



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Abord de la sexualité en consultation de pédopsychiatrie : intérêt
préventif et/ou de repérage des violences sexuelles ?
Étude qualitative auprès de 12 pédopsychiatres du Nord et du Pas de
Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre à 16h
au Pôle Formation
Par Mathilde Brasme

JURY

Président :

Monsieur le Professeur THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur VAIVA

Monsieur le Professeur COTTENCIN

Monsieur le Docteur MEDJKANE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur LAUWERIER

Avertissement

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

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
GENERALITES SUR LES VIOLENCES SEXUELLES	10
I. EPIDEMIOLOGIE	10
II. CONSEQUENCES DES VIOLENCES SEXUELLES.....	12
1. <i>Physiques</i>	13
2. <i>Psychiques</i>	14
A. Conséquences psychiatriques.....	14
B. Conséquences neurodéveloppementales.....	17
III. FACTEURS EMPECHANT OU RETARDANT LES REVELATIONS DE VIOLENCES SEXUELLES CHEZ L'ENFANT	19
1. <i>Age de la victime et lien avec l'agresseur</i>	19
2. <i>Modèle écosystémique</i>	20
IV. QUESTIONNEMENTS CLINIQUES.....	21
1. <i>Cas cliniques</i>	22
A. Troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle en pédiatrie	22
B. Suspicion d'inceste	23
2. <i>Questions soulevées par ces cas cliniques</i>	24
MATERIELS ET METHODES	27
I. OBJECTIFS	27
II. HYPOTHÈSES.....	27
III. METHODOLOGIE	28
IV. POPULATION.....	31
RESULTATS.....	33
I. ABORDER LA SEXUALITE.....	33
1. <i>Aborder la sexualité dans un but éducatif</i>	34
2. <i>Aborder la sexualité devant des patients symptomatiques</i>	36
3. <i>Sexualité non abordée</i>	37
II. FACTEURS LIMITANT L'ABORD DE LA SEXUALITE	38
1. <i>Risques et freins pour le patient</i>	39
2. <i>Aucun risque, aucun frein</i>	40
3. <i>Aborder la sexualité sous conditions</i>	41
4. <i>Ne pas aborder la question</i>	42
III. REPRESENTATION SUR LES VIOLENCES SEXUELLES	43
1. <i>Fréquence de recherche des violences sexuelles</i>	43
2. <i>Manière de rechercher des antécédents de violences sexuelles</i>	43
A. Mode de questionnaire	44
B. Facteurs limitants la recherche de violences sexuelles	46
3. <i>Représentation épidémiologiques des professionnels rencontrés</i>	47
IV. LIENS ENTRE SEXUALITE ET VIOLENCES SEXUELLES.....	49
1. <i>Sexualité et dépistage des violences sexuelles</i>	50
A. Oui l'abord de la sexualité a sa place dans le dépistage des violences sexuelles	50
B. Oui mais sous certaines conditions.....	51
C. Non l'abord de la sexualité n'a pas sa place pour dépister les violences sexuelles.....	52
2. <i>Suggestibilité</i>	53
A. Peu importe la suggestibilité	53
B. Précautions à prendre	54
DISCUSSION	57
I. FAISABILITE DE L'ÉTUDE	57
1. <i>Limites méthodologiques</i>	57
A. Population.....	57
B. Questionnaire et entretiens.....	57
C. Analyse du discours	58
2. <i>Points forts méthodologiques</i>	58
A. Population.....	58

B.	Entretiens.....	58
C.	Analyse du discours	59
II.	DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS.....	59
1.	<i>Loi, éducation à la sexualité et violences sexuelles</i>	59
A.	Texte du journal officiel	59
B.	Liens avec notre étude et données de la littérature.....	61
C.	Société hyper sexualisée.....	66
D.	De l'importance d'être formé	68
2.	<i>Sexualité et dépistage des violences sexuelles</i>	70
A.	Symptômes évocateurs	70
B.	Freins à la recherche de violences sexuelles	71
•	Raviver un psychotraumatisme / être intrusif.....	71
•	Suggérer des réponses	74
•	Le « syndrome d'aliénation parentale »	82
•	De l'importance du travail d'équipe	84
	CONCLUSION	86
	BIBLIOGRAPHIE	88
	ANNEXE	92

RÉSUMÉ

Contexte : les violences sexuelles ont de multiples conséquences sur la santé physique et psychique, constituant une réelle problématique de santé publique. Ces violences sont souvent sous-diagnostiquées avec des délais de révélations qui peuvent être très longs. Nous nous sommes posés la question de savoir si un abord plus systématique de la sexualité en consultation de pédopsychiatrie permettrait un meilleur dépistage des violences sexuelles et une prise en charge plus précoce.

Méthode : il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de 12 pédopsychiatres du Nord et du Pas-de-Calais du secteur public exerçant auprès d'enfant de 0 à 18 ans. L'objectif primaire de cette étude est d'analyser la manière dont est explorée la sexualité en consultation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. L'objectif secondaire est d'analyser les liens que ces professionnels peuvent faire entre l'abord de la sexualité et le dépistage des violences sexuelles. Les données ont été analysées avec le logiciel NVivo et la méthode de la théorie ancrée : des thèmes ont été extraits des retranscriptions des entretiens et regroupés en plusieurs thèmes unificateurs afin de faire émerger de nouveaux éléments de théorisation.

Résultats : les résultats ont été regroupés en 4 catégories : aborder la sexualité, facteurs limitant l'abord de la sexualité, représentation sur les violences sexuelles et liens entre violences sexuelles et sexualité. Les professionnels rencontrés ont des représentations très disparates sur la question de l'abord de la sexualité et du dépistage des violences sexuelles avec de nombreux avis différents, détaillés dans cette étude. Parmi les résultats obtenus, on retrouve, entre autre, que 33% des professionnels abordent la question de la sexualité dans un but sanitaire et éducatif, 42% des professionnels estiment qu'aborder la sexualité ne relève pas du champ de la pédopsychiatrie, 42% des professionnels perçoivent

le fait d'aborder la sexualité en consultation comme un risque d'être traumatique, 42% des professionnels estiment que le risque de suggestibilité est assez rare en pratique.

Conclusions : à ce jour il n'existe pas de moyens de dépistages des violences sexuelles qui fassent consensus ; une des pistes développées dans ce travail est qu'un abord plus systématique de la sexualité pourrait permettre un meilleur dépistage des violences sexuelles, ce qui semble en accord avec les recommandations ministérielles.

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : organisation mondiale de la santé

HAS : haute autorité de santé

EPSM : établissement public de santé mentale

F2RSM : fédération régionale de recherche en santé mentale

URSAVS : unité régionale de soins aux auteurs de violences sexuelles

CRIAVS : centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles

CMP : centre médico-psychologique

HDJ : hôpital de jour

TSA : trouble du spectre autistique

CRA : centre de ressource autisme

CATTP : centre d'activité thérapeutique à temps partiel

ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique

SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

INTRODUCTION

Les violences sexuelles touchent de nombreuses personnes, en France et dans le monde entier (1), avec de multiples conséquences au long cours sur la santé physique et psychique. Les enfants sont particulièrement touchés et les conséquences psychiatriques en lien avec de tels antécédents sont lourdes. Ces violences sont souvent sous-diagnostiquées avec des délais de révélations qui peuvent être très longs. Aux vues des conséquences psychiatriques liées à ces violences sexuelles, il semble logique qu'il y ait une surreprésentation de patients ayant de tels antécédents en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Un des enjeux de prévention secondaire pourrait être de dépister au plus tôt ces violences sexuelles, ce qui pourrait permettre de mieux les prendre en charge et de limiter les comorbidités qui en découlent. Les symptômes liés aux violences sexuelles sont non spécifiques et peuvent être difficiles à repérer en consultation. Ceci est d'autant plus complexe que de nombreux jeunes patients ont un manque de connaissance en matière de sexualité, ce qui peut engendrer une confusion sur ce qui est approprié ou non dans des situations sexuelles.

En abordant la sexualité de manière plus systématique en consultation, nous pouvons nous poser la question si cela permettrait un meilleur dépistage des violences sexuelles et une prise en charge plus précoce.

L'objectif primaire de ce travail de thèse est d'analyser la manière dont est explorée la sexualité en consultation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Pour cela, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 12 pédopsychiatres du Nord et du Pas-de-Calais. L'objectif secondaire est d'analyser les liens que ces professionnels peuvent faire entre l'abord de la sexualité et le dépistage des violences sexuelles.

GENERALITES SUR LES VIOLENCES SEXUELLES

I. EPIDEMIOLOGIE

A ce jour, il n'existe aucune définition concernant les « violences sexuelles » qui fasse consensus. Nous retiendrons les définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la Haute Autorité de Santé (HAS).

L'OMS définit les violences sexuelles comme étant « un rapport sexuel non consenti mené à terme ou tenté, et les actes de nature sexuelle n'impliquant pas un contact (comme le voyeurisme ou le harcèlement), les actes liés au trafic sexuel commis contre une personne incapable de donner son consentement ou de refuser, ainsi que l'exploitation en ligne. » (2) .

La HAS définit ainsi la maltraitance sexuelle pour les mineurs : « forcer ou inciter un mineur à prendre part à une activité sexuelle, avec ou sans contact physique, et/ou l'exploiter sexuellement. » (3). La prévalence est le nombre total de cas observé dans une population à un moment donné, incluant les anciens et les nouveaux cas.

Une méta-analyse a été réalisée à partir de 217 articles publiés entre 1980 et 2008 afin d'établir une estimation de la prévalence des violences sexuelles subies par les enfants. Les résultats varient selon les sexes : les filles présentent une prévalence pouvant aller de 16,4% jusqu'à 19,7%, pour une prévalence moyenne de 18%, la prévalence chez les garçons varie de 6,6% à 8,8% avec une prévalence moyenne de 7,9% (1).

Cette méta analyse coordonnée par Stoltenborgh retrouve de grandes variations dans les résultats, en lien notamment avec la manière dont sont recueillies les réponses : si elles sont recueillies par des professionnels, les taux seront plus bas ; si elles sont recueillies par des auto-questionnaires, les taux seront plus élevés. Ceci atteste, pour les victimes, de la difficulté à aborder ce sujet difficile. Il existe également des variations liées à la définition des violences sexuelles : dans une autre étude réalisée par Stoltenborgh (4) concernant les

séviesses physiques, il est démontré que plus la définition du séviess est large sur une période de temps la plus longue, plus les taux observés seront importants.

A noter qu'il existe peu d'études analysant les violences sexuelles sur mineurs. Plusieurs éléments peuvent expliquer ceci. Tout d'abord le tabou et le déni entourant les violences sexuelles sur mineurs, le fait que l'inceste ne soit reconnu comme un crime que depuis 2016 illustre parfaitement ce point : jusque 2010, le fait qu'un viol soit commis « par un ascendant ou toute personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait » était considéré comme un facteur aggravant (article 222-24 du code pénal) mais cela excluait les situations de viols entre frère et sœur ou oncle et nièce par exemple (5). Le terme d'inceste est introduit dans le code pénal en 2010 mais supprimé en 2011 : le texte est déclaré anticonstitutionnel car il ne serait pas assez précis, notamment en ne définissant pas assez clairement les liens familiaux qui conduisent à ce que des viols et agressions soient qualifiés d'incestueux (6). Une nouvelle modification du code pénal réintroduit la notion d'inceste en 2016.

On retrouve également une difficulté pour les victimes à porter plainte : selon la lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes (7), seule une femme sur dix victimes de viol ou de tentative de viol déposera plainte. De plus, il a été montré qu'il est plus difficile pour une victime de violence sexuelle de déposer plainte par rapport à une victime d'une autre forme de violence (8). Ceci est d'autant plus difficile que l'agresseur est le plus souvent une personne proche, connue par la victime, ce qui rend le dépôt de plainte encore plus difficile (7).

Quelles sont les conséquences des violences sexuelles subies dans l'enfance ?

II. CONSEQUENCES DES VIOLENCES SEXUELLES

Dans son rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde, l'OMS étudie les conséquences de la violence interpersonnelle, c'est à dire celle « qui surgit entre des membres d'une même famille, des partenaires intimes, des amis, des connaissances et des étrangers, elle comprend la maltraitance de l'enfant, la violence des jeunes, la violence du partenaire intime, la violence sexuelle et la maltraitance des personnes âgées. » (9). Cette étude regroupe des données provenant de 133 pays, ce qui représente 6,1 milliards de personnes soit 88% de la population mondiale. Ces informations ont été recueillies par un questionnaire rempli par des représentants « issus des administrations chargées de la santé, de la justice, de l'éducation, du genre et des femmes, de la détection, de la répression et de la police, de l'enfance et du développement social, de l'intérieur » et parfois des ONG. Les taux de réponse varient de 63% à 97% selon la Région (83% dans la Région européenne ; la France n'a pas participé à cette étude).

Des chercheurs travaillant pour l'ACE (Adverse Childhood Experiences - traduit par les expériences négatives chez l'enfant) ont également étudié les conséquences des traumatismes vécus dans l'enfance. Cette étude a été menée auprès de plus de 17 000 personnes suivis dans un centre médical général. Ces personnes ont accepté de répondre à un questionnaire concernant de possibles maltraitements subies dans l'enfance. Plusieurs types de maltraitements ont été étudiés : la maltraitance psychologique, physique ou sexuelle, l'exposition aux violences conjugales et le fait de vivre avec un membre de sa famille qui soit suicidaire ou qui souffre soit d'une pathologie psychiatrique, soit d'addiction à divers substances (drogues ou alcool), ou qui soit incarcéré (10).

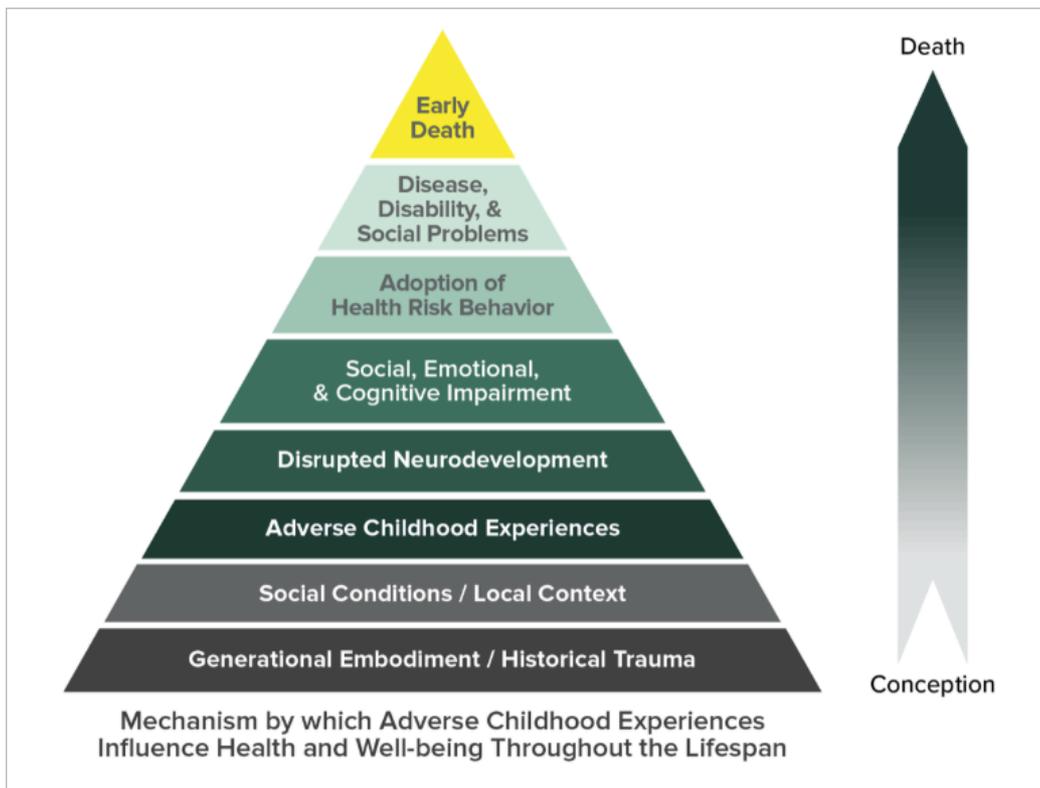
D'après cette étude, le fait d'avoir subi plusieurs formes de violences dans l'enfance constitue la principale cause de mortalité précoce et de morbidité à l'âge adulte, pouvant faire perdre jusqu'à 20 ans d'espérance de vie.

Plus spécifiquement, les données recueillies dans ces différentes études ont été organisées en conséquences physiques et psychiques, les conséquences psychiques ayant elles-mêmes été réparties en plusieurs sous-catégories.

1. Physiques

L'étude menée sur les traumatismes de l'enfant montre que plus les traumatismes dans l'enfance sont nombreux, plus les conséquences à l'âge adulte sont importantes (10).

Parmi ces conséquences, on trouve des conduites à risque en lien avec des consommations de toxiques plus importantes : ainsi, une personne ayant quatre types de traumatisme retrouvé dans son enfance présente des risques relatifs (RR) plus élevé de tabagisme actif (RR = 2,4), d'usage de drogue illicites (RR = 4,4), d'injection de drogues (RR = 11) et d'alcoolisme (RR = 5,5). Ces conduites mènent elles-mêmes à un risque relatif plus élevé de maladies cardio-vasculaire (RR = 2,2), de bronchite chronique obstructive (RR = 3,9) et de cancer, toutes causes confondues (RR = 1,9), toutes ces maladies pouvant causer une mort plus prématurée (11). Ces résultats sont résumés dans le schéma suivant (12) :



Dans son rapport de 2014 soit 16 ans plus tard, l'OMS retrouve des conclusions similaires (9).

2. Psychiques

A. Conséquences psychiatriques

De nombreuses pathologies psychiatriques sont significativement associées à un ou plusieurs antécédents de violences sexuelles. Différentes données de la littérature montrent un lien entre les différents types d'agressions et les conséquences ultérieures.

Dans un article publié en 2010 analysant des données récoltées en 2007 auprès de la surveillance des comorbidités de la population adulte en psychiatrie en Angleterre, on retrouve plusieurs associations significatives (cf. tableau ci-dessous (13)).

Selon cette étude, les rapports sexuels non consentis font partie des violences sexuelles étant le plus significativement associées à des pathologies psychiatriques (*Odds Ratio allant de 3,8 à 12*) ; à noter que l'on retrouve cette association que le viol ait été subi durant l'enfance ou à l'âge adulte.

Les attouchements sexuels et les conversations sexualisées inappropriées ont des conséquences similaires ; on aurait tendance à penser que les attouchements sexuels seraient plus significativement associés aux troubles psychiatriques mais ce n'est pas ce qui a été retrouvé dans cette étude. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'une conversation sexualisée inappropriée suffirait à elle seule à perturber une victime, d'autant plus si ces conversations sont initiées par un membre de la famille (13).

Parmi les pathologies dont le rapport de risque est le plus augmenté par les violences sexuelles subies dans l'enfance, on retrouve les phobies et l'état de stress post-traumatique (respectivement 12 fois et 8 fois plus de personnes souffrant de ces troubles chez les victimes de violences sexuelles).

