des notions de prévention primaire, telles que le respect du consentement, le respect du corps et de l'intimité, ou la recherche systématique d'un vécu de violences.

MG07 « Je l'ai appris de d'autres médecins quand je bossais en pédiatrie. [...] Ça m'a quand même beaucoup aidée de voir des pédiatres qui examinent. »

Par essais et erreurs, les médecins vont trouver leur façon de faire un examen clinique respectueux, d'engager un échange sur le consentement dans les relations aux autres, ou de s'enquérir des violences vécues.

MG08 « Parce que j'ai eu des maîtres des stage en N1 qui posait la question [des violences], je me suis rendu compte que si tu posais la question de façon

aussi sereine et anodine que “Est-ce que vous avez des antécédents ? ” [...] t’ouvres une porte. »

Les médecins élaborent leur propre façon de parler de l'intimité et de communiquer avec le patient lors de l'examen clinique. Ils s'approprient les notions de prévention, pour les intégrer dans leur pratique.

MG03 « Alors, je ne sais pas, je n'ai pas validé ça par nulle part, je n'en sais rien. C'est un truc que je me suis inventé peut-être moi-même, mais qui sacralise un petit peu le ... cette zone du corps, et même, je dirais, toute zone du corps. La nudité. »

La capacité à dire ces mots ou faire ces gestes dans la pratique quotidienne repose sur une bonne communication. Les médecins apprennent à améliorer leur communication au contact de leurs aînés et des patients.

MG08 « Mes deux maîtres de stage en N1 [...] ont axé vraiment mon stage sur la communication avec le patient. »

D'après les participants, une formation en communication permettrait d'améliorer la prévention primaire des VSFE faite par le médecin.

MG07 « Et je pense que ça peut être bien d'avoir des formations de communication, de ... Parce que finalement, les informations médicales, même quand on ne les sait pas, on tape sur Internet, on regarde en consult', on va trouver, on va appeler un collègue pour un avis, voilà. Mais en fait, parfois, c'est bien d'avoir des conseils de communication. »

Au terme de ce processus, les médecins vont intégrer la prévention primaire des VSFE à leur pratique. Pour ce faire, ils doivent se former, tester, essayer différentes formules, s'adapter à chacun.

Enfin, les médecins vont ancrer ces actions de prévention des VSFE dans leur pratique. Elles vont devenir des habitudes, faire partie de la routine.

MG05 « Je deviens à l'aise. »

3.3. Les limites

Il est difficile pour les médecins de faire cette prévention de façon systématique. Excepté la demande de consentement lors de l'examen clinique, qui semble incontournable, le fait de se saisir des occasions pour aborder les sujets liés à la PPVSFE est mis en place de façon variable.

MG05 « C'est compliqué de le mettre en place pour chaque enfant tout le temps. »

Le terme « essayer » est revenu à de nombreuses reprises à ce sujet : « j'essaie d'être vigilant », « j'essaie d'être systématique », « j'essaie de creuser », « j'essaie de dialoguer ».

Les médecins expriment qu'ils sont confrontés à leurs limites humaines : l'énergie et la disponibilité mentale mobilisables pour une journée de consultations sont limitées. Au cours d'une journée de consultations, le médecin va manipuler beaucoup d'informations très diverses, qu'il va recevoir ou transmettre. La vigilance pour les actions de PPVSFE est fluctuante.

MG07 « Je me dis, ah il faut que je fasse plus attention. Mais en fait, c'est comme tout, il y a des moments où on est au taquet, et après, on oublie un peu... et après on se dit "Oh oui c'est vrai !" et on refait attention. C'est un cycle un peu. »

L'attention du médecin peut être portée sur un sujet ou un autre au cours des consultations, selon les circonstances, selon les inquiétudes du patient, selon les sensibilités du médecin.

MG07 « On n'est pas parfait, et parfois, on est débordé, et que parfois, ça va vite. Mais j'essaie. »

Les consultations propices semblent être celles qui sont axées sur un sujet de prévention. Tous les médecins se saisissent de la consultation de prescription du vaccin contre les papillomavirus pour ouvrir une première porte vers une discussion sur la vie sexuelle. Mais les médecins rapportent que ces consultations sont saturées par de nombreux sujets de prévention possibles (croissance, scoliose, alimentation, soins dentaires, et cætera) en plus du motif initial de la consultation, qui est souvent autre.

MG05 « J'en profite toujours pour réexpliquer à quoi sert le vaccin Gardasil, que l'objectif, quand même, c'est de les protéger le jour où ils démarreront une vie sexuelle, et qu'il faut quand même continuer à faire du dépistage, etc. Donc ... Oui, je pense que ça pourrait être un élément supplémentaire de cette consultation, de réexpliquer le consentement et la prévention, c'est totalement logique pour moi. En plus de la multitude de trucs qu'on a déjà à faire dans ces consultations-là »

MG05 « C'est très difficile, je trouve, d'avoir des consultations comme ça qui sont vraiment complètes, qui vont creuser dans chaque détail. Parce que malheureusement donc bon ce n'est pas le seul sujet qu'on doit aussi dépister, qu'on recherche. »

Les médecins évoquent aussi le manque de temps comme limite à la mise en place de la PPVSFE. Ils se sentent souvent pressés car les consultations s'enchainent. Cependant, un des participants note que ce manque de temps ressenti par les médecins peut parfois masquer leur réticence à penser ce sujet.

MG06 « Le manque de temps ou les habitudes de travailler vite peuvent aussi être une bonne excuse pour ne pas examiner, poser les bonnes questions. Hein. Donc, voilà. Je pense qu'il faut aussi se garder de, voilà, de raccourcir les sujets qui fâchent. »

La diminution des effectifs des médecins par rapport au nombre de patients en France impacte les capacités de prévention. Le manque de médecins scolaires et de médecins de PMI entraîne une diminution des actions de prévention infantile. Les médecins généralistes se sentent alors d'autant plus investis de ce rôle de prévention. Mais ils estiment que la pression de patients nécessitant des soins provoque une diminution du temps consacré à chaque patient par les médecins généralistes.

MG06 « On n'est pas assez nombreux. Alors, est-ce qu'il vaut mieux faire la qualité ? [...] On a de moins en moins de médecins scolaires, de moins en moins de médecins de PMI. Qu'est-ce qu'on va faire de tous ces moments où on détecte des ... des moments ... des trajectoires qui partent... en ville ? »

Les médecins sentent qu'ils ne touchent pas toutes les familles par leurs moyens de prévention.

MG05 « Oui, mais encore une fois, c'est pas chez tous les enfants. »

En premier lieu, tous les enfants ne sont pas suivis par un médecin. Ensuite, parmi les enfants suivis, les médecins n'abordent pas la PPVSFE avec tous. De plus à certains âges, les enfants n'ont aucune raison de venir chez le médecin, s'ils ne sont pas malades ou s'ils n'ont pas besoin d'un certificat médical pour le sport. A part les enfants de moins de 18 mois qui sont vus régulièrement pour les vaccinations, les enfants passent parfois plusieurs années sans rencontrer leur médecin généraliste.

MG06 « On peut louper des occasions. [...] Ils peuvent passer 2, 3, 4, 5 ans sans venir nous voir, entre deux vaccins, entre le 6 ans et le 11 ans. »

MG05 « Clairement parler du consentement, je pense que ça serait plus vers 15-16 ans, et le problème c'est qu'on les voit pas beaucoup à cet âge-là. »

Enfin, la plupart du temps c'est toujours le même parent qui accompagne l'enfant donc le discours de prévention ne touche qu'une partie des parents, sans compter qu'il touche peu les adultes sans enfant. Les médecins suggèrent que les parents et les familles qui ne viennent pas en consultation sont ceux pour qui l'exploration du contexte de vie pourrait être pénible ou pourrait les mettre en difficulté.

MG01 « L'enfant, il est mineur, il faut qu'il soit accompagné des parents. Donc ça veut dire que ceux qui viennent pas, c'est peut-être eux qui doivent... »

Les médecins supposent aussi que les victimes de violences sexuelles auraient tendance à éviter les consultations médicales.

MG05 « Est-ce que justement, ce ne sont pas des gens qui vont avoir tendance à essayer d'esquiver les consultations de médecine pour éviter d'avoir à se dénuder, pour éviter quelques échanges difficiles qu'ils soient d'ailleurs, des questions auxquelles ils aimeraient pas répondre. »

4. Un sujet de société

4.1. Une prévention collective

Les médecins ne se sentent pas les acteurs principaux de la PPVSFE. Protéger les enfants est le rôle de tous dans la société.

MG08 « Il y a plein d'autres acteurs qui gravitent autour de l'enfant – l'école, un coach sportif dans une activité extra-scolaire – je pense qu'il faut qu'on soit tous sensibilisés à ça. »

4.1.1. Les parents

Les parents sont concernés en premier lieu, car ils sont au contact de l'enfant quotidiennement, dès ses premiers jours, et tout au long de sa croissance. Les parents sont dans la majorité des cas les premiers éducateurs de l'enfant. Ils sont responsables de lui. Ils remplissent un rôle de protecteurs de l'enfant.

MG06 « Ils doivent aussi protéger leur enfant. »

Les parents partagent une intimité avec leur enfant, et par là vont lui transmettre l'attitude à adopter dans le rapport à l'autre. Dans son lien avec ses parents, l'enfant va construire sa conscience de lui-même en tant qu'individu, il va comprendre la notion d'intimité, il va expérimenter un lien affectif, et cætera. Des relations familiales saines sont le socle de la PPVFSE. Ces apprentissages, qui protègent l'enfant pour sa vie future, se construisent au fur et à mesure dans le quotidien. Le médecin n'intervient que ponctuellement.

MG05 « Très vite, même dans les gestes de la vie quotidienne, et pas d'attendre l'examen du médecin, parce que finalement, c'est plutôt dans la toilette, dans l'habillage, dans ... voilà ou finalement dans ces gestes-là. Et c'est vrai que, moi

j'ai tendance à me dire qu'en l'occurrence, c'est quand même le parent qui est H24 avec lui, qui va lui apprendre tout, et nous, on intervient qu'à des moments très très ponctuels, et le problème, c'est qu'il y aura sûrement des loupés, parce qu'on peut pas à chaque consultation, systématiquement, être là au bon moment, au bon endroit, pour lancer le bon message. Que le parent, lui, a priori, il l'est. »

Les médecins pensent qu'ils peuvent faire de la sensibilisation auprès des parents, qui transmettront des notions protectrices à leurs enfants. Ensuite, les médecins feront passer à l'enfant des messages de prévention, qui seront l'écho de ce que les parents ont déjà transmis à leur enfant.

MG05 « Que même les parents, en fait, expliquent à leurs enfants, au fur et à mesure, très rapidement, dans la vie quotidienne, en fait, les sensibiliser aussi, eux, pour que, dès le plus jeune âge, ils sensibilisent leurs enfants au consentement, à la perception de leur propre corps, qu'ils aient le droit de dire oui ou non ... »

Du point de vue des médecins, les parents ont pour rôle d'aborder les sujets intimes avec leurs enfants. Leur rôle d'éducateur comprend une éducation à la vie affective et relationnelle.

MG06 « Je dis aux parents qu'ils sont les premiers, quand même, à pouvoir ... à être bien placés pour parler d'affectivité avec leur enfant. »

Certains parents confirment au médecin qu'ils se sentent concernés et responsables dans ce rôle de prévention des VSFE auprès de leurs enfants.

MG08 « J'ai de plus en plus de parents qui ont quand même cette problématique, enfin, en tête cette problématique, et qui, aussi, de leur côté, à la maison, essayent de faire de la prévention pour leur enfant. »

Les parents intègrent à leur éducation des éléments de prévention, tels que les notions d'intimité et de consentement.

M02 « J'ai beaucoup de parents qui vont me dire, tout compte fait, c'est intéressant que vous en parliez, parce que c'est une question qu'on aborde régulièrement avec notre enfant. Voilà, parce que on sait très bien qu'il va peut-être aller en colo, aller chez des copains, aller chez les grands-parents, etc. Alors tous les parents, bien sûr, ne parlent pas comme ça. Mais je pense que ça ouvre le champ d'une réflexion. Plus largement. »

Cependant les médecins gardent à l'esprit que le parent qu'ils projettent en protecteur, peut parfois être agresseur, ou participer au climat familial qui rend l'agression possible. Cette tension est toujours présente car la famille est aussi le premier lieu des VSFE.

MG03 « D'abord, les violences, elles sont souvent intrafamiliales quand même dans beaucoup de cas. Et donc du coup, c'est quand même, la famille, ça peut être un lieu malheureusement de malheur aussi, pour les enfants. »

Quand un médecin aborde la prévention liée aux violences sexuelles, il ne sait jamais s'il s'adresse à quelqu'un pour qui ça reste du domaine théorique, ou à une personne qui est directement concernée. Les médecins se montrent prudents.

MG01 « C'est toujours compliqué parce que tu vois si c'est un proche de la famille, par exemple, si c'est un des parents et qu'il vient avec, c'est très compliqué. »

4.1.2. L'enseignement

L'école est un lieu d'éducation privilégié. Tous les enfants sont scolarisés de 3 à 16 ans, par obligation légale. Les établissements scolaires ont aussi une mission de PPVSFE. Les médecins sont au courant de cette mission d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle par l'école. Mais ils n'en connaissent pas le contenu ni les modalités.

MG02 « Je sais qu'à l'école, il y a quand même des temps où il y a de l'éducation sexuelle, l'éducation à la sexualité, tout ça. »

La répétition des messages en différents lieux et à différents moments permet leur apprentissage. Les actions de prévention en milieu scolaire et en consultation semblent complémentaires.

MG04 « Ils vont commencer les programmes à l'école, là. Dès tout petits, en fait. Et du coup, ça va vraiment dans le sens qu'on disait, c'est le phénomène de répétition, de ré-aborder le sujet. »

A la différence de la prévention en milieu scolaire, l'entretien avec le médecin est un temps individuel, qui permet une prévention personnalisée. Les médecins pensent qu'un échange approfondi est possible dans le cadre de la consultation, et que c'est un lieu où l'enfant serait plus susceptible de poser ses questions.

MG02 « Je pense que le côté individuel de la consultation change un peu la donne. C'est pas pareil quoi. C'est pas pareil d'avoir un public ou, ben déjà il y

a des gamins qui vont faire des petits effets de groupe qui vont être plus ou moins réceptifs à ce qu'on leur raconte. »

4.1.3. La société

Cette prévention primaire relève également de choix à plus grande échelle dans la société, des choix politiques. Les médecins ressentent que leur action de PPVSFE individuelle a du sens si elle s'inscrit dans une dynamique globale de prévention.

Les médecins imaginent entre autres des actions de lutte contre l'accès à des images pornographiques par des enfants parfois très jeunes. Les représentations du corps et de la sexualité à travers la pornographie sont très normatives et peu réalistes. Elles associent fréquemment jouissance et domination. Ce ne sont pas des contenus adaptés à des enfants, sans compter que l'exposition à la des contenus pornographiques peut être considéré comme une VSFE. Cela participe au continuum de la violence. Pour les médecins, des mesures de contrôles doivent être mises en place, à l'échelle individuelle par les parents, mais aussi à l'échelle nationale (voire internationale ?) par les responsables des contenus multimédias et des sites Web, et par les instances politiques.

MG06 « D'éduquer les parents à la protection parentale, et puis de la décréter au niveau de tous les fournisseurs d'accès, etc. enfin voilà ... et de porno, voilà. Même si c'est une grosse économie. »

Cette prévention primaire est un sujet de société, beaucoup plus large que le simple rôle du médecin. Il interroge nos représentations, et notre fonctionnement collectif.

MG06 « On aborde seulement la pointe de l'iceberg »

4.2. Les représentations

Chaque médecin porte des représentations qui façonnent sa pratique. Les représentations sont le résultat de l'expérience personnelle et de l'imaginaire collectif d'un groupe social. Elles constituent à la fois des croyances et des vérités pour un individu. Ce sont des représentations du monde, qui permettent à l'individu de fonctionner, et qui induisent en partie ses comportements.

Les médecins exercent leur art à travers le prisme de leurs propres représentations : représentations de la santé, de la sexualité, de la parentalité, de l'enfance, et cætera. Ils sont conscients de leur vision partielle et subjective, et de son évolutivité.

MG06 « Il faut dire qu'on a des perceptions quand même assez variées entre médecins, et même les formateurs, sur la place du corps, etc. Banalisation ou pas des actes sexuels précoces et tout. Donc il faut toujours se former, être à l'écoute, lire aussi. »

Dans les représentations des médecins, les parents, et tout particulièrement la mère, sont protecteurs. Ils assurent la sécurité du petit enfant.

MG06 « Ça m'inquiète que la maman ne soit pas là. Le papa peut s'en occuper, mais c'est quand même elle la première personne qui a vu naître le bébé. [...] C'est quand même le schéma d'attachement pour moi encore le plus important. Et là-dedans, je la mets en protectrice. »

Les représentations sont structurantes de l'individu. Elles lui donnent des repères sur lesquels se construire. Pour les médecins, leurs représentations sont une référence

sur laquelle ils s'appuient, tout en sachant que les représentations sont variables d'une personne à l'autre.

MG06 « En toute humilité, parce que voilà, j'ai mon âge, j'ai ma culture familiale et personnelle, [...] la pudeur, tout ça, pour moi c'était quand même un ... une référence. Aussi, le respect, voilà. »

Les médecins portent également des représentations diverses de la violence, des violences sexuelles, et plus particulièrement des VSFE. Tous les médecins interrogés connaissent quelqu'un – proche ou patient – qui a subi des violences sexuelles, et certains comptent parmi les victimes. Ces expériences participent à leurs représentations.

MG04 « J'ai subi personnellement les choses petite. Voilà. Et du coup, je pense que ça me sensibilise un petit peu. »

MG07 « Ils ont une capacité, je trouve – pour avoir des amies qui, pour le coup, ayant subi des choses – ont une capacité à cacher les choses qui est extraordinaire. »

Par l'utilisation de ce terme « subir les choses », on entend la difficulté à parler des VSFE. Les mots sont violents. Le sujet est tabou. Les médecins ont leurs propres résistances à la pensée des VSFE. Ils projettent parfois leurs craintes sur les patients, notamment, la crainte de les heurter.

MG05 « C'est probablement, encore une fois, nos propres barrières qui nous limitent. » [Ici pour oser aborder le sujet des VSFE]

Les médecins tentent d'imaginer ou de comprendre comment la violence sexuelle envers les enfants survient. Ils construisent la réponse à travers leurs représentations. Les médecins observent ce qui fait qu'un individu – ou un groupe d'individu – impose des gestes sexuels à un enfant. Ils évoquent un processus avec les termes « dérouler vers », « mélanger », « dévier ». Partant de la vie quotidienne, les relations peuvent évoluer vers une appropriation du corps de l'enfant.

MG06 « je pense qu'il y a une faiblesse humaine assez universelle, comme quoi on peut avoir tout d'un coup des idées euh ... saugrenues, mal placées. [...] Et du coup, après, c'est ... ça déroule tout un processus qui n'est pas bon et qui va dérouler vers des attouchements, des maltraitances et tout. Je pense que c'est pour éviter de dérouler tout ça. Fin voilà, Je crois que c'est un peu une boîte de Pandore qu'il ne faut pas ouvrir. »

Pour un des médecins, des éléments culturels du groupe social peuvent être propices à des gestes sexuels envers les enfants. Il cite notamment la promiscuité, qui ne permet pas beaucoup d'intimité aux individus, et un lit commun à plusieurs générations.

MG06 « Sous le sceau de l'intimité familiale et aussi de la culture, il y a des gens qui ... qui mélangent ... enfin qui sont tout le temps en cododo, en permanence, enfin jusque très tard. Alors après faut voir. Est-ce que c'est un lieu ? Ça peut être un lieu aussi où on peut dévier. »

Pour un autre, ce qu'un individu a vécu dans l'enfance est tellement impactant qu'il y a un risque important de reproduire les comportements, mêmes néfastes. Pour une ancienne victime ou « co-victime », avoir peur de devenir agresseur serait tellement oppressant, que le passage à l'acte viendrait résoudre cette tension incessante.

MG03 « On peut transmettre, et je pense qu'il y a une façon très particulière de certaines personnes, de ... qui ont tellement peur de pouvoir devenir comme cette personne qui leur a fait du mal ou qui a fait du mal à quelqu'un de sa famille, qu'ils préfèrent le devenir pour ne pas être tout le temps dans la peur de le devenir. [...] Et ça, c'est complexe. Mais c'est, je pense, un moteur qui est énorme. »

Pour un autre médecin, la frontière entre autorité et violence est mince. Il y a un risque de passer d'une autorité qui donne le cadre à une autorité qui domine. Il constate qu'il y a un lien d'autorité entre l'agresseur et la victime dans toutes les situations de violence sexuelle. Ce lien d'autorité est devenu rapport de domination.

MG02 « Après, c'est vrai que c'est tout le rapport aussi à l'autorité. Les parents, en tout cas, ils ont l'autorité vis-à-vis des enfants. Mais cette autorité, on la retrouve dans tous les domaines dans lesquels il y a eu des violences sexuelles. Quand tu vas dans l'église, bien sûr, dans le domaine du sport, dans le domaine de l'entreprise, et cætera et cætera. C'est toujours. Et ce rapport à l'autorité doit toujours être interrogé. C'est un truc très très important. Parce que c'est vraiment une porte ouverte à l'abus. »

Les médecins explicitent que les éléments qui mènent à des VSFE sont multiples et intriqués de façon complexe.

Certains médecins, à travers leur expérience, perçoivent qu'une génération serait plus touchée qu'une autre.

MG04 « Je pense qu'il y a toute une tranche d'âge. En tout cas, là, nous, les 50 ans, en tout cas, j'ai pas mal de patients qui, maintenant, ont 40-50 ans qui ont des souvenirs d'enfance qui reviennent et je pense qu'il y en a eu beaucoup »

Dans les situations de violences sexuelles, les victimes sont majoritairement des femmes et les agresseurs majoritairement des hommes. Cela imprègne les représentations des médecins et fait qu'ils projettent des risques différents chez la fille et chez le garçon.

MG04 « Parce que les filles, on essaie de les protéger. On dit “Voilà, fais attention.” Et les garçons, c'est forcément l'inverse. »

Certains médecins souhaitent faire évoluer les représentations collectives. Ils s'attachent à déconstruire certaines représentations, pour que ce ne soit pas la victime qui porte la culpabilité, ou que puissent être considérés d'autres scénarios que « fille-victime VS garçon-agresseur », par exemple.

MG03 « Alors il y a aucune victime type. Ça c'est clair. C'est n'importe qui. Et ça n'est JAMAIS la faute de la victime. Non, ce n'est pas parce qu'il est, il ou elle est comme ça que... »

MG03 « Tu sais, pour l'instant, les garçons, c'est toujours les fautifs dans l'histoire. Mais... Il faut qu'on arrête ce truc de les garçons sont mauvais et les filles ... enfin les filles c'est les victimes et les garçons c'est les agresseurs. Ce n'est pas toujours ça. »

Par ces mots, le médecin souhaite faire prendre conscience de sa vérité à son interlocuteur. Il souhaite amorcer une réflexion, voire transmettre sa représentation.

Les médecins sont conscients que les patients portent leurs propres représentations des relations et de la violence. Leurs représentations sont le prisme à travers lequel

ils comprennent le monde. Les médecins sentent qu'il est difficile de changer une croyance ou une représentation portée par un patient. Ces représentations sont le reflet des règles qui régissent l'environnement de chaque individu. Même si sa perception de la règle change, son environnement ne change pas, ce qui limite la possibilité de changer de comportement.

MG02 « Je pense qu'on vit tous avec une culture familiale et on vit nos comportements aussi à travers des représentations. Et donc, les parents violents, ils ont peut-être – encore une fois, il ne faut pas généraliser – mais on va dire peut-être souvent, des représentations du rapport à l'autre qui peut être conflit égal forcément, je te fous une claque, par exemple, ou conflit systématiquement quand il y a de l'alcool. Et donc, du coup, il y a une ambiance générale qui fait que c'est un peu évident. Et ça, on le voit quand même, malheureusement. Il y a des comportements où l'alcool, et les coups et la violence, elle fait partie de la règle. »

Un acte de violence peut être caché, ou non perçu comme une violence. Cela dépend de nos représentations. Un médecin évoquait le fait que certains examens pouvaient être traumatisants pour le patient, sans que le médecin ait conscience de cette violence perçue. Ainsi, un acte sexuel entre deux adolescent.e.s peut être perçu comme une intrusion non désirée par l'un.e sans que l'autre n'en ait conscience.

MG03 « On a des agresseurs qui, malheureusement, quelquefois le sont, sans savoir qu'ils le sont. Et donc, ils ne savent pas ... Ils ne peuvent pas savoir qu'ils ne savent pas. Donc, c'est pour ça que c'est aussi à nous leur dire "Est-ce que tu vas bien dans ta vie ? Est-ce que tu as des questions ? " »

Possiblement l'inverse est vrai, et une victime peut percevoir comme normaux, car faisant partie de son référentiel, des actes sexuels qui lui sont imposés. Elle ne se considérerait alors pas comme victime.

