



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Les représentations des psychiatres sur la sexualité des adolescents hospitalisés en pédopsychiatrie : étude qualitative auprès de 11 psychiatres des Hauts de France.

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2022 à 14h30
au Pôle Formation
par **Nabil CHOUAÏBI**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Laurent DUPEYRAS

Monsieur le Docteur Éric SALOMÉ

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles-Edouard NOTREDAME

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CAA : Cour Administrative d'Appel

CEDH : Convention Européenne des Droits de l'Homme

CIM-11 : Classification internationale des maladies 11

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

Cour EDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida et pour la santé des jeunes

CSP : Code de Santé Publique

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale Hauts-de-France

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LGBTQIA+ : Lesbienne, Gay, Bi, Transgenre, Queer, Intersexe, Asexuel+

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TSA : Trouble du Spectre Autistique

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

VIH, VHB, HPV : Virus de l'Immunodéficience Humaine, Virus de l'Hépatite B, Human Papillomavirus

WAS : World Association for Sexual Health

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	8
INTRODUCTION	11
1. LA SEXUALITÉ : UNE TÂCHE DÉVELOPPEMENTALE À L'ADOLESCENCE PLURIELLE	11
2. LA SEXUALITÉ : UNE CONDITION A LA SANTÉ.....	14
2.1. Le concept de santé sexuelle	14
2.2. Santé mentale et sexualité.....	15
3. LA SEXUALITÉ ADOLESCENTE À L'ÉPREUVE DES TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE	16
3.1. Impacts des troubles de la santé mentale et leurs traitements sur la sexualité	16
3.2. La sexualité comme objet d'adversité	17
3.3. Les comportements problématiques liés à la sexualité.....	18
4. LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTS HOSPITALISÉS EN PSYCHIATRIE.....	21
4.1. Les enjeux développementaux de l'adolescent à l'hôpital	21
4.2. La réglementation et la place de la sexualité en institution psychiatrique	22
4.3. Les enjeux de la sexualité des adolescents à l'hôpital.....	23
4.4. Les fondements des décisions médicales autour de la sexualité.....	25
OBJECTIFS :	28
MATERIEL ET MÉTHODE	29
1. CHOIX DE LA METHODE.....	29
2. REPRÉSENTATION SOCIALE.....	30
3. POPULATION D'ÉTUDE :	31
3.1. Critères d'inclusions :.....	31
3.2. Critères d'exclusions :.....	31
4. RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS :.....	32
5. MATERIEL :.....	33
5.1. Le guide d'entretien	33
5.2. Le recueil des données	34
5.3. Exploitation des données.....	35
5.4. Cadre légal et éthique.....	36
RÉSULTATS	37
1. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON	37
2. DIRE LA SEXUALITÉ À L'HÔPITAL : UN DÉFI	38
2.1. UN SUJET NÉCESSAIRE À ABORDER	38
2.1.1. Un sujet qu'on ne peut ignorer	38

2.1.2.	Un sujet instituant un rôle pluriel au service de l'adolescent	39
2.1.3.	Un sujet possible et incidemment abordé	40
2.2.	UN SUJET SUSCITANT DES RÉTICENCES	41
2.2.1.	Un sujet sensible occasionnant des appréhensions	41
2.2.2.	Un sujet questionnant le rôle du psychiatre	42
2.2.3.	Un sujet in-à-propos du fait du temps et de l'espace.....	43
2.2.4.	Un sujet nécessitant préparation	43
3.	L'AMBIVALENCE DU PSYCHIATRE FACE À LA SEXUALITÉ AGIE À L'HÔPITAL	45
3.1.	UNE SEXUALITÉ ATTENDUE A L'HÔPITAL.....	45
3.1.1.	Sexualité inévitable à l'hôpital.....	45
3.1.2.	Sexualité tolérable à l'hôpital.....	46
3.1.3.	Sexualité souhaitable.....	47
3.2.	UNE SEXUALITÉ DIFFICILEMENT CONCEVABLE	47
3.2.1.	L'hôpital déssexualise.....	47
3.2.2.	L'hôpital, un lieu inadapté.....	48
3.2.3.	L'hôpital corrompt la sexualité.....	49
3.2.4.	L'hôpital menacé par la sexualité	50
4.	LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTS, L'HÔPITAL CONVOQUE LA POSTURE NORMATIVE	51
4.1.	LA SEXUALITÉ ENGAGE LA RESPONSABILITÉ	51
4.1.1.	Responsabilité soignante engagée	51
4.1.2.	Responsabilité parentale engagée.....	51
4.2.	LA SEXUALITÉ INCITE À POSER DES LIMITES	52
4.3.	LA SEXUALITÉ POUSSE AU CONTRÔLE	53
4.4.	LA SEXUALITÉ CONFLICTUALISE LE CONTRÔLE ET LA POSTURE SOIGNANTE	54
5.	LA CONTRADICTION DU CADRE INSTITUTIONNEL FACE A LA SEXUALITÉ AGIE	55
5.1.	COMPOSER AVEC DES RÈGLES ILLISIBLES	55
5.1.1.	Composer avec le paradoxe de l'interdit	55
5.1.2.	Composer avec le paradoxe du cadre.....	56
5.1.3.	Composer avec des postures normatives contradictoires chez les équipes soignantes	57
5.1.4.	Composer avec une politique indéterminée.....	57
5.2.	COMPOSER AVEC LA FAIBLESSE DU CADRE	58
5.2.1.	Par la réflexion institutionnelle	58
5.2.2.	Par un cadre individualisé	58
6.	LA PLAINTÉ D'AGRESSION SEXUELLE A L'HÔPITAL, UN ENGAGEMENT MULTIPLE.....	59
6.1.	Engager les questionnements.....	59

6.2.	Engager la justice.....	60
6.3.	Engager les parents	61
6.4.	Engager les soins	61
6.5.	Engager le doute	62
7.	LA TENUE VESTIMENTAIRE A L'HÔPITAL : REFLET DE LA SEXUALITE	63
7.1.	La tenue sexualise	63
7.2.	La tenue convoque la posture normative	63
7.3.	La tenue convoque la posture soignante.....	64
8.	LA SEXUALITÉ À L'HÔPITAL : DES VOIES D'AMELIORATION	65
8.1.	Améliorer la formation	65
8.2.	Améliorer la réflexion	65
8.3.	Améliorer l'abord	66
	DISCUSSION	68
1.	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	68
1.1.	Points forts méthodologiques.....	68
1.1.1.	Une étude originale	68
1.1.2.	Mode de recrutement de l'échantillon.....	68
1.1.3.	Entretiens	68
1.1.4.	Triangulation des données	69
1.1.5.	COREQ.....	69
1.2.	Limites méthodologiques.....	69
1.2.1.	Manque d'expérience du chercheur.....	69
1.2.2.	Absence de saturation des données	69
1.2.3.	Population et recrutement.....	70
2.	DISCUSSION AUTOUR DES RÉSULTATS.....	71
2.1.	LA PSYCHIATRIE ET LA SEXUALITÉ A L'HÔPITAL, UN HÉRITAGE DANS LES PRATIQUES	71
2.1.1.	La psychiatrie et la sexualité, l'histoire d'un interdit moral.....	71
2.1.2.	La psychiatrie et l'hôpital comme instance normalisatrice.....	73
2.1.3.	La psychiatrie et le silence du corps	74
2.1.4.	La psychiatrie et la sexualité, une réactualisation de son histoire	74
2.2.	LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTS AU COEUR DES REPRESENTATIONS SOCIALES	77
2.2.1.	La sexualité des adolescents : une sexualité préoccupante.....	77
2.2.2.	Le psychiatre, représentant de la société ?.....	80
2.3.	ÉTABLIR DES RÈGLES A L'HÔPITAL, UNE AFFAIRE DE POINT DE VUE	84
2.3.1.	Des représentations différentes à des normes différentes	84
2.3.2.	La nécessité d'une politique institutionnelle	87

2.4.	ÉTABLIR DES RÈGLES A L'HÔPITAL, ENTRE DROITS ET DEVOIRS	90
2.4.1.	Le clair-obscur juridique de la sexualité.....	90
2.4.2.	Le statut de mineur et la sexualité	93
2.4.3.	La question du consentement	95
2.4.4.	La question de l'autorité parentale	97
2.4.5.	Le secret médical face à la sexualité à l'hôpital.....	98
2.5.	DE L'IMPORTANCE D'ABORDER LA SEXUALITÉ À L'HÔPITAL	100
2.5.1.	L'importance d'en parler.....	100
2.5.2.	L'importance de prévenir.....	103
2.5.3.	L'importance d'éduquer.....	106
2.5.4.	L'importance de soigner.....	108
2.6.	ABORDER LA SEXUALITÉ A L'HÔPITAL, UN EXERCICE LIMITÉ.....	111
2.6.1.	L'adolescent a ses limites	111
2.6.2.	Le psychiatre a ses limites	114
2.6.3.	L'hôpital a ses limites	117
	CONCLUSION	120
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	123
	ANNEXES	135

RÉSUMÉ

Introduction : La sexualité est un pivot développemental à l'adolescence nécessaire à la construction de l'individu. Le psychiatre considère la sexualité de l'adolescent sur le plan développemental et ses enjeux en termes de contribution ou d'altération de la santé globale qui comprend la santé mentale et la santé sexuelle. A l'hôpital, le clinicien sera alors peu étayé pour pouvoir penser la sexualité des adolescents devant l'absence de recommandations suffisantes ou devant des politiques institutionnelles taisant cette question. Dans ce contexte, les postures soignantes et normatives du psychiatre sont potentiellement régies par son appréciation subjective et ses jugements propres. Devant l'influence des représentations dans ses décisions, ce travail s'est intéressé aux représentations sociales des psychiatres sur la sexualité des adolescents à l'hôpital.

Méthode : il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de 11 psychiatres des Hauts de France exerçant auprès de services accueillant des adolescents de 12 ans à 25 ans. L'objectif principal était d'explorer les représentations qu'ont les psychiatres de la sexualité des adolescents hospitalisés en temps complet. Les objectifs secondaires étaient d'analyser les différentes positions professionnelles et les suggestions pour améliorer les pratiques.

Résultats : Pour le psychiatre, aborder la sexualité était un défi à l'hôpital, sujet considéré comme nécessaire à aborder et suscitant des réticences. Il existait une ambivalence face à la sexualité agie à l'hôpital, du fait d'une sexualité attendue et difficilement concevable à l'hôpital. L'hôpital convoquait la posture normative face à la sexualité des adolescents. Le psychiatre a pointé la contradiction du cadre face à la sexualité agie où il devait composer avec des règles illisibles et la faiblesse du cadre. Le psychiatre a défini de multiples engagements qu'impliquaient la plainte

d'agression sexuelle à l'hôpital. La tenue vestimentaire, en étant un reflet de la sexualité, entraînait chez le psychiatre un engagement de ses représentations et ses postures normatives et soignantes. Le psychiatre a proposé une amélioration de la formation, de la réflexion institutionnelle et de l'abord de la sexualité à l'hôpital.

Conclusion : Par l'ampleur des enjeux qu'elle cristallise, la sexualité interroge le psychiatre dans ses propres représentations et ses pratiques. Une réflexion approfondie s'impose alors sur ce sujet qui devrait être diligentée par les soignants dans l'institution. Dire la sexualité est un exercice possible et indispensable que ce soit au service de l'adolescent, de l'institution et sa politique et des soignants dans une perspective d'échange et de formation.

Ne pas parler de sexualité c'est... ne pas parler de soi.

Michel Conte

INTRODUCTION

1. LA SEXUALITÉ : UNE TÂCHE DÉVELOPPEMENTALE À L'ADOLESCENCE PLURIELLE

L'adolescent, qui correspond étymologiquement à « celui qui est en train de grandir vers » (1), renvoie à un processus de développement se caractérisant par d'importantes modifications sur les sphères physique, cérébrale, cognitive et socio-affective (2). L'exécution de tâches développementales sur ces différentes sphères va occuper au premier plan les préoccupations de l'adolescent avec une succession ou des chevauchements de ces modifications physiques, cognitives, sociales et identitaires.

Le primum-movens de cette période d'accélération développementale correspond à un phénomène biologique central : la puberté. Cette étape, qui ébranle abruptement le fonctionnement global de l'enfant (3) implique la sexualisation du corps et des pensées et ne se limite pas seulement aux caractères dits « sexuels » mais bien à l'intégralité de la personne. Gutton nomme « pubertaire » la mutation psychique qui fait le pendant de ces transformations physiques(4). Les modifications somatiques pubertaires peuvent se regrouper en trois catégories : la croissance staturale, l'évolution des caractères sexuels primaires (organes génitaux) et secondaires (voix, pilosité, seins, systèmes musculaire). Après les signes précurseurs de l'apparition des caractères sexuels secondaires (pilosité dans les deux sexes, développement des seins chez les filles, mue de la voix et développement musculaire chez les garçons) vient l'avènement biologique même de la puberté : les premières éjaculations pour les garçons et les premières règles pour les filles(5). La puberté induira à travers la poussée staturale et le développement des caractères sexuels des modifications du schéma corporel et donnera accès à un corps sexuellement mature capable de

procréer. Ainsi une des premières tâches développementales consistera ainsi à intégrer cette nouvelle image corporelle et cette nouvelle réalité du corps sexuellement mature qui donne l'accès à une fécondité(6). La puberté modulera de ce fait la relation que l'adolescent aura avec lui-même, avec autrui et avec le monde à travers la recherche expériences.

Sur le plan de l'exploration, le déroulement de cet axe développemental, rendu visible par le processus pubertaire, se déroule un « gradient général du développement psychosexuel »(7,8). L'exploration et la découverte progresse alors selon un continuum comme se tenir la main, les caresses, les touchers aux poitrines, puis aux organes génitaux pour ensuite en venir à plus de mutualité dans les échanges jusqu'au premier rapport sexuel(9,10).

Durant cette phase sera mis en jeu le développement d'une identité liée au sexe(11). Le fondement d'une part essentielle de l'identité de l'adolescent va effectivement se consolider durant cette période qui se construira autour de trois dimensions étroitement intriquées(12).

- L'identité sexuée correspondant au fait de se reconnaître comme ayant un sexe masculin ou féminin et ayant des comportements dits masculins ou féminins (13)
- L'identité de genre correspondant à la manière dont on se considère et on se représente dans notre façon d'être dans le domaine social
- L'identité sexuelle correspond aux préférences sexuelles et aux orientations sexuelles

La construction de l'identité liée au sexe, se sentir et se reconnaître fille ou garçon ou autre, et la reconnaissance de cette identité par les autres seront des facteurs

essentiels de l'intégration sociale et des modalités relationnelles en termes d'amour ou d'amitié (12).

Enfin, cette évolution se réalise dans le cadre plus global de la prise d'autonomie progressive de l'adolescent à l'égard de sa famille, afin de se tourner vers d'autres objets d'investissements comme le groupe des pairs et les relations d'intimité jusqu'à la relation de couple en deuxième partie d'adolescence.(14) Le Breton dira à ce sujet « La sexualité est un moment essentiel à l'adolescence car, au-delà du plaisir, elle contribue au sentiment de soi, elle s'ancre dans un genre, elle coupe symboliquement les amarres avec les parents »(15).

Devenir adolescent c'est non seulement se confronter aux modifications physiques amenées par la puberté, découvrir une sexualité impliquant d'accepter ce nouveau corps et élaborer avec les enjeux de cette sexualité. Il s'agit également de se repositionner par rapport aux parents, d'investir les relations avec ses pairs et accéder à une identité sociale nouvelle. De ce fait la sexualité, en étant au carrefour d'enjeux multiples d'ordre relationnel, social et identitaire, se présente donc comme un support au développement personnel et interpersonnel de l'adolescent(16,17).

Ce pivot développemental autour de la sexualité s'inscrit dans une perspective de contribution à la santé globale de l'adolescent qui comprend la santé sexuelle et la santé mentale.

2. LA SEXUALITÉ : UNE CONDITION A LA SANTÉ

2.1. Le concept de santé sexuelle

La santé sexuelle correspond à une approche globale de la sexualité et ne se limite pas uniquement aux aspects sanitaires.(18)

Dans l'approche des soins holistiques soutenue par l'OMS on retrouve ainsi une définition du concept de « santé sexuelle » dans une dimension positive :

« 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 source de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. »(19)

Cette définition se repose sur trois principes fondamentaux(20).

- L'autonomie permet à chacun de décider librement et de contrôler sa propre sexualité. Cela passe par le choix du (des) partenaire(s), des pratiques sexuelles souhaitées, les outils d'information, ainsi que les lois permettant à l'individu d'avoir un regard critique et autonome sur sa propre sexualité.
- Le sentiment de satisfaction sexuelle amenant l'adolescent à ressentir un sentiment global de satisfaction et à être en adéquation entre sa sexualité et ses propres valeurs incluant les dimensions émotionnelles et affectives, les dimensions psychiques d'estime de soi ainsi que les dimensions sociales.
- La notion de sécurité suppose de la part des individus la capacité à percevoir les situations qui présentent un risque pour leur santé et à y apporter des réponses mais également à identifier leurs moments de vulnérabilité et à les anticiper.

Le concept de santé sexuelle permet donc de recentrer la santé sexuelle de manière positive, autour de la prévention et du soin ainsi que l'éducation.

2.2. Santé mentale et sexualité

Le déroulement harmonieux du développement sexuel de l'adolescent est également une condition d'une bonne santé mentale : plusieurs travaux soulignent en effet le rôle central du développement sexuel dans la santé et le bien-être des jeunes et l'influence positive d'une sexualité épanouissante dans la satisfaction générale à l'égard de la vie(21–23). En dehors de toute perspective pathologisante, la sexualité comme facteur de qualité de vie aura un impact positif sur la santé mentale des adolescents à travers un état de bien être mental et un accès à une notion de satisfaction sur le plan émotionnel et affectif.

À ce sujet la stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 du ministère des Solidarités et de la Santé préconise de renforcer les liens entre la santé mentale et la santé sexuelle dans la prise en charge des adolescents(24).

Il est donc nécessaire de considérer dans les pratiques pédopsychiatriques l'importance de la sexualité sur le plan développemental et de ses enjeux en termes de réciprocity sur la contribution ou l'altération de la santé mentale. De ce fait il s'agit d'envisager dans les pratiques les liens entre les troubles de la santé mentale et la sexualité.

3. LA SEXUALITÉ ADOLESCENTE À L'ÉPREUVE DES TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE

3.1. Impacts des troubles de la santé mentale et leurs traitements sur la sexualité

En s'appuyant sur le champ d'action du psychiatre qui concerne l'ensemble des troubles de la santé mentale il est possible d'imaginer l'intrication potentielle entre ces troubles et la sexualité en termes d'enjeux développementaux et de santé chez les adolescents. Dans l'approche « bio-psycho-sociale » le psychiatre prend constamment la dimension développementale et l'ensemble des conditions pouvant entraver le développement.

Certaines pathologies dans leurs constitutions vont entraîner l'émergence au minimum de difficultés sexuelles pouvant impacter la santé sexuelle ou entraîner un retard sur l'accomplissement des tâches du développement sexuel.

- Par exemple, l'anorexie mentale entraîne dans le spectre de ses troubles sexuels l'autoreprésentation pathologique du sexe, du rôle sexuel, de l'orientation sexuelle et des relations de couple (25) . Elle pourrait entraîner également des conséquences sur la libido du fait de ses troubles somato-endocriniens(26).
- Par ailleurs la schizophrénie peut entraîner des difficultés dans les domaines du désir, de l'excitation sexuelle et de l'orgasme(27). Le fonctionnement sexuel est également influencé par la présence de symptômes négatifs tels que l'anhédonie, l'apathie, l'aboulie et l'affect émoussé qui diminuent les possibilités de relations interpersonnelles et d'expériences sexuelles(28,29)

La iatrogénie des traitements psychotropes peut également impacter le fonctionnement sexuel et donc le développement sexuel.

- Un traitement antidépresseur par exemple peut compliquer toutes les phases de la réponse sexuelle (l'éjaculation retardée, l'anorgasmie, le trouble érectile) induisant des troubles sexuels(30,31).
- Les antipsychotiques augmentent le risque de développer des troubles sexuels à travers plusieurs mécanismes, tels que l'hyperprolactinémie et leur effet antidopaminergique, mais également par leur effet antiadrénergique, antihistaminique, et antimuscarinique.(29,32,33)

A cela s'ajoute l'enjeu de l'observance thérapeutique qui peut être compromise par l'impact indésirable sur le fonctionnement sexuel des adolescents qui peuvent, en retour, réduire la compliance à leurs traitements médicamenteux.

3.2. La sexualité comme objet d'adversité

Les violences sexuelles touchent de nombreuses personnes, en France et dans le monde entier avec de multiples conséquences au long cours sur la santé physique et psychique(34).

L'agression sexuelle durant l'enfance ou l'adolescence constitue un facteur de risque non spécifique pour un ensemble de problèmes de santé mentale et de troubles psychiatriques divers(35–38). Par exemple l'agression sexuelle durant l'enfance est associée à un risque jusqu'à 5 fois plus élevé de vivre des expériences psychotiques (ex. : hallucinations)(39). L'agression sexuelle est également associée à un risque accru de polymédication lors de l'admission en psychiatrie, de prise d'antipsychotiques à la sortie de leur séjour en psychiatrie et à des séjours hospitaliers plus longs (40).

Par ailleurs l'OMS considère que les auteurs de violences sexuelles agissent préférentiellement sur les personnes vulnérables. Parmi les facteurs de risque d'être victime l'OMS rapporte les troubles de la santé mentale(41). Il serait erroné devant le

risque de responsabilisation des victimes de considérer qu'être victime de violence sexuelle est due à un trouble de la santé mentale. Cependant certains auteurs estiment qu'il existe des facteurs de vulnérabilité vis-à-vis des violences sexuelles. Par exemple selon eux les femmes adolescentes et adultes ayant un TSA présentent un risque accru de subir une agression sexuelle(42,43)

Les jeunes appartenant à la communauté LGBTQIA+ peuvent faire face aux discriminations liées à l'orientation sexuelle et au genre. Ces phénomènes sous-tendus par l'homophobie ou le soupçon d'appartenance à une minorité sexuelle ou de non-conformité de genre entraînent des processus d'exclusion, de stigmatisation et provoquent ainsi chez eux une perte d'estime de soi, une perte de confiance dans l'avenir et les autres.

Certains adolescents, face à la répétition de ces phénomènes adverses, peuvent alors en réponse manifester une détresse psychologique et s'exposer donc à plus de risques que dans une population générale d'avoir des idées suicidaires ou de réaliser des tentatives de suicides(44,45).