Table 2. The effect of different forms of child sexual abuse (CSA) on adult psychiatric disorder (ORs and 95% confidence intervals)

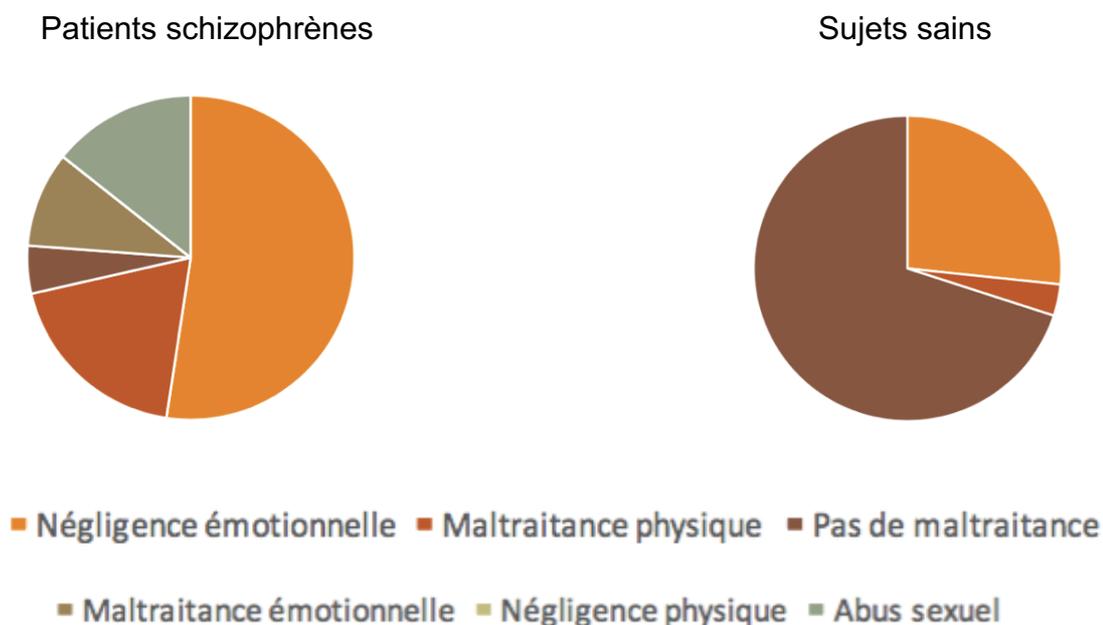
	Overall effect of sexual abuse	Talk most severe	Touch most severe	Non-consensual sexual intercourse
Common mental disorders (CMDs)				
Depressive disorder	1.74 (1.5–2.0)	1.82 (0.9–3.8) <i>p</i> = 0.112	3.08 (2.0–4.8)	5.07 (2.7–9.6)
Mixed anxiety/depression	1.46 (1.3–1.6)	1.49 (0.97–2.3) <i>p</i> = 0.071	1.88 (1.4–2.5)	3.72 (2.5–5.6)
GAD	1.64 (1.4–1.9)	1.98 (1.2–3.2) <i>p</i> = 0.005	2.56 (1.8–3.6)	4.51 (2.6–7.9)
Panic	1.60 (1.3–2.0)	1.30 (0.4–4.0) <i>p</i> = 0.642	2.78 (1.3–5.8) <i>p</i> = 0.007	3.8 (1.6–8.7) <i>p</i> = 0.002
Phobia	2.07 (1.7–2.5)	5.93 (3.4–10.2)	2.29 (1.3–4.2) <i>p</i> = 0.007	12.12 (6.4–23.0)
OCD	1.84 (1.5–2.3)	4.53 (2.1–9.7)	2.57 (1.3–5.1) <i>p</i> = 0.008	7.01 (2.9–17.2)
Dependence disorders				
Drug dependence	1.51 (1.3–1.8)	2.37 (1.4–4.0)	1.26 (0.7–2.3) <i>p</i> = 0.446	5.49 (3.0–10.0)
Alcohol dependence	1.38 (1.2–1.6)	1.71 (1.0–2.9) <i>p</i> = 0.042	1.41 (0.94–2.1) <i>p</i> = 0.093	3.71 (2.2–6.4)
Disorders established from screening				
PTSD	1.93 (1.7–2.3)	3.98 (2.4–6.5)	2.95 (1.9–4.6)	8.23 (4.5–15.0)
Eating disorder	1.87 (1.7–2.1)	4.07 (2.9–5.8)	3.03 (2.2–4.2)	6.53 (4.1–10.4)

OR, Odds ratio; GAD, generalized anxiety disorder; OCD, obsessive–compulsive disorder; PTSD, post-traumatic stress disorder.

Jonas S, Bebbington P, McManus S, Meltzer H, Jenkins R, Kuipers E, et al. Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. Psychological Medicine. avr 2011;41(04):709-19

De nombreux autres articles confirment ces chiffres : les violences sexuelles sur mineurs augmentent le risque de développer des troubles de l'humeur (notamment la dépression), des troubles anxieux (état de stress post-traumatique, phobie sociale, trouble anxieux généralisé) et des conduites addictives (abus de substances, troubles du comportement alimentaire). On note également des hospitalisations plus fréquentes pour maladies mentales dans cette population (13), (14), (15).

Enfin, une étude française a montré que des patients schizophrènes avaient subi plus de traumatismes dans leur enfance que des sujets sains (16).



Dans cet article, le lien entre le psychotraumatisme et la schizophrénie est étudié : il semblerait que la négligence émotionnelle favoriserait l'émergence de troubles psychotiques. A noter que cet article n'a étudié que les liens statistiques entre négligence émotionnelle et schizophrénie ; on peut supposer que des traumatismes plus importants auraient des conséquences plus importantes.

Les violences sexuelles sur mineur peuvent également aggraver certaines pathologies. Ainsi, les personnes souffrant de trouble de personnalité de type limite ont tendance à plus s'automutiler si elles ont souffert de sévices sexuels ou de maltraitance physique durant leur enfance. On retrouve également cinq fois plus de tentative de suicide parmi les patients états limites (17).

De même, les personnes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ont un risque suicidaire significativement plus élevé si elles ont subi des psychotraumatismes dans l'enfance

(négligence émotionnelle [$p=0,009$], maltraitance psychologique [$p=0,003$], sévices sexuel, [$p=0,032$]) (18).

B. Conséquences neurodéveloppementales

Face aux conséquences psychiatriques des violences sexuelles subies dans l'enfance, des auteurs ont recherché l'existence éventuelle de substrats anatomiques pouvant expliquer ces pathologies.

Au niveau de l'anatomie cérébrale (19), les principales zones d'intérêt sont le cortex préfrontal, le lobe temporal qui comprend notamment l'amygdale et le striatum ventral. Le cortex préfrontal régule des processus cognitifs et comportementaux liés aux émotions et à la motivation. L'amygdale participe à la reconnaissance et à l'évaluation de la valence émotionnelle des stimuli sensoriels, à la détection du plaisir et aux réponses comportementales liées à la peur et à l'anxiété. Le striatum ventral est impliqué dans le système de la récompense et du désir ainsi que dans le traitement de stimuli signalant une menace. Il est également impliqué dans les apprentissages.

Une étude a été réalisée auprès de 51 adolescents dont 19 avaient subi des sévices sexuels ou de la maltraitance physique (20). Cette étude a montré une diminution de l'épaisseur du cortex cérébral préfrontal et temporal chez les jeunes ayant subi des sévices sexuels ou de la maltraitance, ce qui prédisposerait significativement à une plus grande vulnérabilité pour certains types de maladies mentales (troubles anxieux, troubles de la personnalité). Une revue de la littérature a étudié les conséquences de la négligence et de la maltraitance physique, psychique et sexuelle sur plusieurs domaines neurocognitifs : le système de récompense, les mécanismes de la peur et, entre autre, la régulation des émotions (21).

Cet article suggère que la négligence et/ou la maltraitance altèrent ces domaines.

Au niveau des mécanismes de la peur (principalement gérés au niveau de l'amygdale), on retrouve une hyperstimulation entraînant une hypervigilance et des conduites d'évitement. Ces symptômes sont retrouvés dans les troubles anxieux (trouble anxieux généralisés, attaque de panique, état de stress post- traumatique...).

Au niveau du système de récompense (géré au niveau du striatum ventral), on retrouve un émoussement de ce dernier, symptôme également retrouvé dans le trouble dépressif.

Au niveau de la régulation des émotions (principalement géré par le cortex cingulaire antérieur dans le cortex préfrontal), il a été observé une activation plus importante du cortex cingulaire antérieur reflétant probablement une régulation émotionnelle plus difficile.

Ces différentes stimulations liées à la maltraitance provoqueraient une plus grande vulnérabilité aux maladies psychiatriques, même si les victimes ne présentaient pas de prédisposition particulière (pas d'antécédent familial ni de facteur de risque génétique repérable par exemple).

Concernant le développement d'un trouble psychotique, ce risque est plurifactoriel (16). On retrouve une prédisposition génétique à la schizophrénie : la maltraitance ne suffit pas à elle seule à faire émerger cette maladie, mais il s'agit juste d'un facteur de risque supplémentaire. Il y aurait aussi un lien avec une dysrégulation de l'axe corticotrope, créant ainsi une plus grande vulnérabilité au stress. Il a également été observé chez des personnes ayant subi une « simple » négligence émotionnelle, une diminution de la matière grise au niveau du cortex frontal dorso-latéral (16). Or la littérature s'accorde sur le fait que cette zone est également impliquée dans la physiopathologie de la schizophrénie. Il s'agit d'une des zones du cerveau qui se développe le plus tardivement et qui est sensible aux facteurs environnementaux, dont la maltraitance peut faire partie.

Ces études montrent donc que les situations de maltraitance favorisent l'apparition de modifications structurelles et l'émergence de troubles psychiatriques, créant ainsi une

population à plus haut risque. Il paraît donc essentiel de dépister et de prendre en charge le plus précocement possible les maltraitances subies, et notamment les violences sexuelles afin de limiter au maximum leurs conséquences.

III. FACTEURS EMPECHANT OU RETARDANT LES REVELATIONS DE VIOLENCES SEXUELLES CHEZ L'ENFANT

Une revue de la littérature réalisée en 2005 a mis en évidence un taux moyen de révélation de 33% dans six études sur onze (22). Ces études ont analysé des données provenant soit d'études rétrospectives réalisées auprès d'adultes ayant révélés avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance, soit des données recueillies auprès d'enfants évalués après avoir allégué avoir subis des agressions sexuelles. Ces données signifient que les deux tiers des adultes de cette revue de la littérature n'ont pas révélé les violences sexuelles dont ils ont été victimes. Une autre étude a été réalisée auprès de femmes ayant comme antécédent un trouble de stress post-traumatique ou une pathologie psychiatrique. Cette étude révèle que, parmi celles qui ont été victimes de violences sexuelles avant 18 ans, 28% d'entre elles n'avaient jamais révélé avoir subi une agression et 47% d'entre elles ont attendu plus de 5 ans avant de pouvoir en parler, le plus souvent à un(e) ami(e) proche (23).

1. Age de la victime et lien avec l'agresseur

Les principaux facteurs identifiés pour retarder ou empêcher les révélations de violences sexuelles chez l'enfant sont l'âge de la victime au moment des faits et le fait de connaître ou non l'agresseur (23) (24).

Plusieurs études démontrent que plus les victimes sont jeunes, plus le délai de révélation sera long (24) : en dessous de 7 ans, les enfants sont moins susceptibles de faire des

révélations immédiates des violences subies. Ceci peut s'expliquer par leur niveau développemental avec notamment une compréhension insuffisante de ce que peut être une situation de violence sexuelle. Les jeunes enfants ont également moins de capacités cognitives pour révéler une situation de sévices à un adulte.

Le fait que l'agresseur soit connu est également un facteur qui va empêcher ou retarder la révélation (24). En effet, l'enfant va davantage appréhender les conséquences que va avoir cette révélation sur son environnement immédiat, notamment si l'agresseur est un membre de sa famille. Ceci complique également les choses pour les victimes plus jeunes, qui vont avoir des difficultés à définir ce qui est permis ou interdit si les comportements de sévices sont réalisés par un proche. De plus, si l'agresseur fait partie de l'environnement proche, il aura plus de facilité à maintenir une accessibilité avec sa victime, ainsi que des moyens des pressions, ce qui engendrera une répétition des agressions subies.

Quant aux adolescents, ils sont plus susceptibles de révéler une agression subie à leurs pairs mais pas à un adulte (24) car ils sont plus au fait des conséquences que peut avoir ce genre de révélations sur la famille.

2. Modèle écosystémique

Dans une autre étude de 2014, Delphine Collin-Vezina a étudié les facteurs empêchant la révélation de sévices auprès d'un groupe de 67 adultes survivants de violences sexuelles durant l'enfant (25). Elle les a regroupé selon un modèle écosystémique et a identifié plusieurs catégories de facteurs, qui reprend des éléments déjà évoqués plus haut : ceux propres à un individu, ceux en liens avec les relations aux autres et ceux en lien avec des phénomènes socioculturels.

Les facteurs propres à l'individu sont multiples : on note tout d'abord l'impression de responsabilité pour la victime, avec des sentiments de honte et de culpabilité. Il existe également des mécanismes d'autoprotection, avec notamment le déni (11) qui reste un

obstacle important pour les révélations de sévices. Enfin, un développement psychoaffectif insuffisant au moment du sévice peut être un frein à la révélation de violences sexuelles, ce qui rejoint un des points développé plus haut.

Les facteurs en liens avec les relations aux autres sont la présence de violence au sein de la famille ainsi qu'un dysfonctionnement familial. Ainsi les manipulations par l'agresseur peuvent entraver les révélations, en lien avec des menaces, du chantage, de la dénégation ou une minimisation des faits (11). Un soutien parental insuffisant va également être un frein aux révélations : si l'enfant craint de ne pas se sentir soutenu par son ou ses parent(s), il sera moins susceptible de révéler les violences subies, surtout si elles concernent un autre membre de la famille (11). Enfin, la conscience des répercussions d'une révélation et un entourage social pauvre sont également des facteurs environnementaux qui vont empêcher les révélations.

Les facteurs socioculturels sont la peur d'être jugé par la société, le tabou qui entoure la sexualité, le manque d'accès à des réseaux d'informations ou d'aide et la période à laquelle les violences ont été vécues : plus les adultes interrogées sont âgées (60-70 ans), plus les révélations sont difficiles, en lien avec le fait que le tabou entourant les violences sexuelles étaient encore plus important dans les générations précédentes.

IV. QUESTIONNEMENTS CLINIQUES

La partie suivante détaille plusieurs cas cliniques rencontrés durant mon internat et ayant influencé mon questionnement sur la manière dont sont abordées la sexualité et les violences sexuelles en consultation médicale. Ces situations cliniques et les interrogations qui en découlent questionnent également le rôle du médecin dans ce type de situation.

1. Cas cliniques

A. Troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle en pédiatrie

Durant mon semestre dans un service de neuropédiatrie, j'ai été confrontée à de nombreux cas de « troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle » (nouvelle appellation du DSM V, anciennement « trouble de conversion » dans le DSM IV).

Un des modèles psychodynamiques les plus classiques pour expliquer ce trouble est celui de considérer cette conversion somatique comme un moyen de défense : un patient va présenter un symptôme (douleur, paralysie...) sans cause organique retrouvée. Ce symptôme traduirait une souffrance psychique non conscientisée, déplacée sur un organe ou une fonction du corps. Cette souffrance physique permet ainsi de déplacer l'attention des conflits intrapsychiques vers une souffrance plus représentable pour la conscience (26).

Les patients n'ont pas conscience de ce conflit interne et sont réellement persuadés d'avoir un problème somatique. Il est important de distinguer ces troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle qui sont inconscients, des troubles factices qui sont conscients.

Deux situations de troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle s'intègrent dans ce travail.

La première est la situation d'une jeune fille de 14 ans, hospitalisée pour des troubles urinaires avec rétention aiguë d'urine. Toute une série d'examens ont été réalisés : aucun n'a retrouvé d'anomalie pouvant expliquer ses troubles. La symptomatologie n'était pas améliorée et la patiente devait parfois pratiquer des auto-sondages pour vidanger sa vessie. Parfois elle arrivait à uriner spontanément.

Une des psychologues du service a rencontré la patiente et sa famille. Du fait de la région anatomique concernée, l'équipe soignante s'est rapidement demandée si la patiente n'avait pas subi des violences sexuelles, mais la question n'a jamais été posée à la patiente ni le thème de la sexualité abordé avec elle.

La deuxième situation est similaire à la première, bien que le symptôme évocateur soit moins central.

Il s'agit d'une adolescente de 15 ans, hospitalisée pendant 3 jours pour réalisation d'un électro-encéphalogramme sur 48h. Depuis plusieurs mois, cette patiente présentait des mouvements anormaux inexplicables, qui pouvaient être assimilés à des mouvements d'origine épileptique mais sans en présenter toutes les caractéristiques. Cet enregistrement avait donc pour but de démontrer qu'il n'y avait pas de traduction électrique au niveau cérébral des mouvements présentés par la patiente, ce qui aurait été plutôt en faveur de crises non épileptiques d'origine psychogène.

Lors du premier entretien avec cette patiente, on retrouve aussi une énurésie secondaire. Ce n'était pas la plainte initiale, la patiente n'ayant pas abordé spontanément ce problème. Devant ces signes, un des membres de l'équipe soignante évoque à nouveau un potentiel antécédent de violences sexuelles subies. Comme dans la situation précédente, personne n'aborde cependant la question avec la patiente.

B. Suspicion d'inceste

Le cas clinique suivant est celui d'une adolescente de 15 ans, hospitalisée dans un service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, pour un épisode dépressif caractérisé sévère avec idées suicidaires et passage à l'acte auto-agressif à type de scarifications. Cette symptomatologie semble en lien avec différentes problématiques intrafamiliales.

Rapidement, des entretiens avec la mère ont lieu. Nous apprenons que les deux parents souffrent d'alcoolisme chronique, avec des conflits pouvant aller jusqu'à des faits de violence conjugale de Monsieur envers son épouse. La mère de la patiente semble également souffrir d'un syndrome dépressif. Il est difficile de rencontrer le père dont les horaires de travail ne sont pas compatibles avec les entretiens proposés.

Au fur et à mesure des soins fournis durant l'hospitalisation, la symptomatologie s'améliore et nous avons un meilleur contact avec la jeune fille, permettant ainsi un meilleur accès à ses problématiques.

Puis nous arrivons enfin à rencontrer le père de la patiente. L'entretien est chargé d'émotions, la patiente ne dira quasiment pas un mot et pleurera durant toute l'entrevue. Il est manifestement compliqué pour elle d'être en présence de son père. Le contact du père avec sa fille semble difficile et peut même nous mettre mal à l'aise. Nous interrompons l'entretien devant un raptus anxieux de la patiente.

L'entretien est ensuite discuté entre professionnels (pédopsychiatre, infirmière, interne) et la question de l'inceste est soulevée.

2. Questions soulevées par ces cas cliniques

Ces situations cliniques soulèvent différentes questions qui ont inspiré la suite de ce travail.

Dans les trois situations, la question de violences sexuelles a été évoquée. Cependant, à aucun moment la question n'a été posée directement aux patientes : si la question des violences sexuelles et de l'inceste avait été posée directement à ces patientes, que ce serait-il passé ?

Si l'on fait un parallèle avec la recherche proactive recommandées de la présence d'idées suicidaires, rappelons qu'historiquement, on évitait souvent cet abord : on craignait qu'en demandant à une personne si elle avait des idées suicidaires, on induirait celle-ci, majorant ainsi le risque de passage à l'acte suicidaire. Mais il a été démontré le contraire : demander directement à une personne si elle a des idées suicidaires améliore la prise en charge et le pronostic lié au risque suicidaire (27). C'est ce qui est désormais enseigné.

A ce jour, il n'y a pas de recommandation ni de consensus sur la manière de questionner les patients supposés victimes de violences sexuelles. Ce point a donc été questionné auprès

des pédopsychiatres rencontrés dans le cadre de cette thèse, pour à la fois faire un constat et proposer peut-être des recommandations concernant la recherche d'antécédent de violences sexuelles.