Les représentations des patients et celles des médecins se rencontrent lors de la consultation. Cela demande au médecin de s'adapter à chaque patient. Il adapte son discours. Il adapte les conditions de l'examen clinique.

MG06 « La pudeur [...] c'est culturel. »

Ces visions différentes du monde peuvent être source d'échange, de discussion, voire d'évolution des représentations. Un des objectifs de la prévention primaire des VSFE est que le processus aboutisse à une modification des comportements inadaptés. Pour modifier un comportement, il faut faire évoluer la représentation ou la croyance qui y sont liées. Les informations données par les médecins et les réflexions soulevées lors d'une consultation participent à cette évolution des représentations. Les médecins s'attardent notamment sur les représentations de l'enfant, sa place dans la famille. La relation d'autorité qui lie le parent à son enfant est parfois plus de l'ordre de la possessivité.

MG06 « c'est quand même une vraie prévention primaire, de ... d'arriver à redonner la bonne formule d'un comportement normal vis-à-vis des autres. Parce que finalement, on s'impose sur les autres, ça va être difficile de changer de cap. Quand il y aura eu un raz-de-marée, un raz-de-marée de comportement précoce d'inceste, de confusion des rôles, etc. [...] Un bébé médicament, un enfant pour faire plaisir à maman ou à papa, et puis après, voilà. Tout ça, ça dégénère vers une possession. »

Dans les représentations des patients comme des médecins, on retrouve des limites pour penser ou mettre des mots sur ces sujets. Les tabous empêchent sûrement certains échanges.

4.3. Un sujet tabou

La sexualité, le corps, la nudité, sont des sujets intimes. Ils abordent un aspect de la vie des individus qui est personnel et privé. Il est parfois difficile pour les médecins d'aborder ces notions de façon explicite. Les médecins ressentent la gêne que leurs propos génèrent parfois chez les patients. Ils évitent de les mettre mal à l'aise et privilégient la relation de confiance. Ces sujets sont parfois tabous dans certaines familles.

MG04 « Oui, parce qu'on est encore là des ados, certains sujets, faut surtout pas en parler aux parents, faut pas leur dire qu'on a ses règles. »

Les violences passées, présentes, ou potentielles sont aussi un sujet difficile à aborder, car il amène l'échange entre patient et médecin dans un endroit qui peut être douloureux ou effrayant. Le médecin peut craindre la réaction du patient. Il peut craindre de le blesser, d'utiliser des mots inappropriés. Il peut craindre que le patient ne se ferme à la discussion.

MG07 « C'est pas forcément une question facile. » [la question des violences sexuelles] »

MG06 « C'est vrai que c'est un sujet qu'on n'aborde peut-être pas facilement. »

D'autant plus, le sujet des violences sexuelles faites aux enfants est un sujet tabou, particulièrement le cas de l'inceste. Les médecins répètent qu'il est difficile d'en parler,

et même difficile de le penser. Ils ressentent le tabou qui pèse sur la société toute entière.

MG06 « le tabou de l'inceste »

MG05 « C'est un sujet dont on ne parle pas. [...] L'enfant qui subit des violences, il apprend aussi à se taire et à ne rien dire. »

Les médecins peuvent parfois être dans le déni de la possibilité de VSFE chez tel ou tel patient. C'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas y penser, inconsciemment ils bloquent l'accès à cette réalité, pour se protéger.

MG02 « C'est inimaginable. [...] Le déni, c'est une façon de se protéger parce qu'on ne veut pas euh ... on ne veut pas imaginer l'inimaginable. Du coup, ça, c'est puissant. La puissance du déni [...] Nous médecins, nous soignants, on a du mal à imaginer que comme médecin de famille, nos propres familles puissent être violentes avec leurs propres enfants. »

MG06 « On se ment à soi-même. »

Cette prévention des VSFE est un sujet brutal et intrusif dans la consultation. Les médecins sentent combien le sujet même des violences sexuelles peut heurter. Le thème de la violence apparaît comme brutal en soi. Ce tabou ou ce déni qu'ils ressentent peut bousculer médecins et patients. Aborder le sujet fait craindre de heurter l'autre aussi.

MG05 « Je pense que moi, inconsciemment, je me mets toujours aussi une forme de tabou. »

Les médecins veulent faire preuve de tact pour échanger avec les patients sur les violences potentielles.

MG05 « Il faut réussir à amener la question progressivement et je pense un peu délicatement pour qu'elle ne soit pas vécue comme trop intrusive ou trop ... presque agressive, quoi. »

Sans parler des violences, le thème de la sexualité apparaît intrusif et marque une rupture dans le déroulé de la consultation. En matière de prévention, le médecin amène parfois des sujets de discussion dont le patient n'avait pas forcément prévu de parler (les vaccins, le poids, et cætera). La sexualité est un sujet particulier, car le médecin souhaite préserver l'intimité de l'adolescent. Il ne veut pas être intrusif psychologiquement pour l'enfant, et il ne veut pas lui faire dévoiler sa vie intime devant ses parents si ce n'est pas son souhait. C'est un exercice d'équilibriste pour trouver la juste mesure dans les questions posées.

MG01 « Non, c'est juste que si le gamin ne m'en parle pas, je ne vais pas aborder le sujet sur une situation qui n'a rien à voir, on va dire une angine, [...] je ne vais pas dire "Ah au fait, tu as déjà eu des relations ? Tu t'es protégé et tout ? " Je trouve ça un peu violent dans l'intimité. »

Pour les médecins, il y a une tension entre la peur de choquer et la nécessité d'une prévention précoce.

MG04 « Je pense qu'au plus on va en parler tôt aux enfants de ce sujet-là, au plus ils seront capables de venir nous en parler s'il y a un souci. Je pense que c'est important. Sans les déprimer non plus. Parce que c'est pas non plus le but d'en parler tout le temps non plus, et qu'ils soient effrayés sur le sujet. »

4.4. Aborder la PPVSFE nécessite une porte d'entrée

A la différence d'autres sujets de prévention – prévention cardio-vasculaire, vaccination – la PPVSFE nécessite une porte d'entrée. Les médecins ont besoin d'un point d'accroche pour aborder les sujets liés à la violence ou à l'intimité. Il semble difficile pour les médecins d'amener le sujet sans accroche préalable, sans transition, car ils en perçoivent l'incongruité, voire la brutalité. La survenue inopinée d'un sujet intime peut-être vécu comme une intrusion (pour le médecin ou pour le patient), voire comme une violence que le médecin imposerait au patient.

MG05 « Je trouve ça extrêmement brutal de poser comme question. Je demande les antécédents médicaux. Et la question d'après, c'est "Est-ce que vous avez été victime de violence ?" C'est euh ... La transition, pour moi, elle est un peu rude. Et je ne sais pas toujours bien comment l'amener pour pas que le vécu soit aussi brutal du côté du patient. Et donc, c'est exactement la même chose pour moi du côté de l'enfant. »

Les tabous présents dans la société imprègnent les relations entre médecins et patient. Le médecin ne se sent pas toujours capable de lever le tabou.

MG05 « En fait, on passe d'une consultation où on mesure, on vérifie comment il grandit, comment il grossit, s'il entend bien, s'il voit bien, etc. Puis d'un seul coup [...] à des questions qui sont très dures, euh sur des sujets qui sont effectivement déjà tabous de base et qui sont difficiles à aborder. »

Pour la PPVSFE, les portes d'entrée possibles sont nombreuses. L'accroche est parfois directe. Il peut s'agir de sujets liés à la sexualité : vaccination contre le papillomavirus, dépistage des infections sexuellement transmissibles, contraception, douleur lors d'un rapport sexuel. Ces consultations concernent les adolescents. Ce

sont des consultations au cours desquelles les médecins donnent des informations et engagent un dialogue sur le corps, la puberté, l'affectivité, la sexualité, le consentement. Toutes ces notions participent à la PPVSFE.

MG06 « Je profite du vaccin, donc le Gardasil, pour faire une petite info sur le corps, sur le cycle, donc la puberté du garçon et de la fille. [...] Je trouve que ces occasions de prévention qu'étaient les vaccins, et notamment le Gardasil, pour ce qui est de l'affectivité et l'intimité, pour moi, c'est des occasions à ne pas manquer. »

Les portes d'entrée sont parfois plus subtiles. Lors d'une consultation pour « motif psychologique » – anxiété, dépression, mal-être, anorexie, et cætera – les médecins vont utiliser une accroche moins directe pour ouvrir le sujet vers de potentielles difficultés relationnelles, voire des violences. La frontière avec la prévention secondaire est floue. A la fois le médecin recherche la cause des symptômes psychologiques, mais dans le même temps, il peut participer à la prévention.

MG03 « Ça peut être que je ne suis pas très bien dans ma tête en ce moment. Donc là, ça va m'arriver facilement en consultation de dire "Et en ce moment, est-ce que tu connais quelqu'un ? Comment ça se passe entre vous ? Est-ce que tu as des sujets sur ça dont tu veux parler ? " Donc là, je vais vraiment y aller, quelque fois c'est cash. »

Pour les enfants plus jeunes, tout sujet autour de la sphère génitale est une accroche. Les médecins citent : la vulvite, le décalottage, le phimosis, le dépistage de l'ectopie testiculaire. C'est l'occasion de parler du corps, de l'intimité, du respect.

MG04 « Moi, j'trouve les moments vraiment les plus opportuns, c'est vraiment quand il y a une petite irritation, des choses, il faut mettre des crèmes, justement. C'est vraiment, le moment d'en parler aux enfants. Ou les enfants, ben avec des phimosis, les garçons. »

Chez les tout-petits, la PPVSFE peut être abordée lors de toute question (du médecin ou du parent) concernant les soins quotidiens : le bain ou l'acquisition de la propreté par exemple.

MG06 « par rapport à l'acquisition de la propreté, [...] quand ils vont sur le pot, etc. Aussi, respecter leur intimité, que ça ne dure pas éternellement, que ce n'est pas un lieu où on joue. [...] parce que ce n'est pas un moment public ou un moment du jeu. Sinon, ça s'éternise et puis ça n'a plus de sens. En tout cas, c'est un peu réservé, c'est un moment intime. »

Certains médecins ont repéré des consultations dédiées à des motifs qui permettent un échange participant à la PPVSFE.

- La consultation de prescription du vaccin contre les papillomavirus.

MG07 « Je trouve qu'on y arrive plus quand c'est des consultations dédiées à ça. On y pense. [...] Toutes les consultations dédiées à l'HPV peuvent faire partie d'une consultation en fait dédiée à la prévention sexuelle et au dépistage. »

- L'entretien prénatal précoce au cours de la grossesse, qui permet de connaître le contexte familial.

MG07 « l'entretien du 4ème mois il est fait pour ça »

- La première consultation de contraception.

MG02 « La prescription de la première pilule. Donc on a des gamines, elles sont des fois jeunes. Des fois, il y a des indications médicales aussi de pilule. Du coup, on prescrit la pilule. Et donc du coup l'occasion, et je leur pose la question si elles sont d'accord pour que je leur parle de contraception. Donc j'fais toujours, donc c'est une consultation longue hein, ça dure une demi-heure. Et euh il y a toujours une page qui parle de la sexualité. Tu vois, notamment le consentement, toute ces choses-là. »

La porte d'entrée la plus évidente et récurrente est l'examen clinique. C'est un moment où le médecin entre dans l'intimité de l'enfant, ce qui permet d'en parler. Cet aspect de la prévention sera détaillé dans la partie « 7. L'examen clinique »

5. La parole

La parole tient une place importante dans la prévention des VSFE. Les médecins essaient de créer un lien avec le patient et de réunir les conditions qui permettent une parole libre.

5.1. Le cadre

La consultation médicale donne un cadre bien précis pour recevoir la parole du patient. Le cadre déontologique d'une consultation assure la confidentialité des échanges. Les médecins peuvent fixer explicitement ces règles avec leurs patients. Ils précisent parfois qu'ils garantissent le respect et le non-jugement.

MG02 « Il y a beaucoup de consultations dans lesquelles on met un cadre. On va mettre un cadre. Et ce cadre il permet justement de libérer la parole, parce qu'il y a un cadre. Ce n'est pas un truc flou, ce n'est pas un truc dans lequel on va dans tous les sens. Je te donne un cadre qui, moi, me permet de pouvoir gérer ta consultation, parce que toi, tu me donnes les outils du cadre dans lequel on va travailler. Tu vois, donc : le respect réciproque, le respect de ta parole. Je ne la répéterai pas si tu m'autorises pas à le répéter. La confidentialité. Et bien évidemment, le non-jugement, hein, qui est à mon avis le plus important, je pense. »

- La confidentialité

La confidentialité assure au patient que ce qu'il dévoile de son intimité devant le médecin ne sera pas ébruité en dehors de la consultation. Ce secret concerne les adultes et les enfants. La seule exception à cette règle est le danger immédiat. Les médecins explicitent cette règle aux enfants.

MG08 « J'essaie en tout cas autant que possible, d'instaurer un climat de confiance et un rapport au corps et au rappel du secret médical, aussi pour les enfants, de manière à favoriser [la parole], j'imagine, j'espère »

- Le non-jugement

Les médecins tentent d'adopter une posture neutre par rapport à leurs patients. Ils ne veulent pas les juger.

MG03 « Ici je suis pas juge je suis juste là pour que vous puissiez discuter. Il n'y a aucun jugement de quoi que ce soit. »

Mais ils sont lucides et savent qu'ils écoutent à travers le prisme de leurs représentations. C'est à la fois la force et la limite de l'être humain. A la différence d'une machine, il peut comprendre au-delà des mots et des faits. Mais justement cette compréhension est subjective et peut mener au jugement d'autrui.

MG02 « Même quand tu me mets le prérequis en disant "Je ne vous jugerai jamais, je n'ai aucun jugement à porter sur ce que vous dites." Ça ne suffit pas. Et les gens ils ont beau te répéter " Mais j'ai confiance en vous, je sais que vous ne me jugerez pas, vous me prenez comme je suis." Et ça ne suffit pas. »

- Le respect

Dans le cadre fixé pour la consultation, le respect tient une part importante. Les médecins estiment qu'ils se doivent de respecter leurs patients. Respecter la personne, respecter son corps, respecter sa parole. Ils considèrent que cela participe directement à la prévention primaire des VSFE. Par le respect qui lui est témoigné,

l'enfant apprend qu'il est respectable, y compris par un adulte ayant une forme d'autorité sur lui.

MG07 « Bienveillants, dans un respect de l'enfant. »

MG06 « Quand ils commencent à avoir un peu de pudeur, je dis “ Excuse-moi, je vais regarder si tout va bien etc.” Donc, j'essaie aussi d'exprimer un respect. [...] Ma prévention primaire, c'est déjà le respect du corps. »

5.2. La relation de confiance

A travers ce cadre le médecin et le patient vont tisser une relation. Selon les participants, soigner et accompagner les patients ne peut se faire qu'à travers une relation de confiance réciproque. Le médecin doit pouvoir faire confiance à son patient et à la sincérité de sa parole. Le patient doit être confiant dans le fait que son médecin lui délivre des informations honnêtes et fait de son mieux pour le soigner.

MG06 « il faut créer un lien de confiance »

Dans le cas particulier de la consultation pédiatrique, la relation se tisse à trois ou quatre protagonistes entre le médecin, l'enfant, et les parents. Ce lien se crée au fil du temps, à travers les paroles et les gestes de la consultation. Le médecin s'engage dans cette relation.

MG02 « où j'essaye avec les gamins d'avoir un lien dès le tout petit nourrisson, qui est un lien euh sur lequel déjà je lui parle. »

Cet exercice d'équilibriste mené par le médecin demande de la justesse et du tact. Les médecins cherchent à parler avec l'enfant, sans susciter trop de gêne chez lui. La présence des parents peut être un frein pour aborder les sujets de PPVSFE. Le médecin peut avoir plus de difficulté à gérer la relation à trois ou quatre.

MG05 « Mais pour le coup, je pense que je n'arriverais à le faire que si je suis seule avec l'ado, parce que ça commence à être un peu trop compliqué, en trinôme, une situation qui est encore un peu trop délicate pour moi, je trouve. »
[De parler du consentement et de la sexualité]

Le médecin ne sait pas toujours quel degré d'intimité l'adolescent entretient dans la relation avec ses parents.

MG04 « Qu'est-ce qu'on a le droit de dire devant les parents ? Ou qu'est-ce qu'on n'a pas le droit ? 'fin, voilà, c'est la relation de confiance avec l'ado qu'il faut créer, faut faire attention [...] pour pas montrer leur intimité. ».

De ce fait, les médecins adoptent plutôt une posture prudente dans l'échange.

MG08 « Je ne me vois pas dans une situation où je vais être finalement plus intrusif que je ne le voudrais parce que j'ai plutôt tendance à prôner la retenue. »

Le médecin généraliste a une place particulière, car il suit souvent plusieurs membres d'une même famille. Lorsqu'il prend en charge un enfant, il connaît une grande partie de son histoire. Il assure un suivi sur le long terme.

MG01 « D'où le médecin de famille. Je pense qu'on est les premiers acteurs, parce que tu connais les gens. Tu sais comment ils vivent. »

Fixer le cadre et établir une relation de confiance sont les prérequis pour permettre une parole libre. Dans ces conditions, les médecins pensent que les patients peuvent poser leurs questions, parler de sujets intimes, ou révéler des violences.

MG01 « Puis la confiance. J pense que un gamin qui ne te connaît pas ou qui n as pas confiance en toi, il va pas t en parler, clairement. [...] Pareil, les adultes, ils vont plus m en parler si y a un climat de confiance. »

La PPVSFE passe beaucoup par la parole. Mais elle dépend beaucoup de l'attitude du médecin. Les médecins instaurent la confiance et ouvrent la porte, espérant que les patients sauront s'en saisir.

MG01 « J'en parle très peu [de sexualité], mais ils savent qu'ils peuvent... Enfin, je pense qu'ils ont assez confiance en moi pour savoir s'il y a besoin de m'en parler, ils peuvent m'en parler. »

Les médecins invitent à la parole en proposant un espace d'écoute.

MG08 « Tu sais ici on peut parler de tout. »

MG02 « J'aime bien aborder toutes ces questions avec les parents. S'ils repartent de chez moi en disant "Bah ici, on pourra toujours venir parler de n'importe quoi." c'est déjà pas mal. C'est toujours la même chose. En médecine générale, le job c'est ça. Dire aux gens, vous pouvez parler de n'importe quoi, n'importe quoi. »

Là aussi les médecins rapportent qu'il faut du temps. Pour se saisir des accroches, aborder les sujets les uns après les autres, faire émerger une réflexion, parfois faire évoluer les représentations et les comportements, il faut du temps. La PPVSFE se fait par petites touches, explicitement ou non, au fur et à mesure des consultations

successives. Il peut s'écouler un long moment entre le temps où le médecin ouvre la porte, et le moment où la parole émerge.

MG03 « Je pense qu'effectivement, en prévention primaire, on est là pour ouvrir les portes. Ils ne sont peut-être pas forcément capables de les franchir au moment où on le dit. Un jour, il y aura "Oui tiens, il y a un médecin qui m'avait posé la question." Et puis, ils feront leur bonhomme de chemin. »

La prévention qui est faite dépend beaucoup de la relation établie avec l'enfant puis l'adolescent. Les échanges dépendent moins de l'âge de l'enfant, que de la relation que le médecin a établie avec lui.

MG07 « C'est une histoire de relation. »

MG05 « Ça dépend aussi le ressenti qu'on a. Est-ce que c'est bien placé à ce moment-là ? Ou est-ce que c'est trop tôt, on n'a pas encore ce relationnel-là ? »

Selon que la relation avec l'enfant est fluide ou plus distante, qu'il est dans l'échange ou au contraire dans la retenue, la prévention ne sera pas la même. Il y a une différence entre délivrer un message à l'enfant, et échanger avec lui au cours d'une discussion.

MG05 « On a des relations tellement différentes avec les ados. Il y en a qui sont encore très réservés, encore très enfants, je trouve, qui vont énormément se cacher derrière leurs parents. [...] Il y en a qui vont être très dans l'échange rapidement, parce qu'ils ont confiance en eux. »

5.3. La parole du patient

Il y a peu de place pour la parole de l'enfant dans une consultation. La plupart du temps, le parent explique le motif de la venue, et le médecin explique la conduite à tenir. L'enfant donne des réponses succinctes aux questions que lui pose le médecin, quand le parent ne fait pas les réponses à sa place.

MG05 « En fait, il faudrait presque une phase d'entretien où on prend le temps de rediscuter de la vie de tous les jours, que l'enfant ait assez confiance aussi pour euh Parce que la plupart du temps, il parle très peu. Il y en a certains accompagnés de parents où ce n'est finalement pas toujours l'interlocuteur principal. Parce que le parent prend de la place. »

Les médecins apprennent avec l'expérience à ouvrir un espace de parole pour l'enfant.

Au fil de la relation, l'enfant grandit et prend sa place dans la consultation.

MG05 « On apprend au fur et à mesure à laisser de plus en plus [...] sa place à l'enfant. »

Avec l'adolescent, la discussion dépend aussi de sa posture. Certains sont dans l'échange, d'autres sont très fermés.

MG05 « Ils viennent chez le médecin, mais c'est un professionnel, c'est à peine ils disent trois mots pendant la consultation, et c'est tout. Donc difficile d'aller commencer à discuter sexualité vraiment ouvertement, euh d'aller réexpliquer le consentement à quelqu'un qu'on sent déjà extrêmement sur la retenue, et qui n'est pas dans l'échange forcément, il est plus dans l'attente d'un diagnostic, d'un traitement, et puis je m'en vais quoi. »

Le médecin peut susciter la parole de l'enfant. Il va l'amener à réfléchir. L'aider à construire sa pensée fait partie de la prévention.

MG01 « Et de dire "Ben voilà, à qui tu peux en parler ?" et c'est à lui de me dire les réponses. "Ben j'peux en parler à papa, maman, ou à l'école." "Oui. Ben y a qui d'autre ? Qui se trouve dans la même pièce que toi par exemple ? " »

Le médecin invite l'enfant ou l'adolescent à se questionner et à poser ses questions. Il lui précise que c'est le lieu pour aborder les questions liées à l'intimité.

MG03 « "Ben écoute aujourd'hui, est-ce que tu as besoin que je regarde tes testicules ? Est-ce que tu as des questions par rapport à ça ? " Ça aussi, c'est dans la prévention primaire. "Est-ce que tu as des questions par rapport à tout ce qu'il y a en dessous du caleçon ? " »

Quand le médecin perçoit la réticence de l'enfant à s'exprimer, il l'accompagne pour surmonter cette gêne.

MG01 « Si t'es gêné, il sera gêné. "Ah, ça me gêne, j'suis gêné." (Voix intimidée) "T'sais j'parle pipi caca toute la journée, c'est mon métier. (Voix détendue) Y a pas de souci. Parle-moi de ce que tu veux." »

La gêne peut venir des parents, qui sont parfois eux-mêmes mal à l'aise pour parler de sexualité. Ça peut être un sujet tabou. Les enfants peuvent être mal à l'aise aussi, soit du fait du sujet en lui-même, ou de la présence de ses parents.

MG01 « Je trouve ça un peu dur d'en parler à un gamin qui n'a peut-être pas envie d'en parler à ses parents, ou qui est peut-être moins à l'aise. »

5.4. La parole du médecin

Le médecin s'adresse directement à l'enfant, dès le plus jeune âge. Il lui explique le déroulé de la consultation et de l'examen.

MG03 « Il a deux ans, donc euh ... il baragouine. Je lui parle, je lui explique ce que je vais faire. »

Quand l'enfant grandit et peut s'exprimer par des mots, le médecin lui pose des questions directes. Il souhaite entendre sa parole.

MG01 « D'jà au-dessus de six ans j'lui parle directement, j'parle pas au(x) parent(s). 'fin déjà tu dis euh bah "Pourquoi tu viens ? " "J'ai mal tel ou j'ai euh bobo là." Enfin ils savent très bien t'expliquer. T'as pas besoin des parents. Et après, tu demandes aux parents. »

Le ressenti des médecins est d'être globalement à l'aise pour parler de sexualité.

MG02 « Franchement j'me sens hyper à l'aise. Et je le dis d'ailleurs aux patients souvent. »

Pourtant de nombreux freins ont été exprimés : les tabous dans certaines familles, la gêne de l'enfant, la présence des parents, la crainte de choquer, la relation superficielle avec l'enfant. Certains médecins expriment plus de difficulté à en parler avec les adolescents, particulièrement les garçons.

MG04 « Le plus compliqué, je pense que c'est... Oui, ça reste peut-être chez les ados garçons. On peut être un peu moins à l'aise. »

Lorsque la pensée sous-jacente est la PPVSFE, les médecins ne sont pas à l'aise. Cette pensée en elle-même semble inconfortable.