3.3. Les comportements problématiques liés à la sexualité

La sexualité peut être engagée sur le plan comportemental par des comportements à risque. La notion de conduite sexuelle à risque fait référence aux comportements sexuels induisant une prise de risque pour la santé : la consommation de toxiques avant les relations sexuelles, l'existence de partenaires multiples ou la non utilisation de moyens de protection(46–48). Ces conduites peuvent exposer l'adolescent à une précarisation de sa santé par la contraction d'infections sexuellement transmissibles (IST) ainsi qu'à la confrontation à des difficultés d'adaptation sur le plan scolaire et social (49,50).

- L'adolescent peut aménager des traits de personnalités pathologiques dont une personnalité limite bien que la pertinence d'un diagnostic de trouble de la personnalité à l'adolescence soit interrogeable (42). Elle se manifeste dans au moins deux domaines potentiellement dommageables : comportements sexuels à risque ou l'usage de drogues(51,52).
- Le type d'attachement pourra également selon certains auteurs exposer à un risque plus important de présenter des comportements sexuels à risques : un attachement de type préoccupé, caractérisé par une vision négative de soi et une vision positive des autres et caractérisé par une recherche d'intimité et d'approbation est associé à davantage de comportements sexuels à risques et ce uniquement chez les adolescents(53).

Par ailleurs la sexualité chez les adolescents est également engagée chez certains dans le champ de la transgression sexuelle : les mineurs agresseurs sexuels sont définis comme des jeunes âgés de 12 à 18 ans qui ont déjà été condamnés pour une infraction à caractère sexuel, qui ont déjà posé un acte pour lequel ils pourraient être condamnés, ou qui ont eu un geste à caractère sexuel sans le consentement de la personne visée ou par une manipulation affective ou par du chantage(54,55). Ces processus impliquent des comportements sexuellement inappropriés, sans contacts interpersonnels, dirigés vers soi-même ou vers autrui, aux comportements sexuellement agressifs, comprenant des contacts sexuels caractérisés par un recours aux menaces, à la force, à la coercition ou à l'agression(56).

Enfin selon les classifications internationales des troubles de la santé mentale on retrouve certaines formes de la sexualité caractérisées comme des troubles à part entière.

- Le DSM-5 décrit dans sa catégorie nosographique autour de la sexualité les dysfonctions sexuelles et les paraphilies. Huit types de paraphilies y sont décrites, comme l'exhibitionnisme ou la pédophilie et s'y ajoute une catégorie « paraphilie non spécifiée par ailleurs » permettant de classer d'autres comportements sexuels déviants moins fréquemment rencontrés, tels que la zoophilie ou la nécrophilie(57).
- La CIM-11 décrit le trouble compulsif du comportement sexuel depuis que l'OMS a légitimé ce que l'on nommait auparavant hypersexualité ou addiction sexuelle en reconnaissant le «trouble du comportement sexuel compulsif» comme un trouble de la santé mentale(58,59).

Dans ses pratiques, le psychiatre est donc amené à considérer le développement « physiologique » de l'adolescent tout comme les pathologies pouvant engager la sexualité des adolescents et ainsi faire souffrance. Ces dimensions peuvent prendre une place déterminante dans la mise en soins et les prises en charges spécifiques que le psychiatre peut apporter.

Parmi les prises en charges spécifiques, l'hospitalisation peut être décidée lorsque le parcours des adolescents se confronte à des épisodes de détresse importante où la souffrance atteint un niveau paroxystique. Il s'agit donc de considérer la sexualité des adolescents lorsque leur trajectoire de soins implique une hospitalisation complète.

4. LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTS HOSPITALISÉS EN PSYCHIATRIE

4.1. Les enjeux développementaux de l'adolescent à l'hôpital

Le recours à l'hospitalisation peut se présenter comme un outil contribuant à mobiliser une situation de crise ou d'impasse développementale temporaire dans la trajectoire de soins de l'adolescent.

Ce temps d'hospitalisation intègre autant un espace intime qui s'incarne notamment par la chambre qu'un espace de vie en collectivité où les adolescents sont en interactions. Pour rappel la période de l'adolescence se caractérise par un désinvestissement progressif de la vie menée au sein de la famille au profit d'un engagement intense dans la vie relationnelle où les pairs occupent progressivement une place importante dans leurs vies sociales et émotionnelles. Du fait du cadre institutionnel qui offre une expérience de vie commune, les adolescents pourront mettre en jeu leur développement psycho-affectif à travers les liens relationnels qu'ils pourront potentiellement créer.

Il est donc possible d'imaginer que le développement psychosexuel de l'adolescent ne s'arrêtera donc pas aux portes de l'hôpital.

4.2. La réglementation et la place de la sexualité en institution psychiatrique

Face à la sexualité des adolescents le psychiatre se place avant tout dans un ensemble de pratiques institutionnelles. Au sein des hôpitaux psychiatriques, les règles et le cadre institutionnel interdisent traditionnellement les relations intimes : en effet, dans son rapport d'activité de 2014, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté Mme Hazan Adeline décrit un fonctionnement généralement réglementaire où les règles et le fonctionnement institutionnel à l'hôpital interdisent les relations intimes en leur sein.(60)

Selon Claude Martin, la sexualité est posée comme question institutionnelle de la façon suivante.

« Ou l'institution est totalement carcérale, et - ne subsiste - comme en prison - que la masturbation, ou bien, comme dans la famille « ordinaire », l'institution interdit, ou ne dit rien, ne voulant pas savoir ce qui se passe au dehors et réprimant dès que surviennent les conséquences, ou bien l'institution aborde le problème mais rationalise, se donnant une allure libérale, mais reproduisant de fait les vieux interdits fait d'institutions « mixtes ». » (61)

Au-delà de ces politiques généralement restrictives il n'existe actuellement en France aucune politique nationale, aucun consensus médical ou peu de lignes directrices quant à la place de la sexualité et des relations sexuelles au sein d'unité psychiatrique.(62)

Le clinicien sera donc peu étayé pour pouvoir penser la sexualité des adolescents à l'hôpital devant l'absence de recommandations suffisantes ou devant des politiques institutionnelles taisant la question de la sexualité.

4.3. Les enjeux de la sexualité des adolescents à l'hôpital

Penser la sexualité en institution psychiatrique suggère de réfléchir en termes d'enjeux éthiques et juridiques lorsque le clinicien est confronté à la vie affective et sexuelle de l'adolescent lors de son hospitalisation.

De manière pragmatique, il s'agit de considérer à la fois la liberté des adolescents et la nécessité de protéger l'individu, le groupe social et le bon fonctionnement institutionnel en composant avec les troubles que l'adolescent présente. D'autant plus lorsqu'on considère les adolescents mineurs ou vulnérables comme n'étant pas toujours capables de dire non, de se protéger ou d'exprimer un consentement ou leur volonté dans une situation donnée(63)

Les décisions médicales peuvent alors se heurter à la difficulté à promouvoir les soins, l'autonomie des adolescents et leurs libertés individuelles et aux devoirs d'assurer leur sécurité en sachant formuler l'interdit, prévenir les éventuelles mises en danger et savoir répondre aux actes transgressifs. De plus, la responsabilité médicale est engagée tout comme le respect des libertés individuelles et les droits à l'hôpital.

Dans son rapport concernant les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale de 2017, Mme Hazan a énoncé un certain nombre de recommandations concernant la prise en charge des mineurs et des jeunes adultes en établissement de santé mentale(60). Il en ressort l'importance de la place accordée aux décisions médicales pour convenir des libertés et des restrictions chez l'adolescent dans un cadre réglementaire au sujet de la sexualité.

La posture normative du psychiatre est ainsi engagée dans les décisions quant à l'accompagnement de l'adolescent.

L'articulation institutionnelle des soins repose en partie donc dans les positions des psychiatres à l'égard des adolescents et de leurs sexualités.

Pour autant selon la psychiatre Catherine Deshays, aucune pratique interne aux institutions ne fait autorité concernant les conduites à tenir face aux principes, aux valeurs du soignant, au règlement de l'hôpital, au respect des libertés des patients, du secret professionnel, de la vie privée et le devoir de soigner des personnes vulnérables(63).

Devant le peu de recommandations, l'absence de pratique faisant autorité et l'importance des décisions médicales on peut donc s'interroger sur quelles bases les psychiatres s'appuient-t-ils pour répondre aux multiples enjeux autour de la sexualité des adolescents à l'hôpital.

4.4. Les fondements des décisions médicales autour de la sexualité

Devant le peu de recommandations et l'absence de pratiques faisant autorité il est probable que les décisions de soin et la posture normative du psychiatre autour de la sexualité seront potentiellement régies par son appréciation subjective et ses jugements propres.

Afin de définir la place de la sexualité dans les soins hospitaliers le psychiatre sera de fait influencé par son identité professionnelle qui comporte ses valeurs éducatives acquises, sa culture, sa formation, son expérience clinique ainsi que par la spécificité du service, la politique de l'institution, la culture professionnelle de l'équipe et enfin les changements sociétaux en termes de valeurs, normes. En effet selon la littérature, la place de la sexualité dans les institutions et les pratiques de soin sont influencées par plusieurs dimensions qui entraîneront des conséquences sur la prise en charge ou non de la sexualité des adolescents(64). Que ce soient les valeurs culturelles et morales de l'institution, les organisations institutionnelles du soin, l'identité et la culture professionnelle du soignant ou ses propres représentations, les rapports de genre et d'âge ou encore les informations scientifiques récentes et validées sur la sexualité(64).

Les considérations personnelles et les représentations variées peuvent donc compliquer la mise en œuvre de soins face à une sexualité souvent jugée problématique et envisagée comme un risque pour l'individu plutôt qu'une nécessité psychique et relationnelle(65). A ce sujet, plusieurs études en France font état de l'influence des représentations et de la culture professionnelle du personnel soignant qui conditionnent leurs pratiques. Ces études s'intéressent néanmoins exclusivement aux équipes paramédicales(66,67).

Ces études ont illustré la disparité de la prise en charge de la santé sexuelle des adolescents en lien avec la forte dépendance des représentations sociales de chaque soignant qui sont souvent divergentes au sein d'une même institution.(67)

Dans une mesure différente, il a été démontré chez des psychiatres des Hauts de France exerçant en hospitalisation ou en ambulatoire une position unanime sur l'impact négatif des violences sexuelles pour les enfants et les 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 différents sur plusieurs points. (68)

Au-delà des représentations de chacun, les professionnels de la santé en général éprouvent des difficultés à travailler la question de la sexualité durant le temps d'hospitalisation, et cela malgré leurs positionnements favorables à l'abord de cette thématique.(69)

Devant les difficultés des professionnels de santé à parler de sexualité, les services sont invités à prendre des mesures organisationnelles et à prendre en considération les facteurs personnels de chaque intervenant de santé pour améliorer la place de la sexualité dans les soins(70)

Les représentations autour de la sexualité vont ainsi influencer les valeurs personnelles et professionnelles du psychiatre et régir potentiellement les pratiques et les perceptions des soignants de l'institution sur son rôle médical.

Le psychiatre peut alors éprouver des difficultés pour définir la place de la sexualité dans les mises en soins hospitaliers devant la nécessité également de pouvoir définir un positionnement professionnel en regard de la disparité des représentations de chacun.

Il en ressort l'intérêt de l'étude des représentations sociales amenant à des conduites de soin afin de mieux comprendre leurs influences sur les positions professionnelles et les postures normatives des psychiatres qui dicteront l'accompagnement autour de la sexualité des adolescents à l'hôpital.

Cette investigation est importante pour permettre de réduire l'impact des représentations dans les soins et ainsi améliorer l'accompagnement et la réflexion autour de la sexualité des adolescents à l'hôpital. En effet la psychologie de la santé qui s'intéresse aux facteurs psychosociaux affectant le développement de la maladie et/ou menant à des issues de santé a défini que l'un de ces facteurs psychosociaux est la représentation sociale des soignants, qui peut être un obstacle à la bonne réalisation des soins dans les institutions(71).

Ainsi afin également d'identifier les raisons pour que la sexualité des adolescents à l'hôpital soit insuffisamment pensée ou de manière disparate chez les psychiatres il est nécessaire de se poser la question suivante :

Quelles sont les représentations des psychiatres autour de la sexualité des adolescents à l'hôpital ?

OBJECTIFS :

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations qu'ont les psychiatres de la sexualité des adolescents hospitalisés en temps complet.

Les objectifs secondaires étaient d'analyser les différentes positions professionnelles et les suggestions pour améliorer les pratiques quant à l'accompagnement à la sexualité des adolescents hospitalisés en unités psychiatriques

MATERIEL ET MÉTHODE

1. CHOIX DE LA METHODE

La problématique définie a nécessité la réalisation d'une étude qualitative permettant d'étudier des facteurs qui sont difficilement mesurables de manière objective(72). Cette méthodologie s'intéresse à l'observation des opinions, du vécu, des représentations et des perceptions d'une population en milieu naturel et permet d'explorer les expériences professionnelles.

Cela permet également d'étudier des phénomènes à partir de l'expérience qu'en font les acteurs(73).

Il s'agit donc d'une étude analytique qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de psychiatres des Hauts de France exerçant en unité psychiatrique.

2. REPRÉSENTATION SOCIALE

Il a été choisi d'étudier la perspective des représentations sociales puisqu'elles viennent cerner les rapports entre la personne, le groupe social et l'environnement (74).

Il existe plusieurs définitions et théories des représentations sociales. Une définition de ce concept proposé par Abric suggère que la représentation sociale est « une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place »(75). Il considère que les représentations influencent la manière d'agir et, réciproquement, les pratiques contribuent à bousculer et à modifier ces représentations(75).

Les représentations sociales exercent donc une action sur la réalité, entraînant la sélection et le filtrage des informations pour rendre cette réalité conforme à la représentation(75). De ce fait, la représentation définit ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un groupe social déterminé et elle permet a posteriori de justifier les prises de position et les comportements(75).

Pour résumer, les représentations sociales régissent consciemment ou inconsciemment les comportements quotidiens propres à chaque individu en fonction de leur vécu. Ceux-ci peuvent néanmoins être altérés voire supplantés par la vision et la perception collectives ou des groupes sociaux auxquels chacun appartient.

Cette perspective incorpore donc la connaissance sociale, le système de croyances, les valeurs et les idées qui pourront influencer la manière dont le psychiatre se saisit ou non de la question de la sexualité des adolescents dans toutes ses déclinaisons.

3. POPULATION D'ÉTUDE :

La population choisie est les docteurs en psychiatrie exerçant en unités d'hospitalisations en temps complet prenant en charge des adolescents dans la région des Hauts de France.

Afin de répondre à la nécessité de structurer l'adolescence par les âges, une définition inclusive de l'adolescence qui s'étend de l'âge de 10 à 24 ans a été choisie(76).

Cela a permis de considérer comme terrain d'expérience les unités accueillant de « jeunes adolescents » jusqu'aux unités accueillant de « jeunes adultes ».

3.1. Critères d'inclusions :

- Psychiatre ou pédopsychiatre ayant une expérience professionnelle (d'au minimum 6 mois) avec des adolescents en institutions psychiatriques hospitalières.
- Unité d'hospitalisation en temps complet accueillant une population adolescente dans la région des Hauts de France.

3.2. Critères d'exclusions :

- Interne en psychiatrie
- Unité d'hospitalisation de jour
- Unité d'hospitalisation accueillant une population adulte de plus de 25 ans.

4. RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS :

Il a été recherché en collaboration avec la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) les différentes unités en temps complet du secteur public et privé dans la région des Hauts de France.

Une première sollicitation a été faite par courrier électronique auprès des secrétariats médicaux des unités qui ont été reconduits aux praticiens hospitaliers.

Une deuxième sollicitation a été réalisée par téléphone auprès des secrétariats et par courrier électronique aux chefs de pôles et médecins responsables.

Les professionnels ont été informés du but de l'étude lors de ces contacts et dans un second temps lors de la présentation orale du sujet au moment de l'entretien.

Finalement 12 psychiatres avaient transmis leur intérêt et ont été recrutés. Une psychiatre a dû être exclue de l'étude du fait que son temps d'exercice ait été majoritairement en hôpital de jour.

5. MATERIEL :

5.1. Le guide d'entretien

Pour ce faire, une grille d'entretien semi-dirigé a été réalisée en collaboration avec la F2RSM.

Réalisée à partir de la problématique et de la littérature correspondante, la grille d'entretien était construite de manière à définir le déroulement de l'entretien tout en gardant une certaine souplesse permettant de s'adapter aux mieux à l'interlocuteur (ordre de formulation des questions). Répondant au modèle de la théorisation ancrée la grille d'entretien pouvait évoluer après chaque entretien réalisé, de manière à inclure de nouvelles thématiques non envisagées au préalable, mais évoquées par les répondants(77).

Les premières questions étaient volontairement assez générales afin d'explorer les différentes thématiques de façon la plus ouverte possible afin de ne pas influencer les répondants. Des questions secondaires avaient été intégrées au guide afin de relancer les échanges au besoin.

Les questions ont été regroupées selon 4 grands axes :

- Représentations de la sexualité à l'hôpital
- Posture professionnelle normative
- Expérience clinique et enjeux
- Amélioration des pratiques

Les guides d'entretiens sont annexés en fin de document (Annexe 1-2).

5.2. Le recueil des données

Les entretiens se sont déroulés de mars 2022 à mai 2022. Ils étaient réalisés après une explication succincte de l'étude afin de ne pas influencer les réponses recueillies.

Les accords écrits et oraux des participants concernant l'enregistrement avait été recueillis lors de ces entretiens. Un questionnaire quantitatif à visée épidémiologique était renseigné pour chaque participant en fin d'entretien. Les données collectées étaient des informations objectives et quantitatives permettant de caractériser les échantillons.

Les entretiens ont été enregistré à l'aide d'un dictaphone numérique et de l'application « enregistreur vocal » d'un ordinateur afin d'assurer la sécurité technique des recueils de données. Chaque enregistrement audio a été retranscrit de façon anonymisée *ad-integrum* à l'aide d'un ordinateur et du logiciel Microsoft Word®. Des nuances et des données non-verbales pouvaient y être intégrées.

Les retranscriptions écrites ont ensuite été renvoyées aux répondants afin de leur permettre d'apporter d'éventuelles modifications. Deux répondants ont modifié des éléments dans leur verbatim.

5.3. Exploitation des données

Chaque entretien a été soumis à une analyse par théorie ancrée à l'aide du logiciel QSR NVivo 12.0®. 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(78). Une triangulation des données a été réalisée indépendamment entre le chercheur et un médecin pour la première analyse thématique. Cette étude a été confrontée aux critères de scientificité de la grille Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ), dont 29 critères ont pu être validés.

L'analyse a été réalisée selon les principes de C. Lejeune. Un premier étiquetage a été réalisé de manière thématique : des thèmes ont été extraits à partir des réponses aux questions retranscrites, qui ont ensuite été regroupés en thème unificateur réunissant plusieurs « sous-thèmes » extraits à partir des données afin de servir d'indexation. Un deuxième étiquetage a ensuite été construit, par les propriétés, à partir de l'étiquetage thématique pour permettre l'émergence de catégories conceptuelles.

La technique de l'étiquetage par rebond induit par une alternance entre étiquetage thématique et expérientiel est dite itérative en offrant la découverte de nouveaux thèmes par l'étiquetage par les propriétés, ouvrant elle-même sur la découverte de propriétés et ainsi de suite(79).

5.4. Cadre légal et éthique

Avant chaque début d'entretien, le consentement oral de chaque répondant a été recueilli concernant l'enregistrement audio et la retranscription. Les données ont été anonymisées et désidentifiées. Les enregistrements retranscrits ont été détruits.

Trois répondantes étaient des connaissances du chercheur, une ayant eu une expérience professionnelle commune, une travaillant au sein du même hôpital que le chercheur et une ayant enseigné au chercheur dans le cadre d'un diplôme universitaire. Aucun lien n'a été mis en évidence pour les autres répondants avant la réalisation de l'étude.

Cette étude utilise une méthodologie de référence MR-004 qui ne nécessite pas de déclaration de conformité auprès de la CNIL.

RÉSULTATS

1. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon total comportait 64% de femmes et 36% d'hommes. L'échantillon pour les psychiatres du Nord et du Pas de Calais comportait 70% de femmes et 30% d'hommes répartis au 4/5 dans le Nord (8 professionnels) et 1/5 dans le Pas de Calais (2 professionnels). Un psychiatre exerçait dans le département de la Somme.

Huit professionnels avaient entre 30 ans et 40 ans, un avait entre 40 et 50 ans, un avait entre 50 et 60 ans et un avait plus de 60 ans. L'âge varie entre 30 et 62 ans pour un âge médian de 34 ans.

Sept psychiatres avaient une formation spécifique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Le temps d'exercice dans le service varie d'un an et demi à vingt-cinq ans pour un temps médian de 4 ans.

Tous les professionnels rencontrés exerçaient dans des structures publiques ou dans des organismes de gestion privée à but non lucratif. Sur les douze structures hospitalières à temps complet du secteur public ou privé à but non lucratif identifiées par la F2RSM, des psychiatres de neuf établissements différents ont participé à l'étude. L'âge de la population adolescente hospitalisée varie entre 12 et 25 ans.

2. DIRE LA SEXUALITÉ À L'HÔPITAL : UN DÉFI

2.1. UN SUJET NÉCESSAIRE À ABORDER

2.1.1. Un sujet qu'on ne peut ignorer

En se représentant l'importance de ce thème, le psychiatre estime qu'il est nécessaire d'aborder la sexualité des adolescents hospitalisés : le psychiatre indique que **la sexualité est inhérente à la vie** des adolescents. Il se sont représentés dans son rôle une prise en charge de l'adolescent dans sa globalité où la sexualité représente un élément non négligeable de la vie de l'individu. Le psychiatre décrit un rôle d'évaluation des différents axes du développement où la **sexualité s'intègre au développement** de l'adolescent.

Le psychiatre met en avant l'importance d'un abord de la sexualité en milieu hospitalier en se représentant des **recommandations ministérielles** sur ce sujet.

Le psychiatre pense la sexualité comme un **thème à résoudre** dans la vie et l'histoire de l'adolescent. Il intègre la sexualité dans les thèmes principaux à aborder à l'hôpital et en ambulatoire comme la question de la violence et de la mort.

Le psychiatre se représente l'importance de ce sujet devant le fait que selon lui les **adolescents sont mal informés** au sujet de la sexualité entraînant un risque de mise en danger. Le psychiatre exprime une carence en connaissance chez les adolescents au sujet de la prévention des IST, de la contraception, de leur anatomie, une mésinformation au sujet des pratiques ou du consentement.