Au fur et à mesure de mes stages et de mes formations, notamment à travers un diplôme universitaire sur la prévention des violences sexuelles et l'éducation à la sexualité, je me suis questionnée sur l'intérêt d'aborder la sexualité avec les patients rencontrés en pédopsychiatrie afin de mieux dépister les violences sexuelles.

L'OMS définit la santé sexuelle comme étant « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. » (28)

Ainsi, une de mes hypothèses est qu'aborder la sexualité en consultation de pédopsychiatrie pourrait permettre d'informer les enfants, qui n'ont pas les connaissances nécessaires sur ce qui est permis ou non en terme de sexualité et de santé sexuelle. Cela permettrait peut-être de les prévenir mais aussi de favoriser des révélations plus précoces concernant des sévices sexuelles. Rappelons que parmi les éléments individuels internes qui peuvent freiner ou empêcher la révélation de sévices, on retrouve une impression de responsabilité pour la victime, avec des sentiments de honte et de culpabilité (11). Au vue des données épidémiologiques et des nombreuses comorbidités liées aux violences sexuelles, les dépister est donc un enjeu de santé publique. La question est de savoir comment les aborder et les dépister ?

Si nous revenons aux patientes des situations ci-dessus, il aurait peut-être été plus simple d'aborder la question de la sexualité avant d'aborder celle des violences sexuelles.

A ce jour, on retrouve très peu d'éléments dans la littérature concernant la recherche systématique ou non d'antécédents de violences sexuelles ou sur l'abord de la sexualité en consultation de pédopsychiatrie, tout comme en médecine générale ou dans d'autres spécialités.

Afin d'avoir une meilleure représentation de ce qui se pratique sur l'abord de la sexualité et la question des violences sexuelles dans la région, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés (cf. annexe) auprès de 12 pédopsychiatres du Nord et du Pas-de-Calais.

MATERIELS ET METHODES

I. OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude était d'explorer la manière dont est explorée la sexualité en consultation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent chez les pédopsychiatres du Nord et du Pas de Calais travaillant en CMP, en EPSM ou dans un service hospitalier.

L'objectif secondaire était d'analyser les liens que ces professionnels peuvent faire entre l'abord de la sexualité et le dépistage des violences sexuelles.

II. HYPOTHÈSES

Cette étude a eu pour objet de faire un état des lieux des représentations des pédopsychiatres du Nord et du Pas de Calais sur l'abord de la sexualité en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Elle a aussi eu pour but d'analyser les liens faits par les professionnels entre l'abord de la sexualité et le dépistage des violences sexuelles : est-ce que, selon eux, cela pourrait permettre un meilleur dépistage des violences sexuelles ?

Elle a permis d'explorer :

- La manière dont la sexualité est abordée en consultation de pédopsychiatre : raison de l'aborder et freins à l'abord de ce sujet ;
- Les représentations des pédopsychiatres sur les violences sexuelles : représentation épidémiologique, symptômes évocateurs, conséquences des violences sexuelles subies ;
- Les liens que peuvent faire les professionnels entre l'abord de la sexualité et le dépistage des violences sexuelles, dans un but de prévention secondaire.

III. METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude analytique qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de 12 pédopsychiatres du Nord et du Pas de Calais.

Les études qualitatives permettent d'étudier des facteurs qui sont difficilement mesurables de manière objective. Ces études permettent par exemple d'explorer les expériences professionnelles d'une population cible, ici des pédopsychiatres (29). Elles permettent d'étudier des phénomènes à partir de l'expérience qu'en font les acteurs (30).

Pour ce faire, une grille d'entretien semi-dirigée a été rédigée (cf. page suivante), en collaboration avec la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) afin de s'assurer que tous les points clefs soient abordés. Cette grille était composée de huit questions semi-ouvertes et est restée inchangée pour l'ensemble des entretiens. Les premières questions étaient volontairement assez larges et générales afin de ne pas influencer la personne répondant.

Les questions ont été regroupées selon 4 grands axes :

- Aborder la sexualité
- Facteurs limitant l'abord de la sexualité
- Représentation sur les violences sexuelles
- Liens entre sexualité et violences sexuelles

Le recueil des données a été réalisé de décembre 2018 à février 2019.

Les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés avec l'accord des professionnels rencontrés. 11 entretiens sur 12 ont été réalisés avec le professionnel et l'interviewer, un entretien a été réalisé en présence d'une interne qui était en stage avec un des professionnels interrogés. Les entretiens ont été réalisées en majorité dans les structures où exerçaient les professionnels rencontrés (CMP, unité d'hospitalisation).

GRILLE D'ENTRETIEN

ABORDER LA SEXUALITE

- 1) Pourriez-vous me parler de l'abord de la sexualité que vous avez, ou que vous n'avez pas avec vos jeunes patients ?
- 2) Quels seraient selon vous les raisons d'aborder la question de la sexualité en pédopsychiatrie ?

FACTEURS LIMITANT L'ABORD DE LA SEXUALITE

- 3) Quels seraient selon vous les freins à l'abord de la sexualité en pédopsychiatrie ?
- 4) Est-ce qu'il y a des risques à aborder la sexualité avec un patient ? Si oui lesquels ?

REPRESENTATION SUR LES VIOLENCES SEXUELLES

- 5) A quelle fréquence interrogez-vous vos patients quand vous suspectez des violences sexuelles ? De quelle manière ?
- 6) Quelle serait d'après vous la part d'enfants ayant subi des violences sexuelles en population générale ? Dans votre patientèle ? Avec quelle(s) conséquence(s) ?

LIENS ENTRE SEXUALITE ET VIOLENCES SEXUELLES

- 7) Que pensez-vous de la place de la sexualité en consultation de pédopsychiatrie dans le dépistage des violences sexuelles ?
- 8) Que pensez-vous de la question de la suggestibilité lorsqu'on aborde la question de la sexualité et des violences sexuelles en pédopsychiatrie ?

L'ensemble des entretiens a ensuite été intégralement retranscrits, les données ont été analysées avec le logiciel N Vivo et la théorie ancrée. La théorie ancrée est une méthode d'enracinement de l'analyse dans les données de terrain : elle permet l'émergence d'éléments de théorisation ou de concepts qui sont suggérés par les données du terrain (30). Des thèmes ont ensuite été extraits à partir des réponses aux questions retranscrites, qui ont ensuite été regroupés en thème unificateur, c'est-à-dire un thème principal qui réunit plusieurs « sous-thèmes » extraits à partir des données. Nous avons également compté le nombre d'occurrences à ces « sous-thèmes » dans l'ensemble des réponses retranscrites.

Voici quelques exemples illustrant l'extraction des données. Davantage d'exemples sont mis en annexe.

Retranscription	Extraction de thème	Thème unificateur
« ...jeunes filles à qui je demande si elles prennent la pilule et si elles ont déjà eu un rapport sexuel... »	Contraception Sanitaire	Educatif
« Il y a une exposition à la télé qui est dans une ambiance hyper sexualisée »	Société hyper sexualisée	Educatif
« C'est comme aborder le risque suicidaire : pour moi il n'y a pas de risque. »	Absence de risque	Aucun risque
« Je pense qu'il faut être très prudent dans la façon dont on l'amène pour pas être vécu comme intrusif, violent et abuseur. Ça peut (...) réactiver un trauma »	Intrusif Raviver psychotrauma	Risque et freins pour le patient
« c'est nécessaire de l'aborder (...) quand il y a un lien de confiance qui s'est bien établi avec le jeune, avec les parents »	Confiance	Mode de questionnement

IV. POPULATION

Afin d'obtenir un échantillonnage le plus représentatif des professionnels exerçant en tant que psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, nous avons sélectionné des professionnels exerçant dans le Nord et dans le Pas de Calais dans des proportions de genre et de département d'exercice représentatives de la réalité.

Selon les données de la F2RSM, la population réelle de professionnels exerçant en tant que pédopsychiatres dans le Nord et le Pas de Calais est composée actuellement de 62% de femmes et 38% d'hommes réparti pour les 2/3 dans le Nord et pour 1/3 dans le Pas de Calais.

Nous nous sommes intéressés uniquement aux pédopsychiatres travaillant dans le domaine public, afin d'avoir une population la plus homogène possible. Ceci peut représenter un biais de recrutement.

Notre échantillon comportait 33% d'hommes et 67% de femmes réparti au 2/3 dans le Nord (8 professionnels) et 1/3 dans le Pas de Calais (4 professionnels).

Six professionnels avaient entre 30 ans et 40 ans, quatre avaient entre 41 ans et 50 ans, deux avaient entre 51 ans et 60 ans. L'âge des médecins varie entre 30 ans et 57 ans pour un âge médian de 41 ans.

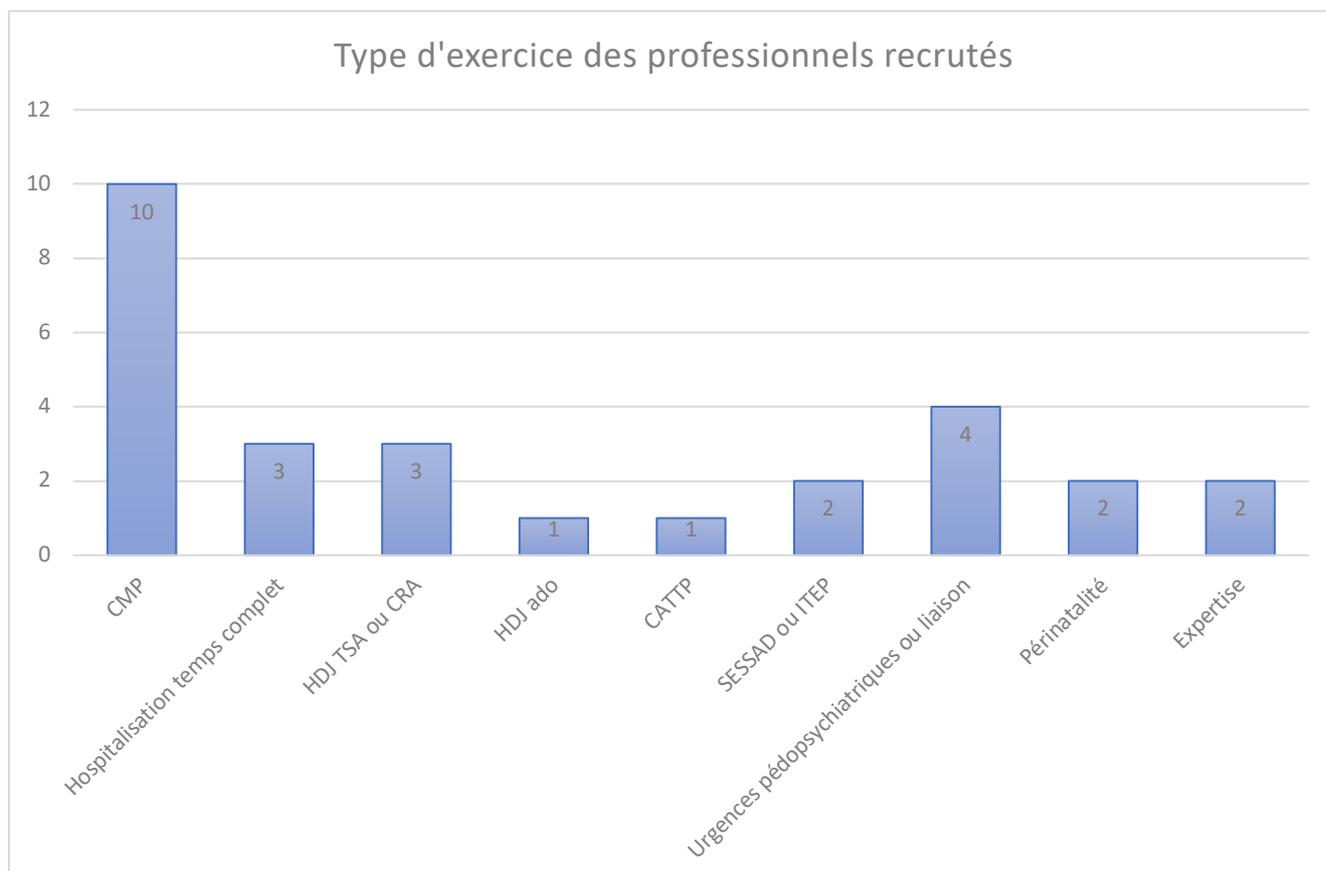
Au vu de la thématique étudiée, il a été demandé aux professionnels s'ils avaient suivi des formations particulières en lien avec la sexualité, notamment avec l'Unité Régionale de Soins aux Auteurs de Violences Sexuelles (URSAVS). L'URSAVS est rattachée au Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS) du Nord-Pas de Calais ; il s'agit de structures de service public relatives à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Les CRIAVS ont pour mission générale d'améliorer la prévention, la compréhension, et la prise en charge des violences sexuelles sur les bases d'une réflexion éthique et pratique (31).

Parmi les professionnels recrutés, quatre ont bénéficié d'au moins une formation à l'URSAVS, une professionnelle ayant bénéficié de formations à l'URSAVS disposait également

d'un diplôme universitaire de victimologie. Une professionnelle a fait sa thèse d'exercice sur les abus sexuels à l'égard des enfants.

Tous les professionnels rencontrés exerçaient dans des structures publiques (centre hospitalier régional universitaire ou EPSM) ou dans un organisme de gestion privée à but non lucratif (groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille).

Les différents domaines d'exercice ont été réparti selon le diagramme suivant. A noter qu'un professionnel pouvait souvent exercer dans plusieurs domaines.



Les professionnels ont été informés du but de l'étude lors d'un premier contact par mail puis par une présentation orale du sujet au moment de l'entretien. Cette présentation est restée suffisamment succincte pour ne pas influencer les réponses recueillies.

RESULTATS

La durée des différents entretiens variaient de 17 minutes à 49 minutes avec une durée moyenne de 27 minutes.

Pour analyser les réponses aux questions, chaque réponse à une question a été retranscrite, un thème était extrait de cette réponse et plusieurs thèmes étaient associés en un thème unificateur. Chaque occurrence à un thème unificateur était ensuite notée puis analysée (cf. annexe pour des exemples de retranscription, extraction d'un thème puis d'un thème unificateur).

Les résultats ont été regroupés selon les catégories retrouvées dans la grille d'entretien :

- Aborder la sexualité
- Facteurs limitant l'abord de la sexualité
- Représentation sur les violences sexuelles
- Liens entre violences sexuelles et sexualité

I. ABORDER LA SEXUALITE

- 1) Pourriez-vous me parler de l'abord de la sexualité que vous avez, ou que vous n'avez pas avec vos jeunes patients ?
- 2) Quels seraient selon vous les raisons d'aborder la question de la sexualité en pédopsychiatrie ?

On retrouve au total 67 occurrences différentes pour répondre à cette question, réparties en 15 thèmes différents.

L'analyse de ces différents thèmes a permis de mettre en évidence plusieurs éléments.

Tout d’abord, la plupart des thèmes indiquent que les professionnels répondant explorent la question de la sexualité en consultation. L’analyse des thèmes a permis de mettre en évidence deux principaux thèmes unificateurs : les thèmes « éducatif » et « symptomatique ».

1. Aborder la sexualité dans un but éducatif

Le thème unificateur « éducatif » regroupe neuf thèmes qui ont eux-mêmes été créés à partir de 36 occurrences différentes. Ces 36 occurrences correspondent à 64% des occurrences totales pour répondre aux deux premières questions. Les thèmes extraits ont été regroupés dans le tableau suivant et détaillé plus bas.

Le pourcentage des occurrences de ce tableau a été calculé à partir des 36 occurrences.

Thèmes extraits constituant le thème unificateur « éducatif »	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
Sanitaire et éducatif	25 %	33 %
Société hyper sexualisée	21 %	42 %
Montrer aux adolescents que le sujet est accessible	14 %	25 %
Accompagner le développement des enfants et des adolescents	11 %	33 %
Si c’est amené par l’enfant	8 %	17 %
La question de l’orientation sexuelle	6 %	8 %
Si les parents le demandent	6 %	25 %
Quand les parents craignent des comportements déviants	6 %	17 %
En cas de représentation faussée de la sexualité	3 %	17 %

33% des professionnels interrogés aborde la question de la sexualité dans un but sanitaire et éducatif. Ils cherchent principalement à savoir si les jeunes reçus en consultation ont un(e) petit(e) ami(e), s'ils ont une vie sexuelle active et, lorsqu'il s'agit de jeune fille, si elles ont un moyen de contraception ou s'il existe un risque qu'une patiente soit enceinte. Les pédopsychiatres expliquent qu'ainsi, ils peuvent ou non dispenser des informations à visée éducative et sanitaire à leurs patients, s'ils l'estiment nécessaire.

42% des professionnels interrogés explique aborder la sexualité en consultation en lien avec le fait que leurs patients vivent dans une société hyper sexualisée à travers les médias (affiches, publicités, films) et les réseaux sociaux. Les professionnels qui abordent cette thématique expliquent que le fait de vivre dans une société hyper sexualisée peut perturber la période de latence et le développement de l'enfant, d'où la nécessité d'aborder la question de la sexualité en consultation de pédopsychiatrie.

14% des occurrences retranscrites concernent la nécessité de montrer aux patients adolescents que le sujet est accessible, afin de leur laisser la possibilité de revenir sur cette question plus tard, soit sur le thème de la sexualité, soit pour aborder la question des violences sexuelles si le jeune en a été victime. Ce thème est abordé par 16% des professionnels interrogés.

17% des professionnels interrogés abordent la question de la sexualité à visée éducative seulement si c'est amené par l'enfant.

Un professionnel aborde la question de l'orientation sexuelle, dans la même idée d'informer l'enfant ou l'adolescent sur cette question, toujours dans un but éducatif.

25% des professionnels interrogés abordent la question de la sexualité à la demande des parents qui souhaitent un abord plus médical de la question, n'étant eux-mêmes pas à l'aise avec le sujet. A noter qu'un pédopsychiatre interrogé explique avoir accueilli cette demande au sein de son CMP mais l'aurait réorienté vers un éducateur, justifiant qu'il faut rester vigilant à ne pas « tout psychiatriser », notamment la sexualité.

17% des professionnels interrogés abordent la sexualité afin d'informer les parents sur ce qui est normal ou non en terme de sexualité chez l'enfant : ils expliquent que certains parents craignent des comportements déviants là où il s'agit d'une exploration appropriée et non pathologique de la sexualité, en lien avec le développement de l'enfant.

Enfin, 17% des professionnels interrogés abordent la question de la sexualité lorsqu'ils se rendent compte que le patient qu'ils rencontrent a des représentations faussées sur la sexualité.

On remarque que le thème « sanitaire et éducatif » regroupe 25% des occurrences , c'est à dire qu'il est le plus évoqué pour répondre aux questions.

2. Aborder la sexualité devant des patients symptomatiques

L'autre thème unificateur est le thème « symptomatique », qui regroupent 4 thèmes extraits à partir de 20 occurrences correspondant à 34% des occurrences totales dans les réponses aux deux premières questions. Les thèmes extraits ont été regroupés dans le tableau suivant et détaillé plus bas.

Le pourcentage des occurrences de ce tableau a été calculé à partir des 20 occurrences constituant ce thème unificateur.