MG04 « en parler beaucoup pour pas que ce soit tabou justement déjà de notre... de notre côté. »

Selon les participants, l'expérience permet de gagner en aisance. Au fil du temps, ils trouvent l'équilibre dans ce dialogue à trois ou quatre. L'exercice semble plus périlleux pour les médecins qui débutent leur exercice.

MG03 « Ça fait quand même, ça fait presque, plus de 30 ans que j'en vois. Et c'est vrai que ça s'acquiert avec le temps, le ... Je ne sais pas comment on pourrait qualifier ça, le fait de se sentir à l'aise avec les enfants et les parents, parce que c'est quand même toujours, bien sûr, l'intégration des deux. Ce n'est pas que les enfants qu'on voit, on voit bien sûr aussi les parents qui sont intégrés totalement à la consultation. »

5.5. L'entretien seul

Les médecins offrent une possibilité d'entretien seul avec le patient, sans ses parents. Cette proposition s'adresse surtout aux adolescents. Au cours des entretiens, certains se sont demandé si ça pouvait aussi s'adresser aux plus jeunes. L'intérêt de voir l'enfant sans ses parents est de favoriser une parole libre.

MG07 « Il y a pas mal d'ados que je reçois seule, et après, le parent vient. Et je trouve que, du coup, là, ça met une confiance, vraiment, entre l'ado et le médecin. »

Un entretien seul avec l'adolescent est rarement improvisé. Ce n'est pas une proposition systématique. Le médecin le propose lorsqu'il sent qu'un sujet intime pourrait émerger. Les adolescents et leurs parents s'en saisissent parfois, ou pas.

MG04 « ça m'arrive de temps en temps [de proposer que les parents sortent]. Ils [les ados] sentent qu'on a voulu aborder un sujet, donc sur le coup, ils disent, "Non, non" parce que le fait de faire sortir les parents ou qu'on les questionne devant les parents... Mais ça arrive de temps en temps, qu'ils reviennent plus tard, tout seuls "Finalement, j'ai envie de vous parler de tel ou tel sujet." »

L'entretien doit être programmé, organisé au préalable, avec un temps d'échange entre l'adolescent et le médecin, suivi d'un temps de restitution au parent. Le médecin veille à respecter la confidentialité de l'échange avec son patient, mais se place comme co-éducateur en lien avec les parents.

MG02 « Mais c'est des temps qui sont organisés. Un enfant moins de 16 ans que je vais voir seul parce que j'ai proposé à l'enfant de se voir seul. A la fin de la consultation, seul avec lui, je lui dis "Qu'est-ce qu'on va dire à tes parents ?" et donc on se met d'accord sur un résumé de ce qui s'est dit. »

Pour l'adolescent, c'est la première fois qu'il expérimente la confidentialité de l'échange médical, sans ses parents. Les médecins l'identifient comme un moment clé dans la relation de confiance.

MG01 « Et quand je vois qu'il veut me parler d'un truc – ils viennent toujours avec les parents – et des fois, je fais sortir les parents. Je dis, voilà, aux parents, "sortez". Et je dis au gamin "Tout ce qui est dit, tout ce que tu me dis reste entre nous. On ne dira pas si tu ne veux pas." [...] Et après, tu refais rentrer les parents. Mais avant, tu dis au gamin "Qu'est-ce que tu veux que je dise à tes parents ? Est-ce que ça, j'ai le droit de le dire ?" Ou tu dis "Ben, ça, j'aimerais bien quand même, ça serait bien de lui en parler, au moins ça." "Bon, ben, d'accord, OK." Tu fais rentrer les parents. [...] Tu rassures un peu les parents

ou pas, mais sans rien dire. Tu essaies de garder un... S'ils me disent des trucs en privé, moi, je vais pas le dire. Sauf des trucs graves, où tu dois lever le secret, quoi. »

Pour les parents, c'est aussi une épreuve de confiance. La réaction des parents semble favorable à ce type d'entretien en deux temps : sans eux, puis avec eux. Ils sont conscients que leur enfant ne leur partage probablement pas toute sa vie intime.

MG05 « Je pense qu'il y a aussi beaucoup, beaucoup de choses qui ne sont pas dites, tout simplement parce qu'il y a le parent à côté, pour mille raisons différentes. [...] Les parents, du coup, je trouve réceptionnent plutôt bien, qu'on propose à leur ado de venir seul le jour où ils en auront besoin. Et puis du coup, je dis directement "c'est pour parler de sexualité, si t'en as besoin." »

Mais certains médecins y voient un risque de déresponsabilisation du parent, ou simplement de mise à l'écart du principal garant de la sécurité de l'enfant.

MG06 « Il ne faut quand même pas déposséder les parents. [...] Ils sont encore responsables. Si leurs enfants partent très vite avec des majeurs ou avec des mineurs qui sont plusieurs années au-dessus d'eux, qui les accaparent, les parents sont en première ligne. Et ils ont tendance aussi parfois à botter en touche. »

5.6. Un dialogue pour faire émerger des réflexions

La parole permet un échange, un dialogue. Le médecin invite l'enfant à livrer sa pensée, et à la construire. Le médecin se met à l'écoute. Il utilise des techniques d'écoute active (questions ouvertes, relances, ...)

MG01 « Par exemple, la fois dernière, c'était assez drôle, j'ai fait un Gardasil, et le gamin avait 15, 17 ans, un truc comme ça. Et je sais plus pourquoi, on parle, et il me demande... Et je voyais que la question était intéressée, et je voyais qu'il y avait une accroche. Je sais plus pourquoi, il me parle du VIH [...] Et tu vois, il m'a pas posé la question par curiosité. Et je me suis dit, tiens, il s'intéresse, je pense que lui, il s'intéresse. Puis après, j'fais "Ben tu sais comment on peut se protéger ?" [...] Et après, tu dis "T'as d'autres questions ?" Et puis, tu ouvres le débat »

Le médecin accompagne l'enfant pour construire ses connaissances sur son corps et sa santé.

MG01 « Qu'est-ce que c'est, par exemple, le Gardasil ? Ah ben c'est pour protéger quoi ? L'utérus, qu'est-ce que c'est un utérus ? »

Il accompagne aussi l'adolescent lors du début de sa vie sexuelle, sous la forme d'un dialogue.

MG03 « Consentement ils savent [...] Et puis après je les revois après les premières relations et là on reprend. Parce que c'est devenu réel. Donc oui, on reprend. [...] Ben on reprend dans la vraie vie. Ouais. Est-ce que t'as pu te sentir forcée ? Est-ce que t'as eu l'impression à des moments que tu disais oui pour faire plaisir ? Est-ce que... Oui, oui. C'est très... C'est très... Cash. »

Cet accompagnement de l'enfant puis de l'adolescent qui se construit donne au médecin un rôle d'éducateur. Ce qu'il peut transmettre à l'enfant est complémentaire de ce que lui apportent ses parents.

6. Le discours de PPVFSE

Nous avons vu que le médecin joue un rôle éducatif, qui passe notamment par la parole. Les médecins participants réfléchissent sur le fond du discours de prévention et sur sa forme. Que dire ? Quels messages transmettre ? Quand ? Et de quelle façon ?

MG05 « Être là au bon moment, au bon endroit, pour lancer le bon message. »

Ils s'accordent à dire que le respect, de soi et des autres, est la valeur indispensable pour des relations humaines harmonieuses. C'est un pilier de la PPVSFE.

6.1. Avec quels mots ?

Les médecins ressentent le besoin de trouver un message « universel » (ou plusieurs), qu'ils pourraient délivrer à tous les enfants et tous les parents. Ils aimeraient pouvoir être plus systématiques dans cette PPVSFE. Les idées qui reviennent sont :

- Les parents doivent protéger leur enfant.
- Ton corps doit être respecté, et tu dois respecter le corps des autres.
- C'est ton corps, c'est toi qui décides.

MG06 « On peut dire ça de façon assez systématique, de façon quasi neutre. »

A la recherche des bons mots, les médecins envisagent plusieurs formulations possibles. Ils ne veulent pas heurter l'enfant.

MG05 « comment ? Quelle question exactement, quel mot on utilise très précisément pour ne pas être trop choc ? »

La recherche des mots justes se retrouve dans la formulation de la demande de consentement au moment de l'examen clinique. La phrase doit être simple pour être comprise par l'enfant, et pour s'intégrer avec fluidité dans la routine de l'examen clinique.

MG08 « Par exemple le "Si t'es d'accord, je vais regarder dans la couche ou je vais regarder dans le slip. Et si je fais ça, c'est que parce que je suis docteur et parce que papa ou maman est là." C'est une formulation simple, c'est rapide à dire, c'est adapté. »

S'adresser à un patient demande d'être attentif aux mots employés, d'autant plus s'il s'agit d'un enfant. Le jargon médical est un obstacle à l'échange avec l'enfant.

MG08 « Le parler docteur, il est déjà très ancré. Tu vois quand même des médecins utiliser du parler docteur avec des adultes. Et là, on n'est même pas avec un adulte, on est avec un enfant »

Les expressions ou les périphrases peuvent être source d'incompréhension.

MG06 « J'essaie d'employer les vrais mots. »

Les médecins s'efforcent de ne pas préjuger des connaissances des gens. Les médecins évoluent dans leur univers, et peuvent amener les enfants ou les adultes sur des sujets qu'ils connaissent peu et ne formulent jamais.

MG07 « Parce qu'il y a des choses aussi qui nous paraissent complètement simples et anodins et en fait, ce que les gens ne savent pas. »

Pour comprendre l'autre et se faire comprendre, les médecins s'aperçoivent qu'il vaut mieux éviter le jargon, les périphrases, les expressions, ou le vocabulaire familier. Un

vocabulaire plus scientifique, parfois plus cru, est adapté pour parler d'anatomie à un enfant.

MG03 « Ben j'suis pas là en tant qu'adulte, j'suis là en tant que médecin. Donc, le médecin, c'est la vraie vie, en fait. [...] On ne reste pas dans l'imaginaire. Et puis, en plus, je suis quelquefois surprise, parce que quand les parents voilà me disent "pépette", et je dis "Donc vous voulez parler de la vulve", me disent "ah non on voulait parler de derrière." Ah oui, vous n'avez pas les mêmes... Il faut qu'on recentre un peu les choses. »

Les médecins cherchent la façon idoine de parler du corps, de l'intimité, de la sexualité, voire de la violence. Ils essaient de formuler au mieux la demande de consentement pour l'examen clinique, selon l'âge du patient. Au-delà de la parole, le médecin fait attention à sa communication non verbale : son attitude, le ton qu'il emploie.

MG05 « Ça reste des phrases qui sont délicates à ... faut toujours trouver les bons mots, le bon ton pour le dire aussi, pour que ça reste parfaitement professionnel, et que ça ne paraisse pas bizarre, que ce soit pour les parents ou pour l'enfant. »

6.2. A quel âge ?

Cette question est beaucoup revenue dans les entretiens : à quel âge peut-on parler de la prévention des VSFE ? Les médecins cherchent le ou les moments propices pour ce discours de prévention.

MG08 « Ce n'est pas facile de trouver le bon moment, ce n'est pas facile de trouver le bon âge ».

Il n'y a pas de réponse unique puisque ce discours peut prendre différentes formes – un message à faire passer, une réflexion à amorcer, une question à creuser – et qu'il traite de sujets différents (sexualité, pudeur, connaissance du corps, respect d'autrui, et cætera). Il se transmet, comme nous l'avons vu, par petites touches au fur et à mesure des consultations, à travers un échange. Le bon moment pour aborder l'un ou l'autre de ces sujets n'est pas le même pour tous les patients. Cela dépend de l'âge, mais aussi de la maturité, et de la disponibilité pour aborder des sujets intimes. Les médecins essaient de respecter le tempo de l'enfant.

MG07 « Il faut s'adapter à la consultation, en fait. S'adapter au discours des parents. S'adapter à la maturité de l'enfant aussi. »

Les médecins se questionnent sur l'âge adapté pour débiter la PPVSFE. Leur conclusion est unanime : il ne faut pas attendre un certain âge pour débiter cette prévention, bien qu'un discours explicite sur les violences ou la sexualité ne leur semblent pas possible auprès des jeunes enfants.

MG08 « Au sein de ma MSP c'est un truc que j'avais discuté, hein, je m'étais posé la question. En fait, je ne pense pas qu'il y ait d'âge. »

Il faudrait donc initier cette prévention dès le plus jeune âge. Le respect de soi-même et des autres s'apprend toute la vie. De plus, les enfants peuvent être exposés à des violences très tôt dans l'enfance.

MG07 « Et même en fait, ça peut être fait petit, enfin plus petit en fait [le discours de prévention]. Parce que collègue, parfois c'est déjà trop tard, je trouve. Même CM1, CM2, ils peuvent entendre toutes ces choses-là, adaptées à leur âge. »

Les médecins songent à commencer la PPVSFE avec les parents, avant même la naissance de l'enfant, puis pendant ses premiers mois de vie. Par le dialogue avec les

parents, le médecin échange au sujet de leurs propres enfances, et autour des moyens de protéger l'enfant.

MG05 « Je me demande si du coup, effectivement, on ne devrait pas aborder presque dès la grossesse, ou dès les premières consultations – où l'enfant, lui, pour le coup, il ne comprend pas trop ce qui se passe – en discuter avec les parents. Finalement, est-ce qu'on ne pourrait pas inclure un temps, justement, parce qu'on a le temps au début, puisqu'on est surtout dans l'échange avec les parents. »

Pendant la grossesse et les premiers mois de vie du nourrisson, le médecin peut parler explicitement avec les parents. Il invite à faire alliance. Le médecin se place comme co-éducateur des parents, pour protéger ensemble les enfants.

MG05 « C'est adapté parce qu'on s'adresse aussi à un adulte. [...] ça pourrait être adapté dans l'apprentissage – ce que, moi, je peux transmettre aux jeunes parents qui, pour le coup, sont en demandent quand ils viennent ici, ils sont aussi preneurs de plein de conseils – ben voilà ça pourrait être un des conseils à donner en plus. Et parce que, du coup, ça interviendrait très tôt, donc, pour le coup, on est vraiment dans la prévention primaire, on ne peut pas mieux normalement. »

En allant au bout du raisonnement, les actions de PPVSFE peuvent même s'adresser à tous les adultes. La demande de consentement avant tout examen clinique d'un patient montre un respect de la personne et de son corps, qui est vrai dans tous les rapports humains.

MG05 « Si on respecte leur corps à eux [les adultes], ils vont peut-être se remettre en question sur le respect du corps de leurs enfants, du coup. Ou des enfants qui sont autour d'eux. »

6.3. Pour les jeunes enfants

Le discours de prévention doit être adapté à l'âge de l'enfant.

MG08 « J'essaie toujours d'adapter mon discours à l'âge de l'enfant. »

Face à de jeunes enfants, le médecin ne parlera évidemment pas de « violences sexuelle », car ce ne sont pas des mots que les enfants peuvent comprendre.

MG03 « Comme ça, j'en parle pas. Parce que c'est pas un sujet dont ... pour lequel... 'fin j'me vois pas parler de ce sujet-là avec les enfants dans la pièce. [...] Donc si la prévention primaire, c'est d'en parler, non. Pas avec les enfants. »

Le médecin n'abordera pas non plus explicitement la sexualité ou les gestes inappropriés. Il craint d'induire chez l'enfant un récit qui ne serait pas réel.

MG03 « Pour moi, jusqu'à un certain âge, quand on dit des choses aux enfants, ça se télescope entre l'imaginaire et le réel. Et, ce qu'on a dit, c'est ce qu'ils ont vécu. Donc je trouve que si on parle de choses comme ça très clairement devant un enfant, on risque d'induire le fait de "Bah moi, j'ai vécu ça", alors que non en fait »

La prévention primaire des VSFE pour les tout-petits consiste à établir une relation de confiance avec l'enfant et ses parents, à connaître le contexte de vie, à observer et accompagner.

Quand l'enfant grandit, le discours évolue. Il porte sur la découverte du corps et de l'intimité. Le médecin valide la pudeur exprimée par l'enfant, et précise le cadre qui

permet l'intimité, notamment lors de l'examen clinique. Il demande la permission avant d'examiner l'enfant, et aborde la notion de respect.

MG04 « Six ans, ils commencent à tiquer un peu, mais on va expliquer comment, parce qu'on est avec le médecin, avec les parents, que sinon, on n'a pas le droit de le faire en dehors de ça, de regarder ces parties-là. »

MG07 « à 8-10 ans [...] ils sont devenus pudiques à ce moment-là »

MG03 « Bon ok, tu veux pas me montrer, alors je te comprends, c'est ton intimité. »

C'est un âge où le médecin va aussi inviter l'enfant à s'exprimer, et lui présenter la consultation comme un lieu où il peut venir parler ou demander de l'aide.

6.4. Onze ans, un âge pivot

Selon les médecins, 11 ans est un âge clé. Les enfants sont le plus souvent amenés par leurs parents pour le rappel de vaccination contre le tétanos. Une majorité d'enfant retrouve à cet âge le chemin du cabinet, parfois après plusieurs années sans consultation médicale. C'est un âge marqué notamment par le passage au collège, et les prémices de la puberté. Lors de cette consultation, les médecins proposent la vaccination contre le papillomavirus. Cette vaccination offre une porte d'entrée pour ouvrir le sujet de la sexualité avec tous les enfants qui consultent.

Les parents et les enfants sont généralement surpris lorsque le sujet de la sexualité est effleuré. Les médecins le mentionnent sans s'attarder.

MG05 « Le Gardasil intervient quand même très très tôt des fois, je trouve. Donc à 11 ans déjà, quand les parents, je leur dis il va falloir faire le vaccin du

papillomavirus, ils me regardent avec des gros yeux, en mode c'est un peu tôt quand même, vous ne pensez pas, on a le temps. Euh ... donc. Et puis même les enfants, je trouve qu'à 11 ans c'est quand même rare qu'ils soient déjà vraiment sensibilisés je trouve à la sexualité. »

MG03 « Parce que le Gardasil à 11 ans, franchement, il est bien hein, y a pas de souci. C'est l'âge dans lequel je le fais. Je passe vite fait aux parents. "C'est mieux de les faire avant les premiers rapports." Là, je vois toute la détresse du monde. (rire) Et les enfants qui regardent les parents en disant "Vous parlez de quoi, là ?" Oui, ben non, en fait. Donc, c'est juste que j'essaye de glisser aux parents que c'est bien de les faire avant. Après, j'ai des 12 ans où ce n'est même pas la peine que j'envisage de commencer à parler de quelque chose. J'ai des 12 ans à qui j'en parle un peu plus. »

Les médecins sont partagés, entre l'idée de ne pas imposer un discours sur la sexualité à l'enfant qui n'est pas prêt à en parler, et le devoir de protéger les enfants de ce qu'ils pourraient déjà avoir entendu, vu ou expérimenté sur le sujet (pornographie, masturbation, premier partenaire). Là encore, c'est une question de mesure, de justesse. Les médecins s'appuient sur leur intuition, pour savoir quoi dire à qui.

MG06 « Au départ, j'avais l'impression que c'était trop tôt, 11 ans, mais finalement, ce n'est pas plus mal, parce qu'on a quelques chances de passer avant les ... la pornographie d'Internet, mais ce n'est pas encore sûr, parce que certains enfants ont déjà le portable à 6 ans. [...] De remettre un peu en place qu'est-ce qui est bon ou pas pour les personnes, au niveau de leur ... de l'approche de leur corps, par rapport à ce qu'ils voient et à ce qui se transmet

par les médias, et aussi par l'effet groupe aussi dans les collèges, même peut-être dans les primaires déjà. »

Les adultes savent que les collégiens explorent les prémices de la sexualité. Mais il semble que les parents aient du mal à projeter cela concernant leurs enfants. Les enfants quant à eux font des découvertes tâtonnantes, qu'ils n'associent pas toujours au vocabulaire cru de la sexualité. Ils peuvent être simplement dans l'imagination, le rêve. Le fait de le formuler explicitement rend presque les choses trop concrètes. C'est une des raisons pour lesquelles il est difficile d'en parler en consultation.

MG07 « Il y en a qui ne sont pas prêts à entendre à 11 ans euh ... des choses en disant "Ben voilà si t'as un rapport, il faut que ce soit consenti." Ils sont à 10 000 lieues de tout ça. Et en même temps, faut les choper quand même au bon moment pour pas que ce soit trop tard. »

Les médecins orientent leur discours sur le consentement dans les rapports aux autres et la puberté. Cette consultation d'information sur le papillomavirus ouvre la porte pour que les ados en devenir puissent aborder la sexualité dans les consultations futures.

MG08 « Je saisis cette consultation pour faire de la prévention IST. Mais surtout, je leur rappelle ce que c'est que le consentement. Que c'est leur corps, que c'est eux qui décident, que quand ils disent non c'est non. »

MG06 « Je profite du vaccin, donc le Gardasil, pour faire une petite info sur le corps, sur le cycle, donc la puberté du garçon et de la fille. [...] Je trouve que ces occasions de prévention qu'étaient les vaccins, et notamment le gardasil, pour ce qui est de l'affectivité et l'intimité, pour moi, c'est des occasions à ne pas manquer »

En lien avec la sexualité et la notion de consentement, les médecins parlent des relations affectives de façon plus générale. Le respect de soi et de l'autre est un gage de liberté. Ils invitent les adolescents à prendre soin d'eux-mêmes dans la relation.

MG06 « C'est peut-être ringard, mais c'est tout simplement commencer à connaître sa sphère de liberté pour pouvoir après l'ouvrir à celui qu'on choisit. Et pas justement avoir sans arrêt des effractions qui ne sont pas coordonnées à notre respiration et notre capacité à encaisser des choses fortes, des sensations fortes, des moments forts, inoubliables, je pense, qui marquent le corps et tous les sens. »

6.5. Un discours éducatif

Cette étude montre que les médecins se sentent investis d'une mission éducative. Pour protéger les enfants, ils souhaitent transmettre les règles d'un rapport humain respectueux. Par cette transmission, ils participent à l'éducation de la population.

6.5.1. Co-éducation des enfants

Le médecin participe à l'éducation des enfants, au côté des parents. Il est co-éducateur, quand il explique à l'enfant ce qu'est l'intimité, la pudeur, le consentement, ou la puberté.

MG02 « [Pour l'examen des parties génitales] je vais insister un petit peu, entre guillemets, sur le fait que, je lui rappelle que c'est une zone sur laquelle on est obligé de lui demander son autorisation, qui qu'on soit – Qui que nous soyons, pardon – Et que ça reste un domaine, comment dire, hyper privé, dans le sens où je lui disais que c'est un domaine qui te regarde à toi. »

Le médecin s'efforce de donner à l'enfant la conscience et la connaissance de son corps. Il utilise les mots anatomiques pour désigner les parties du corps. L'enfant peut ainsi découvrir son corps, et cela l'ancre dans le réel.

MG06 « Tout en faisant, je dis “Je vais regarder ton ventre, etc. Tu sais où est ton cœur, etc.” J'essaie de lui faire connaître son anatomie. »

En plus de la connaissance de son corps, le médecin apprend à l'enfant ce qu'est l'intimité. Il veut lui transmettre que son corps lui appartient, qu'il en a la maîtrise et la responsabilité.

MG05 « Mais quand, tu vois, un gamin tu lui fais baisser son pantalon ou autre, j'dis “Ben voilà ça c'est tout seul, t'as l'droit.”. Ou quand... j'prends l'exemple du phimosis, j'dis “Ben voilà, tu dois te décalotter, mais ça c'est tout seul, dans ton bain. Personne te touche quoi.” Et j'essaie tout doucement de lui dire c'est ton corps, ça t'appartient. »

Le médecin participe à transmettre à l'enfant les règles complexes du rapport à l'autre. Il veut transmettre les valeurs et les règles de la vie en société, pour permettre à l'enfant de se construire pour sa vie future. La valeur, érigée en règle principale, est le respect. Les médecins parlent du respect que chaque individu doit à soi-même et aux autres.

MG06 « C'est pareil en couple. [...] L'apprentissage de l'amitié. Et des relations entre personnes. On a besoin de sa bulle, on a besoin aussi de ne pas se sentir obligé de faire ... de faire ... de faire plaisir alors qu'on n'est pas d'accord d'une action ou d'une autre. C'est un comportement général, se faire respecter et respecter l'autre, tout simplement. »

Sur la sexualité, les médecins ont à cœur de donner les règles pour être libre et s'épanouir. Ils articulent sexualité et affectivité.

MG03 « Son amoureux la presse un peu, en lui disant ça fait quand même trois mois. [...] ici je suis pas juge je suis juste là pour que vous puissiez discuter, il n'y a aucun jugement de quoi que ce soit, tout le monde est libre. Mais justement tu dois rester libre. »

Du respect du consentement découle une liberté. Dans cette liberté, la relation peut se développer et l'individu s'épanouir.