R1 « *Bah le psychiatre c'est quand même le médecin qui est censé prendre en charge l'individu dans sa globalité, avec son histoire de vie, avec ses ressentis, avec ses émotions, avec son parcours, avec ses expériences et la sexualité ça fait partie d'une expérience de vie donc pourquoi ne pas la prendre en charge ?* »

2.1.2. Un sujet instituant un rôle pluriel au service de l'adolescent

Le psychiatre se représente différents rôles autour de soins à apporter par l'abord de la sexualité des adolescents à l'hôpital : il exprime un **rôle thérapeutique** dans l'abord de la sexualité en aidant l'adolescent à faire des liens entre la sexualité et sa psychopathologie, sa vie en général et son histoire personnelle et familiale. Il s'imagine dans son rôle thérapeutique le fait de sécuriser les représentations de l'adolescent, le protéger d'une relation objectale, travailler la question de la iatrogénie ou la communication familiale sur ce sujet.

Le psychiatre avance l'idée d'un **rôle de prévention** dans l'abord de la sexualité autour de la contraception et de la protection des rapports sexuels. À ce sujet un psychiatre se représente le don de préservatif à l'hôpital comme un moyen d'aborder la prévention. Une psychiatre se représente la prévention comme réductrice du rôle médical et se représente en même temps des connaissances spécifiques sur la prévention du fait de son statut médical.

Le psychiatre met en avant un **rôle éducatif** dans l'abord de la sexualité sur la question du plaisir, du consentement, de la confiance en l'autre ou des réseaux sociaux. Il mentionne la place de l'éducateur et des infirmiers dans l'application d'un discours éducatif tout en s'incluant dans le rôle éducatif.

Dans cet abord, le psychiatre se représente les avantages attendus par l'abord de la sexualité : il indique que cela a permis de **révéler des souffrances** comme la révélation de violence sexuelle ou de harcèlement sexuel.

Le psychiatre s'imagine un **soulagement pour l'adolescent** permis par la possibilité d'ouvrir un dialogue à l'hôpital. Il pense que l'ouverture d'un dialogue est un **moyen d'identifier les ressources à l'extérieur** et favoriser l'autonomie.

R7 « Hospitalisés ? Bah j'ai toujours essayé de garder...d'utiliser ça comme...s'il y a de la thérapeutique derrière tu vois. Elle me parle de ça : j'entends. J'essaye de faire le lien avec sa pathologie et puis la mettre en garde contre certaines choses. »

R9 « Et puis ça permet du coup aux adolescents de rencontrer des ressources externes qui seront...bah qui en plus peuvent être anonymes, la MDA comme le planning, et puis donc qui peuvent solliciter plutôt que voilà passer par les urgences ped' ou revenir en hospitalisation l'idée c'est vraiment aussi de leur donner de l'autonomie, qu'ils puissent repérer les différentes ressources à l'extérieur pour eux. »

2.1.3. Un sujet possible et incidemment abordé

Le psychiatre exprime dans son vécu se sentir apte à l'aborder en exprimant un **accueil positif** chez les adolescents de l'abord de la sexualité. Ce vécu s'articule autour du fait de se représenter les **adolescents ouverts à la discussion**.

Le psychiatre indique que les adolescents abordent leur sexualité **précocement** en se représentant les adolescents comme abordant plus tardivement leur sexualité il y a quelques décennies.

Afin d'induire le dialogue, le psychiatre se représente les **médiations de soins** comme des moyens nécessaires pour aborder la sexualité à l'hôpital comme des groupes de paroles, des ateliers, des jeux, de la boxe, une boîte à question ou des documentations spécifiques.

R11 « *Quand il y a des soins on parle de manière individuelle mais il peut avoir des moments de soins médiations, d'atelier, avec des jeux ou des groupes de paroles, on aborde la thématique sexualité oui... »*

R5 « *Je pense qu'elle est assez présente dans le discours des jeunes parce que dès lors qu'on manifeste une curiosité, un intérêt pour leur vie affective, leur vie sexuelle bah ils parlent, ça dépend des profils, des cliniques, de l'âge...Je trouve qu'ils parlent assez facilement d'où ils en sont par rapport à ça »*

2.2. UN SUJET SUSCITANT DES RÉTICENCES

2.2.1. Un sujet sensible occasionnant des appréhensions

Le psychiatre estime qu'il existe des limites chez l'adolescent amenant à qu'ils n'abordent pas leur sexualité à l'hôpital : il se représente des **pathologies comme des freins** à aborder la sexualité pour l'adolescent comme les troubles du comportement alimentaire ou les troubles anxieux.

Le psychiatre pense que l'abord est **conditionné par le développement** où un développement qualifié de normal ou qualifié d'insuffisant amène à que l'adolescent n'aborde pas sa sexualité.

Le psychiatre met en avant la **pudeur des adolescents** amenant que la sexualité n'arrive pas dans l'espace thérapeutique.

Le psychiatre évoque dans le sens de l'appréhension chez l'adolescent les **représentations du statut médical** : l'image paternaliste du médecin, le jugement moral, l'association du médecin aux dangers de la sexualité, le respect et la crainte du statut ou encore le rôle non attendu d'accompagnement amenant à que les adolescents soient freinés à aborder la sexualité avec le clinicien.

Le psychiatre évoque une **prudence** vis-à-vis de l'abord de la sexualité en se représentant un risque d'effraction pour l'adolescent ou un risque de provoquer l'agir.

Il exprime dans son vécu un **sentiment de peur** en se représentant un risque de brusquer les adolescents. Ce sentiment s'articule également autour des représentations sur les pathologies comme des freins à aborder la sexualité chez l'adolescent.

R2 « Bah je pense que c'est aussi parce qu'on sent la réserve de la personne, l'idée c'est aussi parce qu'on a... comme je disais on a beaucoup de jeunes qui ont vécu des traumas sexuels donc on est prudents nous aussi, le fait de parler de ça, parce qu'on ne veut pas faire effraction non plus donc on l'aborde... c'est un sujet qui ne peut pas être abordé comme ça non plus cash pour tout le monde »

2.2.2. Un sujet questionnant le rôle du psychiatre

Le psychiatre se représente les attentes de l'institution amenant à un décalage du rôle médical sous tendu par l'abord de la sexualité : il s'imagine un **rôle de prescription et d'évaluation** attendu à l'hôpital.

Il s'imagine un **rôle d'application de cadre** attendu par les équipes soignantes ou un **rôle attendu sur les dangers de la sexualité**.

R3 « [...] c'est vrai que ce que l'hôpital attend de nous c'est aussi de la prescription avant tout, de l'évaluation mais pas spécialement prendre le temps d'aller aborder des sujets transverses comme ceux-là »

2.2.3. Un sujet in-à-propos du fait du temps et de l'espace

Le psychiatre se représente l'hôpital comme un environnement non propice pour pouvoir aborder la sexualité avec les adolescents : il estime que l'abord de la sexualité et pouvoir approfondir la question ne peut se faire que dans un **travail de consultation ambulatoire**.

Le psychiatre évoque que la sexualité n'est **pas un thème d'urgence** dans les hospitalisations de type crise amenant à ne pas l'aborder.

Ces deux représentations renvoient à la dimension du temps et de la durée d'hospitalisation amenant à ce que ces psychiatres se représentent un temps insuffisant pour pouvoir l'aborder ou l'approfondir en consultation.

Le psychiatre évoque que la **violence quotidienne** à l'hôpital a été un frein dans ses pratiques pour aborder la sexualité en se représentant l'impossibilité de pouvoir réfléchir autour de la sexualité devant cette violence.

R3 « *Ce n'est pas un sujet d'urgence or je travaille à 50% dans l'urgence... ce n'est pas un sujet que je balance sur une évaluation qu'on m'a demandé de faire et je travaille à 25% à faire des évaluations... bref il me reste assez peu de temps finalement pour m'intéresser à d'autres sujets que ceux pour lesquels on m'a désigné »*

2.2.4. Un sujet nécessitant préparation

Le psychiatre se représente des conditions pour se sentir prêt à aborder la sexualité des adolescents à l'hôpital.

Il exprime la nécessité d'une **alliance thérapeutique suffisante** à l'hôpital pour aborder ou approfondir la question de la sexualité. Une psychiatre inclut comme

condition dans l'alliance la continuité des soins en ambulatoire avec le même clinicien.

Le psychiatre estime qu'une **contenance de l'institution** est nécessaire avant d'aller aborder la sexualité à l'hôpital.

Il estime l'**aborder si nécessaire** si l'adolescent le souhaite, si c'est source de souffrance ou s'il existe des mises en danger.

Le psychiatre évoque leur **manque de formation personnelle** comme l'absence de cours spécifiques durant l'internat de psychiatrie ou l'absence de formation sur la transidentité.

R11 [...] « *je trouve que bah actuellement on se centre plus sur le mal être en soi on n'aborde pas forcément cette thématique là parce que du coup on sait qu'elles ont déjà entamé des démarches ailleurs et parce qu'on n'est pas à l'aise je pense. On n'est pas formé, ou pas à l'aise du coup on n's'y penche pas trop sur cette thématique-là. »*

3. L'AMBIVALENCE DU PSYCHIATRE FACE À LA SEXUALITÉ AGIE À L'HÔPITAL

3.1. UNE SEXUALITÉ ATTENDUE A L'HÔPITAL

3.1.1. Sexualité inévitable à l'hôpital

La sexualité agie est perçue pour une psychiatre comme un **phénomène fréquent** à l'hôpital. Le psychiatre se représente l'adolescence comme une période de **recherche d'expérimentation** où la découverte lui paraît naturelle lorsqu'elle s'exerce à l'hôpital.

Il met en avant un phénomène attendu à l'adolescence qui est la **transgression des interdits**. Le psychiatre estime qu'il existe des **lieux échappant au contrôle** où les adolescents agissent leur sexualité.

Le psychiatre s'est représenté le contexte hospitalier comme un environnement rendant propice la sexualité des adolescents. Il considère **l'hôpital comme un lieu de vie** où se reproduit la vie de l'adolescent de l'extérieur. Une psychiatre se représente la dimension du temps déterminant la durée d'hospitalisation comme exerçant une influence sur le cadre hospitalier où l'hôpital devient un lieu de vie malgré lui.

Le sentiment de confinement est un élément favorisant les relations.

Le psychiatre évoque la **collectivité** inhérente à l'hôpital qui favorise les interactions et les rapprochements.

Il évoque un **sentiment de sécurité** rendu possible par l'hôpital où les adolescents reconstituent leur vie et leur fonctionnement habituels.

Par ailleurs **l'identification aux pairs** à l'hôpital induit des rapports de séduction selon une psychiatre.

R10 « *il y a une forme de confinement enfin quelque part comme ils sont...ouais il y a une forme de confinement dans l'unité. Ils vivent ensemble, en collectivité pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, plusieurs années, ils tissent des liens entre eux, une forme de proximité donc forcément c'est inévitable qu'il y ait bah des relations amicales, sentimentales. »*

3.1.2. Sexualité tolérable à l'hôpital

Devant cette sexualité, le psychiatre estime qu'il existe une **tolérance** ou une **permissivité** vis-à-vis des rapprochements des adolescents. Une psychiatre indique qu'un **degré de rapprochement autorisé** est à définir à l'hôpital. Un psychiatre indique dans son expérience qu'un **premier rapport d'un adolescent a été autorisé** dans l'institution psychiatrique.

Cette tolérance s'inscrit dans des contextes : la collectivité, le sentiment de confinement amenant à ce que certains psychiatres estiment que les rapprochements sont inévitables. Dans un contexte où le cadre de vie est imposé par la durée d'hospitalisation, un rapport sexuel est plus tolérable chez une psychiatre. La transgression inhérente des adolescents au sujet des interdits va dans le sens de la tolérance des relations. Se représenter des lieux échappant au contrôle entraîne également une tolérance des relations chez un psychiatre.

R3 « *[...] et puis il y a cette permissivité finalement où on ne va pas non plus les séparer enfin moi je n'y suis pas à 19h 20h mais les soignants de pédiatrie le racontent le lendemain et c'est vrai qu'on ne va pas aller les séparer tous dans leur chambre militairement... »*

3.1.3. Sexualité souhaitable

Le psychiatre estime que la sexualité pouvait être au bénéfice de plusieurs éléments : la sexualité est en lien avec une **affirmation de soi** rendue possible par l'affiliation aux pairs. La sexualité est positive où le **couple est une forme d'épanouissement**. La sexualité est également **au service de l'expérimentation** des adolescents dans les interstices de l'institution selon le psychiatre.

R1 « *Ce n'est pas forcément parce qu'on est en train de lier une relation avec un ado que ça va nous plonger vers le bas, ça peut être aussi valorisant et porter vers le haut oui.* »

3.2. UNE SEXUALITÉ DIFFICILEMENT CONCEVABLE

3.2.1. L'hôpital déssexualise

Le psychiatre se représente la sexualité agie, qu'elle soit consentie ou non, comme **rare à l'hôpital**. La rareté de ces phénomènes est soumise à comment les psychiatres déterminent cette dimension. Certains qualifient la rareté en termes d'intensité tandis que d'autres l'apprécient en termes de durée (en indiquant qu'un évènement tous les deux mois est considéré rare).

L'hôpital est perçu comme un frein à l'agissement de la sexualité en se représentant des limites implicites où **l'hôpital ne représente pas un lieu où l'on agit sa sexualité**.

L'intimité limitée, du fait du passage des soignants, de la surveillance et de la topographie de l'hôpital non propice à l'intimité entraîne dans le même sens à que les adolescents soient freinés à agir leur sexualité.

R2 « Bah je pense qu'à mon avis ça, pour une partie, ça vient un peu, oui, inhiber, enfin l'idée d'avoir des rapports sexuels dans un service hospitalier, c'est peut-être les représentations à moi, enfin je le remets pour beaucoup de gens, on ne se représente pas à l'hôpital les rapports sexuels »

3.2.2. L'hôpital, un lieu inadapté

Cette sexualité s'inscrit dans un cadre que le psychiatre estime inadapté pour agir sa sexualité.

Dans ses représentations, **l'hôpital est un lieu de soin** où la sexualité est mutuellement exclusive du soin.

L'hospitalisation est **inadaptée en temps de crise**. Dans ce type d'hospitalisation la sexualité n'a pas sa place si elle n'est pas symptomatique d'un trouble mais révélateur d'une amélioration de la crise.

Le psychiatre explique de ce fait que la **sexualité appartient à l'extérieur** et encourage les adolescents à considérer la même chose.

R5 « Voilà les jeunes qu'on reçoit la plupart sont là pour une comme dans ton service pour de très courtes durées qui sont des temps dédiés aux soins. Et d'autres sont là pour plus longtemps et ils sont dans des états de santé sévère, enfin ce n'est pas la préoccupation première à ce moment-là. C'est vraiment celle de restaurer l'état de santé y compris sur le plan somatique »

3.2.3. L'hôpital corrompt la sexualité

Le psychiatre évoque la nocivité potentielle que les adolescents peuvent développer dans leurs relations à l'hôpital : il estime que les relations peuvent nuire aux adolescents et présente un **risque de provoquer un effondrement**.

De plus les **relations ne sont pas pérennes** à l'hôpital.

Les adolescents présentent **une influence négative envers leurs pairs** selon le psychiatre comme l'invitation à la prostitution.

Lorsqu'elle est présente, la sexualité implique des profils types où elle est décrite comme **symptôme constitutive d'un trouble** ou associée à des difficultés. On retrouve dans le champs lexical employé par certains psychiatres décrivant ces profils types le terme problématique. Ces psychiatres ont décrit différents profils types comme des personnalités limites, des auteurs d'agression sexuelle, des antécédents de sexualité traumatique, des désinhibitions relationnelles, des troubles de l'attachement, une quête affective, une recherche de régulation émotionnelle ou bien une absence de référence adulte. Des psychiatres estiment à l'inverse qu'il n'existe pas de profil type pour les adolescents impliquant leur sexualité à l'hôpital ou que cela concerne tous les adolescents.

R11 « *moi ça m'interroge sur dans ces cas-là qu'est-ce qu'on apporte de positif parce que s'il vient à l'hôpital parce que ça ne va pas et que cette hospitalisation entraîne une relation qui fait qu'après il y a effondrement psychique. Est-ce qu'au final on fait plus mal qu'autre chose avec cette hospitalisation. C'est plus ça me questionne moi sur l'orientation d'hospitalisation pour ces jeunes-là je trouve qu'on peut les mettre plus en difficulté qu'autre chose.* »

3.2.4. L'hôpital menacé par la sexualité

Les relations de couple entraînent une répercussion négative auprès des pairs à l'hôpital où les **relations nuisent l'alliance thérapeutique** avec les autres adolescents.

La sexualité a **un impact sur les vécus traumatiques des pairs** ou va **gêner les pairs**.

Les relations de couples ont également un **impact négatif sur le groupe** en provoquant des clivages ou en perturbant l'ambiance des ateliers thérapeutiques.

La sexualité à travers la relation de couple va **semer le désordre dans le fonctionnement du service**.

R6 « [...] on a des ados qui sont là, qui se mettent en couple, qui se séparent, c'est le bordel dans le service quand ils se séparent. »

4. LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTS, L'HÔPITAL CONVOQUE LA POSTURE NORMATIVE

4.1. LA SEXUALITÉ ENGAGE LA RESPONSABILITÉ

4.1.1. Responsabilité soignante engagée

La responsabilité soignante justifie la mise en place d'un cadre où le psychiatre y voit une **responsabilité soignante et pénale engagée** ainsi qu'un **rôle de protection** dans leurs pratiques notamment en les informant sur l'éventuelle nocivité des relations. La dimension de la responsabilité soignante dans le sens pénal va inversement dans le sens de la tolérance : une psychiatre évoque une gêne vis-à-vis de la responsabilité en indiquant qu'un rapport sexuel dans des bonnes conditions est plus tolérable en l'absence de responsabilité.

R9 « *Alors les jeunes sont sous la responsabilité d'une certaine manière des soignants, du médecin, du service s'il se passe quelque chose [...] »*

4.1.2. Responsabilité parentale engagée

La responsabilité parentale est évoquée par le psychiatre vis-à-vis de la place de la sexualité : il se représente dans son anticipation une **désapprobation parentale de la sexualité** des adolescents. Une des causes entraînant cette anticipation se trouve dans les représentations de l'un des psychiatres qui évoque l'influence négative des pairs où ceux-ci par exemple peuvent inviter d'autres adolescents à la prostitution.

La responsabilité de garantir les normes parentales s'inscrit également dans le fait de s'imaginer qu'il existe une **disparité du degré de tolérance** parentale.

Par ailleurs la responsabilité parentale est fondée dans un rapport de confiance où les **adolescents sont confiés** par les parents.

La responsabilité parentale s'inscrit dans les représentations du psychiatre au sujet de l'âge légal de consentement. Il estime qu'il existe une obligation légale de **prévenir les parents** en cas de relation avant l'âge légal de consentement ou un libre **choix parental de porter plainte**.

R7 « *C'est les mêmes règles pour tous on essaye de faire ça. Je ne me vois pas dire vous vous avez droit de vous rapprocher, pas toi, toi ta problématique te le permet, toi non. Et puis les parents ils nous confient les enfants donc on a une responsabilité par rapport à eux. »*

4.2. LA SEXUALITÉ INCITE À POSER DES LIMITES

Le psychiatre estime qu'il est nécessaire d'établir des limites dans le cadre par une **interdiction des relations sexuelles** comme les bisous sont interdits, les rapprochements sont interdits. Il parle de limites **quant aux rapprochements** comme limiter ce qui peut se montrer en groupe ou interdire d'être dans une autre chambre.

L'interdiction représente un moyen de **protéger les adolescents**. Le psychiatre y voit comme but de protéger une sexualité comme un symptôme à travers la désinhibition ou protéger vis-à-vis de relations non consenties.

Il y voit dans les limites un **moyen de protection de l'intimité** des adolescents en estimant qu'une intimité doit se protéger y compris le discours des adolescents.

Cette protection de l'intimité du discours est à mettre en lien avec le rôle de **baliser l'intimité dans l'espace public** et les conséquences comme le fait de gêner les pairs.

Le cadre représente un **moyen d'affirmer le lieu de soins** et se caractérise comme restrictif afin de **répondre à la responsabilité parentale**.

De plus le cadre représente un **moyen d'éviter l'étiquette psychiatrique** d'un rapport sexuel où le psychiatre juge qu'elle est embêtante du fait que l'hôpital psychiatrique puisse représenter la folie.

R8 « [...] dans toute cette organisation institutionnelle c'est pouvoir accueillir sachant qu'il y a quand même un interdit qu'on présente, c'est-à-dire qu'à l'hôpital il ne peut pas y avoir de relations sexuelles entre les jeunes. »

4.3. LA SEXUALITÉ POUSSE AU CONTRÔLE

Devant la sexualité agie le psychiatre mentionne un **sentiment de vigilance** vis-à-vis de la sexualité qui est perçue comme problématique ou un symptôme.

La **discrétion des adolescents** est une propriété qui favorise la vigilance autour de la sexualité.

Le psychiatre souligne que la **surveillance est quasi permanente** au sein de leur service.

Il indique que la vigilance permet une **surveillance d'un symptôme**.

R6 « je pense que les soignants ont conscience que ça fait partie aussi du job en fait de pouvoir avoir cette vigilance là parce qu'on sait que ça va être une de ses problématiques à cette jeune donc maintenant ça fait partie du taff comme c'est aussi le taff d'avoir une surveillance particulière pour quelqu'un qui est suicidaire par exemple »

4.4. LA SEXUALITÉ CONFLICTUALISE LE CONTRÔLE ET LA POSTURE SOIGNANTE

Le psychiatre estime que leur rôle soignant ne s'exerce pas dans le contrôle de la vie sentimentale des adolescents. Il estime **qu'un contrôle absolu de la vie sentimentale a une valence éducative** et s'écarte du rôle soignant. Les limites s'intégrant dans un cadre ne vont pas dans le sens de l'exercice d'un contrôle selon certains psychiatres. Se représenter des lieux pouvant échapper au contrôle s'oppose à la nécessité d'un contrôle absolu.

Le psychiatre évoque qu'il n'a **pas sa place à intervenir dans les soins** pour les relations où les représentations du couple étaient positives ou non problématiques.

R11 « *Bah après non on ne peut pas tout contrôler... sinon on va être plus dans le contrôle, dans la surveillance et du coup on aura plus un rôle éducatif que soignant du coup... il faut qu'on reste quand même dans notre rôle de soignant et pas trop virer dans l'éducatif sinon on n'est plus un centre de soins. »*

5. LA CONTRADICTION DU CADRE INSTITUTIONNEL FACE A LA SEXUALITÉ AGIE

5.1. COMPOSER AVEC DES RÈGLES ILLISIBLES

5.1.1. Composer avec le paradoxe de l'interdit

La définition des règles autour de la sexualité des adolescents s'inscrit dans l'histoire endossée d'un interdit.

Le psychiatre explique que **l'influence judéo-chrétienne** issue de l'histoire de l'hôpital amène à que la sexualité soit perçue comme interdite.