Thèmes extraits constituant le thème unificateur « symptomatique »	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
Comportements sexuels problématiques	45 %	42 %
Quand on suspecte des violences sexuelles	10 %	33 %
En cas de violences sexuelles connues	20 %	17 %
En cas de symptômes psychiatriques	20 %	25 %
Évaluation des fonctions instinctuelles dans le syndrome dépressif	5 %	8 %

On constate ainsi que 42% des professionnels interrogés abordent la question de la sexualité lorsqu'ils sont face à des patients présentant des comportements sexuels problématiques. A noter qu'il n'existe pas de définition consensus des comportements sexuels problématiques, nous avons retenu celle de l'*Association for the Treatment of Sexual Abusers* qui les définit comme « des comportements impliquant des parties sexuelles du corps, adoptés par des enfants âgés de 12 ans et moins, qui sont inappropriés du point de vue du développement de ceux-ci ou qui sont potentiellement néfastes pour eux-mêmes ou pour les autres » (32).

33% des professionnels abordent la question de la sexualité en cas de suspicion de violences sexuelles et 17% l'abordent lorsqu'ils reçoivent des enfants qui ont été reconnus comme victime de violences sexuelles.

25% des professionnels questionnent la sexualité lorsqu'ils sont face à des symptômes psychiatriques. Les symptômes évoqués par ces professionnels sont des conduites sexuelles à risque, une tentative de suicide, des idées suicidaires ou une anorexie.

Enfin, un professionnel évalue la sexualité chez l'adolescent en terme de fonctions instinctuelles dans le cadre de l'évaluation d'une symptomatologie dépressive.

On constate que le thème « comportement sexuel problématique » est le thème le plus évoqué parmi pour le thème unificateur « symptomatique » avec 45% des 20 occurrences du thème.

3. Sexualité non abordée

Parmi toutes les occurrences retrouvées pour répondre aux deux premières questions, 11 occurrences ont été regroupées en 3 thèmes, eux-mêmes regroupés en un thème unificateur « sexualité non abordée ». Ces 11 occurrences correspondant à 12% de toutes les occurrences retranscrites pour répondre aux deux premières questions.

Les thèmes extraits ont été regroupés dans le tableau suivant et détaillé plus bas.

Le pourcentage des occurrences de ce tableau a été calculé à partir des 11 occurrences constituant ce thème unificateur.

Thèmes extraits constituant le thème unificateur	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
« sexualité non abordée »		
Pas spontanément abordé	27 %	17 %
Sexualité abordée par les pédiatres	9 %	8 %
Sexualité abordée par les parents	64 %	25 %

17% des pédopsychiatres interrogés n'abordent pas spontanément la question de la sexualité avec leur patient, un professionnel estime qu'il s'agit plutôt du rôle du pédiatre d'aborder cette question et 25% des pédopsychiatres interrogés pensent qu'il revient aux parents et non aux pédopsychiatres d'aborder cette question avec leurs enfants.

On constate un faible nombre d'occurrences pour ce thème unificateur par rapport aux autres thèmes unificateurs. La majorité des occurrences correspondent au sous-thème « sexualité abordée par les parents ».

II. FACTEURS LIMITANT L'ABORD DE LA SEXUALITE

- | |
|---|
| <p>3) Quels seraient selon vous les freins à l'abord de la sexualité en pédopsychiatrie ?</p> <p>4) Est-ce qu'il y a des risques à aborder la sexualité avec un patient ? Si oui lesquels ?</p> |
|---|

Au total, on retrouve 54 occurrences extraites en 15 thèmes différents. Ces thèmes ont été regroupées en 4 thèmes unificateurs : risques et freins pour le patient, aucun risque ou frein à aborder le sujet, aborder la sexualité mais sous conditions et ne pas aborder cette question.

1. Risques et freins pour le patient

Parmi toutes les occurrences retrouvées pour répondre aux questions 3) et 4), un thème unificateur « risques et freins pour le patient » a été mis en évidence à partir de 31 occurrences, correspondant à 48 % de toutes les retranscriptions.

Le pourcentage des occurrences de ce tableau a été calculé à partir des 31 occurrences constituant ce thème unificateur.

Thèmes extraits constituant le thème unificateur « risques et freins pour le patient »	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
Psychotraumatisme	36 %	42 %
Intrusif	42 %	50 %
Distance thérapeutique	6 %	25 %
Alliance thérapeutique	16 %	17 %

42% des professionnels interrogés estiment que les risques et les freins à l'abord de la sexualité en consultation de pédopsychiatrie est d'être traumatique pour le patient (reviviscence psychotraumatique ou décompensation psychotraumatique plus globale).

50% des professionnels interrogés craignent d'être intrusifs en abordant la sexualité avec un patient.

25% des professionnels interrogés craignent d'entraver la distance thérapeutique en abordant la question de la sexualité avec des patients. Le même type d'exemple est cité à chaque fois pour illustrer ce point : les praticiens craignent une diminution de la distance thérapeutique avec des adolescents ayant des traits de construction de type limite ; ils décrivent le risque que le patient l'interprète comme en faveur d'une trop grande proximité avec le thérapeute voir une tentative de séduction.

Enfin, 17% des professionnels interrogés craignent de briser l’alliance thérapeutique en abordant la question de la sexualité avec leur patient, soit en étant trop intrusif, soit en faisant fuir les familles en cas de violences sexuelles intra-familiales. Ils expliquent qu’aborder cette question pourrait risquer de révéler ces situations d’incestes, si la famille maltraitante perçoit ce risque, elle pourrait interrompre le suivi, avec une absence de soins pour l’enfant.

On constate que le risque ayant été évoqué le plus de fois pour répondre à cette question est le risque d’être intrusif, regroupant 42% des occurrences totales.

2. Aucun risque, aucun frein

Parmi toutes les occurrences retrouvées pour répondre aux questions 3) et 4), un thème unificateur « aucun risque, aucun frein » a été mis en évidence, correspondant à 13 % de toutes les retranscriptions, soit 9 occurrences.

Le pourcentage des occurrences de ce tableau a été calculé à partir des 9 occurrences constituant ce thème unificateur.

Thèmes extraits constituant le thème unificateur « aucun risque, aucun frein »	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
Aucun risque	87,5 %	25 %
Aucun frein	12,5 %	8 %

25% des professionnels estiment qu’il n’y a aucun risque à aborder la question de la sexualité avec un patient et un professionnel (8%) estime qu’il n’y a aucun frein qui empêche l’abord de la sexualité.

3. Aborder la sexualité sous conditions

Parmi toutes les occurrences retrouvées pour répondre aux questions 3) et 4), un thème unificateur « aborder la sexualité sous conditions » a été mis en évidence, correspondant à 14 % de toutes les retranscriptions, soit 9 occurrences.

Le pourcentage des occurrences de ce tableau a été calculé à partir des 9 occurrences constituant ce thème unificateur.

Thèmes extraits constituant le thème unificateur « aborder la sexualité sous conditions »	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
Adapter son discours	56 %	42 %
Adapter le genre	22 %	17 %
Réaction du jeune	11 %	8 %
Suggestibilité	11 %	8 %

42% des professionnels interrogés au sujet des freins et des risques à aborder la sexualité en consultation précisent qu'il est important d'adapter son discours lorsque la thématique de la sexualité est abordée, notamment en fonction de l'âge du patient (utiliser des mots adaptés selon le développement de l'enfant).

Deux professionnels (17 %) interrogés expliquent qu'un des freins peut être d'être de sexe différent par rapport au patient interrogé. Ainsi, ils expliquent qu'il est parfois plus facile qu'un pédopsychiatre de genre masculin aborde des questions autour de la sexualité avec un patient de genre masculin, et vice versa pour les professionnelles et patientes de genre féminin.

Enfin, un professionnel (8%) pointe l'importance d'être vigilant aux réactions du patient : un des freins à l'abord de la sexualité pouvant être le fait que le jeune ait peur de parler de ce sujet.

On constate que la majorité des occurrences concernant le fait d'aborder la sexualité sous certaines conditions sont centrées sur la nécessité d'adapter son discours avec 56% des occurrences.

4. Ne pas aborder la question

Parmi toutes les occurrences retrouvées pour répondre aux questions 3) et 4), un thème unificateur « ne pas aborder la question » a été mis en évidence, correspondant à 25 % de toutes les retranscriptions soit 16 occurrences.

Le pourcentage des occurrences de ce tableau a été calculé à partir des 16 occurrences constituant ce thème unificateur.

Thèmes extraits constituant le thème unificateur « ne pas aborder la question »	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
Pas du champ de la pédopsychiatrie	62,5 %	42 %
Pas la demande de consultation	25 %	8 %
Tabou	12,5 %	33 %

42% des professionnels interrogés sur les freins et les risques estiment que ce n'est pas du champ de la pédopsychiatrie d'aborder la question de la sexualité. Plusieurs pédopsychiatres expliquent qu'il appartient aux parents d'éduquer et d'informer sur la sexualité : le pédopsychiatre ne s'exclut pas de cet « enseignement » mais ne doit pas se substituer au rôle des parents dans ce domaine. Un professionnel renvoie également le rôle de l'éducation nationale où la sexualité devrait être enseignée aux enfants, de manière adaptée selon leurs âges.

Un professionnel explique que c'est le motif de consultation qui guide cet abord : ainsi, la question de la sexualité ne sera pas abordée si la demande est un travail autour d'un deuil par exemple.

Enfin, 33% des professionnels interrogés expliquent que la sexualité est un sujet qui peut être tabou, aussi bien pour l'enfant, ses parents que pour le professionnel en question, ce qui peut constituer un frein à aborder cette thématique en consultation.

III. REPRESENTATION SUR LES VIOLENCES SEXUELLES

1. Fréquence de recherche des violences sexuelles

5) A quelle fréquence interrogez-vous vos patients quand vous suspectez des violences sexuelles ? De quelle manière ?

Concernant la fréquence à laquelle les pédopsychiatres interrogent leur patient lorsqu'ils suspectent des violences sexuelles, 75% des professionnels ont répondu qu'ils interrogeaient systématiquement les patients lorsqu'ils suspectaient des violences sexuelles. 17% ont répondu qu'ils n'interrogeaient pas systématiquement les patients, expliquant qu'ils préféreraient laisser venir les révélations, sans interroger directement. Un professionnel a répondu que, lorsqu'il suspectait des violences sexuelles, il questionnait les patients deux fois sur trois.

2. Manière de rechercher des antécédents de violences sexuelles

Parmi toutes les occurrences retrouvées pour répondre à la question 5), on retrouve 66 occurrences répartie en 15 thèmes, eux-mêmes répartis en 2 thèmes unificateurs : mode de questionnement et facteurs limitants.

A. Mode de questionnement

Parmi toutes les occurrences retrouvées pour répondre à la question 5), un thème unificateur « mode de questionnement » a été mis en évidence, correspondant à 87 % de toutes les retranscriptions pour cette question, soit 59 occurrences.

Le pourcentage des occurrences de ce tableau a été calculé à partir des 59 occurrences constituant ce thème unificateur.

Thèmes extraits constituant le thème unificateur « mode de questionnement »	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
Symptômes du patient	20 %	42 %
Sanitaire	15 %	50 %
Questionner à plusieurs reprises	8 %	17 %
Directement	28 %	50 %
Avec les référents sociaux	3 %	8 %
En binôme	7 %	17 %
En reformulant	7 %	8 %
En situation de suivi	3 %	17 %
En psychomotricité	3 %	8 %
Par le dessin	6 %	33 %

42% des professionnels interrogés s'appuient sur les symptômes présentés par le patient pour questionner s'il a subi ou non des violences sexuelles.

La moitié des professionnels interrogés recherchent des antécédents de violences sexuelles en partant de questions d'ordre sanitaire comme la présence ou non d'une contraception, si le ou la patient(e) présente une sexualité active ou s'il ou elle a un(e) petit(e) ami(e).

17% des professionnels peuvent questionner un patient à plusieurs reprises lorsqu'ils suspectent des violences sexuelles.

50% des professionnels recherchent des antécédents de violences sexuelles en posant directement la question. Ainsi, ils peuvent formuler les choses en utilisant des mots comme « viol », « relation sexuelle », « traumatisme » ou « fellation » ou des phrases comme « est-ce qu'on t'a déjà fait du mal ? », « est-ce qu'on a déjà abusé de toi ? » ou « est-ce que c'est déjà arrivé que quelqu'un touche ton corps alors que tu n'avais pas envie ? ». Ce thème est également celui qui a le plus d'occurrence pour répondre à la question 5).

Un professionnel explique préférer aborder cette question avec l'assistant familial ou le référent social plutôt qu'avec le patient lui-même si l'enfant est placé.

17% des professionnels interrogés expliquent préférer être en binôme pour évaluer un enfant lorsque des violences sexuelles sont suspectées, ce qui permettrait de diminuer le risque de suggestibilité : ces professionnels expliquent que le fait de ne pas être seul peut permettre de recadrer les questions d'un collègue en cas de propos trop suggestifs ou de débriefer l'entretien au décours, afin de faire la part des choses entre ce qui relève de l'interprétation et ce qui a réellement été dit par l'enfant. Dans cette même logique de ne pas suggérer, un des professionnels interrogés recherche des violences sexuelles en reformulant les propos de l'enfant.

17% des professionnels préfèrent rechercher des antécédents de violences sexuelles lorsqu'ils sont dans des situations de suivi, avec une alliance et une confiance suffisante pour aborder ces questions.

Un professionnel pointe que les révélations de violences sexuelles ont davantage lieu lors de séances de psychomotricité qu'en consultation médicale. Ce professionnel explique que la psychomotricité aborde des problématiques corporelles qui sont plus favorables à l'émergence de révélation de violences sexuelles corporelles.

Enfin, 33% des professionnels interrogés recherchent des antécédents de violences sexuelles en passant par le dessin (des dessins du corps, de ce qui peut se passer à la maison...).

B. Facteurs limitants la recherche de violences sexuelles

Parmi toutes les occurrences retrouvées pour répondre à la question 5), un thème unificateur « facteurs limitants » a été mis en évidence, correspondant à 13 % de toutes les retranscriptions pour cette question, soit 10 occurrences.

Le pourcentage des occurrences de ce tableau a été calculé à partir des 10 occurrences constituant ce thème unificateur.

Thèmes extraits constituant le thème unificateur « facteurs limitant la recherche de violences sexuelles »	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
Pas du champs de la pédopsychiatrie	27 %	17 %
Plus difficile avec les plus jeunes	27 %	25 %
Ne pas induire de réponse	27 %	17 %
Ne pas forcer l'abord de cette question si les violences sont déjà connues	9 %	17 %

17% des professionnels répondant à cette question expliquent que pour eux, il relève plutôt du rôle du psychiatre expert au tribunal pénal ou à l'aide sociale à l'enfance de rechercher des violences sexuelles.

25% des professionnels trouvent plus facile d'aborder cette question avec des adolescents qu'avec des enfants plus jeunes.

17% des professionnels répondent à cette question en exprimant une crainte d'induire des réponses en cherchant des antécédents de violences sexuelles.

Enfin, 17% des professionnels répondant à cette question précisent qu'ils ne forcent pas les patients reconnus comme victime de violences sexuelles à aborder ce sujet s'ils ne le souhaitent pas.

3. Représentation épidémiologiques des professionnels rencontrés

6) Quelle serait d'après vous la part d'enfants ayant subi des violences sexuelles en population générale ? Dans votre patientèle ? Avec quelle(s) conséquence(s) ?

58% des professionnels répondant n'ont pas su répondre à la question concernant la part d'enfants ayant subi des violences sexuelles en population générale. Les autres professionnels ont fait des estimations entre 5% et 50%.

25% des professionnels interrogés ont exprimé de la surprise et de l'étonnement lorsqu'ils étaient informés des réalités épidémiologiques.

Concernant l'estimation de la part d'enfants ayant subi des violences sexuelles dans leur patientèle, les différentes réponses ont été regroupés dans le tableau ci-dessous.

Réponses	Professionnels interrogés
5 enfants pour une file active de 40 enfants (12,5%)	8 %
Entre 1/4 et 1/3 des enfants suivis (25% à 33%)	8 %
1/4des enfants suivis (25%)	8 %
1/3 des enfants suivis (33%)	42 %
2/5 des enfants suivis (40%)	25 %
Ne sait pas répondre	8 %

Les conséquences des antécédents de violences sexuelles évoquées par les professionnels interrogés sont regroupées dans le tableau suivant. Le pourcentage des occurrences de ce tableau a été calculé à partir des 68 occurrences qui constituent les conséquences des antécédents de violences sexuelles évoquées par les professionnels interrogés.

Conséquences des antécédents de violences sexuelles évoquées par les professionnels	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
Trouble envahissant du développement	1,5 %	8 %
Trouble de l'attachement	6 %	33 %
Troubles des conduites	3 %	17 %
Trouble oppositionnel avec provocation	3 %	17 %
Conduite auto-agressive	6 %	33 %
Risque suicidaire accrue	6 %	25 %
Syndrome dépressif	6 %	25 %
Consommation de toxique	3 %	8 %
Troubles anxieux	1,5 %	8 %
Désorganisation dans la construction du sujet	6 %	33 %
Trouble de la personnalité	6 %	42 %
Trouble dans les relations aux autres	9%	25 %
Enfant victime devenant auteur	4,5 %	33 %
Confusion des langues et des places	4,5 %	17 %
Impact sur le développement de la sexualité	1,5 %	8 %
Bouleversement familial	3 %	8 %
Comportements sexuels à risques	4,5 %	25 %

Conséquences des antécédents de violences sexuelles évoquées par les professionnels	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
Comportements sexuels problématiques	15 %	92 %
Troubles des apprentissages	4,5 %	8 %
Mutisme	1,5 %	8 %
Attitude de retrait en visite médiatisée	3 %	8 %
Pas de signe spécifique	1,5 %	8 %
Demande inappropriée en activité thérapeutique	1,5 %	8 %

Les conséquences les plus décrites par les différents professionnels interrogés sont :

- Les comportements sexuels problématiques évoqués (92% des professionnels interrogés et 15% des occurrences)
- Les troubles de la personnalité, notamment de type limite (42% des professionnels interrogés)
- Évoqués par 33% des professionnels interrogés : les enfants victimes devenant auteur, les conduites auto agressives, les troubles de l'attachement et la désorganisation dans la construction du sujet (construction au niveau psycho-affectif, cognitif et de la régulation émotionnelle)

IV. LIENS ENTRE SEXUALITE ET VIOLENCES SEXUELLES

7) Que pensez-vous de la place de la sexualité en consultation de pédopsychiatrie dans le dépistage des violences sexuelles ?

8) Que pensez-vous de la question de la suggestibilité lorsqu'on aborde la question de la sexualité et des violences sexuelles en pédopsychiatrie ?

1. Sexualité et dépistage des violences sexuelles

On retrouve 28 occurrences pour répondre à la question 7), extraites en 9 thèmes, réparties en 3 thèmes unificateurs : « l'abord de la sexualité a sa place pour dépister les violences sexuelles », « oui mais sous certaines conditions », « non, l'abord de la sexualité n'a pas sa place pour dépister les violences sexuelles ».

A. *Oui l'abord de la sexualité a sa place dans le dépistage des violences sexuelles*

Le pourcentage des occurrences de ce tableau a été calculé à partir des 12 occurrences constituant ce thème unificateur.

Thèmes extraits constituant le thème unificateur « oui l'abord de la sexualité a sa place dans le dépistage des violences sexuelles »	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
Connaître les représentations pour connaître les déviances	62 %	25 %
Importance d'aborder systématiquement le sujet	38 %	25 %

25% des professionnels interrogés répondent à cette question en expliquant qu'aborder la sexualité en consultation de pédopsychiatrie peut permettre plusieurs choses qui peuvent aider à dépister les violences sexuelles. Tout d'abord, cela permet de connaître les représentations qu'ont les patients sur ce qui est approprié en terme de sexualité ; si on se rend compte que le patient a une représentation erronée de ce qui est approprié ou non, cela permet de l'informer sur ce qui est perçu comme approprié et de questionner ses propres représentations. Cela permet également d'amener une parole sur cette thématique, pour montrer à l'enfant que le sujet de la sexualité est un sujet abordable, l'autorisant peut être à aborder celui des violences sexuelles.