MG02 « voilà si elle ne le sent pas, si elle n'a pas envie, bah on ne le fait pas. C'est tout. Ce n'est pas une mauvaise personne pour autant. Parce que ça regarde qu'elle. Donc le consentement est vraiment quelque chose qui est absolument incontournable. Et j'veux dire qui participe même au plaisir du consentement. C'est-à-dire que quand un acte est consenti, ben il est pleinement épanoui puisque c'est un lâcher-prise total. La sexualité, c'est sans doute l'endroit, le moment où il y a le plus de lâcher-prise, tout compte fait dans la vie. Quand il est consenti, il est épanoui de fait. Parce qu'il est accepté, parce qu'il est accordé à l'autre. Il permet justement de s'accorder, enfin je joue sur les mots, mais c'est ça ... »

Quand ils parlent du consentement, les médecins invitent les adolescents à une introspection. Pour savoir si je suis d'accord, je dois analyser ce qui me pousse et ce qui me retient. Leur message est aussi de dire qu'il faut respecter le temps dont on a besoin pour décider.

MG03 « Après il y a eu beaucoup de choses sur le consentement. Si tu ne te sens pas prête, ce n'est pas le moment. Si ce n'est pas le moment, ça sera plus tard. Si c'est plus tard, ce n'est pas maintenant. Voilà. Et tu n'es pas la dernière des traînées si tu dis oui. Mais tu n'es pas la dernière des prudes complètement collet monté si tu dis non. Tu es juste toi. »

Les médecins parlent alors de règles de vie en société. Ils transmettent des valeurs, qui pour eux sont universelles. Ils se préoccupent de la santé des patients au sens large. L'objectif est le bien-être des adolescents, adultes en devenir.

MG02 « C'est la prescription de la première pilule. [...] Il y a toujours une page qui parle de la sexualité. Tu vois, notamment le consentement, toute ces choses-là. C'est pareil. J'trouve que c'est hyper important de sanctuariser certains moments avec nos patients pour mettre un coup de marteau (tape sur le bureau) sur "Ça, c'est vachement important dans ta vie, et ça va te servir toute ta vie, ça sera toujours vrai." »

Les médecins considèrent qu'il faut parler aux jeunes d'une sexualité qui soit belle et épanouissante. La prévention, ce n'est pas seulement signaler les risques et les dangers.

MG06 « Pas un discours de peur. [...] Mais aussi parler de tendresse. »

Les enfants peuvent être confrontés à des représentations de la sexualité à l'insu des adultes qui les entourent. Il ne faut pas attendre qu'il le signale pour leur parler et les éduquer sur le sujet.

MG08 « Les enfants, surtout à travers les réseaux sociaux, ou parfois quand il y a un grand frère ou une grande sœur dans la fratrie, sont exposés à des choses de plus en plus précocement. »

Dans la société actuelle, les images sont innombrables, et par elles tous les enfants ou adolescents sont confrontés à l'univers de la séduction et de la sexualité. Ces images répétées empêcheraient de rêver et de s'inventer. Les médecins disent que la représentation de la sexualité véhiculée par ces images est normative sans être réaliste. Ils évoquent une injonction à la performance, qui pousserait les individus à dépasser leurs limites et celles des autres, mettant à mal le principe premier du respect. L'autre conséquence de cette injonction à la performance sexuelle est la pression importante que peuvent ressentir les adolescents dans leur découverte de la sexualité.

MG02 « La sexualité, Dieu sait si elle peut être malmenée aujourd'hui. Parce que on n'a même pas encore vécu la sexualité qu'on l'a déjà imaginée. On l'a déjà imaginée en dehors de tout parce que c'est du domaine de la ... du fantasme. Mais on l'a surtout massacrée à travers ce qu'on voit sur le porno et sur internet et qui donne une image absolument (petit rire) décalée de la réalité. C'est-à-dire que la sexualité elle regarde chacun. La sexualité elle se limite à ce qu'on vit avec une personne et il n'y a aucune norme. Pour moi. Donc déconstruire ça. Les gamins ils se mettent une pression du feu de Dieu parce justement on leur montre des normes. Il faut faire ceci, autant de fois, etc. Et là, ça crée un stress monstrueux. Ça crée un stress monstrueux. Les gamins se mettent un stress monstrueux. Ou alors ils s'embarquent dans des trucs de dingue »

L'apprentissage passe par la répétition. Les médecins ont besoin de revoir leurs patients, et d'aborder plusieurs fois un même sujet pour que le concept soit ancré.

MG08 « Je redemande à l'enfant 6 mois plus tard ce qu'il a retenu de la consultation précédente. Ce que j'attends de lui et ce que je lui résume c'est euh ... juste ... Le meilleur moyen de prévenir, c'est les capotes pour les IST, et surtout cette notion fondamentale de consentement. »

6.5.2. Eduquer les parents, la population

Tous les médecins interrogés s'accordent sur le fait qu'ils jouent un rôle d'éducateur auprès des parents. La PPVSFE passe par le fait de faire émerger des réflexions chez les parents, de leur transmettre des notions et des messages, de les accompagner.

MG03 « On a un rôle d'éduquer les parents. Beaucoup. »

MG03 « Et puis, il y a un tabou. C'est pour ça que je trouve que l'éducation, elle est super importante. »

Le médecin accompagne les adultes dans leur apprentissage de la parentalité. C'est une découverte pour eux et le médecin peut leur proposer un soutien, des ressources, des conseils, voire un partage d'expérience.

MG02 « Moi avec mes jeunes parents, je prends beaucoup de temps pour les accompagner. »

Quand l'enfant arrive dans un couple, chacun doit réinventer sa place. Devenir parent, c'est apprendre un nouveau mode de relation. Les parents redécouvrent le lien filial non plus comme fils ou fille mais comme parent. Les médecins s'accordent à dire que l'arrivée d'un enfant dans un couple amène des questions existentielles chez les

parents. Ils apprennent à exprimer leur affection et leur autorité de façon ajustée dans ce nouveau lien.

MG06 « Même les parents hein ils vont plus avoir d'intimité. Pour moi, c'est aussi replacer un peu l'enfant où est-ce qu'il est dans le couple. Donner un peu l'idée que il faudrait peut-être leur donner une place d'enfant. Parce qu'il y a des enfants qui deviennent un peu conjoints de leurs parents, de leurs mamans. [...] Il faut qu'il se sente aimé même s'il n'est pas dans la sphère proche et intime des parents. J pense c'est un apprentissage en fait. »

A l'arrivée de l'enfant, le parent fait appel à toutes les ressources dont il dispose. Ses ressources internes sont le fruit de son caractère, de son histoire de vie, de ses apprentissages. Les médecins pensent qu'il faudrait accompagner les parents pour travailler ces ressources internes. Quand une des composantes internes est la violence, comment améliorer cette base vers plus de respect et d'apaisement ?

MG02 « Je suis très attaché à l'école de la parentalité. À une époque, ça se faisait beaucoup. Profiter de la maternité comme un lieu, tout compte fait la grossesse, c'est quand même neuf mois. On a du temps. On pourrait avoir des groupes d'échange avec les parents pour aborder certaines thématiques. Notamment ces thématiques-là. Parce qu'il y a des parents, des couples dans lesquels il y a de la violence. Des familles dans lesquelles il y a de la violence. Où c'est une zone de souffrance aussi parce qu'ils n'ont pas de réponse autre que ce qu'ils vivent. On leur a pas ouvert d'autres portes. »

Un parent au parcours chaotique peut avoir des compétences parentales très limitées au départ, et des ressources internes assez pauvres. Il doit alors demander de l'aide,

ce qui n'est pas si simple. Les ressources externes sont les sources d'information et de soutien extérieurs : les parents, le médecin, internet, les associations, la crèche ...

Le médecin est un des premiers recours quand les parents rencontrent des difficultés, ou ont des questions. Ce sont des questions sur les soins à donner à l'enfant – toilette, alimentation, sommeil – mais aussi sur la croissance de l'enfant et l'éducation – le non, la propreté, les « crises » émotionnelles, et cætera.

MG07 « En fait quand on suit des bébés, ils racontent tout, les parents, les dodos, les co-dodos, les réveils, les... Donc c'est vrai qu'on a quand même une vision un peu, on voit un peu comment ça se passe. [...] En fait, les parents sont demandeurs de conseils. »

Le médecin peut donner des conseils et faire évoluer la pensée des parents. Il renforce leurs compétences parentales. Il rassure les parents.

MG05 « des parents très éduqués, qui ont fait des études, etc. et qui pour autant ont énormément de questions. Ils sont un peu perdus finalement dans leur... dans la découverte de la parentalité, et qui viennent souvent au cabinet pour euh, avec des questions parfois totalement banales, mais à visée de réassurance. »

Le médecin invite les parents à réfléchir, sur l'autorité, l'intimité, l'affectivité ... par le discours et les gestes notamment lors de l'examen clinique du nourrisson.

MG02 « Mais je veux dire, ça ça c'est une façon aussi d'interroger le père et la mère, en lui disant, je te rappelle aussi à toi, que y a des interdits. On ne peut pas faire n'importe quoi avec le corps de l'autre. En termes de violence, en

termes de sexualité, en termes de voilà. C'est pas parce que c'est ton enfant que tu as carte blanche pour ouvrir sa couche et faire n'importe quoi. Ça reste toujours du domaine de l'intimité qui ne regarde que ton enfant tout compte fait. Bien sûr que c'est autorisé, quand tu dois laver ton enfant... »

Le parent a autorité sur son enfant. Mais autorité n'est pas propriété. L'enfant a un espace propre, une intimité et une intégrité. Le médecin s'efforce de ne pas faire irruption inutilement dans l'intimité de l'enfant. De ne pas lui imposer une nudité inconfortable.

MG02 « Par exemple, les enfants, je les déshabille, mais je les déshabille jamais tout en même temps. Par exemple, un nourrisson, j'avais jamais demander aux parents de me le mettre nu. Je pense que ça ne sert pas à grand-chose. Et on peut très bien examiner un enfant sur lequel il se retrouve en couche, et on l'examine, on enlève la couche après, on remet la couche, on remet le body assez tôt. » Enfin, travailler sur ces notions de nudité, qui ne sont pas si évidentes, quoi. Moi, je pense. Je pense. Et c'est une façon aussi d'interpeller les parents. »

Par l'exemplarité, le médecin montre aux parents, dès les premières consultations, que le respect de l'enfant lui importe. Il veut transmettre l'idée que c'est essentiel au bon développement de l'enfant.

MG02 « On va dire, le docteur, tout compte fait, ben il est sensible à ces questions-là. Ça veut dire que moi aussi, parent, je dois être peut-être sensible à ces questions-là vis-à-vis de mon enfant. »

Le parent a autorité sur son enfant. Il a aussi le devoir de le protéger. Autorité n'est pas domination. L'autorité permet de donner un cadre à l'enfant pour qu'il puisse s'y épanouir en sécurité.

MG06 « C'est un domaine où c'est finalement vraiment ajusté de ne pas avoir de pouvoir. Qu'au niveau éducatif, on voit qu'il y a quand même des revers de médaille de laisser tout faire, de ne pas structurer l'enfant. Mais là, en l'occurrence, c'est ... le structurer, c'est vraiment le respecter, quoi, en fait. »

Ce cadre qu'on donne à l'enfant, est un cadre dans lequel on n'entre pas en tant que parent. Les adultes doivent respecter l'intimité physique et psychique de l'enfant, au même titre qu'ils respectent l'intimité d'un autre adulte.

MG06 « Permettre à l'enfant de respirer, d'avoir sa bulle et d'être ... de rester dans la quiétude, aucun trouble, aucune stimulation mal placée, aucun – comment on va dire ça – appropriement mal placé. »

Les parents apprennent la juste distance dans la relation, la juste expression de leur affection pour l'enfant. Le médecin s'efforce de transmettre au parent la conscience de l'individualité de leur enfant et de la relation qu'ils développent avec lui.

MG06 « Ils sont là à la dévorer sur ma table d'examen. Là, je dis “Attendez, on va lui laisser un peu d'air autour d'elle, tout ça.” Tu vois ? Pour moi, c'est de la prévention primaire parce que je pense qu'il faut respecter le corps du bébé. [...] J'essaie de leur laisser ... de mettre un périmètre d'innocence autour de ce petit bébé qui n'a pas à venir ... à s'ouvrir à un besoin de tendresse qui est mal placé, qui s'impose au bébé et qui n'est pas, pour moi, qui n'est pas euh ... qui

n'est pas ajusté. Voilà. Ça, c'est une des manières de faire de la prévention primaire. »

La question de l'autorité est centrale et complexe selon les médecins participants. L'autorité permet de donner à l'enfant le cadre dans lequel il peut grandir. Mais si elle n'est pas adaptée, elle ouvre la voie à un rapport de domination, qui est le cadre de la violence.

MG02 « Ce rapport à l'autorité doit toujours être interrogé. C'est un truc très très important. Parce que c'est vraiment une porte ouverte à l'abus. »

Abuser de son autorité, c'est exercer un pouvoir excessif. Le pouvoir de l'adulte serait excessif lorsqu'il sert ses propres intérêts sans considération de ceux de l'enfant. Faire preuve d'autorité, c'est donner les moyens à l'enfant de s'épanouir, parfois contre son propre avis, en posant le cadre. Il est normal que l'enfant explore les limites de ce cadre, et qu'il expérimente la confrontation. Les parents peuvent avoir besoin d'accompagnement pour gérer cette mission immense qu'est l'éducation d'un enfant.

MG02 « Bien sûr. C'est pour ça que ça nous interroge, peut-être, dans la relation d'autorité avec nos enfants. Par exemple, tu vois, quand arrive le moment du non, généralement les enfants ils ont autour de 2 ans. Le non, c'est une phase qui construit le psychisme des enfants par rapport à la gestion de leur frustration. C'est vraiment une phase essentielle. Et moi, je leur parle toujours aux parents. Vous voyez, votre enfant, il va commencer à vous dire non. Il va commencer à s'opposer à vous. Comment vous allez faire pour gérer ce non ? Et c'est intéressant, parce que souvent, ils vont me dire qu'ils sont un peu débordés, forcément, ça crée des conflits tout le temps, etc. Et j leur dis qu'on fait la démarche de dire non à un enfant parce qu'on n'accepte pas certains

comportements et lui, il va se mettre en rogne, etc. Comment on peut l'interpréter en dehors du fait que c'est parce que vous l'aimez que vous lui dites non ? Vous vous opposez à lui en lui refusant quelque chose et si vous êtes sûr et certain que ce que vous lui opposez est bon pour lui, c'est une démarche d'amour, tout simplement. C'est une démarche d'amour. »

On dit qu'il faut tout un village pour élever un enfant.

6.5.3. L'expérience parentale du médecin

Le médecin peut avoir recours à sa propre expérience de parent. Les participants qui sont eux-mêmes parents expliquent que l'arrivée des enfants a modifié leur regard sur la parentalité. Cela a modifié leur compréhension des choses car ils le vivent « de l'intérieur ». Lorsque le médecin partage son expérience de parent avec un autre parent, c'est une discussion d'égal à égal.

MG07 « On donne des conseils [...]. Le fait d'être maman aussi, on a quand même... Ça aide beaucoup à comprendre les situations et à s'interroger sur les sujets et du coup, à partager. »

Quand il devient parent, le médecin approfondit les questions liées à l'éducation, pour ses besoins personnels.

MG06 « On l'avait lu quand on avait eu notre aîné. Voilà. Du coup, on s'inspire un peu de tout ça. »

L'écueil serait de prendre son expérience personnelle pour une vérité universelle. Les médecins restent vigilants, car ils savent que toutes les expériences sont différentes et toutes ont de la valeur.

6.6. Un discours à géométrie variable

Au cours de ce travail, il est apparu que la PPVSFE faite auprès des enfants dépend de nombreux paramètres : la venue de l'enfant en consultation, la relation de confiance, la posture de l'adolescent, sa maturité, la présence des parents, le suivi au long court.

Il est à noter que le discours de prévention primaire sur les VSFE adressé aux enfants est souvent partiel. Il s'adresse généralement à de potentielles victimes à protéger. Cela s'explique par la difficulté à penser un enfant – innocent par définition dans les représentations collectives – comme potentiel agresseur.

MG07 « C'est juste hyper naïf et insouciant, c'est un enfant. En construction. »

Certains médecins précisent que lorsqu'on apprend à un enfant le respect de chacun, il faudrait lui apprendre la réciprocité.

MG06 « Faut que ce soit réciproque. »

Pour cela, il faudrait énoncer les deux aspects des règles du rapport à l'autre : « Je te respecte / Tu me respectes. » ou « L'autre doit te respecter / Tu dois respecter l'autre. ».

MG08 « peut-être que j'ai tellement peur de l'enfant qui serai victime de ... que j'oublie de lui rappeler que sa liberté s'arrête là où commence celle des autres. Et que ce qui est vrai pour lui est vrai pour l'autre. Il y a peut-être des ajustements à faire dans ce que je transmets à l'enfant »

Un des médecins dit qu'il faudrait également faire preuve de respect réciproque en actes, dès le plus jeune âge. Apprendre à un enfant qu'on ne doit pas toucher les zones intimes du corps de l'autre sans sa permission, et réciproquement.

MG07 « Donc, je pense que j'essaie de faire quand même attention et d'un peu, en tout cas, de ... d'essayer que les enfants soient ... aient conscience de leur corps, en fait. Mais je fais pareil avec mes propres enfants. [...] Et ils me le disent mes enfants, si je leur tape un peu les fesses "Eh c'est personnel !" parce qu'ils savent, en fait. [...] c'est pour respecter aussi le corps de l'autre. Ah oui, oui, c'est dans les deux sens ! Bien sûr. Moi, je suis contente qu'ils ne touchent pas mes fesses non plus ! (rires) Ouais, c'est dans les deux sens. »

L'objectif serait que l'enfant, au cours de sa vie, puisse reconnaître une situation problématique, qu'il soit victime ou auteur d'une violence. Sans aller jusqu'à la violence, on pourrait parler d'un manque de respect.

MG05 « Dans l'idée, tous les ados, expliquer ce qu'est consentement, j'imagine que c'est censé aussi semer une petite graine "ce que je fais là, c'est pas normal et c'est pas bien." »

Cette tendance à s'adresser plutôt à une potentielle victime, et le fait que la contraception soit culturellement la responsabilité des femmes, font que le discours de prévention s'adresse plus souvent aux filles.

MG04 « On en parle peut-être plus facilement avec les filles. Justement, ce côté consentement. »

Certains participants pensent qu'il serait bénéfique de consacrer une consultation à la prévention sexuelle, notamment pour aborder la contraception avec les garçons. La contraception est un point d'accroche qui permet d'aborder les sujets de prévention sur la vie affective et sexuelle, mais qui reste un sujet quasi-exclusivement réservé aux filles.

MG02 « Le biais il est toujours par les filles. [...] Mais ce serait bien qu'on ait une consultation obligatoire pour parler de contraception aux garçons. »

Les médecins se demandent comment donner un espace aux garçons pour parler de la sexualité avec leur médecin.

MG03 « Parce que les garçons ont énormément de questions et en fait, la plupart ont très envie de très bien faire. Ils sont hyper angoissés, les garçons, en disant mais c'est de la folie, limite, ça vient de la folie d'aller regarder et toucher une fille. [...] "Si tu préfères que ce soient mes collègues masculins" comme ça, ils savent très bien quoi je parle. »

7. L'examen clinique

7.1. Le rapport au corps

L'examen clinique est un lieu clé de la prévention primaire des VSFE. C'est le moment de la consultation où se joue le rapport au corps, entre médecin et patient, entre adulte et enfant. Par le respect que le médecin montre à l'enfant, il lui transmet quelques indices d'une relation saine.

Le médecin, par son rôle de soignant, a pour mission de prendre soin de la santé des patients et donc de leur corps. Pour que le soin soit possible, le médecin doit accéder au corps. Il va observer, ausculter, toucher, mesurer, peser.

MG08 « Le rapport au corps en médecine il est très particulier. »

L'examen clinique passe par le déshabillage, au moins partiel, et le contact physique. Cela met enjeu les questions d'intimité et de nudité.

MG08 « Ça peut être hyper intrusif. »

MG07 « C'est intime. [...] Il y a de la pudeur aussi. »

Il y a une asymétrie entre le médecin et le patient dans le rapport au corps et la perception de la nudité.

Par sa formation, le médecin banalise la nudité. Il apprend une autorisation implicite à accéder au corps de l'autre. Peut-être cela lui permet-il de réaliser à répétition des gestes parfois très intrusifs, voire pénibles pour le patient, pourtant nécessaires au diagnostic ou au soin. La banalisation serait alors une forme de défense psychique du médecin face à tous les corps souffrants qu'il rencontre dans sa formation.

MG05 « au fur et à mesure de nos études, on a un tel détachement par rapport au corps, on banalise, parce que c'est vrai j'suis d'accord, c'est très facile de dire "déshabillez-vous", parce qu'on s'en fiche. Mais de l'autre côté, le vécu est pas du tout le même. »

Le médecin examine plusieurs personnes chaque jour. Il voit et touche de nombreux corps. Il ne s'y arrête pas. Pour lui, c'est la routine, c'est un non-événement. Ce n'est pas lui qui est nu. Tandis que le patient se déshabille très ponctuellement, devant un seul médecin, et c'est un événement en soi. Les médecins essaient de ne pas oublier que c'est un moment particulier pour le patient. Le corps du patient est unique et précieux. Le médecin doit le respecter. Un des médecins utilise même le vocabulaire du « sacré » pour en parler.

MG03 « Alors, je ne sais pas, je n'ai pas validé ça par nulle part, je n'en sais rien. C'est un truc que je me suis inventé peut-être moi-même, mais qui sacralise un petit peu le ... cette zone du corps, et même, je dirais, toute zone du corps. La nudité. »

Dans sa routine de consultation, le médecin enchaîne les mots et les gestes de l'examen clinique. Pour lui c'est fluide et il est à l'aise. La perception peut-être tout autre pour le patient. Les médecins voudraient lui laisser la possibilité de consentir à l'examen clinique, ou de refuser tout ou partie de l'examen.

MG05 « Et que c'est pas parce que nous, à l'inverse, on est extrêmement à l'aise et qu'on ne regarde pas, qu'ils ont pas le droit de nous arrêter. Et de dire "Ben là, je ne me sens plus à l'aise avec la situation, au point que je préfère qu'on arrête." »

C'est pour cela qu'ils demandent le consentement du patient à chaque étape, au risque d'une certaine répétition.

MG07 « Je demande tout le temps, à chaque fois, je me dis, mais, elle va en avoir trop marre... Parce qu'à chaque fois, je leur dis, "Vous permettez ?" »

Le médecin exprime qu'il a conscience d'entrer dans l'intimité de l'enfant. Il essaie de le faire avec délicatesse. Il crée un lieu d'intimité partagée le temps de l'examen.

MG06 « Il y a une manière de le faire. [...] On essaie d'être prudents, précautionneux, et on ne fait pas du rentre-dedans. »

Le médecin s'adapte aux besoins du patient, selon sa pudeur.

MG03 « Et je lui dis "Ben ça c'est de la pudeur. Après, tout le monde n'a pas la pudeur au même endroit, donc dis-moi où tu en es." »

L'examen en lui-même participe à tisser le lien avec le patient. Cette intimité partagée consolide la confiance réciproque.

MG06 « Le fait de ne pas examiner, c'est un manque à gagner. Parce qu'on s'approche de la personne. »

7.2. Cadre

Le cadre de la consultation permet cet accès à l'intimité en garantissant le respect et la sécurité de l'enfant.

MG06 « Quand ils commencent à avoir un peu de pudeur, je dis "Excuse-moi, je vais regarder si tout va bien." Donc, j'essaie aussi d'exprimer un respect. »

Le médecin précise le cadre : à savoir, que l'enfant peut se déshabiller devant cet adulte parce qu'il est médecin, et qu'il est là pour soigner le corps de l'enfant. Donc il a besoin d'examiner son corps. En dehors de ce cadre-là, il n'aurait pas le droit de demander à l'enfant de se déshabiller.

MG03 « Là, je vais devoir rentrer dans le ta bulle d'intimité, mais parce que je suis là pour soigner ta bulle d'intimité. Si je ne suis pas là pour soigner ta bulle d'intimité, je n'ai rien à faire dedans. »

La fonction du médecin prime sur sa personne.

MG03 « Après, moi, tu sais que je suis médecin. Je suis ni homme ni femme, je suis juste médecin. »

La sécurité est aussi assurée par le fait que les parents soient présents et d'accord pour l'examen. Leur consentement vient s'ajouter à celui de l'enfant, et probablement encourager l'enfant à donner son accord.

MG07 « Moi j'ai le droit de regarder parce que je suis avec maman et puis je suis un docteur, donc j'ai le droit, c'est pour te soigner. »

MG08 « Je pense que passé trois ans, il est capable à peu près de comprendre quelle est la demande. Donc j'ai lui dis avec ses mots. J'ai lui dis "Si t'es d'accord, je vais regarder dans le slip. Si je te demande ça, c'est parce que je suis docteur et parce que maman ou papa est là." »

Cette explication rentre dans la routine du médecin pour l'examen clinique. Ça devient naturel.

MG07 « Ça se fait assez facilement [...] sans réfléchir [...] instinctivement. »

Ce cadre est nécessaire, et il marque l'importance de ce moment de l'examen clinique. Ce n'est pas anodin. Le médecin explicite à nouveau le cadre quand les conditions de l'examen changent, par exemple lorsqu'un stagiaire est présent.