Par ailleurs s'imaginer l'existence **de normes anciennement coercitives** autour de la sexualité des adolescents influence la réglementation de la sexualité dans le sens de l'interdit.

Dans ce même contexte les représentations autour de l'héritage de pratiques comme **le traitement moral de la maladie et l'hygiénisme à l'hôpital** amènent à que la sexualité soit perçue comme un tabou dans le sens de l'interdit à l'hôpital.

Cette interdiction ne peut pas se traduire dans les faits selon le psychiatre : il justifie sa position en se représentant l'interdiction comme n'étant **pas éthique** sur la sexualité des adolescents

L'enjeu éthique renvoie également à la notion de liberté où le psychiatre estime que l'interdiction à la sexualité est une **atteinte aux libertés** individuelles des adolescents.

Le psychiatre au sujet de l'interdit estime qu'établir un interdit entraîne un **recul dans l'histoire** de ce qu'il se représente du fonctionnement de l'institution.

Ces représentations autour de l'interdit ont pour conséquence que le psychiatre indique qu'il y ait une **absence de réglementation écrite** dans le sens de l'interdit sur la sexualité des adolescents.

Le psychiatre explique que dans le champs des limites il ne s'agit pas d'interdire mais de **délimiter le droit à agir sa sexualité**

R11 « Bah ça atteint notre liberté quand même après je ne sais pas est-ce qu'il y a vraiment besoin d'écrire noir sur blanc à l'hôpital c'est interdit de faire...d'avoir des rapports sexuels ? »

5.1.2. Composer avec le paradoxe du cadre

Concernant son vécu, le psychiatre caractérise la **réglementation comme contradictoire** : il évoque l'absence de règles précises et un laisser faire avec la sexualité des adolescents.

Il évoque dans son vécu une **hypocrisie du cadre réglementaire** en opposant sa représentation autour d'une liberté d'avoir une sexualité et ses représentations sur les limites à appliquer pour la sexualité à l'hôpital.

Il indique **éviter de répondre** au caractère qualifié de contradictoire du règlement

R2 « Bah l'idée c'était non pas d'interdire parce que selon moi interdire me paraît pas forcément éthique mais qu'en même temps... de renvoyer que ce n'est pas le lieu approprié pour euh... avoir des relations sexuelles *rires* c'est un peu hypocrite hein ? »

5.1.3. Composer avec des postures normatives contradictoires chez les équipes soignantes

Le psychiatre estime qu'il existe de **multiples positions différentes dans les équipes** au sujet de la sexualité en fonction des représentations. Au sein des équipes soignantes, le psychiatre se représente **l'ancienne génération comme fermée à la question.**

R10 « *Bah c'est compliqué parce qu'on a chacun des représentations différentes et ce qui est choquant pour l'un peut ne pas l'être pour l'autre et vice versa donc ouais c'est toujours compliqué. Parce que la sexualité ça fait appel à l'intime, on a chacun des curseurs différents donc ouais c'est toujours compliqué *rires** »

5.1.4. Composer avec une politique indéterminée

Le psychiatre indique dans son expérience qu'il n'existe **pas de réflexion institutionnelle** ayant précédé la détermination d'un cadre. Il indique qu'il existe un **cadre empirique** autour de la sexualité sans réflexion intentionnelle au préalable dans sa conception.

Dans ce contexte d'absence de réflexion institutionnelle, le psychiatre **ignore l'existence de politique institutionnelle**

De plus il indique dans ce sens qu'il n'existe **pas de politique prédéfinie** autour de la sexualité

R6 « *Là on n'a pas à ma connaissance de politique prédéfinie en matière de sexualité.* »

5.2. COMPOSER AVEC LA FAIBLESSE DU CADRE

5.2.1. Par la réflexion institutionnelle

Dans un contexte où des règles sont vécues comme illisibles et incohérentes, le psychiatre estime qu'il est nécessaire d'**établir des réflexions institutionnelles** : il y voit l'aboutissement à une **posture normative commune** autour des limites de la sexualité.

Ces réflexions sont un moyen de **questionner les pratiques** afin de prévenir par exemple les risques autour des actes sexuels.

Le psychiatre indique dans ses pratiques **inclure les adolescents aux réflexions** institutionnelles à travers des réunions hebdomadaires.

R1 « [...] *il faut se mettre d'accord au niveau des équipes et au niveau des soignants sur ce qu'on...sur ce qu'on est prêt à accepter ou pas.* »

5.2.2. Par un cadre individualisé

Devant un contexte d'absence de réglementation écrite et de politique déterminée le psychiatre estime dans ses positions qu'il est nécessaire d'**appliquer le cadre au cas par cas.**

Il se représente un **cadre généralisé comme réducteur** de la question de la sexualité des adolescents.

En revanche un psychiatre indique qu'il est nécessaire d'**établir un cadre général** en justifiant sa position par les potentielles réactions des adolescents face à un cadre hypothétiquement individualisé et pour ne pas faire de différence en fonction des profils des adolescents.

R8 « *Ce qui n'empêche que ça peut se parler alors régulièrement avec les ados qu'on trouve qu'ils s'embrassent etc je ne dis pas que bon...donc après la question c'est comment on traite un petit peu ces affaires là et là c'est un peu au cas par cas... »*

6. LA PLAINTÉ D'AGRESSION SEXUELLE A L'HÔPITAL, UN ENGAGEMENT MULTIPLE

6.1. Engager les questionnements

Dans l'exploration du champ expérientiel le psychiatre a décrit des plaintes d'agressions sexuelles de la part d'adolescents hospitalisés dans son service.

Concernant ses positions, le psychiatre approfondit ses questionnement face à une plainte d'agression sexuelle à l'hôpital : il illustre dans ses pratiques qu'en cas de plainte il demande aux adolescent de décrire les faits afin de **distinguer l'agression de l'exploration**. Il évoque dans ses pratiques chercher à **apaiser le vécu traumatique** de la personne plaignante et de **sensibiliser sur l'intimité du corps** pour la personne désignée par la plainte. Le psychiatre indique qu'il faut **toujours accorder de la valeur aux propos de l'adolescent** et toujours entendre son ressenti et sa vérité.

L'approfondissement du questionnement s'inscrit également dans la communication familiale en cas de plainte avec une possibilité d'**ouvrir un dialogue avec la famille** sur la question de la sexualité des adolescents.

R9 « *Ah oui oui tout à fait. Parfois cette question du consentement elle peut être problématique il y en a un qui va accuser l'autre et donc du coup ce que l'on fait dans ces cas-là c'est qu'on fait des entretiens individuels l'un et l'autre et puis ensuite on*

ouvre et puis on les voit ensemble et après on voit un petit peu s'il s'agit bien de quelque chose de voilà de forcé ou s'il s'agit bien plutôt d'exploration. »

6.2. Engager la justice

Il existe devant ces plaintes un engagement judiciaire où le psychiatre indique réaliser des signalements judiciaires. Il présente le signalement judiciaire comme un moyen de **préserver son rôle soignant**. Il est mis en avant la nécessité d'établir une **impartialité vis-à-vis des soins** dans ce contexte.

Au sujet des conditions à la réalisation du signalement, le psychiatre évoque qu'un **signalement n'est pas nécessairement systématique**. Cette considération s'inscrit dans les représentations du psychiatre sur les profils psychopathologiques des adolescents concernés, entre un profil état limite et un profil dépressif, et dans sa position à distinguer l'exploration de l'agression. Le profil psychopathologique en tant que propriété va moduler le caractère systématique du signalement judiciaire où le signalement systématique est évoqué lorsqu'il est décrit un profil psychopathologique d'auteur de violence désigné dans une plainte d'agression sexuelle.

R10 « Bah en fait ça dépend de l'âge des patients et pour les mineurs déjà on parle avec les parents systématiquement, bah on fait un signalement lorsqu'il y a révélation avec agression sexuelle pour tiercéiser justement au maximum pour que nous on n'y mette pas à la place de la police et de la justice. Nous on est soignant. »

6.3. Engager les parents

Il existe un engagement parental avec une **obligation à prévenir les parents**.

Selon le psychiatre, cet engagement est **conditionné selon l'âge** de la personne plaignante où le statut de majeur implique le choix pour l'adolescent à déposer plainte.

R2 « *Par exemple s'il y a des démarches de dépôt de plainte ou de choses comme ça, ça passe par les parents alors qu'un adulte, enfin une personne majeure va prendre lui-même la décision de porter plainte ou pas.* »

6.4. Engager les soins

Les soins sont également engagés : le psychiatre s'**interroge sur la poursuite des soins** pour la personne plaignante. Il évoque dans ses positions une **suspension des soins** de la personne désignée par la plainte ou un **transfert** de cette personne dans une autre institution. Ces positions s'appuient sur le **risque à faire cohabiter** une personne plaignante et une personne désignée par la plainte. Cette représentation a aussi pour conséquence d'amener à isoler la personne désignée par la plainte. Ces positions vont à l'encontre de l'impartialité invoquée dans les soins et amènent à **une alliance aux soins compromise** par ces positions.

R5 « *Et c'est des questions qui ne sont pas simples puisqu'il y a un transfert, une alliance de soins qui sont engagés vis-à-vis des jeunes filles y compris celle qui se serait rendue autrice.* »

6.5. Engager le doute

Le psychiatre se représente une **affabulation possible** au sujet d'agressions sexuelles.

Des profils psychopathologiques sont en lien avec les fausses

accusations comme la mythomanie ou une désinhibition maniaque. Ces fausses accusations décrites sont envers des adolescents et envers des soignants.

La durée d'hospitalisation comme dimension amène lorsqu'elle est importante à un **risque d'affabulation** envers un soignant.

Ces fausses accusations ont également pour conséquences qui s'illustrent par une **vigilance face aux adolescents ayant un antécédent d'accusation** et un **évitement à être seul** avec des adolescents. Cette position concerne des psychiatres de genre masculin et des profils d'adolescents ayant des antécédents de plainte ou un rapport de séduction envers les soignant. A l'inverse un psychiatre évoque ne pas ressentir une insécurité à être seul avec des adolescents. Ce psychiatre se représente des connaissances théoriques comme un moyen permettant de ne pas ressentir d'insécurité.

Le psychiatre perçoit dans son expérience les **affabulations comme extrêmement rares**.

R9 « Bah c'est quelque chose qui est perçue pour certains types de profils après il y a aussi des cas voilà de jeunes qui ont des pathologies plutôt d'ordre maniaque avec désinhibition alors du coup voilà dans ces cas là pour des situations où des jeunes avec des antécédents d'accusations comme ça qui sont peut-être calomnieuses »

7. LA TENUE VESTIMENTAIRE A L'HÔPITAL : REFLET DE LA SEXUALITE

7.1. La tenue sexualise

Le psychiatre se représente une **sexualisation de la tenue vestimentaire**. Dans ce sens il existe un **risque d'excitation des pairs** provoqué par une sexualisation de la tenue vestimentaire et un **risque de dévoiler l'intimité du corps**. De plus le psychiatre évoque le **jugement des pairs** sur certaines tenues vestimentaires.

R6 « *un accompagnement sur la tenue vestimentaire, un accompagnement sur comment est-ce qu'on peut...on ne va pas dire comment on peut s'habiller mais comment s'habiller, comment se maquiller de manière qui ne soit pas provoquante, qui ne soit pas forcément sexualisé* »

R11 : « *on a pu reprendre par exemple en groupe, quelque chose d'un petit peu pratique, une adolescente qui avait des tenues très sexy, qui après le petit déjeuner... donc a pu reprendre ça, les tenues vestimentaires, qu'est-ce que ça pouvait représenter...* »

7.2. La tenue convoque la posture normative

Ces représentations s'articulent autour des postures normatives au sujet des tenues. Le caractère adapté de la tenue vestimentaire est défini par en fonction de la **portée choquante de la tenue, la température extérieure, le dévoilement du corps** ainsi que le **jugement des pairs** amené par les tenues vestimentaires. Le psychiatre explique qu'il est nécessaire d'appliquer **les normes scolaires de l'école** ou évoque une **tenue correcte exigée** en présentant le règlement de l'hôpital.

Les postures normatives et la définition du caractère adapté des tenues sont selon le psychiatre **régies par les représentations personnelles** de chacun. Cela a pour

conséquences une **disparité des normes** autour du caractère adapté des tenues vestimentaires.

R10 « *Par exemple je ne parlerai pas de rapprochement mais des fois il y a des jeunes filles ici qui ont des tenues vestimentaires que certains vont trouver inadaptées ou grossières ou vulgaires ou trop sexualisées et face à une même patiente voilà d'autres soignants vont dire bah non moi ça ne me choque pas* »

R7 « *Ta tenue elle doit être adaptée, une tenue respectueuse, alors respectueuse *rires* de qui de quoi on ne sait pas mais c'est soumis à l'interprétation.* »

7.3. La tenue convoque la posture soignante

Le psychiatre déclare que définir un caractère adapté des tenues vestimentaires n'est **pas un rôle soignant**. Se représenter une **liberté de se vêtir** est une propriété qui invalide les positions normatives chez cette psychiatre.

Cela a pour conséquence un **travail autour de l'image renvoyée** par la tenue vestimentaire. Cependant une posture normative permet également chez un psychiatre un **travail autour de l'intimité**.

R2 « *[...] c'est là c'est notre rôle de soignant, notre rôle de soignant ce n'est pas de dire ça c'est bon ça ce n'est pas bon, là il faut s'habiller comme si, pas comme ça, ça c'est trop court ou pas trop court [...]* »

8. LA SEXUALITÉ À L'HÔPITAL : DES VOIES D'AMÉLIORATION

8.1. Améliorer la formation

Le psychiatre évoque des formations spécifiques comme une **formation personnelle** au sujet de la sexualité des adolescents. Il exprime un besoin personnel et pour les équipes à se **former sur la transidentité**. Une formation des équipes soignantes sur les **démarches médico-judiciaires** et les **conduites à tenir** en cas de sexualité agie est également évoquée.

R11 « *Par rapport à la sexualité peut être pas... peut être par rapport à la transidentité. Pas assez formé et souvent pas assez au clair de ce qui se fait au niveau associatif pour l'accompagnement des jeunes, des familles on n'est pas assez ni formé ni informé.* »

R2 « *Bah *soupir* non ce qui est important c'est qu'ils soient... là où ils doivent être formés c'est la question réglementaire, médico-légale, je pense que c'est important sur la question des démarches judiciaires dans les agressions sexuelles, c'est des choses qui doivent être... que je pense qu'il faut que les équipes qui travaillent avec les ados sachent comment ça se passe.* »

8.2. Améliorer la réflexion

Le psychiatre suggère d'établir des réflexions institutionnelles autour de la sexualité : il suggère **des espaces de parole spécifiques** pour les soignants en se représentant un moyen de corriger la disparité des positions de chacun. Il propose dans ce sens une **sensibilisation des équipes** à la question de la sexualité des adolescents. Une psychiatre y voit dans ce sens un moyen de minorer le tabou autour de la sexualité. Le psychiatre évoque également des **travaux bibliographiques** à inclure dans les réflexions collégiales.

R3 « *Et du coup je me dis que le dialogue est vraiment possible et qu'effectivement c'est des discussions qu'on devrait avoir plus régulièrement. Identité de genre on en a eu un certain nombre ces derniers temps mais du coup identité sexuelle, pratique sexuelle ? Je pense que ça pourrait aider à briser le tabou et à ouvrir le dialogue avec les infirmières pédiatriques qui je pense sont très perdues avec tout ça. »*

8.3. Améliorer l'abord

Le psychiatre évoque des améliorations à apporter sur l'abord de la sexualité :

Concernant l'entretien médical, il est évoqué des **outils spécifiques pour l'évaluation** de la sexualité ou des **questions ouvertes** autour de la sexualité dans les entretiens.

Concernant la médiation, le psychiatre demande une multiplication de **supports de travail**. Il propose **davantage de groupes thérapeutiques** spécifiques au thème ou **davantage de prévention** dans les espaces de paroles

Concernant les partenariats le psychiatre présente des **temps de consultation dédiés** avec une sexologue et des groupes à portée éducative par l'intervention d'une sage-femme. Concernant l'articulation avec les ressources extérieures il exprime l'idée d'**impliquer d'avantage le planning familial** en proposant des temps de liaison spécifiques au sein de l'hôpital. Il est également évoqué l'idée d'**orienter vers le médecin généraliste** de manière plus systématique pour des questions spécifiques autour de la sexualité en se représentant un meilleur approfondissement permis par l'alliance thérapeutique avec le médecin traitant.

R4 « *Alors la difficulté, la difficulté moi que j'ai toujours eu c'est trouver des supports, des supports intéressants, des supports de film, des supports vidéo, j'ai toujours eu pas mal de difficultés pour trouver des supports »*

R5 « Là les personnes qui ont participé à porter ça n'y sont pas forcément en ce moment mais on a eu un appel à projet dans ce sens. Voilà des sous pour ça et il y avait même dans le projet qu'il y ait un petit temps de sexologue dans le... au sein de psychothérapies en consult' »

DISCUSSION

1. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

1.1. Points forts méthodologiques

1.1.1. Une étude originale

Cette étude était la première étude qualitative réalisée auprès des psychiatres exerçant en unité pédopsychiatrique en France au sujet de leurs représentations autour de la sexualité des adolescents à l'hôpital.

1.1.2. Mode de recrutement de l'échantillon

L'échantillonnage théorique (ou dirigé) a permis de recruter des participants qui ont été utiles à des fins d'éclairage du phénomène étudié et reflète une diversité d'expériences.

La grande majorité des terrains d'exercices des Hauts de France ont été inclus dans l'étude concernant les structures publiques ou les organismes de gestion privés à but non lucratif. Les âges de la population des adolescents accueillis dans les structures couvraient selon les services l'intégralité de la période de l'adolescence ce qui permet d'enrichir la diversité d'expérience.

1.1.3. Entretiens

Le guide d'entretien a été testé avant les entretiens avec des personnes n'appartenant pas à la population étudiée, permettant de s'assurer de la clarté des questions posées. Le guide d'entretien en amont des interviews était évolutif et enrichi au fur et à mesure des retranscriptions.

1.1.4. Triangulation des données

Une triangulation des données entre le chercheur et un médecin ayant une expérience dans la recherche qualitative a été réalisée pour l'analyse thématique.

1.1.5. COREQ

Un total de 29 critères sur 32 de la grille COREQ ont été respectés. (Annexe 3)

1.2. Limites méthodologiques

1.2.1. Manque d'expérience du chercheur

Malgré une formation aux techniques d'entretiens par la F2RSM, le chercheur était novice pour ce type d'entretien. Les études qualitatives sont réalisées à partir des intentions motivant l'enquêteur, ce qui peut influencer les réponses des participants. Malgré les tentatives de rester le plus neutre possible, le chercheur a potentiellement influencé les réponses des participants. On peut donc retrouver un biais d'investigation.

Le codage sélectif et axial a été également soumis à la subjectivité de l'enquêteur avec un risque de parti pris dans l'analyse des réponses et les extractions de thèmes.

1.2.2. Absence de saturation des données

Le nombre suffisant de participants selon les recommandions de la F2RSM n'a pas été respecté (entre 15 et 20) et la saturation des données n'a pas été réalisée. Des concepts et des idées n'ont potentiellement pas été explorées dans les entretiens. Le chercheur l'a pris en compte en incorporant des idées issues de sa réflexion et de la littérature dans la discussion autour des résultats.

1.2.3. Population et recrutement

La population recrutée ne représente pas la réalité de la population des psychiatres de l'enfant et de l'adolescent dans les départements Nord-Pas de Calais, que ce soit en termes de genre ou de répartition dans ces départements. 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 répartis pour les 2/3 dans le Nord et pour 1/3 dans le Pas-de-Calais(80).

La représentativité des psychiatres exerçant dans les départements Oise-Aisne-Somme était limitée du fait d'une participation unique à l'étude. Il est à noter que les départements de l'Aisne et de la Somme sont particulièrement touchés par une vacance statutaire de praticiens hospitaliers (plus d'un poste à temps plein sur deux est concerné) comparativement à celui du Nord qui est le seul à connaître une vacance inférieure à celle de la France entière(81). La représentativité des psychiatres exerçant en structures privées est également non respectée du fait de l'absence de participation.

Par ailleurs 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.

Devant le faible nombre de réponses à ce travail et devant l'absence de participation de psychiatre exerçant en structure privée, on peut s'interroger sur les limites personnelles du clinicien : malgré le statut de psychiatre il est possible que parler de sexualité entraîne une résonance avec ses propres interdits, ses propres jugements et ses propres malaises tant ce sujet touche à l'intime.

2. DISCUSSION AUTOUR DES RÉSULTATS

2.1. LA PSYCHIATRIE ET LA SEXUALITÉ A L'HÔPITAL, UN HÉRITAGE DANS LES PRATIQUES

2.1.1. La psychiatrie et la sexualité, l'histoire d'un interdit moral

La notion d'un interdit et d'un silence enveloppant la sexualité en psychiatrie s'inscrit dans l'héritage même de l'histoire de cette discipline.

Cet interdit et ce silence sont régulièrement nommés « tabou » dans de nombreux écrits ainsi que chez les répondants(65,82–84). Ces derniers ont regretté l'impact d'un « tabou » de la sexualité dans leurs pratiques, mentionnant en outre la difficulté à mettre en œuvre un discours sur la sexualité auprès des adolescents et des équipes soignantes ou la difficulté à pouvoir établir des règles précises.

Étymologiquement le mot « tabou » trouve son origine dans les langues polynésiennes qui désignent une « interdiction de caractère sacré qui pèse sur une personne, un animal, une chose ». Ce terme est aujourd'hui employé pour désigner un « interdit d'ordre culturel et/ou religieux qui pèse sur le comportement, le langage, les mœurs »(85). Ce « tabou » de la sexualité, du fait de sa filiation avec la morale chrétienne, conserve un caractère sacré dans un pan de l'histoire des sociétés occidentales(86). Le péché induit des limites à ne pas franchir en terme de moralité sous peine de punition divine(87). La sexualité non procréative a ainsi été assimilée selon les siècles au péché, au vice ou à la débauche ramenant pour l'individu à un sentiment de culpabilité(88).

Concernant son héritage à l'hôpital, ce « tabou » s'inscrit dans les origines historiques de l'hôpital psychiatrique. Comme la plupart des établissements de santé, l'hôpital psychiatrique trouve ses origines dans les ordres religieux(89). La sexualité a été

évincée à cette époque par les ordres religieux, du fait de la signification déviante, jugée obscène dans les structures psychiatriques. Un exemple d'héritage visible de l'hôpital comme institution religieuse est celui de la « tenue » des infirmiers qui renvoie au comportement à avoir pour le professionnel(90).