25% des professionnels estiment qu'il est important d'aborder systématiquement le sujet de la sexualité et des violences sexuelles. Ces professionnels ont comme pratique de questionner systématiquement les patients rencontrés, peu importe si l'enfant est suivi régulièrement sur leur structure ou rencontré dans le cadre de l'urgence.

B. Oui mais sous certaines conditions

Le pourcentage des occurrences de ce tableau a été calculé à partir des 9 occurrences constituant ce thème unificateur.

Thèmes extraits constituant le thème unificateur « oui mais sous certaines conditions »	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
Fonction de l'âge	22 %	17 %
Quand le suivi est bien installé	22 %	7 %
Être à l'aise avec le sujet	22 %	17 %
Seulement si le sujet est abordé par le patient	12 %	17 %
Important mais non systématique	22 %	25 %

17% des professionnels interrogés répondent à cette question en précisant qu'il est plus facile d'aborder cette thématique avec des adolescents qu'avec des enfants plus jeunes.

Un professionnel pense qu'il faut que le suivi soit bien installé pour pouvoir aborder cette question et rechercher des violences sexuelles.

17% des professionnels interrogés expliquent qu'il s'agit d'un sujet important à aborder avec les patients mais sous réserve que la personne qui aborde cette question et/ou le patient soit à l'aise avec le sujet, insistant souvent sur la nécessité pour les professionnels d'être formé à l'abord de la sexualité ou des violences sexuelles.

17% des professionnels répondent à cette question en expliquant qu'ils aborderont la question de la sexualité dans le cadre du dépistage des violences sexuelles seulement si c'est abordé par le patient.

25% des professionnels interrogés estiment que c'est un sujet important à aborder mais non systématiquement, surtout si l'enfant se développe bien. Un des professionnel complètera ce propos en ajoutant qu'un enfant rencontré en CMP est généralement un enfant qui ne se développe pas bien.

C. Non l'abord de la sexualité n'a pas sa place pour dépister les violences sexuelles

Le pourcentage des occurrences de ce tableau a été calculé à partir des 6 occurrences constituant ce thème unificateur.

Thèmes extraits constituant le thème unificateur « non l'abord de la sexualité n'a pas sa place pour dépister les violences sexuelle »	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
Pas du champ de la pédopsychiatrie	83 %	17 %
Pédopsychiatrie = prise en charge, pas dépistage	17 %	8 %

17% des professionnels interrogés estiment que le dépistage des violences sexuelles ne relève pas du champ de la pédopsychiatrie mais de celui de l'aide sociale à l'enfance ou de l'expertise psychiatrique au pénal.

Un professionnel interrogé explique que le rôle du pédopsychiatre est de soigner et prendre en charge, pas de dépister.

2. Suggestibilité

On retrouve 50 occurrences pour répondre à la question 8), extraites en 13 thèmes, réparties en 2 thèmes unificateurs : « peu importe la suggestibilité » et « précautions à prendre ».

A. Peu importe la suggestibilité

Parmi toutes les occurrences retrouvées pour répondre à la question 8), un thème unificateur « peu importe la suggestibilité » a été mis en évidence, correspondant à 52 % de toutes les retranscriptions pour cette question, soit 26 occurrences.

Le pourcentage des occurrences de ce tableau a été calculé à partir des 26 occurrences constituant ce thème unificateur.

Thèmes extraits constituant le thème unificateur « peu importe la suggestibilité »	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
Assez rare	27 %	42 %
Pas au pédopsychiatre de connaître la vérité	30 %	42 %
Importance de se donner les moyens	27 %	25 %
Importance de croire le patient	8 %	17 %
Importance des « mensonges » des patients	8 %	8 %

42% des professionnels interrogés considèrent que dans leur pratique, la suggestibilité est assez rare en consultation de pédopsychiatre :

« La suggestibilité (...) en pratique c'est assez rare. Les enfants savent globalement dire ce qu'ils ont vécu ou pas. », « 99% des patients à qui je demande si c'est arrivé et qu'ils me répondent oui, c'est vraiment arrivé. ».

42% des professionnels interrogés estiment que ce n'est pas au pédopsychiatre de déterminer si un enfant a été victime ou non de violences sexuelles, complétant que c'est soit

à la Justice soit au psychiatre expert au pénal de répondre à cette question. Ce thème correspond à 30% de la totalité des occurrences du thème unificateur.

L'ensemble de ces professionnels expliquent que leur devoir est de signaler à la Justice les propos recueillis ou les faits décrits. Ils complètent souvent en ajoutant qu'ils ne vont pas chercher à avoir tous les éléments et faits en détails afin de ne pas risquer de fausser d'éventuels entretiens dans le cadre d'une enquête à venir par exemple.

25% des professionnels interrogés sur la question de la suggestibilité estiment que le risque de suggérer des réponses est réel mais qu'il est important de se donner les moyens de dépister les violences sexuelles que pourraient avoir subies un enfant, même au risque de suggérer des réponses : *« on ne trouve que ce qu'on cherche. »*, *« il vaut mieux pécher par excès que par défaut je pense. »*.

17% des professionnels interrogés sur cette question ajoutent qu'il est important de croire les patients et de ne pas remettre leur parole en doute : ces deux professionnels expliquent qu'il est fréquent pour ce type de patient qu'on ne les croit pas et que ceci peut avoir de lourdes conséquences, notamment dans la confiance qu'ils accorderont plus tard aux adultes.

Enfin, un professionnel estime que même si les propos recueillis sont faux, ceci n'est pas anodin et doit être exploré : *« si on a un jeune qui en arrive à dire qu'il lui est arrivé quelque chose alors qu'il lui n'ait rien arrivé, ça veut dire qu'il y a quelque chose qui va pas du tout donc c'est quand même le témoignage de quelque chose de grave »*.

B. Précautions à prendre

Parmi toutes les occurrences retrouvées pour répondre à la question 8), un thème unificateur « la suggestibilité est un risque » a été mis en évidence, correspondant à 48 % de toutes les retranscriptions pour cette question, soit 20 occurrences.

Thèmes extraits constituant le thème unificateur « précaution à prendre concernant le risque de suggestibilité »	Pourcentage des occurrences	Professionnels interrogés
Fonction de l'âge	8 %	8 %
Risque important	17,5 %	17 %
Position du pédopsychiatre difficile	21 %	33 %
Suggestion de symptômes entre patients	8 %	17 %
Risque de l'instrumentalisation des enfants	4 %	8 %
Questions ouvertes	8 %	17 %
Travail en équipe	21 %	33 %
Attention à ses propres interprétations	12,5 %	8 %

Un professionnel interrogé estime que le risque de suggérer des réponses est plus important avec des enfants entre 6 et 10 ans, ajoutant qu'on peut se permettre de poser des questions plus directes avec des adolescents.

17% des professionnels interrogés pensent que suggérer des réponses est un très gros risque lorsque des violences sexuelles sont recherchées, avec une crainte importante d'induire des réponses.

33% des professionnels répondent à la question de la suggestibilité en expliquant que la position du pédopsychiatre est une position difficile, qu'il est important de ne pas suggérer mais qu'il faut également se donner les moyens de protéger les enfants sans suggérer des réponses qui pourraient invalider de futures enquêtes. Certains complètent en expliquant qu'en ce qui concerne la suggestibilité, il faut constamment jongler entre le « trop » et le « pas assez » : trop suggérer et induire des réponses ou ne pas être assez directe et ne pas dépister des violences sexuelles. Ce thème correspond à 21% de la totalité des occurrences constituant ce thème unificateur.

17% des professionnels interrogés expliquent que leurs inquiétudes concernant la suggestibilité est davantage tournée vers une suggestibilité entre patients, notamment dans les unités accueillant des adolescents, où les patients peuvent reproduire les symptômes d'autres patients, « en miroir ».

Un professionnel interrogé estime que le risque de suggestion peut également être présent dans des situations de séparations conflictuelles, où un parent peut suggérer de la maltraitance par l'autre parent, avec une conviction retrouvée chez l'enfant qu'il a vraiment subi cette maltraitance.

33% des professionnels interrogés pensent que la question de la suggestibilité est un risque mais que le travail en équipe permet de limiter ce risque, soit en abordant les situations problématique en équipe, soit en étant le plus possible en entretien en binôme, notamment lorsque des violences sexuelles sont suspectées.

Enfin, un professionnel interrogé répond qu'il est important d'être vigilant quant à ses propres interprétations, qui pourrait induire des réponses chez un patient : en étant persuadé qu'un patient a vécu des violences sexuelles, la recherche insistante de ces faits pourrait altérer la relation thérapeutique ou induire des réponses.

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'explorer la manière dont est abordée la sexualité en consultation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent chez les pédopsychiatres du Nord et du Pas de Calais travaillant en CMP, en EPSM ou dans un service hospitalier.

L'objectif secondaire était d'analyser les liens que ces professionnels peuvent faire entre l'abord de la sexualité et le dépistage des violences sexuelles.

I. FAISABILITE DE L'ÉTUDE

1. Limites méthodologiques

A. Population

La population n'a pas été recrutée de manière aléatoire. Les professionnels répondant sont ceux ayant porté un intérêt pour cette étude. On retrouve donc un biais de sélection.

B. Questionnaire et entretiens

L'enquêteur était novice pour ce type d'entretien. Le rôle de la personne qui recueille les informations est central : pour ce type d'étude, il est important de rester le plus neutre et le plus objectif possible afin de ne pas influencer les réponses des participants. On peut donc retrouver un biais d'investigation.

La grille d'entretien était une grille non standardisée, réalisée à partir des questionnements personnels de l'enquêteur. Ces questionnements sont issus de la pratique et des différentes formations et lectures de l'enquêteur. Les études qualitatives sont réalisées à partir des intentions motivant l'enquêteur, ce qui peut influencer les réponses des participants. Ceci est une limite liée à la méthode choisie.

C. Analyse du discours

Lors des études qualitatives, la subjectivité de l'enquêteur influence l'analyse du discours : ceci fait également partie des limites liées à la méthode choisie.

L'extraction des thèmes à partir des retranscriptions puis le regroupement en thèmes unificateurs sont difficiles car certaines extractions et certains thèmes ne sont pas toujours concordants avec les autres thèmes déjà extraits.

Ce travail est également soumis à la subjectivité de l'enquêteur avec un risque de parti-pris dans l'analyse des réponses et les extractions de thèmes.

2. Points forts méthodologiques

A. Population

L'échantillon comporte l'effectif attendu dans le cadre d'une étude qualitative (entre 10 et 15 professionnels).

La population recrutée est homogène et représente bien la réalité de la population des psychiatres de l'enfant et de l'adolescent du Nord-Pas de Calais, que ce soit en terme de genre, d'âge ou en terme de représentativité des différents types d'activités retrouvés : CMP, CATTP, HDJ TSA ou pratique en CRA, urgences pédopsychiatriques ou liaison dans les services de pédiatries, ITEP, SESSAD, périnatalité, expertise, hospitalisation temps complet, HDJ adolescents.

L'ensemble des professionnels a marqué un intérêt pour cette étude.

B. Entretiens

L'ensemble des entretiens a été réalisé avec le même enquêteur et avec le même protocole de passation, ce qui permet une uniformisation des conditions d'entretien.

La grille d'entretien a été testée avant les entretiens par des personnes n'appartenant pas à la population étudiée, permettant de s'assurer de la clarté des questions posées.

C. Analyse du discours

L'analyse des retranscriptions a permis d'étudier les représentations des professionnels et de répondre aux objectifs primaires et secondaires de l'étude.

II. DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS

1. Loi, éducation à la sexualité et violences sexuelles

A. Texte du journal officiel

Le 25 novembre 2018 est publié au journal officiel un avis relatif aux violences sexuelles qui sont décrites comme « une urgence sociale et de santé publique » et « un enjeu de droits fondamentaux » (33). Il y est précisé que le principal levier de lutte contre les violences sexuelles pour la jeunesse est l'éducation à la vie affective et sexuelle. Selon cet avis du journal officiel, cette mission serait partagée entre la sphère familiale et l'école. L'article L. 312-16 du code de l'éducation recommande au moins trois séances annuelles d'informations et d'éducation à la sexualité dispensées chaque année, du CP à la terminale (34). Une des problématique relevée est que cet enseignement, qui devrait être effectif « dès le plus jeune âge », n'est souvent pas mis en place, ou partiellement : parmi les 12 millions de jeunes scolarisés chaque année, seule une petite minorité bénéficie tout au long de leur scolarité de séances annuelles d'éducation à la sexualité, comme la loi l'a prévu (35). 25% des 3000 écoles répondantes déclarent même n'avoir mis en place aucune action ou séance en matière d'éducation à la sexualité.

A noter que l'éducation à la vie affective et sexuelle à l'école fait l'objet de campagnes de diffamations visant, entre autre, à manipuler les parents. Prenons en exemple « la Manif pour tous » qui a créé un faux site internet sur l'éducation sexuelle à l'école, *ecoleetsexe.fr*, et qui a également détourné des images provenant du site « onsexprime » à destination de lycéens

en prétendant que le ministère des solidarités et de la santé les destinent à des enfants scolarisés en primaire (36).

Face à cette absence d'enseignement, les jeunes se tournent vers d'autres sources d'informations, à savoir Internet, la pornographie et autres médias (magazines féminins, radios...). Mais les informations recueillies à travers ces outils ne sont pas toujours justes ou validées scientifiquement ; ces connaissances biaisées peuvent favoriser l'émergence de violences sexuelles, notamment via le visionnage de films à caractère pornographique qui promeuvent des messages erronés, normatifs voire contraire à l'égalité homme-femme (35). Or, rappelons que concernant la santé sexuelle, l'OMS précise « [qu']elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. » (28). Il paraît difficile de concevoir que les jeunes aient accès à une éducation à la sexualité en cohésion avec les recommandations de l'OMS en visionnant des films pornographiques. Cet apprentissage de la sexualité à travers les films pornographiques est d'autant plus paradoxal que l'éducation à la sexualité devrait être enseigné dès l'école primaire. Nous illustrerons ce point dans la deuxième partie de ce chapitre.

Mais l'éducation à la sexualité n'incombe pas seulement aux enseignants et aux parents : selon ce même texte du journal officiel du 25 novembre 2018, l'éducation à la sexualité doit également mobiliser le corps médical et paramédical, dont les médecins et infirmiers scolaires (33).

Un des autres enjeux pointé par ce texte est de faire « reculer le chiffre noir des violences sexuelles », par le biais de plusieurs actions ciblées.

Une des actions qui nous semble particulièrement intéressante dans le cadre de cette étude est une action de formation et de mobilisation des professionnels, notamment des

médecins et des personnels soignants. Ces formations et cette mobilisation visent à mieux repérer et aider les personnes victimes de violences sexuelles. Il est même précisé que « tous les professionnels de santé devraient être formés au dépistage des maltraitances en intégrant un volet sur la psycho-traumatologie » (33).

Les deux autres actions ont moins de rapport avec cette étude et ne seront que résumées. La première est la nécessité d'un travail auprès des forces de l'ordre et les magistrats pour encourager les victimes à déposer plainte et les soutenir dans cette démarche. La dernière action vise à agir sur le harcèlement au travail.

Dans ce texte du journal officiel, il est précisé à plusieurs endroits l'importance d'être formé, aussi bien pour le corps enseignant que pour les professionnels de santé ou les forces de l'ordre et les magistrats. Ceci sous-entend qu'à ce jour, les formations dans les domaines de l'éducation à la sexualité et du dépistage et du soin des violences sexuelles sont insuffisantes.

B. Liens avec notre étude et données de la littérature

Les résultats de notre étude montrent que la majorité des psychiatres interrogés abordent la question de la sexualité dans leur consultation, ce qui est en accord avec les recommandations des textes de lois détaillés précédemment.

Au maximum, seulement 25% des professionnels expliquent qu'ils n'abordent pas cette question ou qu'ils préfèrent laisser ce domaine aux parents ou aux pédiatres. A noter que les professionnels qui ont répondu à cette question n'excluent pas l'abord de la sexualité en consultation de pédopsychiatrie mais préfère laisser ce sujet en priorité aux parents ou au pédiatre. Or, nous avons vu ci-dessus qu'au regard de la loi, il est de la responsabilité de chacun d'éduquer à la sexualité : médecins, personnel soignant, aidants, professionnels de l'enfance, travailleurs sociaux, personnels d'éducation en milieu scolaire (33).

Certains des professionnels interrogés peuvent dire que cela s'éloigne de leurs missions de soins « classique ». En effet, ici, on ne retrouve pas de maladie à soigner, juste un souhait d'informer voir d'éduquer.

Françoise Dolto, pédiatre et psychanalyste, se définissait d'ailleurs comme un « médecin d'éducation », c'est à dire « un médecin qui sait que quand il y a des histoires dans l'éducation ça fait des maladies aux enfants, qui ne sont pas des vraies maladies, mais qui font vraiment de l'embêtement dans les familles et compliquent la vie des enfants qui pourrait être si tranquille » (37). Ces propos sont tenus par François Dolto durant son adolescence : plus d'un demi-siècle plus tard, on retrouve des recommandations similaires sur la nécessité d'éduquer pour prévenir certaines pathologies. Ces éléments viennent illustrer certains résultats de notre étude, à savoir que de nombreux professionnels abordent la question de la sexualité d'un point de vue éducatif, pour informer les patients rencontrés sur ce qui est approprié ou non en terme de sexualité, sur les différents moyens de contraception, etc.

Ainsi, en 2018, le ministère des solidarités et de la santé publie une feuille de route à trois ans de la stratégie nationale de santé sexuelle. Le premier axe de cette stratégie nationale vise à mettre en place une politique de promotion de la santé sexuelle intégrant les dimensions psychologiques, biologiques, affectives, sociales, culturelles et éthique de la sexualité. Cette promotion de la santé sexuelle inclut des actions de prévention qui s'adresse à tous les milieux : les professionnels de l'éducation, les travailleurs sociaux et les parents mais également les professionnels de santé (38).

Afin de mieux comprendre l'impact que pourrait avoir l'éducation sur la prévention et le repérage des violences sexuelles, nous avons analysé quelques données de la littérature.

Une revue de la littérature réalisée en 2014 a étudié l'état des connaissances scientifiques des programmes scolaires de prévention des violences sexuelle sur mineurs (39). La plupart des études montrent que les enfants sont réceptifs à ces enseignements, quelque

soit la méthode utilisée. Dans les interventions étudiées par ces études, on retrouve peu voire pas de risques pour les enfants. Elles mettent également en avant que les infirmières scolaires sont peu impliquées dans ces programmes de prévention, ce qui va dans le sens d'un probable manque de formation chez ces professionnels. Une autre revue de la littérature a étudié l'impact que pouvait avoir un programme scolaire de prévention sur les violences sexuelles perpétrées entre adolescents (15) : on peut observer dans différentes études la diminution d'une partie de ces violences entre adolescents suite à la mise en place de programme de prévention, lorsque l'on compare entre des groupes ou des écoles qui ont bénéficié de programmes de prévention et d'autres groupes ou écoles qui n'en ont pas bénéficié.