MG07 « Pour expliquer, parce que c'est important. »

MG03 « Alors je pense que je l'avais plus [le discours sur la nudité] quand euh ... je l'ai plus quand je suis avec un stagiaire. Parce que l'enfant se déshabille devant une tierce personne. »

7.3. Consentement

Le consentement de l'enfant est un préalable nécessaire à l'examen. La demande de consentement pour l'examen clinique est devenue systématique chez tous les médecins interrogés, dans le déroulé de leur consultation.

MG07 « Moi, je demande tout le temps, à chaque fois "Si tu veux bien". »

Les parents sont inclus dans la demande de consentement.

MG03 « Par exemple, quand j'examine... D'abord, je lui d'abord demande toujours, y compris aux parents, s'ils sont d'accord pour que j'examine leur enfant, et notamment les parties génitales. »

En posant la question du consentement, le médecin demande à l'enfant son accord, sa permission pour le toucher ou le déshabiller. Il s'expose à un refus. Les médecins interrogés craignent de créer une question que l'enfant ne se posait pas et de générer un refus qui n'aurait pas eu lieu, si la demande n'avait pas été formulée. Par cette demande de consentement, le médecin amène donc l'enfant à se questionner. En y réfléchissant, ils considèrent que cela participe à la PPVSFE.

MG05 « Finalement, je me rends compte que, presque, des fois, le fait de poser la question, je me demande si, du coup, il se met... Enfin, c'est bizarre à dire, mais qu'on n'a pas un refus de l'enfant, alors qu'avant, il ne se posait pas forcément de questions. Le fait de créer une question autour du sujet, euh ... finalement, ça m'est déjà arrivé d'avoir un non, et du coup, irrévocable. [...] quand on fait les choses naturellement, sans poser de questions, c'est vrai qu'eux ne s'en posent pas forcément non plus, et donc, on enchaîne fluidement. Et des fois, le fait de s'arrêter, de prendre le temps d'expliquer, de poser la question, du coup, je pense qu'eux aussi, ça les fait cogiter. Ils se disent, ben, en fait, est-ce que j'ai vraiment envie ? Ou ... ? Et donc, ça bloque le truc. Donc... Ou des fois, le fait qu'ils comprennent pas, ils disent, ben, c'est bizarre. Est-ce que c'est vraiment normal ? »

L'enfant n'est pas le seul que cette demande de consentement questionne. Cette interaction peut aussi amener les parents à réfléchir. Si le médecin, pour qui l'accès au corps de l'enfant est quasi-tacite, demande une autorisation, ça souligne l'importance du respect dû à l'enfant.

MG02 « Ben c'est-à-dire, rien que de poser la question. Quand je pose la question à l'enfant, de lui dire ... j'vais lui dire "Je vais t'examiner." ou "Est-ce que tu es d'accord pour que je t'examine ? " quand il est plus grand. Et de poser la question aux parents, « Est-ce que vous êtes d'accord pour que j'examine votre enfant au niveau de ses parties génitales ? » Ben c'est c'est ... Rien que de poser la question, ça questionne tout compte fait. Donc ça permet d'avoir une réponse, mais ça questionne plus largement, dans le sens de la réflexion. »

Les médecins utilisent le champ lexical suivant pour la demande de consentement : « autorisation », « permission », « accord » et « interdit », « opposition », « refus ».

C'est le même vocabulaire qui est utilisé pour transmettre la notion de consentement dans les relations sexuelles.

La forme de la demande s'adapte à l'âge et à la compréhension de l'enfant. Du nourrisson qu'on déshabille en lui expliquant, à l'adolescent avec qui on cherche les conditions qui rendent l'examen clinique possible.

MG03 « Il a deux ans, donc euh ... il baragouine, je lui parle, je lui explique ce que je vais faire. »

MG07 « Les ados c'est hyper dur à examiner. »

En grandissant, les enfants deviennent plus pudiques. Ils ont une conscience plus aigüe de leur nudité, et de ce que le déshabillage devant autrui peut avoir d'intrusif.

L'enfant peut donner son consentement s'il est en confiance. Pour cela, le médecin crée un lien avec l'enfant dès le départ. Une relation se forme entre le médecin et l'enfant. La présence des parents est nécessaire. Parfois le médecin va limiter son examen clinique, pour gagner la confiance de l'enfant.

*MG08 « examiner sur les genoux du parent, sans le déshabiller intégralement.
[...] Il y a une relation de confiance qui se met comme ça. »*

Un autre élément qui met l'enfant en confiance est de réaliser l'examen clinique de façon routinière, c'est-à-dire de répéter toujours les mêmes gestes dans le même ordre. L'enfant connaît le déroulé et sait ce qui l'attend. Le fait que l'examen clinique suive une routine permet à l'enfant de savoir à quoi il consent.

MG01 « En fait, si t'investis dans le gamin, dans une confiance et que le gamin est content et puis après quand il te dit "Ah ben t'as oublié de r'garder dans la bouche" (petite voix) (rires). Enfin voilà. Et après "le thermomètre !" "Oui, si tu veux le thermomètre." »

Les médecins tentent d'obtenir l'adhésion de l'enfant. Le jeu et l'humour sont des outils que les médecins utilisent pour faire alliance avec l'enfant.

MG01 « Avec l'enfant faut jouer. S'il est content de te voir, t'as tout gagné. [...] Et si tu fais une blague, ça marche très bien. »

Les médecins s'efforcent de respecter le refus, le non-consentement de l'enfant.

MG05 « Pour tout ce qui va être examen des organes génitaux, ou des fesses par exemple, j'ai tendance à le demander systématiquement s'il est d'accord pour qu'on le fasse, et s'il est pas d'accord, à pas le faire. »

C'est un message fort envoyé à l'enfant, que de respecter son refus. Car le médecin est un adulte face à un enfant, et un professionnel qui agit dans son propre domaine.

MG01 « T'as une pseudo autorité quand même. »

Que dans ces conditions, la parole de l'enfant soit entendue, cela lui donne une véritable valeur. L'autorité du médecin ne lui donne pas tous les pouvoirs.

Pour un des médecins, une vaccination recommandée n'est possible qu'avec l'accord de l'enfant. Il fait le choix de donner de la valeur à la parole de l'enfant et de la respecter pour participer à la PPVSFE. Il précise que dans l'ensemble des cas, donner des explications à l'enfant permet d'obtenir son accord.

MG08 « [Pour l'injection du Gardasil] je demande l'accord de l'enfant, parce que je lui dis clairement, ça rejoint la notion de consentement, que si les parents sont pour, mais que l'enfant est contre, je ne vaccine pas. Parce que le Gardasil n'est pas un vaccin obligatoire. Il est recommandé, et moi, je trouve qu'il est important de le proposer, de l'expliquer, et si possible de le faire. Mais je ne l'impose pas aux enfants. Jusqu'à maintenant, je pense que, depuis que je suis installé, je n'ai essuyé aucun refus. »

Parfois les médecins présument même du refus à venir de l'enfant, et renoncent d'eux-mêmes à l'examen clinique non motivé par un point d'appel précis.

MG06 « Alors c'est vrai que les enfants qui commencent à avoir la puberté, simplement, parfois, j'évite de les examiner si ce n'est pas nécessaire »

7.4. L'enfant a-t-il vraiment le choix ?

Les médecins souhaitent donner le choix à leurs patients. Ils expliquent et justifient la demande d'examen, pour que le choix soit éclairé.

MG05 « leur rappeler qu'ils ont le choix »

Cependant, les médecins nuancent souvent ce choix, car ils ont le devoir d'examiner leurs patients. Après explications, il est rare que les patients refusent. On peut se demander s'ils se sentent la possibilité de refuser.

MG02 « Donc si tu ne veux pas que j'examine, tu as le droit de me dire que non. Mais sache quand même que des fois, moi, médecin, j'aurais besoin quand même de t'examiner, parce que des fois, on est bien obligé, forcément. Mais en tout cas, on a rarement des refus. »

Ce choix donné par le médecin peut être relatif. En cas d'urgence potentielle, par exemple pour une douleur testiculaire, le médecin sait qu'il va devoir examiner l'enfant, avec ou sans son accord. C'est son devoir de soignant. Il essaie d'obtenir l'adhésion de l'enfant. Le médecin valide la notion d'intimité, le ressenti de pudeur de l'enfant. Il explique l'intérêt de l'examen.

MG03 « Je demande la permission aux enfants. Oui. Alors euh, après c'est un peu compliqué. Il vient parce qu'il a mal aux testicules. "Oui, mais je ne veux pas te montrer." Là je lui dis "Là écoute, je comprends que t'aies pas envie, mais il faut qu'on regarde. Si tu as mal, je ne peux pas faire autrement que de regarder, en sachant que moi je suis un médecin. [...] Là, tu es dans un cabinet médical, c'est un lieu dans lequel on peut être examiné, et tu me dis que tu as mal là, il faut que je puisse regarder. Mais ça, c'est complètement ton intimité." »

Le champ lexical utilisé est celui du devoir : « obligation », « responsabilité », « nécessité », « il faut », « je dois ».

Les médecins sont tiraillés entre leur devoir d'examiner le patient, pour ne pas passer à côté d'une pathologie (ectopie testiculaire ou autre), et le devoir de respecter le non-consentement. D'où leurs efforts pour expliquer l'intérêt de l'examen et faire adhérer l'enfant.

MG02 « Il me semble être de mon devoir de médecin quand même d'examiner, en prenant un moment. »

La même tension habite les parents lorsqu'ils doivent déshabiller leur enfant pour les soins. Si l'enfant refuse, crie et se débat : faut-il le déshabiller de force ? Dans ce cas, comment lui apprendre les notions de respect, d'intimité et de consentement ? Le

contact intime avec l'enfant doit être respectueux, pour les soins que donnent les parents ou le médecin.

7.5. Adapter les conditions de l'examen clinique

L'examen clinique étant fortement suggéré à l'enfant, le médecin propose d'adapter les conditions de l'examen à la pudeur de chacun. La limite de l'examen est la gêne de l'enfant. C'est déterminant pour son consentement ou non.

Le médecin peut proposer un espace d'intimité, en plaçant un paravent. Cela permet au patient de se déshabiller seul, et de ne pas être examiné devant les parents ou la fratrie si c'est problématique.

MG06 « Je propose de mettre éventuellement un paravent. »

Le médecin peut proposer un déshabillage partiel, ou en plusieurs étapes, ou alternativement le haut puis le bas.

MG02 « Par exemple, les enfants, je les déshabille, mais je les déshabille jamais tout en même temps. »

Le médecin cherche avec l'enfant les conditions qui rendent l'examen clinique acceptable pour lui. Il explique ce qu'il a besoin de voir ou d'ausculter.

MG03 « Je pense notamment aux jeunes filles à partir de 12 ans quand je regarde le dos. Euh 11, 10 ans, quand je commence à regarder le dos. "Là, je vais regarder ton dos, donc je vais avoir besoin qu'on enlève le t-shirt. Est-ce que tu es à l'aise avec ça ? Est-ce que tu préfères me tourner le dos, enlever toi-même ton t-shirt, on le pose sur le côté, je regarde ton dos et après tu remets ton t-shirt avant de venir t'installer pour que j'écoute le cœur." »

Parfois, le médecin détourne un peu la demande de consentement. Pour obtenir l'adhésion de l'enfant, le médecin peut demander une permission, qui ne laisse pas le choix de l'examen clinique, mais le choix de ses conditions. C'est une façon pour le médecin de ne pas s'exposer au refus de l'enfant afin d'accomplir son rôle de médecin. Les médecins insistent sur le fait qu'examiner les enfants est leur devoir, et qu'il y a un risque de perte de chance à ne pas le faire.

MG03 « Je ne vais pas lui demander s'il peut, s'il veut bien que je le... Je vais pas lui demander "Est-ce que je peux te déshabiller ?" parce qu'en fait, ce n'est pas un vrai choix. Je vais lui dire "Là, je vais te déshabiller"u là , ou on va... J'utilise pas le mot déshabiller. "Là, on va enlever le t-shirt. Est-ce que tu le fais ou est-ce que je le fais ? Ah, tu n'as pas envie d'enlever le t-shirt. Bon, tu n'as pas envie d'enlever le t-shirt. Est-ce qu'on peut le soulever pour regarder quand même, parce que c'est important pour moi ? " Mais voilà, je vais plus le mettre dans ce ... dans cette interaction-là. »

Il arrive que le médecin, devant le refus de l'enfant, choisisse de différer l'examen.

MG01 « Si après, s'ils me disent non non non et qu'le parent... J'serais jamais dans la violence en disant allez hop, tu te mets tout nu (fait le geste de tirer en forçant pour baisser un pantalon), enfin non. J'dis voilà, si le motif est pas grave, j'dis ben écoute laisse tomber, c'est pas grave, tu reviendras, et puis on fera ça plus tard. J'mets pas un enfant, j'force pas un gamin à se mettre tout nu. »

Lorsqu'il n'est pas possible de différer l'examen, expliquer pourquoi à l'enfant permet d'obtenir son accord.

MG01 « Sauf ben j'sais pas, une douleur testiculaire brutale, tu fais bon bah là c'est quand même important, si tu t'expliques bien, j'ai jamais eu de refus. »

7.6. Pas d'examen clinique réalisé seul

Les médecins généralistes ne réalisent jamais d'examen clinique seul avec un mineur. La tierce personne, parent ou stagiaire, est vue comme garant de la sécurité de l'enfant et du médecin. Il est témoin du déroulé de l'examen. Car le médecin redoute une possible plainte.

MG07 « Je suis jamais toute seule parce que j'ai souvent des externes, j'avoue, comme ça j'ai pas de problème de... je me retrouve solo avec un mineur. »

MG01 « De toute façon, c'est toujours avec les parents, c'est hors de question que j'examine un mineur seul. [...] J'ai trop peur du ... enfin même du procès. [...] Je me protège et je pense que moi, j'ai... Les médecins, il faut qu'on se protège à mort, parce que c'est parole contre parole. »

DISCUSSION

1. Rappel des résultats

Les médecins interrogés se sentent concernés par la protection des enfants contre toute forme de maltraitance. Dans le cas particulier des violences sexuelles faites aux enfants, les médecins reconnaissent avoir un rôle à jouer en prévention primaire. Mais cette mission du médecin n'est pas clairement définie, ni par des recommandations, ni par leurs formations. Mettre en place des actions de prévention des VSFE passe par un apprentissage de terrain et une maturation progressive de la pratique en consultation.

Cette prévention primaire réalisée par les médecins s'inscrit dans une dynamique de prévention collective qui engage toute la société : des parents aux dirigeants politiques, en passant par l'école.

Pour les médecins interrogés, la prévention primaire des VSFE est fortement liée aux préventions secondaire et tertiaire. Un médecin sensibilisé à la question des VSFE serait plus vigilant pour faire de la prévention, mais aussi pour le dépistage de ces violences. La violence est perçue comme un continuum avec une transmission à travers les générations et un lien entre les différentes formes de maltraitance infantile. Pour prévenir de futures violences, le médecin généraliste perçoit qu'il doit soigner tout le système familial. D'où la pertinence de sa place de médecin de famille.

Cependant, les médecins interrogés se disent démunis en cas de suspicion de VSFE. Ils éprouvent un sentiment de solitude. Il leur est difficile de prendre une décision, dont ils redoutent les conséquences, dans une situation d'incertitude, de doute. Ils souhaiteraient être mieux accompagnés dans ces situations.

La consultation est le lieu de rencontre entre le médecin et le jeune patient accompagné de ses parents. Les médecins participants rapportent la difficulté d'aborder avec les enfants les sujets intimes et personnels que sont la sexualité et les violences. Ils ressentent une brutalité, une intrusion à imposer ces sujets au patient. La prévention primaire des VSFE semble marquer une rupture dans le déroulé de la consultation. Tous les médecins interrogés pour cette étude expriment le besoin d'une porte d'entrée permettant d'aborder ces sujets intimes.

Le médecin généraliste assure un suivi sur le long terme, ce qui lui permet de tisser un lien de confiance avec l'enfant et ses parents. Ce lien et le cadre de la consultation – respect, confidentialité, non jugement – permettent d'échanger sur ces sujets à la fois intimes et tabous : la pudeur, la puberté, la sexualité, la violence, et cætera.

Les médecins interrogés affirment que la communication est un élément essentiel dans la PPVSFE. Le dialogue vise à faire émerger des réflexions chez les parents et chez l'enfant. Les médecins essaient de permettre à l'enfant d'avoir conscience de son corps, de son rapport affectif et physique aux autres. Ils souhaitent transmettre des notions telles que le respect, la pudeur et le consentement, qui seraient des règles essentielles pour la vie en communauté. Ils engagent aussi une réflexion avec les parents sur leur relation à l'enfant, sur l'autorité, sur leur propre parcours de vie. Ils endossent alors un rôle éducatif auprès des familles.

Les médecins participants cherchent quel discours adopter pour transmettre ces différentes notions. Ils s'adaptent à l'âge de l'enfant, essaient d'utiliser les mots justes. Ils traquent le bon moment, le point d'accroche, et suivent leur intuition pour s'en saisir. Ils sont tiraillés entre la nécessité d'aborder tôt ces sujets de prévention et la crainte de ne pas être compris de l'enfant voire de le heurter.

L'examen clinique serait un temps clé de la prévention primaire des VSFE. Le contact physique entre le médecin et le patient lors de l'examen permet de valider les ressentis de pudeur de l'enfant, de montrer un rapport au corps de l'autre qui soit respectueux, d'éprouver la notion de consentement. En lien avec les évolutions de la société, la pratique des médecins a beaucoup évolué ces dernières décennies, avec l'émergence d'une demande de consentement à l'examen clinique devenue systématique aujourd'hui.

Les médecins interrogés ressentent une tension entre leur devoir d'examiner l'enfant pour s'assurer de sa bonne santé, et leur volonté de respecter le refus de l'enfant d'être touché ou déshabillé. Par une bonne communication et des adaptations possibles des conditions ou du temps de l'examen clinique, les médecins parviennent à examiner leurs patients dans le respect. Cela demande un effort d'adaptation aux médecins, qui semble à leurs yeux participer à la prévention primaire des VSFE.

Les médecins participants évoquent leurs limites pour mettre en place cette PPVSFE. Leurs freins seraient le manque de temps, mais aussi le manque d'énergie, ou la trop grosse quantité de sujets à penser et aborder au cours d'une consultation. La gêne des enfants et particulièrement des adolescents en présence de leurs parents, est aussi limitante. En amont des consultations, les médecins souhaiteraient être mieux formés et bénéficier de directives claires sur les moyens de prévention utiles.

Pour améliorer cette prévention, les médecins participants font de nombreuses propositions. Cela passe notamment par l'amélioration de l'accompagnement des jeunes parents, et une éducation à la vie sexuelle et affective.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Chercheuse novice

Cette étude est le premier travail de recherche qualitative menée par la chercheuse. Elle s'est formée à la recherche qualitative à l'aide du livre *Initiation à la recherche qualitative en santé* et s'est appuyée sur l'expérience de sa directrice de thèse tout au long de l'étude. La chercheuse s'est formée et informée sur les violences sexuelles faites aux enfants et sur l'éducation à la santé sexuelle par de nombreuses lectures et écoutes de podcasts. Elle a bénéficié notamment d'une expérience d'une année de stage au sein de service de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Elle y a découvert l'art d'accompagner les familles, au côté de puéricultrices, pédiatres et gynécologues. Elle a suivi 2 journées de formations sur les violences intra-familiales, avec des interventions plus spécifiques sur les VSFE. Elle a participé à plusieurs sessions d'intervention dans des collèges au titre de l'éducation à la vie affective, relationnelle, et à la sexualité (EVARS).

2.2. Les représentations de l'investigatrice

Le choix de ce sujet de thèse découle de ces expériences de stages. L'investigatrice a couché sur le papier une auto-analyse de son regard sur le thème des VSFE, sujet qui peut mener au militantisme. Au départ, ce sujet de thèse répondait à sa volonté d'agir face à une situation qui lui semblait intolérable, à savoir des VSFE en grand nombre. En amorçant ce travail, la chercheuse tentait de résoudre la tension interne liée au fait d'avoir conscience de ces violences et son sentiment d'impuissance.

Après avoir posé la question de recherche, l'investigatrice a objectivé son propre cheminement de pensée, en écrivant dans son journal de bord les résultats attendus. Cette démarche d'introspection permettait de garder en tête au cours du travail ce qui correspond aux représentations propres de l'investigatrice afin d'en limiter l'impact. Le guide d'entretien a été rédigé de façon à amener les médecins à suivre leurs propres raisonnements (cf. Annexe 1)

2.3. Manque d'expérience

Le manque d'expérience de l'investigatrice pour mener les entretiens constitue également un biais. Le risque pour la chercheuse était d'être trop directive dans les entretiens, ce qui était limité par le fait de s'appuyer sur le guide d'entretien. L'investigatrice s'est efforcée de parler peu pendant les entretiens, et d'être en mesure de se laisser surprendre par le cheminement de pensée des participants et leurs représentations. A l'aide du journal de bord et des enregistrements audio des entretiens, l'investigatrice a relu le déroulé des entretiens, analysé les relances pertinentes, ou les silences qu'il aurait fallu prolonger. Elle a ainsi amélioré au fur et à mesure sa capacité à mener les entretiens, ce qui lui a permis d'utiliser le guide d'entretien plus finement, en valorisant le fil de pensée des participants.

2.4. Biais de sélection

Le recrutement étant mené sur la base du volontariat, et par connaissances directes ou interposées, il existe un biais de sélection. En effet, seules les personnes faisant partie du cercle de connaissances de l'investigatrice, ou les personnes qui lui auront été recommandées par quelqu'un de sa connaissance, ont été invitées à participer.

Pour limiter ce biais, le sujet de la recherche n'était pas explicité lors du recrutement. Il était simplement fait mention d'un « sujet en rapport avec la pédiatrie ». Le sujet était présenté au début de chaque entretien. Il a été recommandé aux participants de ne pas communiquer entre eux sur la recherche avant la fin de leurs entretiens respectifs.

L'investigatrice a naturellement recruté des personnes de sa connaissance qui lui semblaient susceptibles d'avoir envie d'échanger sur ce sujet des VSFE, cela participe au biais de sélection.

Le faible nombre de participants peut également constituer un biais de sélection. En effet, les témoignages variés montrent que le vécu peut être très différent d'un médecin à l'autre. Cet échantillon n'est donc pas représentatif de toute la population étudiée. Mais l'investigatrice a considéré la suffisance des données, au vu des nombreux concepts abordés dans les entretiens, permettant d'explorer différents aspects du sujet. Les expériences de huit médecins ont permis de recueillir assez de matière pour réaliser ce travail. Un nombre de six entretiens était nécessaire a minima pour la validité de cette méthode de recherche (47).

Lors du recrutement, l'investigatrice a cherché différents profils de médecin : lieux d'exercice différents, parent ou non, homme ou femme, d'âges différents. Diversifier les profils par un échantillonnage raisonné a permis de limiter le biais de recrutement, et de se rapprocher d'un échantillon plus représentatif de la population. Cependant, aucun médecin exerçant dans une zone rurale n'a été interrogé.

2.5. Biais de déclaration

Le tabou qui entoure le sujet des VFSE, et le fait que le sujet touche parfois à la vie intime de la personne peut créer un biais de déclaration. Les participants pourraient

modérer leurs propos ou s'auto-censurer. Par le choix d'entretiens semi-dirigés, et l'assurance de l'anonymat des entretiens, l'investigatrice a cherché à créer un climat de confiance, afin de limiter ce biais de déclaration. Certains échanges ont eu lieu « en off » au décours des entretiens, et n'ont pas été exploités pour l'analyse, à la demande des participants.

2.6. Biais de mémorisation

Certains des témoignages ont ramenés les participants plusieurs années en arrière, vers des souvenirs partiels, ce qui peut constituer un biais de mémorisation.

2.7. De (trop ?) nombreux résultats

La matière collectée au cours des entretiens était volumineuse. La chercheuse a souhaité garder la majeure partie des concepts abordés par les participants, sans être exhaustive. Cela semblait pertinent pour un travail d'approche du sujet, qui ouvre vers des perspectives de recherche plus ciblées à plus grande échelle.

2.8. Originalité du travail

Un premier travail de thèse d'exercice en médecine générale avait montré que les médecins généralistes considèrent la PPVSFE comme faisant partie de leur rôle (45). D'autres travaux ont exploré l'acceptabilité pour les parents du discours de PPVSFE tenu par le médecin généraliste (49) et la vision des différents professionnels de l'enfance quant au rôle des médecins généralistes en PPVSFE (46). Ce travail de

recherche vient s'articuler avec les précédents pour comprendre le ressenti des médecins lorsqu'ils participent à cette prévention.