Il s'en suit une période charnière en France pour les personnes souffrant de troubles de la santé mentale : le XVIIIe siècle. La Révolution, avec en toile de fond la Déclaration des Droits de l'Homme, va laïciser les établissements de santé jusqu'à présent sous la coupe de l'Eglise. La prise en charge conserve dans sa ligne de conduite l'enfermement en incluant comme thérapeutique légitime le traitement moral (entendre mœurs) de la folie(91).

Avec la laïcisation, le « tabou » quittera le domaine du sacré pour trouver refuge dans les conventions sociales. Dans son livre sur l'histoire de la folie, Michel Foucault démontre que le traitement moral de la folie préconisé par Phillippe Pinel lors de la création des asiles visait à promouvoir la primauté des valeurs sociales et la répression des comportements qui s'opposaient aux vertus essentielles de la société dite bourgeoise (mariage, famille) (92,93). L'hôpital fut alors un lieu d'illégalité au sujet de la sexualité où celle-ci devait être interdite auprès des personnes soignées(93).

Au décours de cette période, la psychanalyse fut la discipline qui mettra en lumière la question cruciale de la sexualité qui conditionne le développement affectif et émotionnel de l'individu en fonction de l'émergence et le dépassement de pulsions et de leurs conflits(93). Freud, en s'intéressant au tabou de l'inceste, définira alors le « tabou » comme un fait social à la racine des préceptes du système moral et pénal de l'humanité(94).

Selon Dupras, la sexualité ne se verra plus niée dans l'institution, mais elle n'aura toujours pas de valeur en soi ; elle ne vaudra que pour son utilité thérapeutique selon une perspective de normalisation sexuelle du malade(93). Selon Foucault, la psychanalyse va entraîner un glissement des structures asilaires pour privilégier une intériorisation de règles morales(92,95).

La question de la sexualité entre patients se réactualisera ensuite avec la psychothérapie institutionnelle où l'institution va se modifier afin de créer un environnement qui ressemble le plus possible au monde extérieur et ensuite avec la mise en place de la mixité des unités qui interviendra après la sectorisation à la fin des années 1960(63).

2.1.2. La psychiatrie et l'hôpital comme instance normalisatrice

Au-delà de l'héritage d'un interdit moral, le praticien hérite également d'un fonctionnement asilaire de la psychiatrie qui sous-tend une organisation rigide et l'institutionnalisation de normes dans un rapport de force(96).

Le sociologue Alain Giami a proposé, au sujet du traitement de la sexualité par les organisations institutionnelles, une lecture à travers le concept d'institution totale développé par le sociologue Erving Goffman(97). Ce dernier a intégré sous ce terme des lieux comme l'hôpital psychiatrique, les prisons, les couvents qui enferment, homogénéisent et règlent la vie des personnes qui y habitent, sans marge de liberté pour elles, autres que celles accordées provisoirement par l'institution(98). Cette théorie, élaborée à partir des structures asilaires, se joint aux travaux sur les institutions disciplinaires de Foucault ayant mis en lumière les dispositifs déployés au sein des établissements psychiatriques pour maintenir un second ordre social autonome(99,100). Des normes s'intègrent alors dans des règlements généraux qui

régulent à travers la contrainte l'activité générale des soignés afin de réduire l'écart à la norme sociale que peut représenter leurs troubles mentaux.

Un héritage actuel de ce fonctionnement a été décrit par le sociologue Mathieu Le Mentec à travers le recours à la contrainte physique à des fins de « docilisation » et désignant la contention physique face à un comportement déviant dans un ordre et un ensemble de normes régulant les comportements et les interactions au sein de l'unité psychiatrique(101).

2.1.3. La psychiatrie et le silence du corps

On peut également y voir une autre particularité inhérente à la psychiatrie conduisant à un silence au sujet de la sexualité. Un des répondant de ce travail a amené la question de l'importance du corps et de l'accueil de cette question dans l'institution où la sexualité selon lui rejoint la question du corps. À ce sujet le pédopsychiatre Pierre Delion a évoqué un « tabou » de la sexualité s'expliquant également sur l'origine et la nature même de la discipline de la psychiatrie visant à soigner l'esprit. La discipline a selon lui mis à distance le corps où « la vie psychique devait rester vierge de toute corporéité. »(102)

2.1.4. La psychiatrie et la sexualité, une réactualisation de son histoire

Afin d'illustrer ces héritages, il a été retrouvé dans la littérature une notion d'interdit moral dans l'organisation institutionnelle autour de la sexualité : on retrouve ainsi dans les travaux de Sonia De Vos concernant l'étude de la sexualité en institution psychiatrique dans les années 1980 la description du phénomène suivant : tous les participants à l'étude y compris les enquêteurs, véhiculent malgré eux une morale sexuelle héritée du passé, d'une éducation et d'une culture dans lesquels ils sont encore plongés(103). L'organisation institutionnelle est alors selon les auteurs

influencée par les institutions sociales et préfectorales autour de la sexualité. On y retrouve une mention pour les adolescents où la famille et l'hôpital partagent le même souci de respectabilité et de respect de la morale :

- *« les adolescents (pensionnaires) n'ont pas le droit d'avoir des relations sexuelles sous le toit familial (dans le pavillon), pratiques que les parents (soignants) ne doivent pas cautionner. Certains membres du personnel invoqueront même le tabou de l'inceste pour justifier cet interdit. »(103)*

Dans la même époque, la peur des relations entre adolescents au sein des institutions amène Claude Martin à relater également le tabou de l'inceste :

- *« Ou l'institution est totalement carcérale (...) ou bien comme dans la famille « ordinaire », l'institution interdit, ou ne dit rien, ne voulant pas savoir ce qu'il se passe au dehors (...) tout est permis, sauf les relations sexuelles, explicitées comme « l'inceste », les parents étant, je suppose, les thérapeutes »(61)*

Ce dernier auteur est mentionné par Jean-Luc Rongé dans son ouvrage « Sexe et sentiments en institution » paru en 2004 où il expliquait « *Ce qui s'écrivait il y a vingt-cinq-ans peut encore se vérifier aujourd'hui.* »(104)

Ses propos se confirment encore aujourd'hui lorsqu'on retrouve dans l'article « Sexualité adolescente et prise en charge institutionnelle : quels outils pour quels enjeux ? L'expérience saumeroise » paru en 2015 la description d'un outil contribuant à pouvoir définir un interdit autour de la sexualité des adolescents à l'hôpital(105). Un concept « frères et sœurs de soin » a été développé afin de répondre aux intercurrentes potentiellement préjudiciables aux soins que représentent selon eux la sexualité. Selon ses auteurs « cet outil nous permet, au nom de l'incestuel, de nous

positionner clairement contre les relations sexuelles agies entre patients car elles nous empêchent de faire correctement notre travail »(105).

On retrouve ainsi à travers les décennies cette notion d'interdit moral où les thérapeutes prennent une place assimilée aux parents à travers la notion de « tabou » de l'inceste. Ces représentations incluant une analogie familiale sont présentes pour certains des répondants : l'image paternaliste du psychiatre et son rôle normatif incluant un jugement de ce qui est bon ou mauvais dans la sexualité. Cette héritage peut influencer autant le thérapeute que la représentation de l'adolescent a sur le clinicien.

On peut s'interroger de ce fait sur la persistance dans l'inconscient collectif d'interdits dans ce qui peut se dire autour de la sexualité, un thème renvoyant alors à la peur, la culpabilité ou à la honte. En effet le clinicien se place avant tout dans un ensemble de valeurs institutionnelles où les représentations collectives au sujet de la sexualité peuvent être conscientes ou inconscientes. Louis Ploton dans son analyse institutionnelle dira à ce sujet « Dans l'approche d'une institution donnée, il y a lieu de se poser la question des représentations latentes, des fantasmes réprimés des non-dits et des secrets relatifs à l'histoire propre, potentiellement à l'œuvre. » (106)

Il est possible donc que des interdits moraux se réactualisent dans le regard que le clinicien porte sur la question de la sexualité que ce soit dans sa posture normative, son appréciation ou dans la mise en discours de la sexualité auprès des adolescents ou auprès de l'institution et des équipes soignantes.

De même l'héritage d'un fonctionnement total de l'hôpital peut influencer l'institutionnalisation de normes à travers la réglementation et l'organisation des soignants autour du contrôle de l'activité des adolescents dans leurs rapprochements.

Enfin face à l'éviction de la question du corps souligné par Pierre Delion, le psychiatre Patrice Hueure met en garde vis-à-vis de la sexualité : « il faut tout d'abord lutter contre la tentation de l'aborder de manière partielle et opératoire : le corps d'un côté, la vie psychique de l'autre, l'affectivité encore ailleurs. »(107)

2.2. LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTS AU COEUR DES REPRESENTATIONS SOCIALES

2.2.1. La sexualité des adolescents : une sexualité préoccupante

L'adolescent est un objet éminemment social qui vient interpeller les représentations collectives. L'évolution des normes sociales de la sexualité va aussi accompagner les représentations des cliniciens et des soignants en général sur le regard porté sur la sexualité des adolescents.

La généralisation de la scolarité dans les années 1970-80 s'est accompagnée d'une évolution pour les adolescents dans leurs modes de socialisation. Cela a eu pour conséquence de donner un nouvel élan aux préoccupations adultes en alimentant la peur d'un dérèglement moral(108). D'une transmission dite verticale à travers les institutions, l'inculcation de règles, l'autorité des adultes on est passé progressivement pour les adolescents à une transmission « horizontale » où la construction de soi passe par les pairs, les expériences personnelles, les moyens de communication et les références culturelles de génération, ainsi que les recommandations et les campagnes publiques(109).

Au centre des préoccupation des adultes se trouve alors l'accès à la sexualité pour les adolescents. Dans les années 1950 et au décours persistait une transmission verticale avec une surveillance étroite des fréquentations des jeunes(110). Selon Bozon, les contrôles traditionnels de la sexualité étaient qualifiés de répressifs et incitatifs et reposaient sur un double standard : il fallait prévenir autant que possible une entrée

dans la vie sexuelle des femmes avant le mariage, alors que les hommes étaient selon l'auteur encouragés à s'initier à la sexualité ou à la vie amoureuse. Dans cette transmission verticale, l'éducation publique était responsable d'une éducation morale laïque proche de la morale religieuse où la pratique sexuelle était principalement assimilée à la reproduction(111).

Au XXI^e siècle s'exerce de nouvelles formes de contrôle qui sont plus intériorisés et indirects dans un contexte où le réseau de pairs est plus présent. Bozon rapporte que l'anxiété à l'égard de la sexualité est consécutive à la perte d'influence des institutions encadrants la sexualité et à la fin du contrôle adulte direct sur la vie des adolescents dans un contexte de multiplication technologies d'information et de communication(110).

Les sources d'information et de discours sur la sexualité sont aujourd'hui multiples pour les adolescents : médias (télévision, publicité, internet, cinéma), la littérature, l'école, campagnes publiques, enquêtes etc. Les mouvements sociaux (féminisme, mouvements LGBTQIA+, mouvements de lutte contre le sida, mouvements de personnes handicapées) ont mis en avant de nouvelles normes régulièrement débattues dans l'espace publique. Par ailleurs l'exposition actuelle à la sexualité sous de multiples formes est plus importante et plus explicite avec un changement dans l'ordre de ce qui est montrable ou possible à dire.

Dans ce contexte, l'autonomie sexuelle de la jeunesse, qui s'intègre aujourd'hui dans la définition de la santé sexuelle, fait surgir selon Bozon des craintes multiples. Les jeunes sont alors perçus comme particulièrement vulnérables aux risques sexuels (danger sanitaire), amenant que les adolescents soient la cible de campagne de prévention spécifiques(112).

Dans d'autres hypothèses psycho-sociales les adolescents peuvent être perçus comme étant en danger moral et nécessitant une protection devant une perte de repères moraux et sociaux et l'émergence d'une sexualité sans frein(113). Dans l'étude qualitative de Pierre Moulin sur les représentations des professionnels au sujet de la sexualité des adolescents, les résultats ont illustré cette hypothèse psychosociale : la sexualité perçue comme génitale, bestiale, pulsionnelle et qui vise à satisfaire un besoin biologique est apparue aux yeux des répondants comme inacceptable. Cette sexualité était associée dans les représentations à de la violence, du mépris et était donc l'objet d'une correction en apportant des notions d'adoucissement, d'humanisation ou d'une socialisation par la sphère affective et amoureuse(114).

Les mauvaises influences comme l'influence des pairs ou les mauvaises rencontres sur internet sont également redoutées dans ce contexte contemporain de transmission horizontale. Ces représentations se confirment chez certains des répondants qui y voient un phénomène de désinformation dans l'éducation par les pairs. Une des répondante évoque son inquiétude vis-à-vis de l'éducation à la sexualité par internet et la pornographie. La pornographie est perçue comme un danger pour la jeunesse comme le montre une enquête menée auprès d'un échantillon de 1005 adolescents. Elle conclue que l'exposition à la pornographie participe à « l'éducation » à la sexualité chez près de la moitié des jeunes interrogés où des représentations erronées sur ce qui est approprié ou non en termes de sexualité sont diffusées(115). Si en revanche, des jeunes interrogés dans les cités par Isabelle Clair visionnent des films pornographiques et savent bien que c'est du cinéma, l'éducation à la sexualité par la pornographie apparaît donc comme un péril moral pour les adolescents amenant à proscrire toute éventualité d'une éducation potentiellement positive par le biais d'une pornographie féministe(116). Cette peur des adultes au sujet de la désinformation

apparaît légitime cependant devant la multiplicité des sources d'information. Cet accès à de multiples sources d'informations peut amener à des campagnes de désinformation où se reproduisent certains « tabous » comme le faux site d'éducation sexuelle « ecoleetsexe.fr » créé par la Manif pour tous qui tente d'imposer une idéologie politique en éradiquant toute allusion au genre, à l'homosexualité, au plaisir, aux modes de prévention et de protection(117).

Enfin au-delà de la panique morale, il existe une persistance d'inégalités entre les genres issue d'anciennes représentations et d'une persistance d'une dichotomie inégale sur le rôle masculin et féminin au sujet de l'amour et la sexualité(118). Bozon affirme qu'il existe une reformulation de standards issus des années 1950 s'illustrant par les représentations de la femme chargées de contrôler le désir des hommes et les conséquences de leurs activités sexuelles(110). Il existe selon lui une persistance d'une dichotomie intériorisée par les professionnels et renforcée par la panique morale adulte qui aboutit à considérer les femmes comme étant motivées par des buts relationnels et affectifs et les hommes par des besoins sexuels impérieux. On peut donc s'interroger sur comment le clinicien compose avec ces différentes représentations et ses normes qui en découlent.

2.2.2. Le psychiatre, représentant de la société ?

Plusieurs répondants ont illustré l'intrication entre les représentations sociales collectives et leurs regards portés sur la sexualité des adolescents à l'hôpital.

Ces psychiatres articulent leurs représentations autour de leurs expériences cliniques chez les adolescents engageant leur sexualité à l'hôpital. Selon certains des répondants l'existence de phénomènes psychopathologiques chez ces adolescents

peuvent amener à des comportements sexuels problématiques ou entraîner une mauvaise influence.

Un premier exemple illustrant l'intrication entre les représentations sociale collectives et les représentations issues des pratiques est alors celui du risque de mauvaise influence par les pairs. Un répondant met en avant la cohabitation d'adolescents ayant des profils psychopathologiques en lien avec des antécédents de violences sexuelles et l'invitation à la prostitution par ceux-ci sur d'autres pairs ayant d'autres profils psychopathologiques. Dans cet exemple le profil psychopathologique vient renforcer la représentation sociale autour d'une mauvaise influence par les pairs. À l'inverse, un répondant se représente des adolescents ayant des antécédents de violences sexuelles comme des adolescents potentiellement pair-aidants par l'identification à la posture soignante. On n'y retrouve donc pas la représentation d'un risque de mauvaise influence par les pairs autour de la sexualité dans ce contre-exemple.

Un autre exemple est celui de la nocivité des relations : une répondante expose que les relations ne sont pas pérennes à l'hôpital et que les adolescents ne sont pas suffisamment prévenus de cette réalité. On y voit alors la conception d'une relation souhaitable pour l'adolescent, celle d'une relation installée dans la durée, avec une volonté d'instituer cette norme auprès des adolescents.

Un exemple venant illustrer la possible représentation ancrée chez les cliniciens de la femme chargée de contrôler le désir des hommes évoqué par Bozon est celui de la tenue vestimentaire. Les représentations de certains répondants sur l'hypersexualisation des tenues vestimentaires et du risque de choquer ou exciter les adolescents hospitalisés amènent à normer la tenue et à ajuster les comportements, reproduisant ce que Michel Bozon décrit comme des attendus sociaux restés différents

entre filles et garçons. On observe à nouveau une contrainte sociale subie sur le regard des cliniciens sur l'adolescent.

Ces exemples illustrent un phénomène décrit par Pierre Moulin en s'inspirant de Michel Foucault et observé chez les professionnels socio-sanitaires : selon l'auteur, l'objectif des professionnels consiste à recueillir les discours des soignés dans un but de rendre conforme les représentations et pratiques sexuelles de ces derniers avec un modèle socialement dominant ou avec des normes professionnelles que les soignants ont eux-mêmes créé(114,119).

On constate à travers ces exemples la justification des pratiques influencée par les représentations sociales entre croyances actuelles ou héritées de l'histoire et ses stéréotypes. Il est à rappeler que les représentations sociales possèdent dans leurs fonctions essentielles la fonction de justification des pratiques(120).

À cela se surajoute l'héritage issu de l'hôpital psychiatrique, instance normalisatrice, influençant potentiellement le clinicien dans son rôle d'instituer des normes. Un répondant a en effet évoqué son rôle de représenter la société pour l'adolescent, que ce soit dans sa posture normative ou dans une perspective de lui accorder une place dans cette société. Le psychiatre représenterait la société et il serait donc garant de ses normes. Cette représentation s'articule autour d'images sociétales de la psychiatrie qui persiste au sein de la société, d'une part, celle d'une psychiatrie susceptible d'apporter un soulagement au « mal-être » social et d'autre part, celle d'une psychiatrie qui interne et qui drogue(121).

Ces contraintes normatives vont donc s'instituer chez l'adolescent à l'hôpital. Ainsi il est possible de poser l'enjeu éthique suivant : puisque la représentation de la sexualité s'appuie sur des déterminants subjectifs et sociétaux, l'enjeu pour la profession

consiste à délimiter sa compétence en termes de connaissances médicales des troubles et des intrications potentielles avec la sexualité en l'associant à une connaissance épistémologique et un questionnement éthique sur la santé(122). Armelle Grenouilloux affirme que l'enjeu éthique consiste alors à ne pas confondre ni appliquer des critères et pratiques sociaux comme des critères et des pratiques de soins ou de santé(122). Selon cette psychiatre, « soutenir un tel enjeu, est ce qui peut permettre, entre autres, de tenir à distance les préjugés des représentations sociales. »(122) La place du psychiatre dans les soins est donc impérativement de ne pas juger et de se dégager des représentations amenant à considérer ce qui est bon ou mauvais, ce qui se fait ou ce qui ne se fait pas. La mise en lien avec la psychopathologie et le développement de l'individu permet ce travail et permet ainsi de se dégager d'un rôle normatif renvoyant à une posture éducative.

Représenter une société consisterait alors à considérer les évolutions qu'elle comprend en son sein chez une population adolescente étant par sa nature avide de changements sociétaux et sensibles aux dysfonctionnements sociétaux. Dans un souci d'approche holistique et afin de s'affranchir des représentations actuelles sur la psychiatrie et des représentations sociales collectives il s'agit d'intégrer et de combiner les dimensions individuelles et collectives du psychologique et du social, répondant à l'approche bio-psycho-sociale définie par le psychiatre Engel(123). Pour ce faire il est utile pour le clinicien de prendre en compte les mouvements sociétaux au sujet de la sexualité et ses représentations sociales qu'il peut porter consciemment ou non.

2.3. ÉTABLIR DES RÈGLES A L'HÔPITAL, UNE AFFAIRE DE POINT DE VUE

2.3.1. Des représentations différentes à des normes différentes

On observe dans les résultats de ce travail une ambivalence du psychiatre face à la sexualité agie de l'adolescent à l'hôpital.

Tout d'abord la sexualité apparaît comme difficilement concevable à l'hôpital. Plusieurs répondants ont effectivement considéré les relations sexuelles comme étant inappropriées en milieu hospitalier. Ces positions se retrouvent dans plusieurs études réalisées en psychiatrie adulte qui retrouvent des positions similaires(124–126). L'un de ces articles rapporte que le positionnement des professionnels de santé par rapport à la sexualité des patients serait davantage dicté par des valeurs personnelles plutôt que par des valeurs professionnelles.

À ce sujet plusieurs représentations amènent à considérer que l'hôpital est un lieu inadapté chez les répondants pour agir sa sexualité. Certaines représentations engagent des valeurs professionnelles vis-à-vis des soins comme le fait de considérer l'hôpital comme un lieu de soin, l'incompatibilité avec une hospitalisation de crise, la responsabilité soignante et le devoir de protection, la responsabilité parentale et le devoir de répondre aux disparités de tolérance parentales. Le rôle de protection et la responsabilité soignante implique de protéger l'intimité du discours de l'adolescent et de ce qu'il peut montrer et aussi protéger l'intimité de la chambre. Ce rôle de protection, dans un sens professionnel, s'engage également lors de plainte d'agression sexuelle à travers le signalement, la sollicitation des responsables légaux et les mesures mises en place vis-à-vis des adolescents concernés.

D'autres représentations s'appuient sur la nuisance supposée et constatée en pratique des relations. On y retrouve une intrication avec certaines représentations sociales

comme la mauvaise influence des pairs ou une intrication avec des représentations autour de profil psychopathologique. Ainsi les relations peuvent nuire à l'institution, au groupe, aux vécus des pairs ou simplement nuire aux adolescents considérés comme vulnérables qui présentent un risque d'effondrement, de reproduction de symptômes en lien avec la sexualité. Deux processus s'impliquent alors, celui de protéger l'adolescent vis-à-vis de ses troubles dans un hôpital qui reproduirait des manifestations psychopathologiques et ses difficultés de l'extérieur. L'autre processus implique la vigilance d'une sexualité perçue comme un symptôme et engageant de ce fait la responsabilité soignante vis-à-vis d'un devoir de protection. Cette vigilance implique une notion de contrôle à travers la surveillance et donc un droit de regard sur la relation des adolescents. La sexualité dans ce sens pousserait donc au contrôle. On retrouve dans une étude menée en 2008 un phénomène similaire où les professionnels de santé sont davantage axés sur le fait de ne pas nuire aux patients plutôt que sur leur responsabilisation(126).