Une autre revue de la littérature a analysé l'efficacité de programme scolaire pour la prévention des violences sexuelles sur mineurs (40). Au total, cette étude comporte l'analyse de 24 articles. Elle démontre une efficacité de ces programmes de prévention, peu importe leur forme, notamment en permettant le développement de meilleure capacité de protection vis-à-vis de conduites de sévices. Ces programmes permettraient également d'acquérir d'avantage de connaissances sur la réalité des violences sexuelles sur mineurs. Enfin, les mineurs ayant bénéficié de ces programmes de prévention présenteraient des taux de révélation plus précoce en cas de violences sexuelles subies, même si l'analyse des différentes études ne permet pas d'établir un lien clair de cause à effet entre la participation à un de ces programmes et de meilleurs résultats en termes de révélation de violences sexuelles.

L'ensemble de ces études sur les programmes dans le milieu scolaire et leurs résultats sont en faveur d'une meilleure prévention primaire et secondaire concernant les violences sexuelles sur mineurs.

L'OMS définit la prévention comme étant « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». L'OMS détaille 3 types de prévention (41):

- La prévention primaire :
 - « Ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à donc réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux ou sociétaux ».
 - On peut ici regrouper les actions entreprises pour l'éducation nationale, les médecins scolaires ou les professionnels travaillant en PMI, qui fournissent des informations sans qu'il y ait forcément eu d'actes de violences sexuelles.
- La prévention secondaire :
 - « Vise à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. »
 - Il s'agit des missions de repérage et de soins des violences sexuelles, missions qui incombent – entre autre – aux médecins dont les psychiatres et les pédiatres qui sont amenés à rencontrer des enfants qui peuvent commencer à exprimer des symptômes en lien avec des violences sexuelles subies (somatiques ou psychiques, cf. première partie de ce travail).
- La prévention tertiaire :
 - Elle intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

Rappelons que les violences sexuelles ont, entre autres, des conséquences psychiatriques avec une augmentation du risque relatif de bon nombre de pathologies en lien avec des modifications au niveau du système nerveux (cf. la partie « généralités » II.2.).

Ainsi, pour une prévention secondaire efficace concernant les violences sexuelles et leurs conséquences, il faudrait que les violences sexuelles soient révélées le plus tôt possible, afin de pouvoir accompagner les victimes le plus précocement possible, de limiter les éventuelles complications et soigner les troubles.

Or, rappelons qu'un des facteurs limitant la révélation de violences sexuelles est lié au niveau développemental des victimes avec notamment une compréhension insuffisante de ce que peut être une situation de violences sexuelles. Les jeunes enfants ont également moins de capacité cognitives pour révéler une situation de sévices à un adulte (24). Par ailleurs, Elizabeth Letourneau, qui a mené de nombreuses études sur les violences sexuelles sur mineurs, pointe qu'un des principaux facteurs de risques de violences sexuelles entre mineurs est le manque de connaissance sur la sexualité (42). De plus, les résultats des études précédentes montrent que de meilleures connaissances en terme de sexualité et de violences sexuelles pourraient permettre des révélations plus précoces de violences sexuelles. Il paraît donc primordial de pouvoir éduquer les patients rencontrés dans les consultations de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur la vie affective et sexuelle : cela s'éloigne de la maladie mentale mais reste dans le champ de la santé mentale.

Ceci est d'autant plus vrai qu'au vue des comorbidités retrouvées, on peut supposer qu'un pédopsychiatre aura une surreprésentation de patients victimes de violences sexuelles dans sa file active : pour une meilleure prévention secondaire voire tertiaire, il faut se donner les moyens de déceler le plus tôt possible des situations de sévices. Au vu des résultats des études précédentes, cela peut passer à travers une meilleure information sur le sujet avec une mission d'éducation à la sexualité également pour les professionnels de la maladie mentale.

On retrouve une cohérence avec les résultats de notre étude car les professionnels interrogés expliquent aborder la sexualité face à des symptômes évocateurs de violences sexuelles. 42% des professionnels abordent cette question face à des comportements sexuels problématiques et 33% l'abordent lorsqu'ils soupçonnent des violences sexuelles.

C. Société hyper sexualisée

Un autre élément important est retrouvé à la fois dans les entretiens réalisés dans le cadre de cette étude et dans l'avis du journal officiel du 25 novembre 2018 : le fait d'être exposé à la sexualité à travers des médias, des films pornographiques et toutes les autres informations relatives à la sexualité que l'on peut trouver sur Internet.

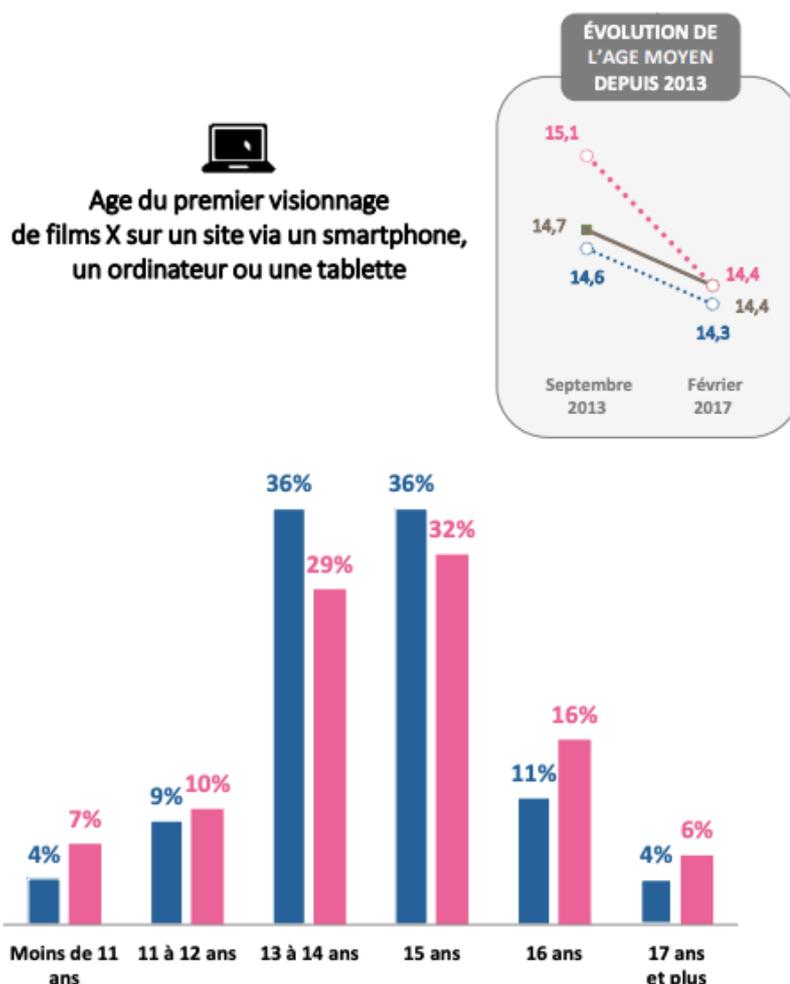
Le fait de vivre dans une société « hyper sexualisée » fait partie des raisons qui poussent les pédopsychiatres interrogés à aborder cette thématique d'un point de vue éducatif avec les patients rencontrés en consultation (42% des professionnels interrogés). D'après les professionnels interrogés, ces sources d'informations peuvent engendrer des représentations faussées de la sexualité et il paraît important pour 17% de ces professionnels de corriger ces représentations erronées voire dangereuses.

Une analyse de la littérature a été réalisée concernant cette « société hypersexualisée » perçue par les professionnels interrogés. Elle met en évidence plusieurs éléments.

Une enquête a été menée auprès d'un échantillon de 1005 personnes représentatives de la population âgée de 15 à 17 ans concernant « les adolescents et le porno » (43) :

- 53% des individus de sexe masculin et 52% des individus de sexe féminin sont déjà tombés par hasard sur un film pornographique
- Avec du recul, 53% des individus de sexe masculin et 59% des individus de sexe féminin ont estimé qu'ils étaient trop jeunes lorsqu'ils ont vu leur premier film ou vidéo à caractère pornographique

- 73% des adolescents de sexe masculin au collège estiment que les films pornographiques ont participé à leur apprentissage de la sexualité ;
- 48% de la totalité des individus de sexe masculin (collège et lycée) et 37% de la totalité des individus de sexe féminin pensent que les films ou vidéo pornographique ont participé à leur apprentissage de la sexualité
- 12% des individus de sexe masculin et 18% des individus de sexe féminin estiment que ces contenus ont eu une influence plutôt négative sur leur sexualité
- Le schéma suivant illustre l'évolution de l'âge au moment du premier visionnage de films X sur un smartphone, une tablette ou un ordinateur
- On note également sur ce schéma que l'âge moyen du premier visionnage d'un film pornographie diminue progressivement entre 2013 et 2017



Selon cette enquête, l'exposition à la pornographie participe donc bien à « l'éducation » à la sexualité de près de la moitié des jeunes interrogés, voire davantage chez les collégiens, pouvant ainsi inculquer des représentations erronées sur ce qui est approprié ou non en terme de sexualité.

D'autres données provenant d'études réalisées par l'éducation nationale montrent que la cyberviolence touche presque un collégien sur cinq, avec une proportion plus élevée d'individu de sexe féminin (21% des jeunes filles contre 15% des garçons) (44). Ces cyberviolences sont définies comme un « acte agressif, intentionnel, perpétré par un individu ou un groupe au moyen de médias numériques à l'encontre d'une ou plusieurs victimes » (35) et peuvent regrouper, entre autre, des violences physiques et sexuelles. Ainsi, de nouvelles formes de violences apparaissent avec l'aire du numérique, justifiant une vigilance accrue des professionnels.

D. De l'importance d'être formé

Enfin, l'importance de la formation est mise en avant dans ce texte de loi. On retrouve également une concordance avec notre étude : les professionnels formés sont plus à l'aise dans la recherche d'antécédents de violences sexuelles et dans l'abord de la sexualité en générale avec les patients : au total 42% des professionnels interrogés ont bénéficié d'une formation plus ou moins importante, majoritairement grâce à des journées de formations proposées par l'URSAVS ou des formations spécifiques pour la prise en charge du psychotraumatisme.

Une étude menée à travers l'ensemble des universités de médecine d'Allemagne démontrent que la plupart des étudiants ne sont pas à l'aise avec les problématiques autour de la sexualité alors que des enseignements relatifs à la santé sexuelle sont dispensés dans la plupart des universités, de manière optionnelle. 62,1% des 3264 étudiants interrogés estiment que ces enseignements devraient être obligatoires, la plupart des participants de

cette étude étant intéressés par les violences sexuelles sur mineurs et les infections sexuellement transmissibles (45).

Ces résultats associés aux constatations de notre étude démontrent l'intérêt d'une formation pour les professionnels afin de pouvoir mieux aborder la question de la sexualité et le dépistage des violences sexuelles.

La difficulté supplémentaire pour les personnels soignants serait d'aborder la sexualité dans sa globalité, en terme de santé sexuelle comme l'entend l'OMS et non seulement d'un point de vue sanitaire. On peut le constater à travers les réponses des professionnels interrogés, c'est souvent sous cet angle que la sexualité est abordée, dans un but de prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées, et c'est très souvent ainsi que la sexualité est enseignée dans les études médicales et paramédicales.

Mais cela laisse de côté toute la partie concernant le plaisir et le bien-être physique, mental et social que l'on retrouve dans la définition de l'OMS. Il s'agit d'un enjeu trop important pour être mis de côté à l'heure où les violences sexuelles se multiplient et où la pornographie est parfois la seule manière d'aborder la sexualité pour certaines personnes (43).

Si cette approche peut limiter leurs complications et empêcher des jeunes ou des victimes de devenir auteur, alors la question de la santé sexuelle devient essentielle : elle devient bien un objectif de prévention secondaire mais également de soin des personnes victimes de violences sexuelles.

Il est donc d'autant plus important d'être formé car ceci n'est souvent pas enseigné durant les études médicales.

Le Ministère des Solidarités et de la Santé semble avoir pris conscience de la nécessité de former les professionnels de santé. Dans la feuille de route à trois ans de la stratégie nationale de santé sexuelle, on retrouve un deuxième axe qui est de former les professionnels de santé à la santé sexuelle dans une approche interdisciplinaire (38). Cette formation permettrait de fournir un socle commun de connaissances scientifiques, psycho-sociales et juridiques sur ces sujets, ainsi que sur les caractéristiques et les besoins spécifiques des populations les plus vulnérables, dont on peut penser que les patients rencontrés en pédopsychiatrie fassent partis. Dans ce but, un service sanitaire a été instauré pour tous les étudiants en santé qui permettra de diffuser des interventions de prévention conduites par des étudiants en articulation avec les priorités nationales de santé publique et les politiques régionales.

2. Sexualité et dépistage des violences sexuelles

A. Symptômes évocateurs

Les symptômes évocateurs de violences sexuelles recueillis auprès des professionnels interrogés sont multiples. Les plus significatifs sont :

- Les comportements sexuels problématiques évoqués (92% des professionnels interrogés)
- Les troubles de la personnalité, notamment de type limite (42% des professionnels interrogés)
- Évoqués par 33% des professionnels interrogés : les enfants victimes devenant auteurs, les conduites auto agressives, les troubles de l'attachement et la désorganisation dans la construction du sujet (construction au niveau psycho-affectif, cognitif et de la régulation émotionnelle)

Une revue systématique de la littérature liste les pathologies psychiatriques les plus souvent associées à des antécédents de violences sexuelles. On retrouve ainsi chez l'adulte l'épisode dépressif caractérisé, le trouble de personnalité « état limite », les troubles somatoformes, les abus de substances, l'état de stress post-traumatique, la boulimie et le trouble dissociatif de l'identité (46). A noter que les pathologies ou symptômes les plus significativement associés aux sévices sexuels dans l'enfance sont la dépression chez l'adulte et les comportements sexualisés problématiques chez l'enfant.

La quasi-totalité de ces symptômes ou pathologie ont bien été cités par les professionnels interrogés, témoignant d'une bonne représentation des liens entre violences sexuelles et conséquences psychiatriques.

A travers ces articles et les représentations des professionnels interrogés, on peut de nouveau constater l'importance que prennent les violences sexuelles dans les pathologies psychiatriques. Toutes ne sont probablement pas diagnostiquées, ce qui altère probablement la qualité de la prévention secondaire développée plus haut. Mais au vu du peu de spécificité des symptômes, comment soigner ou accompagner ce que l'on n'identifie pas clairement ? Mais les conséquences des violences sexuelles sont réelles et trop dramatiques pour ne pas se donner les moyens de les diagnostiquer.

Nous nous sommes donc intéressés aux freins pouvant limiter la recherche de violences sexuelles chez l'enfant en consultation de pédopsychiatrie.

B. Freins à la recherche de violences sexuelles

- **Raviver un psychotraumatisme / être intrusif**

42% des professionnels interrogés craignent qu'aborder la thématique de la sexualité ou rechercher des violences sexuelles peut décompenser un psychotraumatisme ou être traumatique pour le patient.

25% des professionnels interrogés questionnent ce qui est le plus traumatique : décompenser un psychotraumatisme ou laisser un mineur dans un environnement maltraitant et abuseur ?

Pour répondre à cette question, nous nous sommes intéressés à des données de la littérature autour du psychotraumatisme et des mécanismes neurologiques impliqués.

Lors d'événement stressant, on a une activation d'un « système d'alarme » géré par l'amygdale qui va produire des hormones de stress (adrénaline et cortisol) permettant à l'organisme de fournir de l'énergie pour fuir en cas de danger. Ce système va être régulé ou désactivé par des représentations mentales générées par le cortex : intégration, analyse et compréhension de la situation et prise de décision (47) (48).

Lorsqu'un enfant subit des violences sexuelles, ce système est souvent dépassé : l'enfant est incapable de comprendre comment un adulte censé le protéger peut soudain être violent et terrorisant. Son système d'alerte ne peut pas être désactivé et son amygdale continue de produire une grande quantité d'hormones de stress : l'organisme est alors en état de stress extrême, ce qui peut aller jusqu'à un risque vital cardiovasculaire avec l'adrénaline et neurologique avec le cortisol qui peut provoquer des atteintes neuronales. Cet état de stress majeur peut se caractériser par un état de sidération psychique (48). Afin de se protéger de ce risque vital, le système cérébral produit des neurotransmetteurs anesthésiants et dissociants qui visent à « éteindre » la réponse émotionnelle générée par l'amygdale. Se crée alors un état de dissociation avec une anesthésie émotionnelle et physique qui protège la victime mais qui va également créer une mémoire traumatique : il s'agit d'une mémoire émotionnelle qui ne pourra pas être traitée par l'hippocampe car l'amygdale a été isolée du reste du cerveau afin de stopper cette réponse émotionnelle incontrôlable (49). Habituellement, l'hippocampe intègre et transforme la mémoire émotionnelle en mémoire autobiographique et verbalisable, ce qui n'est pas possible lorsque l'amygdale est isolée du reste du cortex (48,49).

Cette mémoire traumatique va engendrer de nombreux symptômes, notamment les phénomènes de reviviscences en lien avec cette mémoire émotionnelle non traitée : la personne va alors revivre les violences à l'identique. Cette mémoire traumatique va également envahir l'espace psychique des victimes (49) :

- On va retrouver des sentiments de peur intense, de stress, de douleurs parfois, de mort imminente : tous ces sentiments qui pouvaient être présents au moment de l'agression
- On peut également identifier des sentiments de honte, de culpabilité et un manque d'estime de soi en lien avec ce que l'agresseur aura pu dire à sa victime pour la responsabiliser dans ce qu'il se passe « tout est de ta faute, tu l'as bien mérité » etc.

Cette mémoire traumatique est hypersensible et peut se réactiver très facilement, en lien avec une situation, une sensation (son, odeur...) ou un affect qui est ancré dans cette mémoire traumatique (48).

Afin de mieux contrôler cette mémoire traumatique, les enfants et adolescents mettent en place des stratégies d'évitement afin de limiter au maximum les stimulations qui vont réactiver cette mémoire ; on retrouve ici de nombreux symptômes présents dans les troubles anxieux (angoisse de séparation, troubles obsessionnels compulsifs) mais également un retrait intellectuel et émotionnel et des comportements régressifs. On retrouve également une hypervigilance avec un état d'alerte permanent visant à prévenir une nouvelle situation de stress (48,49).

Les enfants et adolescents victimes mettent également en place des conduites dissociantes et « anesthésiantes » lorsque ces conduites d'évitement et d'hypervigilance ne sont pas suffisantes. Le but recherché est de créer une situation de stress suffisamment importante pour déclencher la sécrétion des neurotransmetteurs qui vont « éteindre » la mémoire traumatique et sa réponse émotionnelle réactivée au niveau de l'amygdale. Ces situations de stress provoquées regroupent des conduites auto-agressives, des conduites à risques, des conduites addictives, des conduites délictuelles et hétéroagressives (50). Ces

conduites permettent donc d'obtenir indirectement un état d'anesthésie émotionnelle et affective. On retrouve également des consommations de drogues et d'alcool qui procurent directement cet état dissociatif recherché.

Ces conduites dissociantes peuvent exposer à de nouvelles agressions qui vont de nouveau alimenter la mémoire traumatique. Et même sans exposer à de nouveaux psychotraumatismes, cette mémoire traumatique reste présente avec la même intensité tant qu'elle n'est pas prise en charge.

Ainsi, pour répondre à la question posée par les professionnels interrogés, le risque le plus important est bien celui de laisser la victime dans un environnement où il sera susceptible d'être exposé à de nouvelles situations de violences.

Les éléments détaillés ci-dessus démontrent qu'un psychotraumatisme qui se « décompense » correspond à une mémoire traumatique non traitée. Ceci est d'autant plus vrai que les enfants reçus en consultations de pédopsychiatrie sont généralement symptomatiques. Nous avons vu plus haut qu'un patient qui subit, ou a subi des violences sexuelles, présente des symptômes qui sont probablement en lien avec des conduites visant à produire un état d'anesthésie émotionnelle et affective.