Avant ce jour, un unique travail de thèse avait exploré le ressenti des médecins généralistes sur la question de la prévention des VSFE (50). Pour éviter d'orienter la chercheuse sur des résultats attendus déjà exposés, elle n'avait pas lu ce travail de recherche similaire au préalable. Ce travail n'avait pas été mené dans le Nord et le Pas-de-Calais, qui serait la région de France métropolitaine où l'on comptabilise le plus fort taux d'inceste (51).

2.9. Validité de la méthode

La méthode d'analyse phénoménologique interprétative a été choisie pour explorer le ressenti intime des médecins. Cela semblait particulièrement adapté au sujet traité.

Une triangulation des données a été réalisée par un autre médecin généraliste pour renforcer la validité interne de l'étude.

2.10. Constitution de la bibliographie

Les explorations préalables de l'investigatrice sur le sujet ont été menées majoritairement en langue française. Ses représentations de la PPVSFE ont été façonnées par l'avancée des recherches en France et au Canada. Ce qui constitue un biais dans l'approche du sujet.

La littérature sur le sujet des VSFE et de leur prévention étant foisonnante, il était exclu de pouvoir tout lire. La chercheuse s'est donc appuyée sur des documents complets,

issus d'organismes officiels, dont les sources étaient explicitées : la CIIVISE, le CNRS, la HAS, et cætera.

Elle a également effectué une recherche sur les bases de données Google Scholar et PubMed à l'aide des mots-clés suivants en français « violence sexuelle chez l'enfant » ; « prévention primaire » ; « médecine générale » ; « inceste » ; et en anglais « sexual violence against children » ; « sexual abuse » ; « primary prevention » ; « general practice » ; « incest ».

3. Comparaison avec la littérature

3.1. Connaissances des médecins sur les VSFE et leurs conséquences

Le rapport d'expertise du CNRS sur les violences sexuelles à caractère incestueux sur mineur.es (8) vient corroborer les connaissances des médecins participants sur les VSFE : les VSFE intrafamiliales sont sous-estimées, ces violences sont indicibles, la violence s'inscrit dans un continuum. On y retrouve aussi certains éléments liés à la prévention, pressentis par les médecins interrogés : la prévention nécessite des actions à l'échelle politique et la sensibilisation doit toucher tous les publics.

De nombreux témoignages de victimes sont disponibles, et permettent d'appréhender le retentissement de la violence sur toute leur vie. L'interview de Mailé Onfray (52) aborde notamment le trouble dissociatif de l'identité, qui lui a permis de survivre aux violences extrêmes et prolongées dans son enfance, mais qui entraîne des difficultés dans sa vie d'adulte. Le podcast « 20 000 lieux sous ma chair » (53) explore la prise en charge des victimes d'inceste, et questionne celle des auteurs de VSFE incestueuses. Certains récits autobiographiques sont centrés sur ce vécu de VSFE, montrant combien il impacte la vie de l'individu, comme par exemple le livre *Un si long silence* de Sarah Abitbol (54). Les victimes témoignent pour comprendre le mécanisme de ces violences et protéger les enfants. Par exemple, le roman graphique *Les yeux fermés* se termine par une présentation des numéros d'urgence pour les enfants en danger et les contacts d'associations d'aide aux victimes (55).

Les conséquences des VSFE sur la vie et sur la santé ont été explorées par des enquêtes auprès des victimes. Dans l'enquête Ipsos de 2019 (16), celles-ci témoignent de la difficulté à exprimer les violences subies et des conséquences sur leur santé.

Les épisodes dépressifs et les troubles anxieux secondaires à des VSFE sont les symptômes les plus fréquemment retrouvés. Mais il y a un cortège de conséquences sur la santé imputées aux agressions vécues : troubles alimentaires, tentatives de suicide, troubles addictifs, troubles psychotraumatiques, arrêts de travail ou absences scolaires prolongés, infections sexuellement transmissibles, grossesses, invalidités, reconnaissances de handicap.

Enfin, des études scientifiques se sont attachées à explorer les conséquences des VSFE sur la santé. Les données d'une étude montrent que l'exposition à des violences sexuelles dans l'enfance est corrélée à un risque plus élevé de problèmes de santé à l'âge adulte (56). La corrélation la plus forte montre une exposition aux addictions, à la dépression, et au risque de suicide, beaucoup plus élevée que dans la population non exposée aux VSFE. L'incidence des maladies cardiaques ischémiques et des cancers semble également plus élevée chez les personnes exposées. Une autre étude explore les conséquences à long terme du stress post traumatique (57). Au-delà des conséquences psychiques, elle retrouve un lien avec l'hypertension artérielle, la dyslipidémie et l'obésité.

3.2. Les stratégies de prévention

Le guide sur la prévention de la maltraitance des enfants (6), rédigé par l'OMS, indique qu'il faut intervenir à tous les niveaux du modèle social, pour une prévention efficace des violences subies par les enfants.

La CIIVISE (1) conseille « d'organiser une grande campagne nationale de sensibilisation annuelle ». Cette préconisation rejoint l'idée émise par les médecins participants, selon laquelle tous les citoyens doivent être sensibilisés. D'après le

rapport d'expertise du CNRS sur les violences sexuelles à caractère incestueux sur mineur.e.s (8), des actions médiatiques de sensibilisation et d'information visant tous les lieux de sociabilisation des mineurs, de l'école aux universités, permettraient de déconstruire les représentations erronées sur les violences à caractère incestueux.

Les participants ont suggéré la nécessité d'actions d'ordre politique pour protéger les enfants. Le gouvernement a mis en place une stratégie nationale de santé sexuelle, dont le calendrier court de 2017 à 2030 (58). L'évaluation à mi-parcours de cette stratégie par le Haut Conseil de la Santé Publique (59) aborde plusieurs points qui concernent directement les professionnels de santé.

En premier lieu, la formation initiale des médecins en santé sexuelle est favorisée par la mise en place du Service Sanitaire des Étudiants en Santé en 2018 (60,61). Cet aspect de leur formation donne l'occasion aux étudiants de participer à des actions de prévention et de promotion de la santé, notamment en milieu scolaire. Cependant, les sujets de prévention sont variables, et tous les étudiants ne traitent pas la question de la santé sexuelle. Il n'existe pas d'indicateurs permettant une lisibilité des apports en santé sexuelle dans la formation initiale des médecins (59). L'université de Nantes propose une formation hybride, c'est-à-dire associant cours magistral et outils pédagogiques interactifs, destinée aux étudiants de 3^{ème} cycle pour « former spécifiquement les futurs médecins généralistes au repérage, au traitement et au signalement des situations de violences faites aux enfants » et pour les sensibiliser (62–64).

Ensuite, le Développement Professionnel Continu, obligatoire, offre des possibilités de formations en lien avec « la prévention et le dépistage de violences » et « la santé sexuelle » (59). Des Diplômes Universitaires existent, tels que le DU « Protection de l'enfance » à l'Université Paris Cité, ou le DIU « Maltraitances chez l'enfant » à

l'Université de Rouen. Ces formations demandent cependant un engagement conséquent de la part des médecins. Il existe des formations en ligne proposée par des associations (65) ou par les organismes concernés. Citons en exemple FormaSantéSexuelle, (66) créée par la Société Française de Lutte contre le Sida, le Collège de Médecine Générale et la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française, avec le soutien de la Direction Générale de la Santé.

Enfin, le rapport d'évaluation pointe l'évolution de la « première consultation de contraception et prévention sexuelle » dite CCP (59). Cette consultation, qui n'est pas obligatoire, était initialement recommandée pour les jeunes femmes de 15 à 18 ans. Elle a été étendue jusqu'à 25 ans inclus pour les jeunes femmes depuis le 1er janvier 2022 et pour les jeunes hommes depuis le 1er avril 2022 (67). Cet abord de la santé sexuelle et de la contraception orienté en premier lieu vers les jeunes femmes se retrouve dans les propos collectés pour cette étude. Les médecins interrogés semblent plus enclins à faire de la prévention auprès des filles. La contraception repose principalement sur elles et les filles sont considérées comme de potentielles victimes à protéger dans les représentations des médecins participants. Pourtant, dans les témoignages de victimes de VSFE recueillis par la CIIVISE, 17% émanaient d'hommes (1).

L'évaluation d'un programme de prévention des maltraitances infantiles au Québec (68) montre que les actions de prévention que peuvent mettre en place les médecins sont des actions de renforcement du potentiel individuel de l'enfant (connaissance de son corps, prise de conscience de son intimité, capacité à reconnaître les situations anormales), en tant que potentielle victime. Il n'est pas prouvé que ces actions diminuent le nombre des violences sexuelles. L'écueil de ces

actions de prévention est de faire porter la responsabilité de leur défense aux potentielles victimes elles-mêmes. Ces actions devraient s'inscrire dans un ensemble plus large de stratégies préventives visant les parents, la communauté, et surtout les potentiels agresseurs eux-mêmes.

Dans le chapitre 23 du livre *Enjeux et moyens de la prévention des violences sexuelles* (43), il apparaît qu'une stratégie de prévention efficace doit être complète, c'est-à-dire :

- Intervention sur les facteurs de risque individuels, communautaires et sociétaux
- Utilisation de méthodes pédagogiques plurielles et interactives
- Réalisation par des professionnels formés

Les programmes existants étudiés dans le monde ne rassemblent pas ces différentes caractéristiques. « Les stratégies de prévention des violences sexuelles manquent souvent d'un cadre théorique solide (43). »

3.3. L'éducation à la sexualité

En 2011, le Conseil de l'Europe signe une convention intitulée « La protection de l'enfant contre l'exploitation et les abus sexuels » (69). Cette convention stipule que les états doivent prendre les mesures nécessaires pour dispenser aux enfants une information adaptée sur les violences sexuelles et les moyens de s'en protéger, tout au long de leur scolarité. Elle précise que cette information doit être intégrée à une éducation plus générale sur la santé sexuelle. Pour l'UNESCO, la prévention des violences sexuelles n'est qu'un aspect de l'éducation à la sexualité, qui englobe de façon plus large un apprentissage des comportements respectueux (70).

En France, ce projet de prévention se nomme EVARS : Education à la Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle (29). Bien qu'obligatoire depuis 2001, une école sur quatre n'a mis en place aucune action d'éducation à la sexualité à ce jour (58,71). L'éducation dispensée demeure parcellaire et inégale car dépendante des bonnes volontés individuelles (72).

Les contenus pédagogiques doivent être adaptés à l'âge de l'enfant (1,69), ce qui rejoint une des préoccupations formulées par les médecins participants à cette étude. Les programmes pour l'EVARS (73) pourraient aider les médecins à répondre à cette question de l'âge. L'IREPS Centre-Val de Loire propose un catalogue d'outil à destination des professionnels du sanitaire et du social (74). Cela ne semble pas être la réponse attendue par les médecins, soit parce que ces supports ne leur parviennent pas, soit parce qu'ils ne sont pas spécifiquement adaptés à leur pratique.

Un des médecins participants évoque la différence entre l'EVARS en milieu scolaire, qui s'adresse à tout un groupe, et l'échange en consultation qui permet un accompagnement individualisé. En effet, ces deux volets de la prévention semblent complémentaires. Les directives sur l'EVARS précisent bien que les intervenants doivent « maintenir les échanges dans la sphère publique » (75), ce qui signifie que les sujets sont théorisés dans leurs généralités, mais que ce n'est pas le lieu de l'exposition d'un problème personnel intime. Par son expérience en accompagnant une intervenante au collège, l'investigatrice a pu constater que certains élèves venaient en fin de séance s'ouvrir de problématiques personnelles, notamment de situations de violences sexuelles. L'intervenant doit donc être formé pour répondre à ces demandes d'aide, et évaluer le danger immédiat.

Selon une enquête de l'UNAF, l'Union Nationale des Associations Familiales, sur la perception par les parents du suivi de leur enfant (76), les parents souhaitent qu'une

éducation à la sexualité soit faite pour leur enfant à partir de 11 ans. Cela fait écho à l'âge pressenti par les médecins interrogés pendant cette recherche pour aborder explicitement le sujet de la sexualité. Parmi l'échantillon de l'UNAF, 23% des enfants ont reçu une information à ce sujet par un professionnel de santé extérieur à l'établissement scolaire. Dans une étude réalisée auprès d'une classe de troisième, les adolescents eux-mêmes confirment le besoin d'informations sur la sexualité vers 11 ans (77). Ils estiment que l'éducation sexuelle doit être associée à l'éducation affective. Ils demandent des contenus sur la communication et les sentiments.

Les médecins interrogés s'inquiètent de l'exposition aux contenus pornographiques, y compris à des âges très précoces. Cette préoccupation est partagée par la Fédération Française des CRIAVS, Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles, devant l'émergence des nouvelles technologies (78). Selon un rapport de 2023 commandé par l'Académie Nationale de Médecine (79), la consommation de contenus pornographiques est très répandue parmi les garçons et modifie leurs représentations des comportements sexuels. L'industrie pornographique véhicule une image d'une sexualité performante et permissive, mettant en scène des rapports de domination. Ce rapport recommande de responsabiliser tous les acteurs de l'industrie des nouvelles technologies et de faire évoluer la législation.

Le rapport d'André Flajolet en 2008 sur la prévention en France (80) estime que la mission d'éducation à la sexualité n'est considérée que partiellement et que « le lien n'est pas toujours fait, aux âges pertinents, pour montrer ce qu'implique la sexualité dans le cheminement de la vie. La notion n'en n'est pas donnée en primaire. Elle ne semble pas non plus être prolongée, au lycée ou à l'université, par l'évocation de la parentalité, pour les garçons comme pour les filles. »

Toujours selon le même sondage de l'UNAF, les parents sont demandeurs de lieux d'écoute et de soutien à la parentalité (76). Pour les professionnels de santé, les recommandations vont en ce sens pour la période de la périnatalité, explicitées par une recommandation de la HAS de 2024 qui leur recommande de repérer et accompagner les couples vulnérables à l'arrivée de l'enfant (81). De plus les parents soulignent l'importance à leurs yeux du carnet de santé, surtout dans les premières années de vie de l'enfant (76). Selon une suggestion d'un médecin interrogé pour l'étude, une information sur les VSFE pourrait être faite dans le carnet de santé.

Le rôle d'éducateur du médecin généraliste dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé sexuelle est certifié par la définition européenne de la médecine générale écrite en 2002 (82) et revue en 2023 (83).

Les recommandations des instances de santé concernant le rôle des médecins dans l'éducation à la sexualité ciblent des publics particulièrement exposés et vulnérables : les personnes vivants en établissement ou service social ou médico-social ESSMS, dont les mineurs confiés par les services sociaux (84). La Haute Autorité de Santé publie en 2025 un premier volet de recommandations concernant l'accompagnement de la vie intime, affective et sexuelle dans ces établissements (85), précisant qu'il existe « un lien étroit entre les représentations personnelles, les représentations sociales et les pratiques d'accompagnement par les professionnels. » Notamment, les représentations des professionnels associent exclusivement la vie affective et sexuelle des personnes accompagnées aux risques et aux dangers. L'enjeu serait la culture d'une approche positive de cet aspect de la vie des personnes accueillies. Identifier, conscientiser ces représentations (individuelles et collectives) et promouvoir des discussions ouvertes autour de la vie affective et sexuelle permettrait une évolution

dans ce domaine. On peut supposer que ces remarques sur les représentations des professionnels en ESSMS peuvent être extrapolées aux médecins généralistes.

Un des enjeux majeurs de ces recommandations est le travail autour de la notion de consentement (85), enjeu maintes fois rapporté par les médecins participants à l'étude. Ils questionnent la valeur du consentement donné par l'enfant ou l'adolescent. Comment savoir si un acte – l'examen clinique dans le cadre de la consultation, le geste sexuel dans le cadre d'une relation intime – est réellement consenti ? Le jeune homme ou la jeune femme pourrait acquiescer et s'exécuter pour bien d'autres raisons (devant l'autorité, pour faire plaisir, pour ne pas faire de vague, et cætera). Emilie Lay, dans la Revue l'Ecole des parents, questionne l'ambiguïté du consentement de l'adolescent et la banalisation des actes sexuels détachés des affects (86).

Un rapport du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes paru en 2016 (72) analyse cette approche par les risques de l'éducation à la sexualité. Historiquement, l'éducation sexuelle est d'abord très liée à la morale. Puis, les années 80 et 90 sont marquées par la peur du SIDA. Aujourd'hui, des pays comme la Suède, les Pays-Bas et le Canada, montrent qu'une approche positive et égalitaire dans l'information sur la sexualité est plus protectrice qu'une prévention basée sur le risque. Cette approche s'appuie beaucoup sur la parole des jeunes et des enfants. Les médecins interrogés pour la recherche mesurent l'importance de cette parole mais font face à des difficultés pour donner la parole à l'enfant en consultation. Certains d'entre eux expriment l'envie de parler aux jeunes d'épanouissement et pas seulement de craintes dans la vie sexuelle.

Le rapport démontre qu'une prévention efficace nécessite l'engagement de toute la société et se penche sur certains lieux de socialisation des jeunes (72). Ce sont des lieux où leur sexualité est susceptible de s'exprimer, et où la violence sexuelle peut

survenir, donc des lieux où l'éducation est nécessaire : les lieux d'accueil des mineurs protégés par la justice, les missions locales, les colonies de vacances et les fédérations sportives.

Comme subodoré par les médecins généralistes interrogés, certains enfants échappent à la prévention primaire des VSFE, notamment les enfants porteurs de handicap. Le rapport de la commission d'audition sur les auteurs de violences sexuelles identifie 4 publics qui ne sont pas touchés par la prévention (78) :

- Les mineurs de moins de douze ans présentant des CSP, Comportements Sexuels Problématiques, qui sont stigmatisés plutôt qu'accompagnés.
- Les mineurs non accompagnés, arrivés en France après un parcours migratoire
- Les enfants déscolarisés
- Le champ du handicap

3.4. Une prévention qui doit se tourner vers les agresseurs

Au cours de cette étude, le discours de PPVSFE des médecins participants semblait naturellement tourné vers les potentielles victimes. Certains médecins ont souligné l'effort nécessaire pour s'adresser également à de potentiels agresseurs, car ils sont réticents à projeter cette image sur leurs patients. Ils identifient d'une part une tension importante entre la volonté de tisser une relation de confiance, et la méfiance qui découlerait de cette pensée ; et d'autre part que dans les représentations collectives, l'auteur de VFSE est un être inhumain, présenté comme un monstre. Cette représentation ne semble pas compatible avec la représentation de ce qu'est un patient.

Cette posture des médecins nous amène à questionner la place de la parole des auteurs de VSFE dans la société. Elle ne semble entendue que dans le cadre judiciaire ou pénitentiaire, pour les personnes accusées ou condamnées.

La préconisation n°72 de la CIIVISE demande de « renforcer les dispositifs de prévention et d'écoute » des agresseurs avérés ou en puissance (1). Le dispositif STOP (87) a été mis en place par les CRIAVS, Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles, suite à une commission d'audition en 2018 (78). Ce numéro téléphonique est un premier lieu d'écoute de la parole des personnes sexuellement attirées par des enfants. Un des objectifs de ce dispositif est d'éviter des passages à l'acte.

La convention du Conseil de l'Europe (69) appelle les signataires à mettre en place des programmes à destination des auteurs de VSFE, qu'il soient condamnés ou mineurs en deçà de l'âge de la responsabilité pénale.

Le rapport de la commission d'audition des CRIAVS estime que le nombre d'auteurs de violences sexuelles est conséquent dans la société, et que seul un petit nombre d'entre eux suivent un parcours judiciaire étoffé de soins, du fait de la non-dénonciation de violences et du classement sans suite des plaintes pour lesquels l'infraction n'est pas caractérisée (78). Les auteurs de violences sexuelles sont en majorité des hommes selon les plaintes de victimes, et certains auteurs suggèrent la pertinence de programmes de prévention ciblant les hommes de façon générale (38).

L'enquête Ipsos de 2019 menée auprès des victimes (16) soulève un aspect des agressions qui n'a été qu'évoqué par les médecins : près d'un tiers des agresseurs sont mineurs. Les violences sexuelles commises par des mineurs ont moins été

développées dans la littérature scientifique. Il est intéressant de noter que l'ANESM, pour la prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil, établit des recommandations communes pour « soutenir et protéger les adolescents présentant des facteurs de risque élevé de commettre ou de subir des violences sexuelles » (84). La prévention est alors tournée simultanément vers les potentiels auteurs ou potentielles victimes de VSFE, car les adolescents sont exposés aux deux risques.

3.5. La gestion des situations de VSFE par les médecins

Cette étude suggère que prévenir la survenue de VSFE et prendre en charge les situations de violences avérées, sont deux aspects qui s'entremêlent et sont liés par le même objectif de protection des enfants. Le rapport de la CIIVISE préconise de « dispenser rapidement des soins spécialisés du psychotraumatisme aux enfants victimes de violences sexuelles au titre de la prévention primaire » car cela permet de réduire le risque de subir de nouvelles violences (1). Cette reproduction des violences sur des personnes déjà victimes est nommée « sur-victimisation » dans le rapport d'expertise du CNRS sur les violences sexuelles à caractère incestueux sur mineur.es (8). Les rapports de la CIIVISE et du CNRS évoquent le risque pour une victime de devenir à son tour auteur de violences, devant une prévalence d'abus sexuels subis dans l'enfance plus élevée parmi les agresseurs sexuels.

Le rapport mondial sur la violence et la santé (41), publié par l'OMS en 2002, confirme que la violence est un continuum et que les climats qui mènent à de la violence sexuelle contre les enfants se transmettent d'une génération à l'autre. Selon ce rapport, les études sur les garçons victimes de violences sexuelles dans l'enfance

montrent que quatre sur cinq ne seront pas agresseurs plus tard, mais qu'un sur cinq commettra à son tour des VSFE.

Une étude sur le « climat incestuel » (88) suggère qu'un climat « qui porte l'empreinte de l'inceste sans passage à l'acte génital » (confusion des rôles familiaux, absence d'intimité, effractions dans la vie intime de l'enfant ...) pourrait entraîner des conséquences délétères pour l'enfant. Le rapport d'expertise du CNRS affirme que les VSFE incestueuses sont liées la structuration de la famille (8).

La Haute Autorité de Santé a publié une recommandation pour le repérage et le signalement de l'inceste par les médecins (89). Les médecins se heurtent à la difficulté des victimes à parler de ce qu'elles subissent ou ont subi. La libération croissante de la parole des victimes, et les nombreux obstacles qui l'empêchent encore, ont été longuement évoqués par les médecins interrogés.

Le rapport d'enquête INSERM-CIASE (90) analyse les raisons de la difficulté pour les victimes à parler des violences sexuelles vécues dans l'enfance. On y retrouve la difficulté à se considérer comme victime, ou à être reconnue comme telle, la honte et la culpabilité, la pression de l'entourage, l'amnésie traumatique dissociative. Le rapport constate également une augmentation générale des déclarations de violences sexuelles subies, dans tous les milieux sociaux. La proportion des victimes de VSFE qui déclarent avoir reçu l'aide d'un médecin est en augmentation. La parole et le recours à un médecin sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes victimes.

Les médecins interrogés éprouvent des résistances fortes à l'idée de signaler une situation de danger présumé pour l'enfant. Lorsqu'ils estiment qu'il y a un risque de violences sexuelles sur mineur, les règles juridiques et déontologiques les délivrent

pourtant du secret médical (91). Les médecins craignent de commettre une erreur de jugement, notion qui semble associée pour eux à l'erreur médicale, avec les conséquences que cela peut entraîner (92). Notre historique français contribue au climat de crainte des médecins, car des médecins ayant effectué des signalements ont parfois été poursuivis et condamnés au pénal ou au disciplinaire pour ces signalements de violences présumées (93). Le Conseil de l'Europe recommande d'encourager les professionnels au signalement des situations à risque et d'acter une dépénalisation de cette rupture du secret médical.(69)

En cas de doute, l'information préoccupante est un dispositif qui permet de signaler des éléments inquiétants et de faire évaluer la situation par des professionnels formés (94,95). Cependant, ce dispositif est déjà lourd de conséquences, selon le ressenti des médecins interrogés, qui craignent de porter préjudice à la famille. Une étude sur la place des médecins généralistes dans la protection de l'enfance montre que lorsqu'ils cherchent un appui dans la gestion des situations à risque de maltraitance, les médecins se tournent majoritairement vers un soutien hospitalier (92).

3.6. La communication

Les médecins généralistes interrogés pour cette étude sont ambivalents quand il s'agit d'aborder le sujet des violences. Ils savent réagir quand le patient leur rapporte une situation de violence identifiée comme telle. Mais ils sont réticents à introduire eux-mêmes ce sujet au cours d'une consultation, particulièrement auprès des enfants. Eliane Corbet (4) introduit l'idée que parler de violence est violent en soi. « Il faut bien

reconnaître que l'usage du terme de violence, dans son intention d'alerte voire de dénonciation, n'était pas dépourvu lui-même de violence. »

Pourtant, Françoise Dolto a beaucoup répété l'importance de « parler vrai » avec les enfants (96). Au cours de cette étude, les médecins semblent rejoindre cette idée, en utilisant les mots anatomiques pour parler du corps aux jeunes enfants et dans leur volonté d'expliquer l'intérêt du vaccin contre le papillomavirus avant les premiers rapports sexuels. Cependant, il apparaît qu'ils utilisent aussi des périphrases et des sous-entendus dans leurs échanges sur la sexualité avec les adolescents, par délicatesse semble-t-il.