Enfin des représentations personnelles viennent influencer le regard porté sur la sexualité à l'hôpital comme le fait que l'hôpital est un lieu où on n'agit pas sa sexualité, les relations ne sont pas pérennes à l'hôpital ou un rapport à l'hôpital signifie s'attribuer une étiquette psychiatrique. En écho de ces représentations, on retrouve dans la littérature des auteurs ayant établi une limite sur la sexualité agie en mettant en avant la « fausseté » des relations nouées au sein de l'établissement du fait des conditions d'hospitalisation. Ces auteurs s'interrogent de la manière suivante : « à l'extérieur : quel jeune de 16 ans « vit » avec sa copine 24 h sur 24 ? Et quel jeune continue de prendre tous ses repas avec son ex après la rupture ? » (105). Ces représentations peuvent amener les professionnels à intervenir dans les relations nouées à l'hôpital pour les prévenir et les informer de leurs éventuelles nocivités.

En revanche pour certains répondants, l'hôpital est un lieu de vie. La dimension du temps est une dimension qui peut imposer ce cadre de vie à l'hôpital lorsque la situation sociale est à l'arrêt lors de l'hospitalisation. L'hôpital comme lieu de vie, où l'adolescent reproduit sa vie de l'extérieur, amène à ce que la sexualité soit tolérée ou acceptée en son sein pour certains répondants. S'imaginer la sexualité comme un bénéfice notamment à travers l'expérimentation amène également à tolérer la sexualité à l'hôpital. Par ailleurs une répondante a considéré qu'elle ne possède pas de droit de regard sur la vie affective des adolescents, position justifiée par le caractère épanouissant que peut présenter les relations. Plusieurs ont en ce sens considéré qu'il n'est pas souhaitable de contrôler la vie sentimentale des adolescents, au risque de basculer dans une posture uniquement éducative. La sexualité conflictualise alors la posture soignante et le contrôle.

On observe donc une pluralité de valeurs et de positions normatives où dans un sens la sexualité agie est tolérée lorsqu'elle ne se voit pas, dans des lieux échappant à la surveillance ou à l'écart du groupe. À l'inverse la sexualité est interdite à travers un cadre général et cela incluant tout type de rapprochement devant le risque de nuisance autant sur les adolescents que sur l'institution. Cette pluralité des normes s'observe pareillement chez les équipes soignantes d'après les répondants.

Devant cette pluralité s'ajoute la difficulté d'une absence de politique déterminée : certains répondants indiquent qu'il n'existe pas de réflexion institutionnelle ou qu'ils ignorent s'il existe une politique prédéfinie. Cette absence de réflexion dans un contexte de pluralité de normes s'illustre au sein même de ce travail : deux répondants travaillant dans la même structure hospitalière ne partagent pas les mêmes opinions sur l'accompagnement et l'application du cadre. L'un considère qu'il est nécessaire d'établir un cadre général et l'autre considère qu'il est nécessaire d'appliquer un cadre

au cas par cas. Ainsi lorsque la sexualité ne se parle pas, lorsque les valeurs personnelles s'engagent dans la définition de normes on observe qu'un cadre institutionnel est difficilement lisible ou contradictoire. Cependant une stricte réglementation comme un laisser-faire absolu ont tous deux de multiples inconvénients. On peut donc s'interroger sur l'intérêt d'établir une politique institutionnelle.

2.3.2. La nécessité d'une politique institutionnelle

Devant la pluralité des normes en fonction des valeurs personnelles et le manque de réflexion institutionnelle, il semble légitime d'établir une politique autour de la sexualité et la sphère socio-affective de manière multimodale (risques, limites, accompagnement etc...).

Selon Striar et Ensor, une politique institutionnelle permet d'intervenir et de se baser sur des principes plutôt qu'à partir des attitudes et des anxiétés du personnel soignant(127). Selon Dupras, la politique à l'inverse peut servir de protection contre l'angoisse de ne pas savoir, face à un acte sexuel de la part d'un soigné, si ce qu'on fait est bien ou mal, si les autres soignants ou la direction approuveront l'intervention(128).

L'établissement d'une politique pourrait être pensée également dans un but d'établir un consensus sur les valeurs à préconiser et les actions à mener en ce domaine. Selon un paradigme proposé par Dupras, obtenir un consensus n'est pas tant la question de réduire la pluralité des valeurs sexuelles et des approches éducatives. Il s'agit pour l'auteur de penser et d'intervenir par la pluralité(128). Afin de ne pas affirmer sans discussion des valeurs qui guideront les conduites à tenir face à la sexualité il est donc nécessaire d'entreprendre une démarche collective pour un accord commun sur le

sens à donner à la sexualité à l'hôpital(128). Patrice Huere souligne l'intérêt d'avoir des positions différentes entre adultes professionnels. Cela permet d'offrir aux adolescents des supports identificatoires diversifiés en montrant comment les adultes s'accordent sur leurs différences.(107)

Ainsi afin de s'affranchir de l'envie de répondre uniquement aux interrogations du type « que va dire le juge des enfants » ou « que vont dire les parents » qui astreint à penser la politique comme un moyen d'assurer la sécurité et l'ordre, on peut imaginer la mise en place de limites pouvant servir d'apprentissage aux adolescents. Réfléchir sur la portée thérapeutique d'un cadre permet de l'appliquer en aidant l'adolescent à faire le lien avec cette portée thérapeutique. Qu'est-ce qu'on s'autorise à montrer ou agir dans l'espace public ? Comment on protège son intimité dans l'espace public ou dans sa chambre ? Comment respecter l'intimité de ses pairs ? Comment définir la place de la sexualité à l'hôpital et/ou valoriser la sexualité à l'extérieur ? Prioriser les soins ? Quelles sont les normes des parents et comment composer avec ? Qu'est-ce qu'on a le droit d'interdire ou non ?

Cela implique bien entendu que ces différents points de vue puissent s'élaborer ensemble à travers des échanges afin d'établir plusieurs cadres de référence ou de lecture. Ces réflexions permettent de pouvoir identifier les représentations sociales, les tolérances et les zones de difficultés de chacun afin d'apporter un sens commun au soin dans l'approche de la sexualité. Plusieurs répondantes ont exposé les avantages qu'impliquent ces réflexions. Certaines y voient un moyen de pouvoir questionner les pratiques et s'affranchir de l'anxiété produite par les risques de sévices ou de plaintes. D'autres y voient la possibilité de pouvoir comparer les représentations de chacun ou de briser un « tabou » sur la sexualité.

Dupras recommande de plus que l'élaboration de la politique engage non seulement les professionnels mais aussi les parents ou les bénéficiaires. Selon l'auteur « L'élaboration d'une politique devient originale et dynamisante quand on y associe tous les agents sociaux »(128) Un répondant a évoqué dans ce sens faire participer les adolescents dans les réflexions par le biais de réunion hebdomadaire sur le cadre. On peut imaginer la complexité des réflexions si elles s'engagent dans une confrontation de valeurs et d'objectifs différents pouvant amener à des débats houleux comme l'ont souligné certains auteurs(129,130). La réflexion est cependant nécessaire afin d'établir une politique dynamique pouvant s'accorder à la singularité des adolescents et des situations. Se reposer sur la littérature scientifique disponible sur ce sujet est un moyen de pouvoir enrichir les réflexions comme le suggère l'une des répondantes.

Un exercice par le chercheur durant la réalisation de ce travail a été de tenter de s'attribuer une politique idéale en composant avec les multitudes positions retrouvées chez les répondants. Force est de constater qu'une réflexion solitaire limite les perspectives lorsqu'il s'agit de définir des normes ou répondre à des questionnements. Définir de manière fixe ce qui est licite ou illicite ou tenter de répondre aux questions de la responsabilité, soignante ou parentale, à la définition du soins ne peut se réaliser de manière claire sans imaginer une réflexion qui évolue et qui se confronte dans le sens de l'altérité. Ainsi ce processus nécessite une répétition dans le temps afin de conserver un cadre dynamique au processus réflexif.

2.4. ÉTABLIR DES RÈGLES A L'HÔPITAL, ENTRE DROITS ET DEVOIRS

2.4.1. Le clair-obscur juridique de la sexualité

Plusieurs répondants ont estimé ne pas exercer de droit de regard sur la sexualité, renvoyant à un droit à une vie sentimentale où un contrôle ne peut s'exercer. Une interdiction écrite renvoie également aux répondants à une atteinte aux libertés individuelles. Cependant les répondants ont exprimé leurs méconnaissances autour de la législation de la sexualité des adolescents à l'hôpital.

En cela, établir des limites et une interdiction nécessite une connaissance de la loi et des droits et des libertés. Au niveau national, l'activité humaine est nécessairement encadrée par des lois, décrets, arrêtés, ou circulaires. On pourrait penser que la sexualité n'échappe pas à la règle et pourtant elle ne s'intègre dans aucune loi et il n'existe pas de définition juridique. Il est nécessaire alors de différencier la notion de liberté sexuelle et de droit sexuel.

Des auteurs précisent qu'au niveau du droit français, la liberté sexuelle ne fait pas l'objet d'une consécration dans les écrits de manière explicite. Elle est rattachée au droit à mener une vie privée(131). On retrouve effectivement dans les articles de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (C.E.D.H.) l'intégration de la sexualité dans la vie privée à travers l'article 8.

- « *Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale (...). / 2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire (...) à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui* »(132).

C'est à la Cour Européenne des Droits de l'Homme (Cour E.D.H) que vient le rôle d'interpréter l'article en rendant réponse dans l'arrêt de 1985 que le concept de vie privée selon la Cour « recouvre l'intégrité physique et morale de la personne et comprend la vie sexuelle »(133). Cette intégration de la sexualité dans la vie privée a ensuite été reprise dans la déclaration des droits sexuels de l'Association Mondiale pour la santé Sexuelle (W.A.S)(134) . Cette déclaration est souvent utilisée en termes de référence bien qu'elle n'ait aucune valeur juridique.

En droit français le concept de vie privée et du « droit à l'intimité de la vie privée » se retrouve dans le Code Civil à travers l'article 9 : « Chacun a droit au respect de sa vie privée »(135) et l'article 16 : « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garanti le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie »(136).

Ce droit au respect de la vie privée est un droit constitutionnel, fondamental et inaliénable. Cependant, force est de constater qu'il n'existe pas de définition légale de la « vie privée ». Les juges ont délimité les contours de cette notion en considérant toute intrusion dans l'intimité de la personne comme une atteinte à la vie privée(137). C'est à la jurisprudence que revient le rôle de protéger ce droit en statuant sur ce qui ressort de la vie privée au regard de nombreuses situations.

En ce qui concerne les situations au sein de l'hôpital la loi N°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé souligne que « le respect de l'intimité du patient doit être préservé [...] à tout moment de son séjour hospitalier »(138). La Charte de l'utilisateur en santé mentale du 8 décembre 2020 réaffirme dans son cadre le droit des patients au respect de la vie privée et leurs intimité dans la limite de l'intimité et du repos des autres patients(139). Certains items y sont définis comme le secret professionnel, la possibilité de recevoir des visites mais

il n'existe aucune mention quant à une réglementation d'une éventuelle activité sexuelle au sein de l'hôpital. Aucune condition de restriction n'est posée également par le législateur au sujet de l'article L.3211-3 du CSP en ce qui concerne les restrictions des libertés dans le cadre de soins psychiatriques sans consentements(140).

Le règlement intérieur d'une unité de soin psychiatrique apparaît alors comme le dernier texte pouvant fixer un cadre légal vis-à-vis de l'activité sexuelle en établissement de santé. Depuis l'arrêt du 6 novembre 2012 de la Cour Administrative d'appel (CAA) de Bordeaux, une jurisprudence spécifique existe en France et affirme qu'il ne peut y avoir d'interdiction générale et absolue au sein des règlements intérieurs(141). La loi autorise cependant une réglementation de la chambre du patient, interdisant à un patient de se trouver dans la chambre d'un autre patient et interdisant la monstration de toute activité sexuelle dans les parties communes de l'unité d'hospitalisation.

Il existe donc un clair-obscur juridique autour d'un droit silencieux et d'une législation imprécise qui oblige le psychiatre et par extension l'institution à interpréter les textes disponibles devant les situations engageant la sexualité à l'hôpital. Devant ce flou juridique, le respect de la vie privée et de l'intimité est néanmoins garanti par le droit français et on peut y voir plusieurs aspects dont la protection du domicile et par extension la chambre, le secret professionnel et médical, la protection de l'image et la protection de l'intimité.

La sexualité apparaît alors comme une liberté tout comme la vie privée et l'intimité relève de libertés fondamentales. Bruno PY, professeur spécialisé en droit médical, y apporte une nuance en avançant que « la sexualité composante de la vie privée est une liberté pas un droit au sens technique. Nul n'a un "droit à la sexualité", chacun a

“un droit à développer une sexualité »(142). En cela Denise Vaginay, docteure en psychologie, complète cette notion en affirmant « En ce qui concerne la sexualité proprement dite, la loi française est sagement discrète, indiquant ainsi que l'accès à la sexualité n'est pas un droit, mais une possibilité qui dépendra de l'aptitude du sujet à l'exploiter »(143).

Cette liberté soulève de multiples enjeux du fait d'être régie par le statut du mineur, le consentement, la question parentale, le secret professionnel et la possibilité d'interdire. Cela oblige le psychiatre à se positionner en l'absence de clarté juridique. Il convient alors de tenter d'éclaircir ces enjeux.

2.4.2. Le statut de mineur et la sexualité

Tout d'abord au sujet de l'état de minorité chez l'adolescent il existe des dispositions légales qui interdisent les relations sexuelles entre adolescents mineurs en cas de rapports consentis dans des contextes bien précis : en cas d'écart d'âge de 5 ans, en cas d'inceste (un mineur ne peut légalement pas consentir à une relation incestueuse) ou si elle est obtenue « en échange d'une rémunération, d'une promesse de rémunération, de la fourniture d'un avantage en nature ou de la promesse d'un tel avantage »(144,145). Selon le juriste Pierre-Brice Lebrun, il n'existe pas d'autres dispositions légales qui puissent interdire les relations sexuelles consenties entre adolescents mineurs(145). Selon le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida et pour la santé des jeunes (CRIPS) d'Iles de France la loi reste floue en dessous de 15 ans(146). Non mentionnée par la loi, cette sexualité entre mineurs de moins de 15 ans n'est donc pas explicitement interdite. Selon le CRIPS, l'appréciation des situations varie alors en fonction des âges, de la différence d'âge entre les protagonistes et du fait que la relation soit forcée ou non(146). A titre d'exemple, une

relation entre un mineur de 17 ans et un mineur de 14 ans, si elle est consentie, n'est pas punissable par la loi.

Il se pose alors la question de la majorité sexuelle et l'âge légal de consentement évoqué par les répondants. Le terme "majorité sexuelle" induit l'idée que la sexualité ne serait autorisée qu'à partir d'un certain âge. Ce terme en tant que tel ne figure dans aucun texte législatif. Cependant on retrouve dans de nombreux textes législatifs la mention officielle de l'existence d'une sexualité des mineurs à partir de 15 ans. La loi reconnaît ainsi le droit à un mineur d'avoir des relations sexuelles à partir de cet âge, posée de manière implicite à l'âge de 15 ans où on considère qu'à partir de cet âge, un jeune est apte à donner son consentement éclairé(142,146). Depuis la loi du 21 avril 2021, il existe un âge de présomption de non-consentement fixé à 15 ans. Ainsi tout rapport avec un écart d'âge supérieur ou égal à 5 ans ou tout rapport entre un mineur de moins de 15 ans avec un majeur est qualifié automatiquement de viol où l'absence de consentement n'a plus à être caractérisé par les juges(147). La loi instaure également une clause dite « Roméo et Juliette », afin de ne pas réprimer les relations sexuelles lorsque les adolescents ont moins de 5 ans d'écart(145). Il n'a pas été retrouvé de précision si cette différence d'âge s'applique pour les âges de 12, 13 ans de la même manière que l'âge de 14,15 ans. En effet l'écart d'âge se réduit à moins de 2 ans pour la tranche d'âge 12-13 ans dans la législation au Québec(148).

Selon le CRIPS « La loi ayant pour objectif de protéger plutôt que d'interdire, fixer un âge seuil à partir duquel un jeune mineur est considéré comme apte à consentir a pour but de le protéger d'éventuels abus. » (146) On voit ainsi qu'une relation sexuelle consentie entre adolescents mineurs ne relève pas automatiquement d'une faute au sens pénal et donc sanctionnable si l'écart d'âge le permet. Il existe une législation

afin de protéger le consentement des mineurs et les protéger des relations avec des personnes majeures.

En cela il paraît d'autant plus illégitime d'intérioriser un interdit général dans la réglementation de l'institution hospitalière comme le suggère plusieurs répondants. Pour rappel la CAA de Bordeaux en 2012 avait annulé une réglementation intérieure d'un établissement de soin en santé mentale qui interdisait les relations sexuelles entre patients justifié par le respect de l'intimité des patients et d'autrui, la vulnérabilité des patients accueillis et la nécessité de les protéger. Dans ce cas de jurisprudence, la Cour a émis deux critères permettant la restriction des libertés fondamentales : avoir des finalités légitimes et obéir à un principe de proportionnalité(141). On observe cependant qu'au nom du respect de l'intimité et du fait d'un devoir de protection, il existe des normes chez certains répondants où la sexualité dans toutes ses déclinaisons (rapprochement jusqu'à l'acte) est interdite dans les faits. Une répondante évoque que cette interdiction ne peut s'opérer qu'en cas de relation non consentie ou incestuelle. En vertu de la loi, il s'agit donc de protéger les relations des mineurs selon leur âge et leur capacité à consentir.

2.4.3. La question du consentement

Il se pose alors la question du consentement dans les relations en institution psychiatrique. Un répondant a évoqué l'incertitude du consentement chez les adolescents présentant des traits de personnalité limite ou une décompensation maniaque. En effet, la nature des pathologies a un impact potentiel sur l'autonomie et donc sur la capacité de décider librement et de contrôler sa propre sexualité. La grande difficulté relève alors de pouvoir distinguer l'adolescent en pleine possession de ses facultés de discernement de celui chez qui celles-ci sont amoindries. Alain Mercuel, psychiatre à Paris, avance un point de vue clinique sur le consentement et suggère

trois principes indispensables(125). Le premier principe est de ne pas nuire à soi-même qui renvoie à l'altération des capacités à faire des choix libres et éclairés du fait de son état psychique. On entend que si ce principe n'est pas respecté, l'établissement et/ou les professionnels pourraient être sujets à une plainte du patient ou de sa famille. Le deuxième principe est de ne pas nuire à autrui et donc prendre en compte la capacité du partenaire à consentir. Le troisième principe est de ne pas nuire à un tiers présent. Ainsi selon l'auteur l'exhibition en public d'un acte sexuel, consenti ou non, pourrait déstabiliser voire nuire d'autres personnes vulnérables au sein de l'établissement.

Le rôle de protection s'applique donc au cas par cas en évaluant la capacité à consentir des adolescents, élément déterminant dans la garantie d'un équilibre entre la sécurité des adolescents et la moindre restriction de libertés. Il est évident que l'évaluation de des capacités de discernement chez l'adolescent en fonction de sa pathologie nécessite un travail rigoureux et individualisable pour chaque adolescent en fonction de son développement, ses capacités d'autonomie (affirmer son consentement, libre choix) ou ses capacités à identifier les situations de danger et de vulnérabilité.

Un cadre général balaye alors tout travail autour de ces principes permettant, au nom de la sécurité et de l'ordre, de s'affranchir de tout risque possible. Ne serait-il alors pas risqué de ne pas offrir aux adolescents un travail autour de leur autonomisation, en leur apportant des notions de sécurité que suppose la perception de leurs vulnérabilités ou des situations qui présentent un risque pour leur santé sexuelle ? La limite prend alors une vertu thérapeutique comme le suggère l'une des répondante sur ce que l'on est autorisé à montrer, à agir en public vis-à-vis des autres adolescents soignés, sur le respect de l'intimité et du consentement des pairs.

Dans un devoir de protection, il s'agit de protéger les adolescents en leur apportant ces notions et en évaluant leur capacité à consentir et à prendre en compte le consentement des pairs. La vigilance des relations, en appliquant les principes de ne pas nuire à soi-même et à autrui, peut donc être au service de la responsabilisation des adolescents tout en leur apportant les notions nécessaires autour de l'autonomie lorsque leur état psychique le permet.

2.4.4. La question de l'autorité parentale

La sexualité renvoie au respect de l'autorité parentale chez certains des répondants. La loi définit les parents comme responsables de l'éducation et de la protection de leurs enfants jusqu'à leur majorité. L'article 371-1 du Code Civil caractérise cette autorité.

- *« l'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient au père et à la mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. »*(149)

Cette notion implique dans un sens moral un droit de regard pour le ou les parents autour de la sexualité de leurs enfant qui ajoute une difficulté à la lecture sur le plan juridique de la sexualité du mineur.

Cependant la loi accorde un droit aux adolescents de disposer de leurs corps, comme l'indique l'article L2311-4 du CSP stipulant que les adolescentes peuvent se passer de l'autorité parentale concernant la contraception et l'avortement dans certaines conditions(150). Les mineurs conservent une forme d'autonomie dans leurs vies affective et sexuelle tout en sachant que les parents ou responsables légaux ont

l'obligation légale d'intervenir au nom de la sécurité du mineur si une situation de danger est repérée. Ainsi le cadre législatif des relations entre mineurs ou d'un mineur et d'un majeur vont encadrer plus précisément la décision parentale au sujet de leurs devoirs d'intervenir. Il est évident que la question ne se pose plus en cas de relation non consentie où les répondants ont affirmé que l'information aux parents et le recours à la justice est obligatoire.

2.4.5. Le secret médical face à la sexualité à l'hôpital

Au sujet du secret médical, l'article L.1111-5 du CSP prévoit que le mineur peut exiger du médecin qu'il ne dise rien de son état de santé à son ou ses parents. La législation encadre par des conditions à réunir la possibilité de mener un acte de prévention, de dépistage, de diagnostic ou de traitement en respectant le secret professionnel devant l'opposition expressive d'un mineur (151). L'article L5134-1 complète cette notion en stipulant qu'une prise en charge contraceptive, autorisée à partir de l'âge de 12 ans, est protégée par le secret professionnel(152). Cependant il existe un droit à l'information détenu par les titulaires de l'autorité parentale concernant les soins, les examens et les traitements durant l'hospitalisation. Aucune mention n'est faite sur l'information des parents sur une quelconque activité sexuelle.

La difficulté est de se saisir ou non, en cas d'acte sexuel consenti à l'hôpital et non punissable par la loi, la nécessité au sens de la loi de prévenir les parents. Une répondante a expliqué qu'il était plus simple de respecter le secret professionnel pour des relations sexuelles pour des mineurs à l'extérieur de l'hôpital. L'existence d'une sexualité préjudiciable dans le sens de la santé ou de la loi facilite la prise de décision quant à la sollicitation des parents.