Sans prise en charge spécifique en consultation de psychotraumatologie, on ne peut espérer une amélioration des symptômes. Cette prise en charge spécifique nécessite donc un repérage des situations de sévices et donc une recherche plus systématique d'antécédents de violences sexuelles.

- **Suggérer des réponses**

Dans notre étude, nous avons interrogé les professionnels sur les représentations qu'ils avaient concernant la suggestibilité. Nous avons obtenu des résultats assez disparates : 42% des professionnels interrogés estiment que c'est assez rare en pratique, 25% pensent qu'il est

important de se donner les moyens pour déceler des situations de sévices, ce qui est en accord avec ce qui a été détaillé dans les paragraphes précédents.

Parallèlement, 17% des professionnels estiment que le risque de suggestibilité est un risque important, notamment dans le fait d'induire des réponses à des questions et de dénoncer de fausses informations.

33% pensent que la position du pédopsychiatre est une position difficile, avec un juste milieu parfois difficile à trouver entre le fait de se donner les moyens de dépister des violences et le fait de ne pas induire de réponses en posant des questions trop directes. Les occurrences sur ce thème pour répondre à cette question représente 21% de l'ensemble des occurrences du thème unificateur.

Enfin, 33% des professionnels interrogés se préoccupent de la question de la suggestibilité en équipe, soit lors de réunion d'équipe où ils abordent de façon pluridisciplinaire les différentes problématiques d'un patient, soit en faisant des entretiens en binôme, notamment lorsque des situations de violences sexuelles sont suspectées.

Cette question est particulièrement présente à l'esprit des professionnels de la région, notamment en lien avec l'affaire d'Outreau au début des années 2000.

Plusieurs professionnels interrogés ont questionné ce que disait la littérature au sujet de cette question. Nous avons donc analysé des données de la littérature sur la question de la suggestibilité.

En 1998, Ceci et Bruck définissent la suggestibilité comme étant « le degré avec lequel l'encodage, le stockage, la récupération et la déclaration sur des événements peuvent être influencés par un large éventail de facteurs internes et externes » (51). Cette définition permet d'inclure le fait que le souvenir ne soit pas altéré mais que l'enfant choisisse de pas rapporter les faits tels qu'il s'en souvient, pour des raisons diverses qui lui sont propres (pressions sociales, souhait de faire plaisir à la personne qui interroge ou à un parent, etc.).

Dans son livre « recueillir la parole de l'enfant témoin ou victime », Myreille Cyr répartit les facteurs influençant les réponses de l'enfant en facteurs liés à l'enfant, facteurs liés aux questions et au contexte de l'audition et les attentes implicites de l'enfant par rapport à l'audition (52). Nous allons les résumer dans les paragraphes suivants.

- ***Facteurs liés à l'enfant***

On retrouve plusieurs éléments parmi les facteurs liés à l'enfant.

Le premier est que les enfants plus intelligents résistent mieux aux fausses suggestions que les enfants ayant une intelligence faible ou une déficience (53). Ce facteur est à prendre en compte car les enfants subissant des sévices sont plus susceptibles d'avoir un retard dans leur développement, voir une déficience intellectuelle associée : il est important de garder cette information en tête, afin notamment d'adapter son langage au niveau intellectuel et développemental de l'enfant.

L'estime de soi de l'enfant ou de l'adolescent est également à prendre en compte. Un patient avec une faible estime de lui aura moins confiance en l'exactitude de sa mémoire et sera plus sensible à la suggestion de réponse. Il semble donc important de pouvoir préciser à l'enfant que s'il ne se souvient pas d'un fait, il peut simplement l'indiquer (54).

La suggestibilité d'un enfant est également en lien avec son système d'attachement : un enfant avec un attachement sécure ira plus facilement se confier à son parent, permettant un meilleur encodage des souvenirs, renforçant ainsi la mémoire qu'il en gardera et sa capacité à l'exprimer par la suite (53).

L'âge de l'enfant au moment des faits va également influencer son degré de suggestibilité : plus un enfant est âgé, moins il serait sensible à la suggestion. Ceci est principalement en lien avec le développement de la mémoire, les enfants ne pouvant généralement pas se souvenir d'évènements précis avant l'âge de trois ou quatre ans (55).

En dehors de l'âge, ces éléments sont particulièrement pertinents à prendre en compte car des enfants reçus en consultation de pédopsychiatrie sont plus susceptibles de présenter un retard développemental, une déficience intellectuelle, une faible estime de soi et des troubles de l'attachement : selon les études citées précédemment, ces enfants seraient plus sensibles à la suggestion. Il semble donc important d'être particulièrement vigilant au risque de suggestibilité avec les patients reçus en consultation.

- ***Facteurs liés aux questions et au contexte de l'audition***

Nous avons sélectionné seulement les éléments qui s'appliquaient à la consultation de pédopsychiatrie.

Mireille Cyr a étudié l'importance du type de question posée et conclut qu'il existe un lien direct entre le type de questions utilisées et la suggestibilité des enfants (51,52,55). Les réponses obtenues à partir de questions ouvertes sont les questions qui ont le plus de valeur aux yeux de la loi. Les questions ouvertes sont des questions qui contiennent des informations minimales, sans aucun détail ou alors un détail déjà révélé par l'enfant, par exemple « raconte-moi ce qui s'est passé ». Elles demandent un récit de l'événement.

Les questions directives (« qui », « quoi », « quand », « où », « comment », « pourquoi ») seront à préférer aux questions proposant un choix. Il est également conseillé de ne pas mettre de pression à l'enfant lorsqu'on lui pose une question. Par exemple, il vaut mieux privilégier « Est-ce qu'il t'a dit quelque chose ? » à « qu'est-ce qu'il t'a dit ? » : dans la deuxième question, l'enfant peut se sentir obligé de répondre et fournir une fausse réponse même si, dans l'exemple, la personne ne lui a rien dit. Il est également conseillé de revenir à un questionnement ouvert après un questionnement spécifique : « Est-ce qu'il t'a dit quelque chose ? – Oui – Dis-moi tout sur ça. ».

Concernant le fait de répéter des questions, il est recommandé d'éviter cette répétition car les enfants seraient susceptibles de modifier leur réponse, pensant avoir mal répondu la première fois (56).

Un autre risque d'augmenter la suggestibilité chez les patients est le renforcement positif, c'est à dire le fait d'avoir une attitude corporelle ou verbale (« ah oui ! », « hmm hmm », les critiques ou les compliments). Ces éléments, qui viennent seulement après un certain type de réponses de l'enfant, pourrait être perçu par l'enfant comme la validation d'un certain type de réponse au détriment d'autres réponses, ce qui pourrait inciter l'enfant à davantage produire ces éléments là pour satisfaire la personne en face de lui (57,58).

- ***Les attentes implicites de l'enfant par rapport à l'audition***

Cette partie a également été adaptée à la consultation pédopsychiatrique.

Il est important de savoir que les conventions sociales dictent aux enfants qu'ils doivent être coopératif et répondre aux questions lorsqu'un adulte (parents, professeur, médecin) lui pose une question. Comme préciser plus haut, il est donc important de rappeler à l'enfant que s'il ne souvient pas d'une réponse, il n'est pas obligé de répondre. Ceci permettra également de diminuer la pression que l'enfant peut avoir à répondre, pression qui va exacerber les déficiences de sa mémoire (59).

Mireille Cyr conclut son chapitre sur la suggestibilité avec une étude précisant qu'il est impossible à ce jour de savoir si les propos d'un enfant sont vrais ou non (60). Elle précise également que les éléments qui vont influencer un juge seront l'inconsistance ou la consistance d'un récit : si un enfant modifie son récit ou inclut de nouvelles informations, un juge sera plus susceptible de considérer son témoignage comme étant de faible exactitude (52). Cependant, il est important de préciser que plusieurs études démontrent que les inconsistances sont présentes aussi bien dans des récits vrais que dans des récits faux.

Ces éléments vont en faveur de ce que la plupart des professionnels interrogés font, à savoir réaliser un signalement dès qu'ils ont assez d'éléments, sans forcément rechercher toutes les informations sur les sévices subis (42% des professionnels interrogés). Ceci permet de faire relater les événements vécus le moins souvent possible, pour limiter de modifier le récit de l'enfant, ce qui le rendrait moins crédible aux yeux de la Justice.

A noter également que 33% des professionnels interrogés estiment que la position du pédopsychiatre est difficile car il doit toujours rester vigilant, « entre le trop et le trop peu », c'est à dire entre avoir assez d'élément pour protéger l'enfant mais pas trop pour ne pas risquer d'influencer de potentielles auditions à venir.

- ***La mémoire chez les enfants***

On ne peut parler de suggestibilité sans évoquer la mémoire chez les enfants, qui peut impacter les souvenirs concernant un événement. Chez les enfants victimes de sévices sexuels, les auteurs se sont intéressés à la mémoire épisodique par opposition à la mémoire sémantique (52,61). Les souvenirs épisodiques portent sur des événements spécifiques personnellement vécus, la mémoire sémantique est constitué de connaissances générales sur le monde et sur soi, sans référence aux conditions d'acquisition de ces connaissances. Les souvenirs ne deviennent accessibles que vers l'âge de deux ans, quand apparaît le soi cognitif. Le soi cognitif va faciliter le regroupement et la personnalisation du souvenir des événements dans ce qui va devenir la mémoire autobiographique, qui est une des partie de la mémoire épisodique (l'autre partie étant la mémoire personnelle) (62). Les enfants présentant un retard de développement, voient leur soi cognitif apparaître plus tard.

Un souvenir se constitue dans la mémoire suite à l'encodage de l'événement mais seules certaines informations sont encodées. Chez l'enfant, le degré d'attention porté à un événement influence cette sélection d'information. Dans le cas d'une agression sexuelle, l'encodage de l'événement se fait de façon accidentelle plutôt que délibérée : l'enfant ne sait

pas qu'il devra peut-être, un jour, faire un compte rendu détaillé de cette agression. Il ne va donc pas faire un effort conscient pour retenir le plus d'éléments possibles (63). Chez le très jeune enfant, les capacités d'attention sont limitées : il ne pourra pas enregistrer un nombre important de détails. Les enfants d'âge scolaires et les adolescents sont capables de donner plus de détails. On sait également que les événements qui seront le mieux enregistrés sont ceux revêtant une signification pour soi. Ainsi, certains événements qui pourraient être importants pour une enquête (lieux, identité de l'agresseur, moment de l'agression) pourraient ne pas avoir été encodés dans les souvenirs de l'enfant (52).

L'âge de l'enfant au moment des faits et son niveau développemental sont des facteurs à prendre en compte, afin de respecter les capacités développementales de l'enfant.

La récupération des souvenirs est un autre mécanisme qui va nous intéresser dans ce travail. Les récupérations des souvenirs provenant de la mémoire épisodique peuvent se faire par rappel libre, par le rappel d'indice ou par reconnaissance (52). Plusieurs études ont démontré que les informations provenant de la mémoire de rappel libre sont plus susceptibles d'être exactes (64), ce qui est en accord avec ce qui est développé plus haut : les réponses à des questions ouvertes sont celles qui seront le moins suggestives. Ceci est encore plus marqué chez les jeunes enfants qui possèdent moins de stratégies cognitives pour récupérer des informations. L'utilisation d'indice vient également stimuler la récupération d'informations afin de compléter le récit obtenu à travers le rappel libre, notamment si ces indices proviennent du récit de la personne : plus l'indice est proche de l'expérience, voire reproduit la façon dont cette expérience est d'abord encodée, plus l'indice sera efficace pour obtenir des détails de cette expérience (65).

Il est important de savoir que les enfants qui sont sujets à de nombreux questionnements seront plus sensibles à la suggestibilité. Les informations qui sont sollicitées sont susceptibles de venir interférer avec l'encodage des informations que contient déjà la mémoire et donc de venir la contaminer, notamment si ces questionnements viennent suggérer

des détails erronés (66). Ceci appuie le point développé dans le paragraphe précédent, précisant qu'il est préférable d'utiliser des indices provenant du récit de la personne.

Enfin, il est également intéressant d'identifier où se situe la source d'enregistrement des souvenirs. Ceci réfère au fait d'être capable d'identifier l'origine du souvenir mémorisé, ce qui permet de faire la distinction entre un souvenir réellement vécu ou un souvenir qui a seulement été imaginé, lu dans un livre ou regardé à la télévision. S'il y a confusion sur la source d'enregistrement du souvenir, cela peut conduire à une illusion de souvenir : un enfant peut rapporter avoir vécu un événement alors qu'il a seulement entendu un adulte en parler ou vu l'événement à la télévision (67). Il peut être intéressant de demander à l'enfant si les faits qu'il raconte sont des événements qu'il a vécu ou si ces informations proviennent d'une autre source (parent, télévision, autre interviewer).

Ces éléments sont particulièrement important à prendre en compte pour la recherche d'antécédent de sévices sexuels en consultation de pédopsychiatrie : rappelons que 42% des professionnels interrogés estiment que ce n'est pas au pédopsychiatre de déterminer si un enfant a été victime ou non de violences sexuelles, complétant que c'est soit à la Justice soit au psychiatre expert au pénal de répondre à cette question. L'ensemble de ces professionnels expliquent que leur devoir est de signaler à la Justice les propos recueillis ou les faits décrits. Ils complètent souvent en ajoutant qu'ils ne vont pas chercher à avoir tous les éléments et faits en détails afin de ne pas risquer de fausser d'éventuels entretiens dans le cadre d'une enquête à venir par exemple.

Ceci est donc en cohérence avec les données de la littérature : le fait qu'un enfant participe à plusieurs entretiens concernant un même événement augmente le risque de développer des faux souvenirs (64). Il paraît donc pertinent qu'un soignant ne cherche à obtenir que les détails lui permettant de rédiger un signalement judiciaire qui contiendra suffisamment d'élément pour ensuite déclencher une enquête judiciaire qui établira si les faits sont avérés ou non.

- **Le « syndrome d'aliénation parentale »**

Un des professionnels interrogés explique avoir déjà rencontré une jeune patiente qui s'était fait instrumentaliser par sa mère dans un contexte de séparation parentale conflictuelle. Cette patiente avait rapporté avoir subi des violences sexuelles par son père. Après enquête, la mère aurait finalement avoué qu'elle aurait menti et se serait servi de sa fille afin de compromettre son ex-mari.

Il est fréquent en consultation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de rencontrer des enfants pris dans un conflit de loyauté entre leurs parents. Ce professionnel interrogé explique qu'il est important de garder à l'esprit le risque d'instrumentalisation des patients.

Nous avons vu plus haut que la manière dont les questions sont posées aux enfants est importante : il est préférable d'utiliser des questions ouvertes puis directives plutôt que des questions fermées. Cependant, malgré toutes les précautions prises, il est impossible de savoir si les propos tenus par un enfant sont vrais ou non. Seul le juge peut se prononcer, à l'aide de tous les éléments qui lui sont fournis.

La question d'une éventuelle instrumentalisation dans les cas de séparations parentales conflictuelles compliquent encore d'avantage la recherche de sévices sexuelles et un des professionnels interrogés explique être encore plus précautionneux dans cette recherche dans les cas de conflits parentaux.

Qu'en est-il des données de la littérature à ce sujet ?

Aubry et Lopez étudient la question du « syndrome d'aliénation parentale » (11) qui est défini par Gardner dans un article de Bensussan comme étant « une campagne de dénigrement d'un enfant contre un parent, cette campagne étant injustifiée et résultant d'un plus ou moins subtil travail de manipulation pouvant aller jusqu'au lavage de cerveau, avec le mélange, dans des proportions plus ou moins variables, de contributions personnelles de l'enfant. » (11). Gardner décrit huit manifestations chez l'enfant du syndrome d'aliénation parentale : rejet et diffamation d'un parent, rationalisation absurde, absence d'ambivalence

normale, réflexe de prise de position pour le parent manipulateur, extension des hostilités à toute la famille et à l'entourage du parent rejeté, phénomène de libre opinion, absence de culpabilité du fait de la cruauté supposée du parent adversaire et adoption de « *scenarii* empruntés (68). Les situations de sévices sexuels pourraient donc entrer dans cette dernière manifestation, à savoir l'adoption de *scenarii* emprunté.

Mais Aubry et Lopez critiquent ce point en précisant que le syndrome d'aliénation parentale n'apparaît pas dans le DSM-V, faute de preuves scientifiques suffisantes (11). Il n'est pas non plus reconnu par la classification internationale des maladies mentales publiée par l'OMS. Johnston, Kelly *et coll*, qui ont été sollicitées par le comité chargé de la révision du DSM-V expliquent qu'il n'y a pas de définition unique de l'aliénation. Elles argumentent également que les preuves soutenant l'existence de l'aliénation sont fondées sur des opinions cliniques et d'experts et que de plus amples recherches sont nécessaires pour distinguer ce qui est du à un « lavage de cerveau » ou ce qui est lié à d'autres types de prises de distances entre parents et enfants (69).

Cette notion serait principalement utilisée dans le domaine juridique et enseignée à l'école de la magistrature française. Aubry et Lopez ajoutent que le syndrome d'aliénation parentale « apporte une solution simple voire simpliste à un problème complexe », risquant « d'inhiber l'esprit critique de certains juges experts ».

A la demande de nombreux professionnels travaillant dans la protection de l'enfance, une note a été rédigée par le Ministère de la Justice à l'intention des magistrats, visant à « les informer du caractère controversé et non reconnu du syndrome d'aliénation parentale » (70).

Nous nous éloignons donc des préoccupations médicales car c'est au juge de se prononcer dans les situations de suspicion de sévices sexuels, que le « syndrome d'aliénation parentale » soit évoqué ou non. Mais il est important de pouvoir apporter les bons conseils aux parents en les informant des recommandations consensuelles de l'audition publique pour l'expertise pénale (71), à savoir :

- Exiger que l'expert désigné pour évaluer un mineur possède une compétence en pédopsychiatrie attestée par sa formation et par une pratique régulière de la spécialité
- Favoriser le recours à une expertise précoce qui peut être réalisée à la demande du parquet ou sur réquisition dans une unité médico-judiciaire pour mineurs
- Visionner l'enregistrement audiovisuel réalisé pendant l'audition du mineur
- Evaluer soigneusement les mécanismes de l'emprise que peuvent exercer le ou les adultes sur le mineur
- Recourir à l'entretien familial, essentiel pour la compréhension de la dynamique interne à la famille et à l'évaluation de la récurrence transgénérationnelle des traumatismes d'ordre sexuel

Enfin, nous concluons cette partie concernant la suggestibilité et le « syndrome d'aliénation parentale », avec une étude demandée par le Ministère de la Justice en 2001, réalisée à partir de 30 000 dossiers issus de deux tribunaux de grande instance et une brigade de mineurs et comparus devant des juges des affaires familiales. Cette étude estime à 0,8% le nombre de fausses allégations de sévices sexuel dans les séparations parentales contentieuses (72). Ce chiffre est à nuancer en lien avec le faible nombre de dossiers rapportant des cas de violences sexuelles et le fait qu'ils s'agissent de décisions de justice « arbitraires » prises par un juge en fonction des différents éléments du dossier.

- **De l'importance du travail d'équipe**

Plusieurs professionnels interrogés insistent sur l'importance du travail en équipe, soit afin d'évaluer la question de la suggestibilité (33% des professionnels interrogés), soit pour débriefer après certaines consultations difficiles, notamment après des révélations de violences sexuelles. Un des professionnels interrogés explique qu'un autre professionnel peut toujours se rendre disponible dans son CMP suite à une consultation révélant des sévices.