La communication semble être un élément essentiel de la prévention. Richard et Lussier explorent dans leurs publications les modalités de cette communication spécifique en santé. La communication requiert des compétences qui s'apprennent, d'où l'intérêt de théoriser cette communication dans la relation de soin pour pouvoir l'enseigner (97). Ils expliquent que la communication demande une relation basée sur la confiance avec les patients et leurs proches. Ils proposent une « roulette de la communication » qui permet d'identifier les modes de communication du soignant dans les différentes situations (98,99). Cela pourrait répondre en partie à la demande des médecins pour une formation en communication, avec un outil pensé pour eux.

Dans le sondage de l'UNAF, les parents apprécient comme « très bonne » la relation avec le médecin qui suit leur enfant, quel que soit l'âge de l'enfant (76). Notre étude suggère que les médecins font beaucoup d'efforts en ce sens. Il serait intéressant de connaître l'avis des enfants sur leur relation avec leur médecin.

Par l'examen clinique, l'enfant expérimente une relation au cours de laquelle sont mises en jeu la nudité et le contact physique. L'exemplarité du médecin semble être

un élément de prévention. Les participants imaginent de nombreuses façons d'adapter l'examen clinique, pour qu'il soit respectueux du patient. Ils prennent parfois la décision de différer l'examen, pour privilégier le respect du non-consentement exprimé par l'enfant. La préconisation n°78 de la CIIVISE recommande de former les professionnels au respect de l'intimité corporelle de l'enfant (1).

4. Perspectives

Cette recherche montre que le médecin généraliste se sent investi d'un rôle d'éducateur, voire de conseiller, auprès des familles. Par les échanges au fil des consultations, le médecin accompagne les adultes dans leur découverte de la parentalité. Il participe à l'éducation des enfants à la santé sexuelle. Il aborde les sujets en rapport avec le corps, la puberté, la sexualité, le consentement, l'autorité, et cætera. Le médecin aurait besoin d'une solide formation en communication pour soigner son relationnel avec les familles, d'outils de communication pour faciliter l'échange notamment avec les enfants, et de notions de pédagogie au vu de son rôle d'éducateur. Un accompagnement du médecin pour questionner ses propres représentations lui permettrait d'ajuster sa posture lorsqu'il adopte un rôle d'éducateur, d'accompagnateur, ou de conseiller.

Cette recherche indique que les médecins ne sont qu'un maillon de la chaîne de prévention. Dans les efforts de coordination des actions de prévention, il pourrait être pertinent de donner aux médecins des repères sur l'éducation à la vie affective, relationnel et à la sexualité, dont bénéficient les enfants en fonction de leur âge. En écho à cette EVARS, dispensée dans les écoles, les médecins pourraient explorer ces thématiques dans la situation singulière des enfants qu'ils accompagnent. Les participants suggèrent qu'une ou plusieurs consultations obligatoires pour l'éducation à la santé sexuelle pourraient être mise en place à différents âges, pour les filles comme les garçons, avec et/ou sans les parents. Une évaluation de leur efficacité devrait alors être menée. La première consultation de contraception et de prévention à la sexualité pourrait être mise en valeur par une campagne d'information auprès des adolescents et des parents. Des supports visuels pourraient être remis aux adolescents lors de ces consultations.

Un des médecins suppose l'importance de lieux et de temps où les parents puissent interroger leur rapport à la violence, à l'autorité, à la sexualité. Quels seraient-ils ? Des lieux d'accompagnement à la parentalité existent, mais qui semblent peu connus des médecins (visibilité insuffisante ou trop peu de lieux dédiés ?). Ceux-ci ne vont donc pas y orienter leurs patients. De plus le médecin n'est pas seulement un intermédiaire, mais il participe lui-même à l'éducation à la parentalité. L'entretien prénatal précoce réalisé par un médecin ou une sage-femme est un temps dédié pour aborder ces sujets. Ensuite, l'accompagnement des parents se fait selon l'expérience et l'intuition du médecin, qui s'informe et y participe selon ses envies et ses goûts personnels. Faut-il laisser ce rôle à l'appréciation des médecins ou l'encadrer et l'uniformiser ? Quel est l'intérêt de l'enfant ?

Cette étude suggère que les actions de prévention mises en place par les médecins généralistes reposent beaucoup sur leur expérience et leur intuition. Cette prévention pourrait être unifiée et encadrée par des recommandations des instances de santé, dont les médecins semblent demandeurs. L'étude de l'impact des actions de prévention serait ensuite nécessaire pour évaluer leur efficacité.

Nous pouvons nous demander s'il est lucide d'imaginer une proposition de formation supplémentaire pour tous les médecins, au vu de leur apprentissage déjà massif en formation initiale et foisonnant en formation continue. Il semblerait que l'éducation à la santé sexuelle viennent plutôt s'articuler autour d'items de formation déjà existants comme les maltraitances infantiles, la contraception et les IST, le suivi de l'enfant en pédiatrie, ou la santé publique. Les notions complémentaires suggérées par notre étude pourraient concerner :

- La communication dans la situation particulière de la relation entre le médecin, le patient mineur et ses parents.
- Le respect de l'intimité de l'enfant, la réflexion autour du consentement
- La pédagogie de la promotion de la santé
- L'éducation à la santé sexuelle
- La prévention primaire des VSFE : dans la formation initiale des médecins, l'enseignement concernant la maltraitance infantile pourrait articuler la prévention primaire et le dépistage, qui se retrouvent intriqués dans la pratique.
- L'accompagnement de la parentalité

Cependant aborder des sujets tabous et intimes avec les patients semblent nécessiter de l'expérience dans la pratique médicale. Les propositions de formations évoquées seraient peut-être plus efficaces au cours de la formation continue auprès de médecins en activité. Les participants de l'étude ont ouvert de nombreuses pistes quant aux possibilités de formations :

- Par des Diplômes Universitaires de gynécologie ou de pédiatrie
- Par le partage d'expérience entre pairs, à travers des témoignages
- Par des lectures
- Par des interventions de sensibilisation visant les soignants, par exemple lors de journées à thème en MSP ou CPTS
- Par des formations en ligne

Les participants aspirent à des formations pluridisciplinaires incluant des puéricultrices, des pédiatres et des pédopsychiatres.

Les participants soulignent aussi l'intérêt de rencontres transversales avec les différents acteurs locaux du réseau de protection de l'enfance. Ce réseau semble

morcelé et invisible à leurs yeux, donc difficile à contacter. Découvrir le réseau de prévention primaire et secondaire (PMI, CRIP, UAPED, police, juges, légistes ...) pourrait faciliter l'accès des médecins à ce réseau et améliorer le vécu des prises en charge médico-socio-judiciaires de leurs patients. Un des médecins évoque l'idée d'un service unique pour les orienter vers le bon interlocuteur dans les situations de suspicion de VSFE.

Un médecin interrogé formule la possibilité d'inclure un stage obligatoire en PMI dans la maquette de 3^{ème} cycle des études de médecins générale. Cette proposition rassemble à la fois la possibilité de découvrir le réseau local de protection de l'enfance, d'approfondir la formation sur l'accompagnement des familles, et de sensibiliser les médecins aux violences intra-familiales et aux maltraitances infantiles.

Les participants cherchent des moyens d'ouvrir la discussion sur les sujets en lien avec la sexualité ou les violences. Une proposition était de poser systématiquement la question des violences à tout patient, au moins une fois. Une autre proposition était de mettre une affiche dans la salle d'attente ou dans le cabinet. Cette affiche comporterait un message non personnel, permettant une réponse différée, informant le patient que le médecin peut être un recours où un interlocuteur sur ces sujets. Dans sa campagne de lutte contre les violences sexuelles faites aux enfants, le gouvernement a publié 2 affiches qui enjoignent les individus à être attentifs et à signaler les situations de danger (100,101).

Les actions de prévention des médecins participants visent à la prise en charge des situations des violences, au soin des personnes victimes de violences, et au renforcement du potentiel individuel de l'enfant et de ses parents. Les études sur les

stratégies de prévention indiquent que les changements de comportement individuel ont un impact limité sur la prévention des VSFE. Comment mener la société à un changement de son fonctionnement structurel, qui ne parvient pas à protéger les enfants des violences sexuelles, voire qui réunit les conditions permettant qu'ils soient victimes de VSFE ? Comment protéger les générations à venir des VSFE ?

Le champ de la recherche pourrait accompagner ces réflexions en poursuivant son évaluation des programmes de prévention, en mettant au point de nouveaux programmes de prévention à destination des hommes en général et des auteurs de VSFE en particulier, en améliorant les connaissances en santé sur les répercussions des VSFE et les soins à apporter aux victimes.

Cette étude sur un petit échantillon soulève différentes problématiques pour lesquelles des études de plus grande ampleur seraient nécessaires (la communication en santé, le consentement d'un enfant à l'examen clinique, l'éducation en santé sexuelle par les médecins généralistes, et cætera). Ce sujet de recherche qu'est la PPVSFE est à la croisée des chemins entre de nombreuses disciplines : médicale, judiciaire, sociologique, ethnographique.

CONCLUSION

Les participants, médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais, ont tous l'expérience de situations de prévention primaire des violences sexuelles faites aux enfants. Ils remplissent un rôle éducatif lorsqu'ils abordent la notion de consentement avec les adolescents, ou la notion d'intimité lors de l'examen clinique de l'enfant. Au cours de leur expérience, ils se sont forgé un discours de prévention, axé sur le respect dû à l'enfant et à son corps. La prévention réalisée par les médecins vise plus généralement à protéger les enfants d'agressions potentielles, qu'à diminuer les risques de passage à l'acte d'un potentiel agresseur. La parole semble être un élément essentiel de cette prévention. Le dialogue entre le médecin, l'enfant et ses parents, apparaît riche et utile quand il s'appuie sur un lien de confiance tissé entre les différents protagonistes.

Les médecins aspirent à être mieux sensibilisés et formés pour réaliser cette prévention primaire des VSFE. Ils constatent que prévention primaire et dépistage des violences sont liés. C'est pourquoi ils demandent aussi à être mieux accompagnés lorsqu'ils sont confrontés à une suspicion de violence.

Les VSFE ne sont qu'une brique parmi d'autres dans le continuum des violences faites aux enfants. Tout émane de la même logique, celle d'une domination de l'adulte sur l'enfant, qui passe par une appropriation de son corps. Le respect du médecin à l'égard de l'enfant, de sa parole et de son corps, comme exemple d'une relation saine, participerait à la prévention de ces violences.

Les médecins sentent que leur impact sur la population reste limité. La protection des enfants ne pourra se faire qu'au prix d'actions conjointes dans les différents lieux où

vivent les enfants. Cela demande un changement profond de la structure de notre société et des liens de domination qui la régissent.

La réflexion des médecins sur les VSFE s'inscrit dans un contexte d'évolution de la société tout entière. La libération de la parole des victimes et la prise de conscience collective pourront-elles renverser ces mécanismes de domination ?

BIBLIOGRAPHIE

1. CIIVISE - Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants. Rapport public - Violences sexuelles faites aux enfants : on vous croit [Internet]. 2023 nov [cité 30 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.ciivise.fr/le-rapport-public-de-2023>
2. Organisation mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. 1946. Disponible sur: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
3. Michaud Y. Définir la violence ? Les Cahiers Dynamiques. 2014;60(2):30-6.
4. Éliane Corbet. Les concepts de violence et de maltraitance. Actualité et dossier en santé publique. juin 2000;(31):20-5.
5. UNICEF. International classification of violence against children [Internet]. United Nations Children's Fund; 2023. Disponible sur: <https://data.unicef.org/resources/international-classification-of-violence-against-children/>
6. World Health Organization, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Preventing child maltreatment : a guide to taking action and generating evidence [Internet]. 2006 [cité 7 avr 2025]; Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/43686>
7. Dussy D, Pudlowski C. Le berceau des dominations : anthropologie de l'inceste / Dorothée Dussy. Pocket; 2021. 1 vol. (400 p.); ill. 18 cm. (Presses pocket (Paris)).
8. Cromer S. Les violences sexuelles à caractère incestueux sur mineur.es [Internet]. Centre National de la Recherche Scientifique; 2017. Report No.: 26. Disponible sur: <https://www.cnrs.fr/sites/default/files/download-file/cnrs-un-rapport-sur-les-violences-sexuelles-a-caractere-incestueux-sur-mineures.pdf>
9. Binge Audio. Qui sont les incesteurs ? [Internet]. 2021. (Les couilles sur la table, par Victoire Tuaillon). Disponible sur: <https://www.binge.audio/podcast/les-couilles-sur-la-table/qui-sont-les-incesteurs>
10. Assemblée générale des Nations Unies. Convention Internationale des Droits de l'Enfant [Internet]. 1989 [cité 22 avr 2025]. Disponible sur: https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf
11. Section 3 : Du viol, de l'inceste et des autres agressions sexuelles (Articles 222-22 à 222-33-1) [Internet]. Code pénal avr 21, 2021. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000043409037>
12. Le Monde. La notion de non-consentement intégrée dans la définition pénale du viol et des agressions sexuelles en France. 29 oct 2025 [cité 30 oct 2025]; Disponible sur: <https://www.lemonde.fr/societe/article/2025/10/29/la-france-integre->

definitivement-la-notion-de-non-consentement-dans-la-definition-penale-du-viol-et-des-agressions-sexuelles_6650200_3224.html

13. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations [Internet]. 2025 [cité 30 oct 2025]. Inscription du non-consentement dans la définition pénale du viol. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/inscription-du-non-consentement-dans-la-definition-penale-du-viol>
14. LOI n° 2025-1057 du 6 novembre 2025 modifiant la définition pénale du viol et des agressions sexuelles (1) [Internet]. 2025-1057 nov 6, 2025. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000052533258?init=true&page=1&query=d%C3%A9finition+viol&searchField=ALL&tab_selection=all
15. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, Hélène Guedj, Sandra Zilloniz. Panorama des violences en France métropolitaine. Enquête Genèse 2021 [Internet]. Paris: Ministère de la sécurité intérieure; 2022 nov. Disponible sur: <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-GENESE>
16. Association Mémoire Traumatique et Victimologie. Enquête, A. M. T. V. Ipsos : Violences sexuelles dans l'enfance [Internet]. 2019 [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/campagnes-et-colloques/2019-enquete-ipsos-2-violences-sexuelles-de-lenfance.html>
17. Salmona L, Salmona M, Morand E, Roland N. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte [Internet]. Association Mémoire traumatique et victimologie; 2015 [cité 16 nov 2025]. Disponible sur: <https://u-paris.hal.science/hal-01442228>
18. Salmona M. La mémoire traumatique [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2020-article-Dunod-Memoire-Traumatique.pdf>
19. Salmona M. 5. Mémoire traumatique. In: Aide-mémoire - Psychotraumatologie. Dunod; 2020. p. 44-58.
20. Louie Média. Ou peut-être une nuit [Internet]. [cité 22 avr 2025]. (Injustices). Disponible sur: <https://louiemedia.com/injustices-2/ou-peut-etre-une-nuit>
21. Salmona M. Chapitre 7. L'amnésie traumatique : un mécanisme dissociatif pour survivre. In: Victimologie. Dunod; 2018. p. 71-85.
22. Noémie Renard. En finir avec la culture du viol. Les petits matins. 2018.
23. Anne Brigaudeau. Franceinfo. 2021 [cité 3 oct 2025]. #MeTooInceste : comment le hashtag a émergé sur les réseaux sociaux pour aider les victimes à témoigner. Disponible sur: https://www.franceinfo.fr/societe/violences-faites-aux-femmes/metooinceste-comment-le-hashtag-a-emerge-sur-les-reseaux-sociaux-pour-aider-les-victimes-a-temoigner_4261313.html

24. Barats C, Biscarrat L, Chaniel C. Dire l'inceste sur Twitter : caractéristiques discursives et dynamiques de circulation de #MeTooInceste. Questions de communication. 30 juin 2024;(45):307-36.
25. Vanessa Springora. Le consentement. Edition Grasset. 2020. 216 p.
26. Camille Kouchner. La familia grande. Editions Seuil. 2021. 208 p. (Cadre Rouge).
27. Benamou S, Loiseleur P, Legrand É, Brochot S, FFCRIAVS. Document pédagogique autour du film Les Chatouilles [Internet]. 2018 [cité 3 oct 2025]. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1rX-GtKaLIBP4hMGGADjfTeofurp4Q_hS/view?usp=embed_facebook
28. Les chatouilles. Orange Studio / UGC Distribution; 2018.
29. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche [Internet]. 2025 [cité 25 sept 2025]. Éducation à la vie affective, relationnelle, et à la sexualité : le programme de l'éducation nationale est publié. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/education-la-vie-affective-relationnelle-et-la-sexualite-le-programme-de-l-education-nationale-est-416537>
30. Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019. 2017.
31. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. solidarites.gouv.fr. 2019 [cité 10 mars 2025]. Plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2019-2022. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/plan-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants-2019-2022>
32. Comité interministériel à l'enfance III. Dossier de presse. Plan de lutte contre les violences faites aux enfants. 2023-2027 [Internet]. 2023 [cité 10 mars 2025]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/plan-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants-2023-2027>
33. Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. Agir pour protéger les enfants victimes de violences sexuelles. Campagne nationale de lutte contre les violences sexuelles faites aux enfants. Dossier de presse. 2023.
34. The revised National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Protocol [Internet]. 2021 [cité 22 avr 2025]. Disponible sur: <https://nichdprotocol.com/the-nichd-protocol/>
35. Brunel M, Job R, Launay C. Recueil de la parole des mineurs avec le protocole du NICHD. Enfances & Psy. 2021;92(4):88-95.
36. Tout savoir sur les Unités d'Accueil Pédiatriques Enfants En Danger - La voix de l'enfant [Internet]. 2023 [cité 25 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.lavoixdelenfant.org/tout-savoir-sur-les-unites-daccueil-pediatriques-enfants-en-danger/>

37. World Health Organization. Health Promotion Glossary of Terms 2021 [Internet]. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 44 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/96da8799-4938-4d66-b171-04770ed4b243/content>
38. Charles Alezrah, Jean-Marie Delarue. Développer la prévention pour limiter les violences sexuelles. Santé Publique France. juin 2019;(448):37-41.
39. Antoine Bourillon, Grégoire Benoist, Collège National des Pédiatres Universitaires (CNPU), Collège National Hospitalier de Chirurgie Pédiatrique (CNHUCP). CHAPITRE 10 - Items 57, 13 Maltraitance. In: Collège de Pédiatrie [Internet]. 9ème édition. ELSEVIER-MASSON; 2023 [cité 30 oct 2025]. (Les référentiels du collège). Disponible sur: <https://www.pedia-univ.fr/deuxieme-cycle/referentiel/enfant-vulnerable-genetique/maltraitance>
40. Julie Laforest, Pierre Maurice, Louise Marie Bouchard. Rapport Québécois sur la violence et la santé [Internet]. Bibliothèque et Archives nationales du Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2018 [cité 29 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/les-agressions-sexuelles/etiologie-facteurs-de-risque-et-de-protection>
41. Krug EG. Rapport mondial sur la violence et la sante. Geneve: Organisation mondiale de la sante; 2002. 376 p.
42. Vladimir Nabokov. Lolita. Gallimard. Paris; 2001. 544 p. (Folio).
43. Lemonier F. Chapitre 23. Enjeux et moyens de la prévention des violences sexuelles. In: Sexualités et transgressions. Dunod; 2019. p. 241-52.
44. Article L1111-4 [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056
45. Hefti H. Les médecins généralistes considèrent-ils comme faisant partie de leur rôle la prévention primaire des abus sexuels sur mineurs, et lorsque c'est le cas de quelle manière l'abordent-ils? [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier; 2021.
46. Avouac ML, Bonnetain R. Quelle est le rôle du médecin généraliste dans la prévention des violences sexuelles faites aux enfants ? [Thèse d'exercice]. Nantes Université; 2023.
47. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire / Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone. Global média santé; 2021. 192 p.
48. Corfias ME. Milieu rural, semi-rural ou urbain: confirmation d'indicateurs quantitatifs permettant de définir le milieu d'exercice des médecins généralistes. 2020;
49. Estrade L. Prévention primaire des violences sexuelles envers l'enfant en médecine générale : étude qualitative portant sur la perception et l'acceptabilité des parents [Thèse d'exercice]. [Université de Rennes]: Université de Rennes; 2023.

50. Caget L. Ressenti des médecins généralistes concernant la prévention primaire des violences sexuelles sur mineurs : étude qualitative dans le Morbihan [Internet] [Thèse d'exercice]. [Rennes]: Université de Rennes; 2024 [cité 10 mars 2025]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/a7e552ce-24ed-4078-94ad-e918f4dfb8b1?inline>
51. Fiona Frattini. Les victimes de violences sexuelles à caractère incestueux [Internet]. Observatoire National de la Protection de l'Enfance; 2020 déc [cité 10 avr 2025] p. 4. Report No.: note 57. Disponible sur: https://onpe.france-enfance-protegee.fr/wp-content/uploads/2024/06/note_57_victimes_violences_sexuelles_caractere_incestueux.pdf
52. Métadechoc. Trouble dissociatif de l'identité : survivre aux violences dans l'enfance [Internet]. [cité 13 mai 2025]. (Shocking). Disponible sur: <https://metadechoc.fr/podcast/tdi-survivre-aux-violences-dans-lenfance/>
53. Binge Audio. 20 000 lieues sous ma chair [Internet]. [cité 22 avr 2025]. (Le Coeur sur la table). Disponible sur: <https://www.binge.audio/podcast/le-coeur-sur-la-table/20-000-lieues-sous-ma-chair-par-caroline-pothier>
54. Sarah Abitbol, Emmanuelle Anizon. Un si long silence. Plon. 2020. 198 p. (Plon récit).
55. Héloïse Martin, Baptiste Magontier, Valentine de Lussy. Les yeux fermés. Dupuis. 2024. 112 p. (Dupuis « Grand Public »).
56. 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. American Journal of Preventive Medicine. mai 1998;14(4):245-58.
57. McFARLANE AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. World Psychiatry. févr 2010;9(1):3-10.
58. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030 [Internet]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
59. Haut Conseil de la Santé Publique. Evaluation à mi-parcours de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2025 avr [cité 11 nov 2025]. (Avis et Rapports). Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1435>
60. Agence Régionale de Santé. Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. 2025 [cité 12 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
61. Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037051110>

62. OPeN - Nantes Université [Internet]. [cité 12 nov 2025]. Sensibiliser et former les soignants pour mieux repérer, alerter et traiter des situations spécifiques. Disponible sur: <https://open.univ-nantes.fr/initiative/afficher?id=cljbx45796igi0704m9fz8taj>
63. CNGE 2024 - Plénière Violences familiales | Maelle GUIDOUX [Internet]. 2025 [cité 11 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=JpDWJIsYt8E>
64. Limare Z, Guidoux M. Enfance et violences: réalisation d'un enseignement hybride pour les étudiants de troisième cycle de médecine générale à Nantes.
65. Formation en ligne [Internet]. Association Une Vie. [cité 11 mars 2025]. Disponible sur: <https://1vie.org/formation-web/>
66. Société Française de Lutte contre le Sida, Collège de Médecine Générale (CMG), Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). FormaSantéSexuelle. [cité 12 nov 2025]. FormaSantéSexuelle - Plateforme d'apprentissage en ligne. Disponible sur: <https://www.formasantesexuelle.fr/>
67. Cotation NGAP CCP - OMNIPrat [Internet]. [cité 11 nov 2025]. Disponible sur: <https://omniprat.org/fiches-pratiques/gynecologie/premiere-consultation-de-contraception-de-prevention-en-sante-sexuelle-ccp/>
68. Dufour S, Chamberland C. Agir au mieux pour prévenir et contrer la maltraitance envers les enfants du Québec. Santé, Société et Solidarité. 2009;8(1):119-27.
69. Council of Europe. La protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels - Convention du Conseil de l'Europe. Strasbourg: Council of Europe; 2011. 69 p.
70. UNESCO. Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle: une approche factuelle, aperçu [Internet]. Bibliothèque Numérique; 2017 [cité 29 oct 2025]. Disponible sur: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260840_fre
71. Santé Publique France [Internet]. 2025 [cité 11 nov 2025]. Santé sexuelle. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/les-enjeux-de-sante/#tabs>
72. Bousquet D, Laurant F, Collet M. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes [Internet]. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes; 2016 juin. Report No.: 2016-06-13-SAN-021. Disponible sur: f
73. Ministère de l'Éducation nationale [Internet]. [cité 11 nov 2025]. Un programme ambitieux : éduquer à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/un-programme-ambitieux-eduquer-la-vie-affective-et-relationnelle-et-la-sexualite-416296>
74. IREPS Centre Val de Loire, FRAPS Centre-Val de Loire. Outillons nous pour intervenir. Vie affective et sexuelle. Ressources pour comprendre et supports pour intervenir. 2021.