La tentative d'éclaircissement de ces notions juridiques n'a pas pour but d'occulter la pertinence d'ouvrir un dialogue avec la famille au sujet d'une éventuelle activité sexuelle des adolescents à l'hôpital. Au-delà de la responsabilité parentale engagée dans le sens légal, le psychiatre a également la responsabilité de mettre en discours la sexualité lorsqu'elle peut être au service de l'adolescent et du système familial. De même que la sexualité engage la responsabilité soignante dans un but de protection, on peut s'interroger sur la responsabilité du psychiatre à aborder la sexualité à l'hôpital dans une perspective soignante.

2.5. DE L'IMPORTANCE D'ABORDER LA SEXUALITÉ À L'HÔPITAL

2.5.1. L'importance d'en parler

On retrouve dans les résultats la sexualité comme un sujet qu'il est nécessaire d'aborder. Plusieurs répondantes se sont ainsi représenté le rôle de considérer la vie de l'adolescent dans toutes ses sphères qu'elles soient familiales, affectives et sexuelles, scolaires ou le rôle d'évaluer le développement de l'adolescent dans son intégralité. Ces considérations amènent donc à inclure la question de la sexualité comme faisant partie des préoccupations de l'adolescent et au carrefour d'enjeux développementaux multiples.

Ces résultats font écho aux arguments de plusieurs études qui ont souligné l'importance d'inclure la sexualité dans les soins en santé mentale(84,153–155). Les auteurs d'une de ces études ont même déclaré que ne pas aborder les expériences sexuelles s'apparente à ne pas mesurer le périmètre crânien des nourrissons au cours de la première année de vie(154). Par ailleurs une étude souligne le fait pour les patients qu'accroître leur capacité à parler de leur sexualité les aide à mieux décrire leurs problèmes et à exprimer leurs préférences.(156). Selon les auteurs, le médecin peut alors servir de modèle à ce que la patiente se permette d'aborder sa sexualité.

Une répondante a par ailleurs évoqué des recommandations ministérielles quant à l'abord de la sexualité à l'hôpital. On retrouve effectivement dans le rapport de Mme Hazan concernant les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale de 2017 la recommandation suivante :

- « Il apparaît nécessaire que les équipes, confrontées à des adolescents d'âges différents, engagent une réflexion sur l'approche de la sexualité, la formulation

de l'interdit, la prévention du passage à l'acte, la réponse à la transgression »(60).

L'hôpital peut donc être une opportunité pour l'adolescent à déposer d'éventuelles souffrances ou des interrogations au sujet de sa sexualité. Ces opportunités se déclinent de différentes manières : engager des discussions autour de la sexualité en entretien ou s'appuyer sur différentes médiations dans les soins.

Un parallèle est possible entre ces démarches et celle de « l'aller vers » issue d'une stratégie des travailleurs sociaux dans les campagnes nationales de prévention et de lutte contre la précarité. Une répondante a évoqué « l'aller vers » dans les échanges avec les adolescents à travers des questions ouvertes à inclure dans les entretiens.

La définition de l'aller vers par le ministère des Solidarités et de la Santé est la suivante.

- « L'aller vers est à entendre comme une démarche qui se situe au-delà de toute intervention sociale, qu'elle soit d'accueil, de diagnostic, de prescription, d'accompagnement. Cette démarche rompt avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande exprimée. Elle permet d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables) et engage les acteurs à se situer dans une pratique proactive, pour entrer en relation avec ces publics »(157)

Cela rejoint la feuille de route en santé mentale et psychiatrie produite par le comité stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie en 2018 qui recommande une approche transversale de la politique de santé mentale dans une dynamique d'aller vers et d'empowerment(24).

On peut donc imaginer que l'ouverture d'un dialogue nécessaire selon certains répondants peut se réaliser dans l'organisation institutionnelle afin de créer des espaces de discours, que ce soit en entretien à travers des questions ouvertes laissant le champ libre à l'adolescent d'y répondre ou à travers des médiations de soins. Il s'agit donc d'intégrer dans les pratiques un abord pouvant concerner des adolescents n'étant pas initialement en demande particulière.

On retrouve également dans la définition du ministère plusieurs raisons invoquées dans la mise en place de l'aller vers dont les suivantes(157).

- « Agir préventivement avant que les difficultés ne soient installées, dans un objectif de prévention plutôt que de réparation »
- « Créer, des liens entre les personnes concernées, les professionnels et les organisations »

Ainsi il s'agit dans cette optique d'assurer dans l'institution hospitalière un rôle de prévention et de pouvoir créer du lien avec différentes organisations.

À ce sujet un répondant se représente le don de préservatif à l'hôpital comme un moyen d'aborder la prévention. Patrice Huerre a évoqué dans ses pratiques la présence d'un distributeur de préservatif dans son service accueillant une population adolescente(107). Il s'agit pour le clinicien plus d'un objet dont on parle qu'un objet utilitaire pour les adolescents. Selon l'auteur il est plus facile de poser un distributeur sur un mur pour signifier : « Vous pouvez nous parler de sexualité et de contraception que de faire un discours public aux adolescents dont on s'occupe pour leur dire la même chose, même si l'un n'empêche pas l'autre »(107). Cet exemple illustre la possibilité d'appliquer les principes de l'aller vers en offrant aux adolescents des espaces discursifs sur la question de la sexualité au sein de l'hôpital.

2.5.2. L'importance de prévenir

On retrouve dans les résultats que la sexualité institue un rôle de prévention chez les psychiatres au service de l'adolescent.

Une répondante a regretté que son rôle de prévention soit selon elle réducteur de son rôle médical au sujet de la sexualité tout en se représentant le médecin comme ayant des connaissances spécifiques au sujet de la prévention. Cela rejoint les représentations des répondants qui s'imaginent que l'adolescent perçoit le médecin comme abordant la sexualité principalement dans ses dangers comme les infections sexuelles transmissibles. La fonction médicale représenterait un rôle spécifique et attendu dans les maladies ou la contraception. Les études de médecine intègrent effectivement un enseignement spécifique sur la prévention, le dépistage et la prise en charge des IST, du VIH et des hépatites virales ainsi que les différentes méthodes de contraception.

Cependant la stratégie nationale de santé sexuelle du ministère de la Santé et des Solidarités évoque plusieurs axes de prévention à appliquer(158).

- l'information sur les dysfonctionnements et les troubles sexuels, leur prévention, dépistage et prise en charge
- la prévention par la vaccination VHB et HPV, le dépistage et la prise en charge des IST dont le VIH et les hépatites virales ;
- la promotion de la santé reproductive (prévention de l'infertilité liée aux causes infectieuses, contraceptions, IVG et prévention des grossesses non désirées/non prévues)
- la prévention de violences sexuelles

Ainsi la prévention ne se réduit pas uniquement aux maladies infectieuses ou à la santé reproductive. Il existe deux autres volets pouvant s'intégrer dans les missions du clinicien.

En premier lieu la prévention et le dépistage des dysfonctionnements et des troubles sexuels : dans les pratiques on le retrouve dans le domaine de la iatrogénie. Une répondante évoque cette dimension dans ses pratiques en se représentant les psychiatres comme plus alertes sur les effets indésirables des traitements sur la sexualité comparativement à d'autres spécialités. Une étude ayant interrogé des professionnels de la santé sur la sexualité des adolescents constate que 20.3 % des psychiatres abordent les effets indésirables sur la sexualité, un chiffre inférieur à ceux d'une étude sur les conversations entre psychiatres et une population adulte sur la sexualité (66.7% sur les antidépresseurs et 40% sur les antipsychotiques)(84,159).

Au-delà des facteurs amenant à que les cliniciens abordent moins cette question chez les adolescents, il s'agit de considérer l'hôpital comme un lieu où des traitements de fond sont prescrits pour la première fois ou réévalués. Ainsi en appliquant ses missions de prévention autour de la question du traitement, le clinicien peut ouvrir un dialogue sur d'autres aspects de la sexualité en fonction de l'entretien et renforcer l'adhésion au traitement(160).

La prévention peut également passer par la recherche de troubles sexuels liés à des pathologies de la santé mentale ou des comportements problématiques ayant un impact sur la santé sexuelle des adolescents.

En second lieu il existe dans les missions qui incombent au clinicien la prévention de violences sexuelles. Un avis relatif aux violences sexuelles a été publié en 2018 dans un journal officiel où ces violences sont décrites comme « une urgence sociale et de

santé publique » et précise que « tous les professionnels de santé devraient être formés au dépistage des maltraitances en intégrant un volet sur la psychotraumatologie »(161). Le clinicien peut donc inclure à l'hôpital des missions de repérage et de soins des violences sexuelles devant des adolescents exprimant des symptômes en lien avec des violences sexuelles subies. Ainsi, afin d'assurer une prévention secondaire et assurer un accompagnement le plus précocement possible, il est nécessaire que ces violences sexuelles puissent être révélées le plus tôt possible pour ainsi limiter les potentielles complications et soigner les troubles associés. Un des répondants a évoqué dans ses pratiques l'utilisation de médiations de soins notamment par la boxe devant des suspicions d'antécédents de violences sexuelles à l'hôpital. Le dépistage peut donc se réaliser en entretien ou par le biais de médiations de soins.

Par ailleurs on peut étendre la question des violences sexuelles à la question de la sexualité comme objet d'adversité. Cela permet de considérer les possibles discriminations liées au genre et à l'orientation sexuelle. Le dépistage d'éventuelles discriminations peut ouvrir un dialogue sur une éventuelle souffrance liée à la répétition de ces phénomènes. Cela permet également d'explorer l'environnement pouvant contribuer à ces phénomènes et aborder d'éventuelles interrogations au sujet de l'identité de genre ou la sexualité en générale en fonction de l'adolescent.

Ainsi le rôle de prévention s'étend à de multiples axes différents et complémentaires selon les situations rencontrées. Intégrer dans ses pratiques l'abord de la sexualité sous ces différents angles, que ce soit par un entretien ou par l'utilisation de médiations offre de nouvelles perspectives sur comment se représenter le rôle de prévention chez le psychiatre et par extension chez l'institution et chez les adolescents.

Par ailleurs en considérant la prévention primaire comme un moyen d'agir en amont des maladies par l'information et l'éducation, on peut imaginer également l'importance du rôle éducatif à l'hôpital(162).

2.5.3. L'importance d'éduquer

Une étude récente a proposé un cadre fondé sur les compétences pour éclairer les programmes éducatifs sur le développement sexuel de l'adolescent. S'appuyant sur la théorie de l'autonomisation qui répond au concept de santé sexuelle, le cadre met en évidence six domaines clés de compétences sous la forme de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes : littérature sexuelle, attitudes équitables entre les sexes, respect des droits de l'homme et compréhension des consentement, compétences de réflexion critique, capacités d'adaptation et gestion du stress et compétences en relations interpersonnelles(163). Ce cadre rejoint les objectifs d'apprentissage fondés sur les connaissances, les attitudes et les compétences énoncées dans les Directives techniques internationales pour une éducation sexuelle complète de l'UNESCO(164).

Plusieurs représentations des répondants sur le rôle éducatif sont conformes aux cadres éducatifs internationaux comme la question du consentement ou celle des connaissances sexuelles. L'accent porté sur l'accès à une littérature s'illustre dans les pratiques à l'hôpital de l'un des répondants par la mise en disposition de documentation sur par exemple la mémoire traumatique ou des guides éducatifs. On observe ainsi qu'il existe dans les pratiques une éducation possible à la sexualité à l'hôpital. Par ailleurs ces cadre éducatifs comportent des compétences d'adaptation et des compétences interrelationnelles s'intriquant dans d'autres axes de développement de l'adolescent que le psychiatre peut explorer.

On peut ainsi s'interroger sur la place du psychiatre à l'hôpital dans ce rôle éducatif. En France, l'accès à l'éducation sexuelle et affective est régie par le code de l'éducation qui recommande au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dispensées chaque année de l'école primaire au lycée(165). Cependant l'application de cet enseignement dès l'enfance est partiellement mise en place : dans son rapport à l'éducation à la sexualité Danielle Bousquet constate que, seule une petite minorité bénéficie tout au long de leur scolarité de séances annuelles d'éducation à la sexualité et constate qu'il existe des écoles n'ayant même pas mis en place des programmes éducatifs spécifiques(166). Devant le manque d'accès à l'éducation, les adolescents se tourne donc vers les sphères familiales, les pairs ou les sources d'informations disponibles. L'hôpital peut alors être un lieu permettant d'apporter des connaissances, des aptitudes ou des attitudes à avoir chez une population souffrante et de révéler d'éventuelles carences éducatives. Plusieurs répondants se sont effectivement représenté les adolescents comme étant mal informés ou ayant des croyances erronées au sujet de la sexualité. Ces représentations sont des motivations pour ces psychiatres pour assurer un rôle éducatif. La place du psychiatre pourrait être d'évaluer les éventuelles difficultés éducatives afin non pas de se substituer aux sphères parentales ou scolaires mais potentialiser à travers l'institution hospitalière un apport éducatif en matière de sexualité et ainsi promouvoir la santé sexuelle. De plus l'orientation vers les ressources extérieures peut répondre aux missions préventives et éducatives à partir de l'hôpital dans une logique de partenariat.

Cette hypothèse se légitimise par le ministère des solidarités et de la santé dans sa stratégie nationale de santé sexuelle. L'un des axes de cette stratégie nationale consistant à mettre en place une politique de promotion de la santé sexuelle

comprenant ses dimensions psychologiques, biologiques, affectives, sociales, culturelles et éthiques. Cette promotion de la santé sexuelle s'adresse à tous les milieux : les professionnels de l'éducation, les travailleurs sociaux et les parents et également les professionnels de santé (167).

Par ailleurs Françoise Dolto se définissait comme « 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 »(168). La psychanalyste avait ainsi intégré un rôle éducatif dans ses pratiques.

2.5.4. L'importance de soigner

Plusieurs répondant se sont représenté une fonction thérapeutique dans l'abord de la sexualité à l'hôpital. Certains ont évoqué la mise en lien de la sexualité avec la psychopathologie des adolescents ou la sécurisation de leurs représentations. Ce rôle thérapeutique s'applique chez les répondants dans différents cas de figure, que ce soit un adolescent ramenant la question de comportements sexuels problématiques de l'extérieur ou lors de mouvements affectifs et sexuels que les adolescents présentent durant leur hospitalisation. Un répondant évoque dans ses pratiques le fait d'expliquer à des adolescents ayant des traits limites de la personnalité la fonction de leurs comportements comme celui de retrouver un état de dissociation afin d'anesthésier un vécu traumatique. Une autre répondante évoque dans ce sens l'activité sexuelle comme ayant une fonction de régulation émotionnelle.

La connaissance des processus psychopathologiques éventuellement engagés dans la sexualité peut donc être travaillée avec l'adolescent. Ce travail s'applique chez l'adolescent rapportant sa sexualité en parole ou acte au sein de l'hôpital et cela en

dehors de toute perspective de pathologiser des comportements. Ce rôle de mise en lien est évoqué chez ces répondants au sujet d'adolescents ayant des traits de personnalités limites, des troubles de l'attachements ou des antécédents personnels de violences sexuelles. On peut cependant appliquer le même raisonnement pour d'autres processus psychopathologiques pouvant impacter le développement sexuel comme l'anorexie mentale et l'autoreprésentation pathologique du sexe, du rôle sexuel, de l'orientation sexuelle et des relations de couple qu'elle peut impliquer.

De manière plus générale l'hôpital est un lieu où les adolescents peuvent mettre en jeu leur développement psycho-affectif et sexuel à travers les relations qui se nouent. Une répondante évoque à ce sujet que l'hôpital représente un « concentré d'interaction » qui lui permet d'évaluer le développement et la qualité de l'attachement. L'hôpital peut ainsi avoir la fonction d'évaluation des patterns relationnels des adolescents devant les mouvements affectifs ou les expérimentations sexuelles.

La place du psychiatre à l'hôpital dans les soins peut alors être au-delà de l'évaluation des modes relationnels et de la qualité de l'attachement : le clinicien peut également sécuriser les représentations sur la sexualité. Frédéric Atger, en reprenant les travaux de Susan Mackey issus des conceptions de l'attachement de John Bowlby et de Pat Sable propose un cadre thérapeutique au sujet de l'attachement de l'adolescent(169,170) : le clinicien doit représenter une base de sécurité ; la relation qui se met en place avec ses distorsions fournit des informations pour mieux saisir le style relationnel ; le clinicien doit alors encourager l'adolescent à examiner comment ses perceptions et ses attentes résultent de ses interactions avec ses figures d'attachement(169,170). Le clinicien doit ainsi aider l'adolescent à changer les aspects contraignants de ses patterns relationnels. De plus le travail avec les parents se doit

d'être utilisé si possible pour que l'adolescent ait accès à ses figures d'attachement primaire(169).

Ainsi l'expérimentation sexuelle de l'adolescent, qu'elle se manifeste en rapprochement amoureux ou en acte, peut permettre un travail psychothérapeutique en aidant l'adolescent à faire différents liens. La place du psychiatre, en dehors de toute position normative, est donc d'approfondir les questionnements lorsque cette sexualité se manifeste. Un travail de communication avec la famille peut également se faire.

Devant ces multiples opportunités d'engager un travail psychothérapeutique, de prévention ou éducatif autour de la sexualité il s'agit alors de s'interroger sur les conditions à réunir pour que ce travail puisse s'opérer à l'hôpital.

2.6. ABORDER LA SEXUALITÉ A L'HÔPITAL, UN EXERCICE LIMITÉ

2.6.1. L'adolescent a ses limites

Malgré le fait de se représenter l'adolescence comme un sujet nécessaire à aborder, des répondants ont exprimé des réticences à le faire.

Tout d'abord plusieurs répondants ont estimé qu'il existe des limites inhérentes chez l'adolescent amenant à ce que le clinicien ne puisse pas aborder la sexualité avec eux à l'hôpital. Le développement psycho-sexuel de l'adolescent est invoqué chez certains des répondants. L'âge développemental est un des facteurs qui amènerait l'adolescent à ne pas être en capacité à échanger sur sa sexualité. Une répondante a dans ce sens évoqué la gêne provoquée par des discussions d'adolescent sur la sexualité chez certains dont le développement était qualifié d'insuffisamment avancé. Un développement qualifié de « normal » est également un frein selon un répondant expliquant que les adolescents n'abordent pas la question de la sexualité en entretien. On peut s'interroger sur un éventuel lien de cause à effet entre un développement et une incapacité à aborder sa sexualité. Supposer un développement harmonieux invalide l'éventualité qu'un adolescent aborde la question de la sexualité. Il a été objectivé cependant que l'adolescent engage sa sexualité de manière physiologique dans son développement. On conçoit dès lors pour le psychiatre s'il engage la conversation de pouvoir adapter son discours en fonction de l'âge développemental.

Par ailleurs un répondant a évoqué la pudeur des adolescents à l'hôpital amenant à qu'ils n'abordent pas leur sexualité. La pudeur indique avant tout une propension à se retenir de montrer, observer et faire état de choses qui sont plus au moins directement d'ordre sexuel ou de mettre en jeu ce qui touche de près à la personnalité ou à l'intime(171). On retrouve donc une dimension de retenue qui n'informe pas sur d'éventuelles motivations pour l'adolescent à aborder sa sexualité. Selon Bertrand Guiouillier « Le sexuel n'est jamais très loin mais très souvent en arrière-plan, la pudeur en interdit l'évocation, mais il est parfois mis en acte pour tenter d'exister »(172). De plus certains répondants évoquent des pathologies qui seraient des freins à aborder sa sexualité pour l'adolescent comme les troubles du comportement alimentaire. Guiouillier évoque à ce sujet

- « *Dans l'anorexie mentale, il y a non seulement une extinction des fonctions physiologiques sexuelles, mais aussi l'absence d'érotisation des relations à l'autre [...] Les relations sont intellectualisées. La pudeur confine au silence de toute érotisation des relations.* »(172)

On observe que ces représentations ont comme socle commun la dimension de gêne. Ces représentations confirment certains résultats issus de la littérature : une étude concernant des soins en médecine générale chez des jeunes patients a constaté que certains adolescents signalent une gêne à ce sujet : 99 % des patients ont déclaré que c'était facile de parler à leur médecin en général mais 57 % ont dit qu'ils étaient mal à l'aise d'aborder un problème sexuel avec leur médecin(173). Selon l'étude les sensations d'inconfort sont plus susceptibles de se produire lorsqu'il n'y a pas compréhension du but de la discussion, lorsque les jeunes patients se sentent jugés ou lorsque les patients ne croient pas que la conversation soit privée(173). Pour les

jeunes appartenant à la communauté LGBTQIA+, un manque de langage inclusif lors des consultations peut entraîner également une gêne(174).

En revanche plusieurs répondants estiment que les adolescents sont ouverts à la discussion amenant à un accueil positif par ces derniers de l'abord de la sexualité. Une étude confirme ces représentations en indiquant que la plupart des adolescents veulent discuter de problèmes liés à la sexualité avec leurs médecins généralistes et acceptent des questions directes sur les comportements sexuels et les risques possibles lorsqu'elles sont posées de manière confidentielle et non moraliste(175). Une étude objective l'insatisfaction des adolescents concernant la disponibilité des médecins généralistes à parler de sexualité. Les auteurs proposent aux professionnels d'être plus créatifs pour aborder la question, par exemple en s'intéressant aux réseaux sociaux(176). Ces études s'intéressent néanmoins aux adolescents consultant chez le médecin généraliste et non pas à l'hôpital dans un contexte d'acutisation potentielle d'une souffrance psychique. En l'absence de documentation scientifique retrouvée sur l'accueil des adolescents sur l'abord de la sexualité par le psychiatre à l'hôpital, il est délicat de généraliser les représentations des répondants sur un accueil positif de l'abord de la sexualité chez ces adolescents.

On peut retenir tout au moins qu'il est question d'amener le sujet de manière ouverte à travers des questions adaptées au contexte et assurer le secret professionnel auprès du jeune. Il s'agit également pour le psychiatre de s'affranchir de tout discours moralisateur ou normatif afin d'accueillir la question. Afin de se dégager des éventuelles représentations de l'adolescent d'une image paternaliste du psychiatre et éviter d'instiller des normes dans le discours le clinicien se doit de s'interroger sur sa

conception d'une sexualité dite normale et de s'en mettre à distance lorsqu'il aborde la question avec l'adolescent.

Cependant il existe bien entendu des situations telles qu'une situation psychiatrique aiguë (épisode maniaque sévère ou une décompensation psychotique par exemple), où l'abord paraît moins pertinent tout comme il ne s'agit pas de forcer l'adolescent à aborder sa sexualité si son développement, sa pathologie ou tout simplement sa pudeur le freine. Par ailleurs plusieurs répondants s'imaginent l'abord de la sexualité comme nécessaire si l'adolescent le souhaite, si c'est source de souffrance ou s'il existe des mises en danger. En fonction des indications que se donne le psychiatre l'engagement de l'abord sera alors conditionné par ses propres freins et par l'environnement hospitalier.