Ceci permet un étayage institutionnel qui permet de mieux supporter le poids de certaines situations.

Ceci est d'autant plus important que les soignants psychothérapeutes exerçant, entre autres, auprès d'enfants victimes de sévices sexuels sont plus à risque de fatigue émotionnelle voire de « fatigue de compassion » (qui est une variante du *burn out*) en lien avec le fait qu'un professionnel peut négliger ses propres besoins de soutien car il sera trop concentré sur les besoins de ses patients (73,74). Skovholt soutient notamment le travail en équipe afin de prévenir ces situations de fatigue de compassion (74).

Il aurait été intéressant dans notre étude de pouvoir rencontrer des pédopsychiatres exerçant en libéral : ces professionnels ont moins de possibilités de débriefer en équipe, ce qui pourrait éventuellement être un frein à l'abord de la sexualité voire à la recherche de violences sexuelles.

CONCLUSION

A ce jour, il n'existe pas de moyens de dépistages des violences sexuelles qui fassent consensus et 28% à deux tiers des victimes ne révèlent jamais les violences subies (22,23), vivant ainsi toute leur vie avec des conséquences physiques et psychologiques impactant leur quotidien.

Pourtant il s'agit d'un problème de santé publique majeure : en atteste le fait qu'un premier plan de lutte et de mobilisation triennale contre les violences faites aux enfants soit lancé en 2017. L'ouverture de dix centres du psychotraumatismes en 2019 en France et en outre-mer atteste également de la nécessité de se donner les moyens de prendre en charge ces patients car, à ce jour, rares sont les professionnels formés au dépistage, à la protection et à la prise en charge de ces victimes.

Les professionnels de santé mentale rencontrés dans le cadre de notre étude sont unanimes sur le fait que les situations de sévices ont des conséquences désastreuses pour les enfants et adolescents. Néanmoins, les représentations des différents professionnels sur la question de l'abord de la sexualité et du dépistage des violences sexuelles sont très disparates avec des avis forts différents sur de nombreux points.

Une des pistes développées dans ce travail est qu'un abord plus systématique de la sexualité pourrait permettre un meilleur dépistage des violences sexuelles. Ceci est en accord avec les recommandations du gouvernement pour qui le principal levier de lutte contre les violences sexuelles pour la jeunesse est l'éducation à la vie affective et sexuelle (33). Des données de la littérature appuient également cette hypothèse (15,39,40,42). Il semble donc essentiel de pouvoir aborder de façon plus systématique la sexualité en consultation de pédopsychiatrie, mais une formation des professionnels paraît nécessaire. Rappelons la présence de l'URSAVS dans la région du Nord-Pas de Calais, dont un des rôles est de former

les professionnels qui le souhaitent à la prise en charge des victimes et auteurs de violences sexuelles.

Afin de poursuivre ce travail de recherche, il paraît pertinent de réaliser une étude à plus grande échelle, auprès d'un plus grand nombre de psychiatre de l'enfant et de l'adolescent. Cette démarche permet un travail de sensibilisation et d'évolution des pratiques professionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*. mai 2011;16(2):79-101.
2. Organisation Mondiale de la Santé. La violence à l'encontre des enfants [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/violence-against-children/fr/>
3. Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/maltraitance_sexuelle_fiche_de_synthese.pdf
4. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. mars 2013;48(3):345-55.
5. Michel Huyette. L'inceste et le code pénal [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.huyette.net/2016/03/l-inceste-et-le-code-penal-suite.html>
6. Conseil constitutionnel. Décision n° 2011-163 QPC du 16 septembre 2011 [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2011/2011163QPC.htm>
7. MISSION INTERMINISTERIELLE POUR LA PROTECTION DES FEMMES CONTRE LES VIOLENCES ET LA LUTTE. Violences au sein du couple et violences sexuelles les principales données [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_no4_-_nov_2014-2.pdf
8. Chen Y, Ullman SE. Women's Reporting of Sexual and Physical Assaults to Police in the National Violence Against Women Survey. *Violence Against Women*. mars 2010;16(3):262-79.
9. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde. 2014;
10. 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.
11. I. Aubry, G. Lopez. L'inceste : 36 questions-réponses incontournables. Dunod. 2017.
12. Vincent J. Felitti, MD, FACP, Robert F. Anda, MD. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults, The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study [Internet]. 1998. Disponible sur: https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/about.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Facestudy%2Fabout.html
13. Jonas S, Bebbington P, McManus S, Meltzer H, Jenkins R, Kuipers E, et al. Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological Medicine*. avr 2011;41(04):709-19.
14. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE, COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. *PEDIATRICS*. 1 août 2013;132(2):e558-67.
15. Letourneau EJ, Schaeffer CM, Bradshaw CP, Feder KA. Preventing the Onset of Child Sexual Abuse by Targeting Young Adolescents With Universal Prevention Programming. *Child Maltreatment*. mai 2017;22(2):100-11.
16. Cancel A. Traumatismes infantiles, morphologie cérébrale et schizophrénie : quels liens ? *European Psychiatry*. nov 2015;30(8):S15.
17. Kaplan C, Tarlow N, Stewart JG, Aguirre B, Galen G, Auerbach RP. Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-

- injury and suicidality. *Comprehensive Psychiatry*. nov 2016;71:86-94.
18. Dias de Mattos Souza L, Lopez Molina M, Azevedo da Silva R, Jansen K. History of childhood trauma as risk factors to suicide risk in major depression. *Psychiatry Research*. déc 2016;246:612-6.
 19. Ladouceur CD. L'influence de la puberté sur les circuits neuronaux sous-tendant la régulation des émotions : implications pour la compréhension des risques de troubles affectifs. *Santé mentale au Québec*. 2016;41(1):35.
 20. Busso DS, McLaughlin KA, Brueck S, Peverill M, Gold AL, Sheridan MA. Child Abuse, Neural Structure, and Adolescent Psychopathology: A Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. avr 2017;56(4):321-328.e1.
 21. McCrory EJ, Gerin MI, Viding E. Annual Research Review: Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry - the contribution of functional brain imaging. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. avr 2017;58(4):338-57.
 22. Gordon HM, Connolly DA. Failing to report details of an event: A review of the directed forgetting procedure and applications to reports of childhood sexual abuse. *Memory*. févr 2010;18(2):115-28.
 23. Smith DW, Letourneau EJ, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS, Best CL. Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. *Child Abuse & Neglect*. févr 2000;24(2):273-87.
 24. Kogan SM. Disclosing unwanted sexual experiences: results from a national sample of adolescent women. *Child Abuse & Neglect*. févr 2004;28(2):147-65.
 25. Collin-Vézina D, De La Sablonnière-Griffin M, Palmer AM, Milne L. A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. mai 2015;43:123-34.
 26. JD Guelfi, F. Rouillon. *Manuel de psychiatrie*, 2e édition. Masson. 2012. 346-350 p.
 27. Haute Autorité de Santé. Conférence de consensus, la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. 2000. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
 28. Organisation Mondiale de la Santé. Définition « santé sexuelle » par l'OMS [Internet]. 2002. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
 29. I. Aubin-Auger. *Introduction à la recherche qualitative*. 2008;
 30. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover? 2006;19.
 31. Les CRIAVS [Internet]. Disponible sur: <https://www.ffcriavs.org/les-criavs/>
 32. Boisvert I, Tourigny M, Lanctôt N, Lemieux S. Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés. *Revue de psychoéducation*. 2016;45(1):173.
 33. Avis relatif aux violences sexuelles : une urgence sociale et de sante publique, un enjeu de droits fondamentaux [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037641909&categorieLien=id>
 34. Article L. 312-16 concernant l'éducation à la santé et à la sexualité [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191&idArticle=LEGIARTI000006524776&dateTexte=&categorieLien=cid>
 35. Danielle BOUSQUET, présidente du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. *Rapport relatif à l'éducation à la sexualité - Rapport n°2016-06-13-SAN-021*. 2016.
 36. C. Bodoc. *La Manif Pour Tous s'attaque à l'éducation sexuelle, à coup de mensonges et fake news* [Internet]. Madmoizelle. 2017. Disponible sur: <https://www.madmoizelle.com/manif-pour-tous-intox-education-sexuelle-774513>
 37. Élisabeth Coronel, Arnaud de Mezamat. *Françoise Dolto : Tu as choisi de naître* [Internet]. Disponible sur: http://www.film-documentaire.fr/4DACTION/w_fiche_film/1022_1
 38. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Feuille de route stratégie nationale de santé*

- sexuelle 2018-2020. 2018; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf
39. Candice M, Fryda and Polly A. Hulm. School-Based Childhood Sexual Abuse Prevention Programs: An Integrative Review. *The Journal of School Nursing*. Août 2014;
 40. Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. 2015;123.
 41. Organisation Mondiale de la Santé. Santé / Prévention - Définition du concept de « Prévention en Santé Publique » [Internet]. 1948. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>
 42. Letourneau EJ, Eaton WW, Bass J, Berlin FS, Moore SG. The Need for a Comprehensive Public Health Approach to Preventing Child Sexual Abuse. *Public Health Reports*. mai 2014;129(3):222-8.
 43. Kraus F, Rohmer T. Les adolescents et le porno : vers une « Génération Youporn » ? 2017;34.
 44. Un collégien sur cinq concerné par la cyberviolence. 2014;4.
 45. Turner D, Nieder TO, Dekker A, Martyniuk U, Herrmann L, Briken P. Are medical students interested in sexual health education? A nationwide survey. *International Journal of Impotence Research*. sept 2016;28(5):172-5.
 46. Putnam FW. Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. mars 2003;42(3):269-78.
 47. Shin LM. Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1 juill 2006;1071(1):67-79.
 48. Salmona M. L'impact psychotraumatique des violences sur les enfants : la mémoire traumatique à l'œuvre. *La Revue de Santé Scolaire et Universitaire*. janv 2013;4(19):21-5.
 49. Salmona. Mémoire traumatique et conduites dissociantes. Dunod. 2012.
 50. Salmona L. CLINIQUE DU PSYCHOTRAUMATISME [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/conduites-a-risque.html>
 51. S. J. Ceci MB. Suggestibilité des enfants : approches légales et comportementales de 1900-1985. 1998;
 52. Cyr M. Recueillir la parole de l'enfant témoin ou victime. Dunod. 2014. 51-77 p.
 53. A. M. Crossman, L. Melnyk. Individual and developmental differences in suggestibility. 2004;
 54. Harris L. S., Goodman G. S. Children's resistance to suggestion. 2009;
 55. Malloy L.C., Quas J. A. Children's suggestibility : areas of consensus and controversy. 2009;
 56. Malloy L.C., Lyon T.D., Quas J. A. Filial dependency and recantation of child sexual abuse allégations. 2007;
 57. Garven S., Wood J. M., Malpass R.S. More than suggestion : the effect of interviewing techniques from the McMartin preschool case. 1998;
 58. Garven S., Wood J. M., Malpass R.S. Allegations of wrongdoing : the effects of reinforcement on children's mundane and fantastic claim. 2000;
 59. Poole D.A., Lamb M.E. Investigating interviews of children : a guide for helping professionals. 1998;
 60. Ceci S.J., Bruck M. Loftus's lineage in developmental forensic research : six scientific misconceptions about children's suggestibility. 2007;
 61. Bauer PJ, Pathman T. Memory and Early Brain Development. :4.
 62. Bauer PJ. Development of episodic and autobiographical memory: The importance of remembering forgetting. *Developmental Review*. déc 2015;38:146-66.
 63. Silva EA, Manzanero AL, Contreras MJ. MEMORY AND LANGUAGE IN TESTIMONIES OF 3- TO 6- YEAR OLD CHILDREN. :8.
 64. David La Rooy, Michael E. Lamb, and Margaret-Ellen Pipe. Repeated Interviewing: A critical evaluation of the risks and potential benefits. 2009;

65. E. Tulving, D-M. Thomson. Encoding specificity and retrieval processes in episodic memory. *Psychological Review*. 1973;Vol. 80, No. 5, 352-373.
66. Principe GF, Schindewolf E. Natural conversations as a source of false memories in children: Implications for the testimony of young witnesses. *Developmental Review*. sept 2012;32(3):205-23.
67. Thierry KL, Lamb ME, Orbach Y. Awareness of the origin of knowledge predicts child witnesses' recall of alleged sexual and physical abuse. *Applied Cognitive Psychology*. déc 2003;17(8):953-67.
68. Gijseghem HV. Le syndrome d'aliénation parentale (S.A.P.). *Journal du droit des jeunes*. 2002;218(8):38.
69. Kelly JB, Johnston JR. THE ALIENATED CHILD:A Reformulation of Parental Alienation Syndrome. *Family Court Review*. 15 mars 2005;39(3):249-66.
70. Ministère de la Justice ; journal officiel du Sénat. Syndrome d'aliénation parentale : 15e législature. [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2017/qSEQ171202674.html>
71. Rossinelli G, Dosquet P, Grohens M, Painsavoine C, Pascal J-C, Richard N, et al. COMITÉ D'ORGANISATION. 2007;71.
72. JL. Viaux. Etude des dossiers d'allégations d'abus sexuels dans les séparations parentales contentieuses - Ministère de la Justice. 2001;
73. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*. nov 2002;58(11):1433-41.
74. Skovholt TM, Grier TL, Hanson MR. Career Counseling for Longevity: Self-Care and Burnout Prevention Strategies for Counselor Resilience. *Journal of Career Development*. janv 2001;27(3):167-76.

ANNEXE

Retranscription	Extraction de thème	Thème unificateur
« ...jeunes filles à qui je demande si elles prennent la pilule et si elles ont déjà eu un rapport sexuel... »	Contraception Sanitaire	Educatif
« Je questionne toujours sur « est-ce qu'il y a un petit copain, une petite copine » »	En couple	Educatif
« c'est nécessaire de l'aborder (...) quand il y a un lien de confiance qui s'est bien établi avec le jeune, avec les parents »	Confiance	Mode de questionnement
« les enfants ou les ados ne vont pas en parler d'eux-mêmes (...) je pense (...) que si on va pas les chercher, on y aura pas accès »	Montrer que le sujet est accessible	Educatif
« en dehors des abus sexuels où je peux être amenée à poser directement la question, je ne pense pas (...) poser des questions autour de la sexualité si ce n'est pas amené par le patient »	Seulement si abus suspecté	Non systématique
« Il y a une exposition à la télé qui est dans une ambiance hyper sexualisée »	Société hyper sexualisée	Educatif
« essayer de pouvoir repérer et véhiculer des repères sains qui sont pas forcément les repères véhiculés par les réseaux sociaux. »	Société hyper sexualisée	Educatif
« la question de l'exposition via les réseaux sociaux »	Société hyper sexualisée	Educatif
« je pense aussi qu'il y a un accès visuel sans parole, sans explication, sans accompagnement, très tacite chez des très jeunes enfants. »	Société hyper sexualisée	Educatif
« pas entendu parler donc il y a un travail éducatif... »	Sanitaire	Educatif

« Je vois bien la sexualité infantile dans le développement et comment on l'explique aux adultes, aux parents. »	Education/information des parents	Educatif
« Si les auteurs font partis du milieu familial, ça peut être l'occasion de couper le suivi par exemple. Et donc ça c'est un risque. »	Alliance thérapeutique	Risque à aborder la sexualité
« C'est comme aborder le risque suicidaire : pour moi il n'y a pas de risque. »	Absence de risque	Aucun risque
« Je pense qu'il faut être très prudent dans la façon dont on l'amène pour pas être vécu comme intrusif, violent et abuseur. Ça peut (...) réactiver un trauma »	Intrusif Raviver psychotrauma	Risque et freins pour le patient
« Je dirais que c'est avant tout les parents qui doivent accompagner les choses et tout ça. »	Sexualité abordée par les parents	Sexualité non abordée
« Après, moi j'essaie d'aborder ces questions là en étant jamais seule avec l'enfant, plutôt à 2 pour permettre de trianguler un peu les choses. »	Travail en équipe Binôme	Précautions quant au risque de suggestibilité
« Je me dis que je ne suis pas l'enquêteur. Il y a un moment, si j'ai assez d'éléments, je ne vais pas aller beaucoup plus loin et je vais signaler »	Pas au pédopsy de connaître la vérité	Peu importe la suggestibilité
« On est toujours en train de naviguer entre le trop et le pas assez. »	Position du pédopsy difficile	Précautions quant au risque de suggestibilité
« Est-ce que c'est forcément à la pédopsychiatrie de porter le dépistage des violences sexuelles ? Je ne sais pas... »	Pas du champ de la pédopsychiatrie	La sexualité n'a pas sa place dans le dépistage des VS
« ça dépasse pour moi le champ de la pédopsychiatrie la question de la prévention des violences sexuelles »	Pas du champ de la pédopsychiatrie	La sexualité n'a pas sa place dans le dépistage des VS

AUTEUR : Nom : BRASME

Prénom : Mathilde

Date de Soutenance : 20 septembre 2019

Titre de la Thèse : abord de la sexualité en consultation de pédopsychiatrie : intérêt préventif et/ou de repérage des violences sexuelles ?

Étude qualitative auprès de 12 pédopsychiatres du Nord et du Pas de Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : DES de psychiatrie

DES de médecine, spécialité psychiatrie

Mots-clés : psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, violences sexuelles, prévention secondaire, étude qualitative, suggestibilité, psychotraumatisme

RÉSUMÉ

Contexte : les violences sexuelles ont de multiples conséquences sur la santé physique et psychique, constituant une réelle problématique de santé publique. Ces violences sont souvent sous-diagnostiquées avec des délais de révélation qui peuvent être très longs. Nous nous sommes posés la question de savoir si un abord plus systématique de la sexualité en consultation de pédopsychiatrie permettrait un meilleur dépistage des violences sexuelles et une prise en charge plus précoce. **Méthode :** il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de 12 pédopsychiatres du Nord et du Pas-de-Calais du secteur public exerçant auprès d'enfant de 0 à 18 ans. L'objectif primaire de cette étude est d'analyser la manière dont est explorée la sexualité en consultation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. L'objectif secondaire est d'analyser les liens que ces professionnels peuvent faire entre l'abord de la sexualité et le dépistage des violences sexuelles. Les données ont été analysées avec le logiciel NVivo et la méthode de la théorie ancrée : des thèmes ont été extraits des retranscriptions des entretiens et regroupés en plusieurs thèmes unificateurs afin de faire émerger de nouveaux éléments de théorisation. **Résultats :** les résultats ont été regroupés en 4 catégories : aborder la sexualité, facteurs limitant l'abord de la sexualité, représentation sur les violences sexuelles et liens entre violences sexuelles et sexualité. Les professionnels rencontrés ont des représentations très disparates sur la question de l'abord de la sexualité et du dépistage des violences sexuelles avec de nombreux avis différents, détaillés dans cette étude. Parmi les résultats obtenus, on retrouve, entre autre, que 33% des professionnels abordent la question de la sexualité dans un but sanitaire et éducatif, 42% des professionnels estiment qu'aborder la sexualité ne relève pas du champ de la pédopsychiatrie, 42% des professionnels perçoivent le fait d'aborder la sexualité en consultation comme un risque d'être traumatique, 42% des professionnels estiment que le risque de suggestibilité est assez rare en pratique. **Conclusions :** à ce jour il n'existe pas de moyens de dépistages des violences sexuelles qui fassent consensus ; une des pistes développées dans ce travail est qu'un abord plus systématique de la sexualité pourrait permettre un meilleur dépistage des violences sexuelles, ce qui semble en accord avec les recommandations ministérielles.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur THOMAS

Asseseurs : Monsieur le Professeur VAIVA
Monsieur le Professeur COTTENCIN
Monsieur le Docteur MEDKANE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur LAUWERIER