75. Ministère de l'Éducation nationale [Internet]. 2018 [cité 11 nov 2025]. Bulletin officiel n°33 dur 13 décembre 2018. Enseignement primaire et secondaire. L'éducation à la sexualité. Circulaire n° 2018-111. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/18/Hebdo33/MENE1824340C.htm>
76. Union Nationale des Associations Familiales (UNAF). Etude quantitative de la perception par les parents du suivi de santé de leur enfant [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.unaf.fr/ressources/le-parcours-de-sante-des-enfants-vu-par-leurs-parents-vol-2/>
77. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. Archives de Pédiatrie. mars 2010;17(3):219-25.
78. Delarue, JM. et al. Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018 [Internet]. Paris; 2018. Disponible sur: https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/01/2d/012d3270-9129-4689-8e79-ed456fd28ecf/rapport_du_17_juin_2018.pdf
79. Cohen D. Rapport 23-01. Accès à la pornographie chez l'enfant et l'adolescent : conséquences et recommandations. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 avr 2023;207(4):381-98.
80. André Flajolet. La Prévention : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales. Annexe 1. [Internet]. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative; 2008 [cité 1 avr 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-d-andre-flajolet-sur-les-disparites-territoriales-des-politiques-de>
81. Haute Autorité de Santé. Accompagnement médicopsycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. Recommandation de bonnes pratiques. [Internet]. 2024. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3271226/fr/accompagnement-medico-psycho-social-des-femmes-des-parents-et-de-leur-enfant-en-situation-de-vulnerabilite-pendant-la-grossesse-et-en-postnatal
82. WONCA EUROPE, Allen J, Heyrman J, Svab I, Gay B, Crebolder H, et al. La définition européenne de la médecin générale - médecine de famille. 2002.
83. WONCA EUROPE, Adam Windak, Andrée Rochfort, Jean-Pierre Jacquet. The european definition of general practice / family medicine. 2023 edition [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf
84. ANESM. La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019->

85. Haute Autorité de Santé. Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS (volet 1 - socle transversal) [Internet]. 2025. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3590098/fr/accompagner-la-vie-intime-affective-et-sexuelle-des-personnes-en-essms-volet-1-socle-transversal
86. Lay É. Prévenir les violences sexuelles. L'école des parents. 21 déc 2015;612(1):31-3.
87. FFCRIAVS. Dispositif STOP – Le Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention. [Internet]. [cité 15 nov 2025]. Disponible sur: <https://dispositifstop.fr/>
88. Moltrecht B, Aymeric S, Sautiere E, Koenig D, Arnault E, Rusch E, et al. Climat incestuel : proposition d'objectivation des critères de définition à partir de jeunes orientés en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP). Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. mars 2019;67(2):81-8.
89. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. La Revue Sage-Femme. déc 2011;10(6):289-93.
90. Bajos N, Ancian J, Tricou J, Valendru A. Sociologie des violences sexuelles au sein de l'Eglise catholique en France (1950-2020) [Internet]. INSERM-IRIS-EHESS; 2021 oct. Disponible sur: https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2021/10/Rapport-INSERM-CIASE_2021.pdf
91. Le signalement et l'information préoccupante : Alerter et protéger | Déclic Violence [Internet]. [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/p/le-signalement-et-linformation-preoccupante-alerter-et-protger>
92. Balençon M, Arrieta A, You CA, Brun JF, Federico-Desgranges M, Roussey M. Protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes en Ille-et-Vilaine. Archives de Pédiatrie. janv 2016;23(1):21-6.
93. Bordier P, Bruguière MMT, Buffet MFN, Cambon C, Cardoux JN, César G, et al. visant à modifier l'article 11 de la loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, [Internet]. 531 mai 14, 2014. Disponible sur: <https://www.senat.fr/leg/pp13-531.html>
94. Section 2 bis : Information préoccupante (Article R226-2-2) [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000028173201/2013-11-10>
95. Kahn-Bensaude DI, Faroudja DJM. Signalement et information préoccupante [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2016 févr. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/2025-07/signalement_et_information_preoccupante.pdf
96. Dolto F. Tout est langage. Gallimard; 2002. 288 p. (Folio Essais).

97. Richard C, Lussier MT, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. nov 2010;11(4):255-72.
98. Tribby E. Claude RICHARD et Marie-Thérèse LUSSIER (dir.) (2016), La communication professionnelle en santé. *Communication Information médias théories pratiques* [Internet]. 26 févr 2018 [cité 11 nov 2025];(vol. 35/1). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/communication/7513>
99. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. *Journal de l'hypnose et de la santé intégrative*. 2020;12(3):33-44.
100. Brisons le silence : ensemble, protégeons nos enfants des violences sexuelles | solidarites.gouv.fr [Internet]. 2024 [cité 15 nov 2025]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/campagne-de-lutte-contre-les-violences-sexuelles-faites-aux-enfants>
101. MyUNICEF [Internet]. 2024 [cité 15 nov 2025]. Lutter contre les violences sexuelles faites aux enfants. Affiche. Disponible sur: <https://my.unicef.fr/article/decouvrez-la-campagne-de-lutte-contre-les-violences-sexuelles-faites-aux-enfants/>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

	Question principale	Relances
Question brise-glace avant sujet tabou.	Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?	
Connaissances sur le sujet (échange court, d'introduction)	Nous sommes ici pour aborder le sujet des violences sexuelles infligées aux enfants. Que pouvez-vous m'en dire ?	Que savez-vous de l'ampleur du problème ? des contextes dans lesquels ces violences surviennent ? des victimes ? des agresseurs ? des conséquences sur la santé ? Connaissez-vous des facteurs favorisant les VSE ? et les facteurs protecteurs ?
Expérience et ressenti (le cœur du sujet)	Racontez-moi une (ou quelques) situation(s) de prévention primaire – c'est-à-dire avant que les VS surviennent – des violences sexuelles faites aux enfants, que vous avez vécu dans votre exercice.	<i>Voici des exemples de situations qui participent à cette PVSE :</i> • <i>Demande de consentement lors de l'examen, à toutes les étapes de l'examen</i> • <i>Respect du corps et de la personne, lors de l'examen clinique des enfants, mais aussi des adultes</i> • <i>Nommer les parties du corps</i> • <i>Expliciter ce que sont les zones intimes, qui peut les voir, les toucher, pour quoi</i> • <i>Discussion autour des relations sexuelles et du consentement avec les ados</i> • <i>Exploration du contexte de vie de l'enfant (composition familiale, condition de couchage, qui le garde ...) Connaissance des difficultés des parents ou de l'entourage.</i> • <i>Rechercher les violences vécues dans l'histoire de vie des parents / des adultes qui entourent les enfants (eux-mêmes ont-ils vécus des VSE ? ou autre violence ?)</i> Comment cela s'est-il passé ? qu'avez-vous ressenti ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées ? quels freins ? Quels moteurs ?
Rôle du médecin	Que pensez-vous de la place du médecin généraliste dans la prévention primaire de ces violences ?	Qui selon vous sont les acteurs de la prévention des VSE ? Vous sentez-vous concerné, impliqué, utile dans cette prévention des VSE ? comment ?
Dans la pratique	Comment l'aborder en pratique courante ?	Auprès de qui peut-on ou doit-on aborder ce sujet ? A quelle occasion ? Lors de quelle consultation ? Qu'est-ce qui selon vous pourrait améliorer la prévention primaire par les MG des violences sexuelles faites aux enfants ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider à intégrer cette prévention à votre pratique ?

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Faculté de Médecine et de Maïeutique
56 rue du Port 59046 LILLE
Tel : 03.20.13.41.47
Nom de l'étudiante : Claire Cavelier



Formulaire de consentement

Consentement du participant au projet de recherche

Votre participation à cette recherche dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine générale doit être entièrement volontaire. Cette participation consiste en un entretien avec l'investigatrice : Claire Cavelier. Vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions. Vous pouvez décider de vous retirer en tout temps, sans avoir à donner de justification et sans aucun préjudice.

Consentement au recueil de données personnelles

Au cours de cet entretien, des données à caractère personnel vous concernant seront recueillies. Ces données sont strictement confidentielles et non nominatives, à l'usage exclusif des chercheurs concernés. Ces informations seront conservées pendant 3 ans (L5311-1 du code de la santé publique) à compter de la date du premier entretien. A tout moment, vous pouvez avoir accès aux données vous concernant.

Consentement à l'enregistrement audio

L'entretien sera enregistré à l'aide de 2 dictaphones. Les données directement identifiantes (noms, prénoms, coordonnées, ville d'exercice), si elles sont mentionnées, seront supprimées du fichier audio avant exploitation de l'enregistrement. Seules les données non nominatives seront exploitées pour l'analyse. La présentation du résultat des données ne pourra en aucun cas permettre l'identification directe ou indirecte des personnes concernées. Les fichiers audios seront supprimés après retranscription.

Ce travail a fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements. Il est conforme à la méthodologie de référence MR004.

Je, soussigné(e) _____, confirme avoir lu et compris les paragraphes ci-dessus.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche : OUI / NON

J'accepte que soient recueillies des données à caractère personnel me concernant : OUI / NON

J'autorise l'enregistrement audio pendant la durée de l'entretien : OUI / NON

Date

Signature

Annexe 3 : Lettre d'information

Faculté de Médecine et de Maïeutique
56 rue du Port 59046 LILLE
Nom de l'étudiante : Claire Cavelier
Tel : 03.20.13.41.47



Thèse d'exercice de médecine générale : le ressenti des médecins généralistes sur la prévention primaire des violences sexuelles infligées aux enfants

Lettre d'information

Madame, Monsieur

Ce travail de recherche porte sur le ressenti des médecins généralistes concernant la prévention primaire des violences sexuelles faites aux enfants. L'objectif est de comprendre ce que vivent les médecins, et comment améliorer cette prévention.

Votre participation à ce travail de recherche consiste à faire part de votre expérience et de votre ressenti lors d'un entretien avec l'investigateur. L'entretien sera enregistré sur 2 dictaphones. Les données seront ensuite pseudonymisées et retranscrites pour permettre leur analyse. Les fichiers d'enregistrements audio seront supprimés après retranscription. Les résultats de la recherche qui pourront être publiés ne permettront pas d'identifier les participants.

Votre participation à cette étude se fait sur une base de volontariat. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions, ou de vous retirer à tout moment sans avoir à fournir d'explication. Dans ce cas, les données vous concernant seront retirées de l'étude et ne pourront plus être utilisées par les chercheurs.

Pour ce faire, ou pour obtenir de plus amples renseignements concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec :

- l'investigatrice : Claire Cavelier. Mail : claire.souchet@hotmail.fr
- la directrice de recherche : Marie Moukagni-Pelzer. Mail : moukagni.marie@ghicl.net
- la déléguée à la protection des données de recherche : Anne Buyssechaert. Mail : dpo@univ-catholille.fr

Vous pouvez également demander à être informés du résultat de l'étude si vous le souhaitez.

En cas de réaction anxieuse ou de difficultés liées au sujet abordé lors de cette recherche, vous pouvez appeler le numéro vert « Soins pour les Professionnels de Santé » 0 805 23 23 36. Ce numéro est gratuit, anonyme, confidentiel, et disponible 7j/7 et 24h/24.

Votre collaboration nous est précieuse. Nous vous remercions sincèrement de votre intérêt pour cette étude et de votre participation.

Cordialement,

Claire Cavelier

Annexe 4 : Livret de ressources

Ressources au sujet des violences sexuelles faites aux enfants

LES ACTEURS INSTITUTIONNELS LOCAUX

Dans le Nord

PMI Protection Maternelle et Infantile du Nord

<https://services.lenord.fr/accompagnement-par-la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>

CRIP Cellule de Recueil des Informations préoccupantes du Nord

03 59 73 80 16

infopreoccupante@lenord.fr

<https://services.lenord.fr/transmettre-une-information-preoccupante-au-departement>

Procureur Nord

Tribunal judiciaire de Lille

Du Lundi au Vendredi : de 08h30 à 17h30 - 13 AVENUE DU PEUPLE BELGE 59000 LILLE

<http://www.justice.gouv.fr/>

mail : tj1-lille@justice.fr

03 20 78 33 33

Pour un autre tribunal judiciaire : se rendre sur le site <https://lannuaire.service-public.fr> ou sur <http://www.annuaires.justice.gouv.fr>

Dans le Pas de Calais

PMI Protection Maternelle et Infantile du Pas de Calais

<https://www.pasdecalais.fr/prendre-rendez-vous-avec-les-services-de-la-protection-maternelle-et-infantile>

CRIP Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes du Pas de Calais

03 21 21 89 89

informationspreoccupantes@pasdecalais.fr

Procureur Pas de Calais

Tribunal judiciaire : se rendre sur le site <https://lannuaire.service-public.fr> ou sur <http://www.annuaires.justice.gouv.fr>

- ➔ **Déclic Violences** : Site pour les professionnels, qui donne les informations utiles pour le signalement au procureur, ou l'information préoccupante.
<https://declicviolence.fr/p/le-signalement-et-linformation-preoccupante-alerter-et-protger>

CVM Contre les Violences sur Mineurs

Association de professionnels de la protection des mineurs.

Orientation et soutien aux victimes et à leur entourage.

Formation et information pour les parents et les professionnels.

<https://association-cvm.org/>

Mémoire traumatique et victimologie

Association visant à former, informer et faire de la recherche sur les conséquences psychotraumatiques des violences.

Présidée par Dr Muriel Salmona.

<https://www.memoiretraumatique.org/>

Face à l'inceste

15 bénévoles survivants de l'inceste, proches de survivants, professionnels et citoyens impliqués dans la lutte contre le fléau de l'inceste. Défendent la mise en place d'une politique globale de prévention primaire.

<https://facealinceste.fr/>

CIIVISE Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants

Missionnée par le gouvernement, la CIIVISE a d'abord recueilli la parole des victimes à grande échelle. Elle établit des rapports réguliers sur le sujet des violences sexuelles faites aux enfants et formule des recommandations pour améliorer la protection des enfants et la prise en charge des personnes victimes.

<https://www.ciivise.fr/>

Stop aux violences sexuelles

Analyse et propose un plan de lutte contre les violences sexuelles faites aux enfants, dans tous les domaines.

www.stopauxviolencessexuelles.com/

Informations violences sexuelles

Sources d'information diverses sur les violences sexuelles : les reconnaître, les dénoncer, accompagner les victimes, prévenir ...

<https://violences-sexuelles.info/>

Le berceau des dominations. Anthropologie de l'inceste, de Dorothée Dussy. Qui décortique la construction d'une société qui permet la violence de l'inceste et impose le silence.

En finir avec la culture du viol, de Noémie Renard. Qui explore les différentes facettes en lien avec les violences sexuelles faites aux femmes : idées reçues sur la sexualité, impunité des agresseurs, etc.

RESSOURCES EDUCATIVES

LIVRES

La princesse sans bouche, de Florence Dutruc-Rosset. Au sujet de l'inceste, à destination des enfants à partir de 4-5 ans.

Et si on se parlait, de Andréa Bescond et Mathieu Tucker. Pour apprendre aux enfants de 3-6 ans à parler de ses émotions et des expériences vécues, y compris la violence.

Tu n'es pas obligée, de Ovidie et Diglee. A destination des adolescents, pour prendre du recul sur les injonctions sociétales liées au genre féminin.

Mon corps m'appartient ! Respect, intimité, consentement, parlons-en, de Isabelle Filliozat et Margot Fried-Filliozat. A partir de 7 ans.

C'est mon corps ! de Mai lan Chapiron. Les premières notions sur l'intimité, le consentement, l'intégrité corporelle. A partir de 3 ans.

Ma sexualité. 3 tomes : 0-6 ans, 6-9 ans, 9-12 ans. Par Jocelyne Robert. Les étapes du développement sexuel de l'enfant, et les mots pour en parler. A destination des parents.

Te laisse pas faire ! Les agressions et les abus sexuels expliqués aux enfants, de Jocelyne Robert.

Le petit illustré de l'intimité. 4 tomes abordant en détail les thématiques du corps : vulve, seins, testicules, prépuce... ; la physiologie : les règles, les érections... ; et les interactions liées à l'intimité : conception, adoption, famille, parentalité, consentement, amour, sexualité.

Tout nu ! Le dictionnaire bienveillant de la sexualité, de Myriam Daguzan Bernier. Aborde les thèmes liés à la sexualité : l'anatomie, la physiologie, la puberté, le consentement, les violences, l'orientation sexuelle. A partir de 13 ans.

VIDEOS

Film sur **le consentement expliqué par une tasse de thé** (lycée ou fin de collège)

https://www.youtube.com/watch?v=S-50iVx_yxU

Le loup : vidéo + chanson + livre à destination des enfants à partir de 4 ans

<https://www.louloup.org/>

SITES INTERNET

<https://nonono.help/?lang=fr>

brochure et vidéo pour les 6-12 ans abordant tous la prévention des violences sexuelles faites aux enfants

<https://consentement.info/>

informations et outils pour explorer ce qu'est le consentement

<https://marie-vincent.org/>

Fondation québécoise proposant des outils à destination des professionnels, des enfants et des parents, pour la prévention des violences sexuelles faites aux enfants.

<https://www.onsexprime.fr/>

Site conçu sous l'égide de Santé Publique France, destiné aux adolescents, abordant les thèmes de la puberté, du genre, de la sexualité, des violences.

<https://questionsexualite.fr/>

Site de Santé Publique France sur la sexualité : IST, contraception, le corps, les violences.

GUIDES POUR PROTEGER LES ENFANTS DES VIOLENCES SEXUELLES

- A destination des parents <https://1vie.org/dl/ph/kit/FRENCH-parents.pdf>
- A destination des professionnels <https://1vie.org/dl/ph/kit/FRENCH-childcare.pdf>

LIVRE A DESTINATION DES ADULTES AYANT VECU L'INCESTE

Livres de Isabelle Aubry, survivante de l'inceste, fondatrice de l'association Face à l'Inceste. Rédigés à partir de groupes de travail de personnes ayant vécu l'inceste et de leurs proches

- Révéler l'inceste à son entourage – Isabelle Aubry
- Être parent après l'inceste – Isabelle Aubry
- Vivre en couple après l'inceste – Isabelle Aubry
- Comment j'ai surmonté l'inceste – Isabelle Aubry

AIDES AUX VICTIMES POTENTIELLES OU AVEREES ET A LEUR ENTOURAGE

119 Numéro vert

Appel gratuit 24h/24 et 7j/7

Confidentiel. Le 119 n'apparaît sur aucun relevé téléphonique détaillé.

Services d'interprètes pour personnes sourdes et malentendantes, ou celles qui parlent une langue étrangère.

Des professionnels de l'enfance accueillent les appels d'enfants en danger ou qui risquent de l'être, ainsi que ceux des personnes confrontées à ces situations, pour aider à leur dépistage et faciliter la protection des mineurs en danger.

Transmet les IP aux services départementaux.

<https://www.allo119.gouv.fr/>

3018

Numéro gratuit, anonyme et confidentiel pour lutter contre toutes les violences numériques et le cyber-harcèlement.

<https://e-enfance.org/>

France Victimes

France Victimes fédère 130 associations d'aides aux victimes.

Professionnels de l'aide aux victimes (juristes, psychologues, travailleurs sociaux) pour accueil, écoute, aide psychologique, informations sur les droits, accompagnement social

116 006 en France métropolitaine (ou +33 1 80 52 33 76 hors France métropolitaine)

Gratuit

victimes@116006.fr

www.france-victime.fr

Arrêtons les violences

Site gouvernemental informant sur les violences sexuelles faites aux femmes et aux enfants, et orientant vers les acteurs locaux ou nationaux de prise en charge.

<https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-sexuelles>

Brise le silence

Association Belge de soutien aux victimes de violences sexuelles.

Chaque victime ou proche de victime est accueillie et accompagnée par un binôme composé d'une pair-aidante et d'une autre travailleuse du secteur psycho-social

Interventions de sensibilisation : formatrices expérimentées qui apportent savoir scientifique + pair aidantes qui témoignent de leur expérience et vécu

+32 488 800 626

<https://www.briselesilence.be/>

L'enfant bleu

Association de professionnels et bénévoles mobilisés contre toutes les formes de maltraitance dans l'enfance.

Accompagnement des victimes dans leur parcours juridique et psychologique

Actions de prévention dans les écoles

Sensibilisation du grand public pour améliorer le système de protection de l'enfance

Antennes régionales de soutien : Toulouse, Paris, Grenoble, Aix-en-Provence

+33 1 56 62 62

www.lenfantbleu.fr

Innocence en danger

Mouvement international visant à lutter contre les violences faites aux enfants, en particulier les violences sexuelles

Actions de sensibilisation et d'accompagnement des victimes et de leur proche, en France, en Belgique, ...

Permanence juridique gratuite pour les familles des victimes.

contact@innocenceendanger.org

juridique@innocenceendanger.org

+41 22 310 22 22

Colosse aux pieds d'argile

<https://colosse.fr/>

Lutte contre les violences sexuelles, le harcèlement et le bizutage en milieu sportif mais aussi dans les champs de la jeunesse et du scolaire.

Sensibilisation du grand public, formation des professionnels, et accompagnement psychologique et juridique des victimes et victimes collatérales.

Dispositif STOP

Le dispositif Téléphonique d'évaluation et d'orientation vers le soin pour les personnes attirées sexuellement par les enfants.

Être écouté(e) 0 806 23 10 63. Appel confidentiel et non surtaxé.

Recevoir une aide professionnelle.

Géré par les CRIAVS (Centre Ressource pour Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles) qui sont des équipes de professionnels de santé répartis sur l'ensemble du territoire.

<https://dispositifstop.fr/>

URSAVS Unité Régionale de Soins aux Auteurs de Violences Sexuelles

57 Boulevard de Metz, 59000 LILLE

<https://www.ursavs.chu-lille.fr/>

ursavs@chu-lille.fr

03 20 44 44 16

PedoHelp

Pour comprendre ce qu'est la pédophilie, la pédocriminalité, et où s'adresser.

<https://pedo.help/fr/accueil/>

Annexe 5 : Comité d'éthique

Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS
Courriel : comite-ethique@cnge.fr
Tél : 01 75 62 22 90



A Paris, le 26/05/25,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " Prévention primaire des violences sexuelles faites aux enfants : exploration du ressenti des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais par une étude qualitative "

Le comité d'éthique du CNGE n'a pas statué sur le dossier « Prévention primaire des violences sexuelles faites aux enfants : exploration du ressenti des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais par une étude qualitative ».

De façon générale, et en l'absence d'éléments spécifiques, le fait d'interroger des professionnels de santé sur leurs pratiques ne pose pas de problème éthique.

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

Auteure : Nom : Cavelier **Prénom :** Claire
Date de soutenance : 17 décembre 2025
Titre de la thèse : Prévention primaire des violences sexuelles faites aux enfants : exploration du ressenti des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais par une étude qualitative.

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : violences sexuelles faites aux enfants, inceste, prévention primaire, médecine générale

Résumé : Contexte : Le rapport de la Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants fait état de 160 000 enfants qui en sont victimes chaque année en France. Ces violences entraînent des conséquences sur la santé des individus, y compris à l'âge adulte (addictions, anxiété, dépression ...). Par leur mission de prévention primaire, les médecins généralistes comptent parmi les acteurs qui visent à réduire la survenue de ces violences sexuelles faites aux enfants. A ce jour, les recommandations encadrent uniquement le repérage et la prise charge des situations de violences. Elles ne guident pas les médecins pour l'intervention sur les facteurs de risques.

Objectif : Cette recherche vise à analyser le ressenti des médecins généralistes lors des situations de prévention primaire des violences sexuelles faites aux enfants, afin d'explorer les phénomènes sociologiques mis en jeu (promotion de la santé, éducation des populations, relation entre médecin, patient mineur et parents) et discerner les pistes d'amélioration de cette prévention spécifique.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de huit médecins généralistes installés du Nord et du Pas-de-Calais de juin à juillet 2025. Les données ont été interprétées sous le prisme d'une analyse phénoménologique interprétative.

Résultats : Pour les médecins interrogés, les préventions primaire et secondaire des violences sexuelles faites aux enfants sont intriquées. Les médecins généralistes participants pensent qu'ils ont une mission d'éducation à la santé sexuelle des mineurs, et d'accompagnement à la parentalité (soutien, éducation, repérage des vulnérabilités). La prévention qu'ils disent réaliser est axée sur le renforcement du potentiel individuel de l'enfant, notamment par l'apprentissage des notions de consentement ou non-consentement. Ils ont l'impression que leurs actions sont limitées et devraient s'inscrire dans une politique globale de prévention.

Conclusion : Cette étude suggère que les actions de prévention mises en place par les médecins généralistes sont des initiatives personnelles, qui reposent sur leur expérience et leur intuition. Cette prévention pourrait être unifiée et encadrée par des recommandations des instances de santé.

Composition du Jury :

Président : Valéry Hedouin

Assesseur : Maurice Ponchant

Directrice de thèse : Marie Moukagni-Pelzer