2.6.2. Le psychiatre a ses limites

Les résultats illustrent qu'il existe chez les répondants des représentations sur une supposée gêne ou pudeur de l'adolescent à l'abord de la sexualité amenant à que les répondants n'en parlent pas ou craignent de brusquer l'adolescent. Éviter les discussions sur la sexualité pour protéger le patient d'un supposé inconfort a déjà été décrit dans la littérature(84,177)

Plusieurs répondants ont évoqué également un manque de formation personnelle en termes de connaissance théorique et d'outils pour aborder la sexualité avec les adolescents. Ces ressentis sont conformes à la littérature décrivant un manque de connaissances et de pratiques chez les psychiatres(159,177–180). Giami rend compte des difficultés des soignants à communiquer sur ce sujet en identifiant comme principaux obstacles à la communication le malaise et l'absence de formation(181).

De ce fait il est possible que la supposée honte du patient soit en fait un miroir de la honte ou l'inconfort ressenti par le professionnel. Cet inconfort peut ainsi être lié au manque de formation ou de connaissance chez les praticiens. Plusieurs études ont révélé qu'il est plus facile pour les adolescents de discuter de sujets liés à l'identité de genre et à la sexualité si leur praticien est effectivement à l'aise avec de tels sujets. (176,182). Il apparaît donc qu'un moyen de corriger cet inconfort est de se former à la sexualité des adolescents, conformément aux propositions de répondants sur l'amélioration des pratiques.

Des répondants ont par ailleurs évoqué une prudence vis-à-vis du risque d'effraction chez l'adolescent ou de provoquer un agir. La notion d'effraction psychique rend compte des potentielles violences traumatiques d'ordre sexuelles des adolescents et renvoie à la mémoire traumatique. On peut imaginer que la décompensation crainte par ces répondants, que ce soit d'un vécu d'effraction ou de provoquer des conduites dissociantes rend compte d'une mémoire traumatique non traitée(68). Cette prudence s'applique d'autant plus chez des adolescents en situation aigüe du fait du contexte hospitalier ou devant des adolescents avec des antécédents connus de violence sexuelle ou présentant un psycho-traumatisme connu. Cependant le psychiatre peut profiter de l'hospitalisation, en se reposant sur la contenance de l'institution, pour mettre en lien ces conduites avec l'existence d'un traumatisme.

Par ailleurs devant un contexte dans une suspicion de violence sexuelle, il est du devoir du psychiatre de rechercher ces éventuels antécédents pour proposer une prise en charge spécifique au plus vite afin de limiter les situations de décompensation de la mémoire traumatique(68).

Concernant l'appréhension de provoquer l'agir, Patrice Huerre a considéré que l'abord peut aider les adolescents à différencier les fantasmes dans leur évocation et les actes(107). Une psychothérapie permet selon l'auteur de pouvoir mettre des mots sur des pensées agressives et/ou sexuelles sans pour autant les mettre en acte. Le risque selon lui serait que les institutions n'offrent pas cette possibilité pour une population où « les actes peuvent prendre la place des paroles impossibles à dire, et, plus largement, des fantasmes jugés interdits. »(107)

Le facteur genre du clinicien est également pertinent dans la question de l'abord de la sexualité : plusieurs recherches ont exploré les effets de genre dans la relation soignante infirmière au sujet de l'abord de la sexualité. Certaines soulignent que la concordance de genre est considérée par les soignants comme un élément susceptible d'encourager cet abord de la sexualité(181,183). L'interaction intragenre (« entre femmes », « entre hommes ») serait également préférée par les soignants du fait d'une meilleure compréhension des enjeux de santé sexuelle(184). Le clinicien pourrait ainsi ressentir un frein à aborder la sexualité en fonction du genre. Cette nécessité de concordance de genre influencerait alors comment le clinicien se représente sa possibilité à aborder la sexualité avec les adolescents. Les résultats d'une thèse au sujet de l'abord des violences sexuelles par les pédopsychiatres vont dans le sens cette hypothèse : des pédopsychiatres ont avancé qu'il est parfois plus facile qu'un clinicien de genre masculin aborde des questions autour de la sexualité avec un patient de genre masculin et vice versa pour les soignantes et soignées de genre féminin(68).

Cependant une étude a exposé chez les équipes infirmières que ce sentiment de légitimité vis-à-vis du genre et son aspect facilitateur ne se vérifie pas en pratique(185).

Selon les auteurs l'âge joue un rôle déterminant lors d'interactions intergenre et intragenre. Le fait de détenir un savoir du fait d'un âge avancé pose une légitimité à transmettre ce savoir dans une logique d'ascendant conféré par le poids des années(185).

2.6.3. L'hôpital a ses limites

Plusieurs répondants ont estimé que la sexualité est un sujet in-à-propos du fait du temps et de l'espace.

La dimension du temps et de la durée d'hospitalisation amène à ce que ces psychiatres éprouvent un temps insuffisant pour l'aborder ou l'approfondir en consultation. Le manque de temps a également été évoqué dans une étude récente sur l'abord par des professionnels de la santé mentale dont des psychiatres sur la sexualité des adolescents(84). Le temps apparaît comme une raison de ne pas inclure le thème de la sexualité lors des entretiens. Cependant des études constatent que dans les consultations entre les médecins généralistes et les jeunes patients, les consultations de plus longue durée étaient plus susceptibles d'inclure la sexualité(182,186). On peut donc s'interroger sur la dimension du temps car en général, les entretiens en soins psychiatriques ont tendance à être plus longs que ceux des généralistes. De plus, des études antérieures en psychiatrie adulte n'ont pas retrouvé de relations significatives entre le manque de temps et l'exclusion des sujets liés à la sexualité(159,178). Pour certains répondant, la sexualité n'est pas un thème d'urgence ou un travail de consultation ambulatoire. Cela sous-entend une priorisation des sujets à aborder sans que la dimension du temps ait significativement plus d'impact pour aborder la sexualité.

Au-delà de la priorisation des sujets, on peut s'imaginer que la disponibilité du psychiatre à l'hôpital soit différente de celle des soignants et qu'il existe des espaces

supplémentaires, notamment lors de conversations informelles ou en groupe où les adolescents abordent la sexualité.

Pour autant la dimension de l'espace influe sur l'alliance thérapeutique. Cette alliance est pour l'une des répondantes nécessaire à obtenir afin de s'autoriser à explorer la sexualité. Marie-Claude Mateo dégage plusieurs attributs issus d'un consensus retrouvé dans la littérature au sujet de l'alliance dont le suivant

- « *la communication non verbale et le cadre thérapeutique influent également l'instauration et la qualité de l'alliance.* »(187)

On voit ainsi que le cadre de soins est nécessaire à réfléchir afin d'établir une alliance aux soins. A l'hôpital, il s'agit ainsi comme l'un des répondant le suggère d'établir une contenance de l'institution. Plusieurs auteurs mentionnent le groupe comme un moyen privilégié pour apporter une fonction contenante(188,189). Le cadre de soins s'étend également à l'engagement du psychiatre s'il aborde la question de la sexualité. La formulation de demandes ou d'une souffrance en lien avec la sexualité doit amener le psychiatre à s'assurer qu'un travail se poursuive à l'extérieur de l'hôpital afin de conserver une alliance aux soins et établir un cadre thérapeutique dans la durée. C'est dans ce sens qu'interviennent les ressources extérieures : le psychiatre peut orienter vers différents partenaires s'il estime que ces questions pourront être travaillées par la suite. Une répondante se représente également que l'alliance aux soins lui paraît plus effective si elle poursuit le travail ambulatoire après avoir exploré la sexualité à l'hôpital.

Le cadre de soins s'intègre tout autant dans l'organisation institutionnelle : en mettant en place des médiations, des groupes ou des documentations spécifiques l'institution accorde un espace thérapeutique au sujet de la sexualité. Le rôle du psychiatre y est

alors incontournable : plusieurs répondants se représentent en effet l'abord comme un décalage avec leur rôle médical, attendu dans l'application de cadre, dans l'évaluation et la prescription ou tout simplement non attendu par l'institution.

Pour assurer une mise en discours de la sexualité par les soignants et les soignés, le psychiatre devra s'affranchir de ces représentations pour s'assurer auprès des équipes et de l'institution qu'un abord est possible à l'hôpital au sujet de la sexualité.

CONCLUSION

Par l'ampleur des enjeux qu'elle cristallise, la sexualité interroge profondément le psychiatre dans ses propres représentations et ses pratiques. En étant au centre de représentations personnelles et collectives, le psychiatre se retrouve influencé dans le regard qu'il porte sur la vie affective et sexuelle de l'adolescent à l'hôpital. On passe alors d'une sexualité inévitable, synonyme d'épanouissement ou d'expérimentation dans les interstices de l'institution à une sexualité corrompue par l'hôpital et provoquant l'entropie collective. L'enjeu de soin consiste alors à ne pas confondre ni appliquer des critères et pratiques sociaux comme des critères et des pratiques de soin ou de santé. Le psychiatre devra interroger ses propres représentations issues d'un héritage social et de l'histoire du rapport entre la psychiatrie et la sexualité. Il devra prendre en compte également l'évolution sociétale dans laquelle la sexualité est impliquée. Sans quoi, le clinicien sera alors tenté d'instituer des normes chez l'adolescent.

Si la sexualité convoque les représentations générales, elle convoque également la posture normative et des limites à instaurer à l'hôpital. Ce qui caractérise la rencontre entre la question de la sexualité des adolescents et les psychiatres en institution, c'est le contact entre des problématiques individuelles et des problématiques collectives, sous tendues par des représentations très différentes. Le psychiatre se confronte alors à une tâche d'une complexité éthique remarquable, car il s'agit de composer et manier, à l'intersection des intérêts individuels et collectifs, avec le paradoxe de l'interdit, des règles illisibles et les droits et libertés de l'adolescent.

Une réflexion nouvelle et approfondie s'impose alors sur ce sujet qui devrait être diligenté par les soignants mais aussi, et surtout, par les institutions elles-mêmes. Cette démarche, comme le suggère Dupras, produit une dynamisation globale du

système de soins et des intervenants. Les acteurs de soin pourront discuter des orientations, imaginer les interventions, expérimenter des approches nouvelles, échanger leurs idées et leurs moyens, se soutenir mutuellement et partager les responsabilités(128). Un guide de référence pourra donc être établi sur le droit et la limite à poser dans un contexte de vie collective et de protection des vulnérabilités individuelles.

Agir autrement, sans continuer à ériger des interdits moraux qui ne relèvent en rien des objectifs déterminés par la loi va permettre de renforcer la portée thérapeutique du cadre et travailler dans une perspective préventive et éducationnelle.

Créer des espaces discursifs à l'hôpital, c'est affirmer un rôle institutionnel dans l'accueil de la sexualité des adolescents, affirmer pour l'adolescent la possibilité d'accueillir cette question et promouvoir le partenariat avec les ressources extérieures. Les acteurs de soins peuvent donc rejoindre le jeune là où il en est, dans l'évolution de sa propre sexualité en utilisant un langage adapté à son âge développemental et à ses connaissances pour l'informer en adéquation avec ses préoccupations.

Il s'agit d'un décalage inédit avec comment certains psychiatres se représentent leurs rôles à l'hôpital. Malgré une nécessité reconnue d'aborder la sexualité avec l'adolescent à l'hôpital, ce sujet continue à susciter des réticences et des hésitations. La formation apparaît alors évidente et recommandée pour tous les acteurs de soins. Récemment, certaines universités de médecine, de psychologie et de psychiatrie ont commencé à intégrer l'éducation sexuelle et les compétences en communication dans le programme standard(190,191).

Dire la sexualité est donc un exercice possible et indispensable que ce soit au service de l'adolescent, l'institution et sa politique et les soignants dans une perspective d'échange et de formation. Au niveau national, des politiques et des institutions ébauchent une stratégie visant à promouvoir la santé sexuelle. Dans une perspective de soigner la santé mentale, prévenir ses troubles potentiellement intriqués dans la santé sexuelle, l'hôpital et le psychiatre et les soignants en général n'ont-ils pas leur rôle à jouer ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Histoire de l'adolescence. *Vie Devant Eux*. 1 mars 2016;13-26.
2. Lerner RM. Adolescent Development: Scientific Study in the 1980s. *Youth Soc*. 1 mars 1981;12(3):251-75.
3. Stortelder F, Ploegmakers-Burg M. Adolescence and the reorganization of infant development: A neuro-psychoanalytic model. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2010;38(3):503-32.
4. Gutton P. Introduction. In: *Le pubertaire* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2013 [cité 26 août 2022]. p. 7-14. (Quadrige). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-pubertaire--9782130608288-p-7.htm>
5. Savoir accompagner la puberté -- Jean-Pierre Thiollet [Internet]. [cité 28 août 2022]. Disponible sur: <https://livre.fnac.com/a1725229/Jean-Pierre-Thiollet-Savoir-accompagner-la-puberte>
6. Cattelino E, Glowacz F, Born M, Testa S, Bina M, Calandri E. Adolescent risk behaviours and protective factors against peer influence. *J Adolesc*. 1 déc 2014;37(8):1353-62.
7. Courtois R. Les conduites à risque à l'adolescence: Repérer, prévenir et prendre en charge. Dunod; 2011. 351 p.
8. Tolman DL, McClelland SI. Normative Sexuality Development in Adolescence: A Decade in Review, 2000–2009. *J Res Adolesc*. 2011;21(1):242-55.
9. Porter CP, Ronis DL, Oakley DJ, Guthrie BJ, Killion C. Early adolescents' sexual behaviors. *Issues Compr Pediatr Nurs*. sept 1999;22(2-3):129-42.
10. Bukowski WM, Sippola L, Brender W. Where does sexuality come from?: Normative sexuality from a developmental perspective. In: *The juvenile sex offender*. New York, NY, US: Guilford Press; 1993. p. 84-103.
11. Ponton LE, Judice S. Typical adolescent sexual development. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. juill 2004;13(3):497-511, vi.
12. Lippe D. La complexité des sexes. Construire son identité sexuée ? *Enfances Psy*. 2016;69(1):27-37.
13. Gaudron JP. V. Rouyer. La construction de l'identité sexuée. *Orientat Sc Prof*. 15 mars 2008;(37/1):135-40.
14. Rouget S. Sexualité, adolescence et vie affective dans la société d'aujourd'hui [Internet]. *Èrès*; 2019 [cité 24 mai 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/ordres-et-desordres-dans-la-sexualite--9782749264493-page-69.htm>
15. Breton DL. 8. Difficiles Sexualités : Des abus sexuels aux relations non protégées. *Traversees*. 2007;201-38.
16. Lang MÈ. L'«agentivité sexuelle» des adolescentes et des jeunes femmes : une définition. *Rech Féministes*. 2011;24(2):189-209.
17. O'Sullivan LF, Meyer-Bahlburg HFL, McKeague IW. The Development of the Sexual Self-Concept Inventory for Early Adolescent Girls. *Psychol Women Q*. 2006;30(2):139-49.

18. Santé sexuelle - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
19. Defining sexual health [Internet]. [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>
20. World Health Organization, UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research D and RT in HR. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach [Internet]. World Health Organization; 2017 [cité 22 sept 2022]. 11 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258738>
21. Zimmer-Gembeck MJ, Ducat WH, Boislard-Pepin MA. A prospective study of young females' sexual subjectivity: associations with age, sexual behavior, and dating. *Arch Sex Behav.* oct 2011;40(5):927-38.
22. Gender matters: Constructing a model of adolescent sexual health: *The Journal of Sex Research: Vol 40, No 1* [Internet]. [cité 18 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224490309552162>
23. ORIGINAL RESEARCH—ANATOMY/PHYSIOLOGY: Satisfaction (Sexual, Life, Relationship, and Mental Health) Is Associated Directly with Penile–Vaginal Intercourse, but Inversely with Other Sexual Behavior Frequencies - ScienceDirect [Internet]. [cité 18 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609515325972>
24. Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2018 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/>
25. Particularités des troubles du développement et du comportement sexuel dans l'anorexie mentale [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 17 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-287/particularites-des-troubles-du-developpement-et-du-comportement-sexuel-dans-l-anorexie-mentale>
26. Varieties of psychosexual experience in patients with anorexia nervosa - Abraham - 1982 - *International Journal of Eating Disorders* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 17 juin 2022]. Disponible sur: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X\(198221\)1%3A3%3C10%3A%3AAID-EAT2260010303%3E3.0.CO%3B2-E](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X(198221)1%3A3%3C10%3A%3AAID-EAT2260010303%3E3.0.CO%3B2-E)
27. Fan X, Henderson DC, Chiang E, Briggs LBN, Freudenreich O, Evins AE, et al. Sexual functioning, psychopathology and quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* août 2007;94(1-3):119-27.
28. Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med.* 2008;29:89-106.
29. Waldinger MD. Psychiatric disorders and sexual dysfunction. *Handb Clin Neurol.* 2015;130:469-89.
30. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, Montano CB, Leadbetter RA, Bolden-Watson C, et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J Clin Psychiatry.* avr 2002;63(4):357-66.

31. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction - PubMed [Internet]. [cité 18 juin 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11229449/>
32. Cyranowski JM, Bromberger J, Youk A, Matthews K, Kravitz HM, Powell LH. Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Arch Sex Behav*. déc 2004;33(6):539-48.
33. Haddad PM, Sharma SG. Adverse effects of atypical antipsychotics : differential risk and clinical implications. *CNS Drugs*. 2007;21(11):911-36.
34. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*. mai 2011;16(2):79-101.
35. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl*. juin 2008;32(6):607-19.
36. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. oct 1996;35(10):1365-74.
37. Hillberg T, Hamilton-Giachritsis C, Dixon L. Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: a systematic approach. *Trauma Violence Abuse*. janv 2011;12(1):38-49.
38. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev*. nov 2009;29(7):647-57.
39. Childhood victimisation and developmental expression of non-clinical delusional ideation and hallucinatory experiences | SpringerLink [Internet]. [cité 22 août 2022]. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-006-0060-4>
40. Keeshin BR, Strawn JR. Psychological and Pharmacologic Treatment of Youth with Posttraumatic Stress Disorder: An Evidence-based Review. *Child Adolesc Psychiatr Clin*. 1 avr 2014;23(2):399-411.
41. Violence against women Intimate partner and sexual violence against women WHO [Internet]. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329889/WHO-RHR-19.16-eng.pdf>
42. Cazalis F, Reyes E, Leduc S, Gourion D. Evidence That Nine Autistic Women Out of Ten Have Been Victims of Sexual Violence. *Front Behav Neurosci* [Internet]. 2022 [cité 18 juin 2022];16. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fnbeh.2022.852203>
43. Pecora LA, Mesibov GB, Stokes MA. Sexuality in High-Functioning Autism: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Autism Dev Disord*. nov 2016;46(11):3519-56.
44. Pugniere JM. Suicide des jeunes et homophobie en France : présentation d'une enquête et d'actions de prévention. *Serv Soc*. 2013;59(1):17-34.
45. Beck F, Firdion JM, Legley S, Schiltz MA. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire : acquis des sciences sociales et perspectives. [Nouvelle édition 2014] [Internet]. 2014. 133 p. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1291.pdf>

46. Cloutier R, Drapeau S. Psychologie de l'adolescence / [Internet]. G. Morin,; 2008 [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://eduq.info/xmlui/handle/11515/18691>
47. Diamond LM, Butterworth MR, Savin-Williams RC. Working with sexual-minority individuals. In: *The Oxford handbook of clinical psychology*. New York, NY, US: Oxford University Press; 2011. p. 837-67. (Oxford library of psychology).
48. Rotermann M. Trends in teen sexual behaviour and condom use. *Health Rep*. sept 2008;19(3):53-7.
49. Sandfort TGM, Orr M, Hirsch JS, Santelli J. Long-term health correlates of timing of sexual debut: results from a national US study. *Am J Public Health*. janv 2008;98(1):155-61.
50. Bengesai A, Khan H, Dube R. THE ASSOCIATION BETWEEN SEXUAL BEHAVIOURS AND INITIATION OF POST-SECONDARY EDUCATION IN SOUTH AFRICA. *J Biosoc Sci*. 21 janv 2018;51:1-18.
51. Trull TJ, Distel MA, Carpenter RW. DSM-5 Borderline Personality Disorder: At the Border Between a Dimensional and a Categorical View. *Curr Psychiatry Rep*. 1 févr 2011;13(1):43-9.
52. Sansone RA, Chu JW, Wiederman MW. Sexual behaviour and borderline personality disorder among female psychiatric inpatients. *Int J Psychiatry Clin Pract*. mars 2011;15(1):69-73.
53. (PDF) Teacher–student interactions and attachment states of mind as predictors of early romantic involvement and risky sexual behaviors [Internet]. [cité 18 juin 2022]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/224853880_Teacher-student_interactions_and_attachment_states_of_mind_as_predictors_of_early_romantic_involvement_and_risky_sexual_behaviors
54. Thibaut F, Barra FDL, Gordon H, Cosyns P, Bradford JMW. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry*. 1 janv 2010;11(4):604-55.
55. Miner M. *Sexual Offender Treatment Biopsychosocial Perspectives* [Internet]. Routledge. 2000 [cité 29 juin 2022]. 126 p. Disponible sur: <http://www.sexual-offender-treatment.org/49.html>
56. ST-AMAND A, VILLENEUVE MP, VAILLANCOURT A. Les comportements sexuels problématiques chez les enfants : pistes de réflexion pour une pratique en émergence. *Serv Soc*. 2017;(Vol. 63-N° 1):55-72.
57. First MB. DSM-5 and paraphilic disorders. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2014;42(2):191-201.
58. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http://id.who.int/icd/entity/1630268048>
59. Karila L, Hermand M, Coscas S, Benyamina A. Addictions sexuelles, trouble hypersexualité, comportements sexuels compulsifs. Un état des lieux. *Alcoologie Addictologie*. 22 mars 2019;41(1):39-45.
60. Hazan A. Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale [Internet]. Dalloz. 2017 [cité 22 sept 2022]. (Revue grief). Disponible sur:

<https://www.cglpl.fr/2017/les-droits-fondamentaux-de-mineurs-en-etablissement-de-sante-mentale/>

61. Martin C. La sexualité et l'institution. *J Droit Jeunes*. 2003;227(7):35-9.
62. Narvaez S, Seixas A, De Jesus A, Bouchard JP. [Psychiatric care secure units and sexuality of patients.]. *Soins Psychiatr*. oct 2020;41(330):34-7.
63. Deshays C. Sexuality in psychiatric institutions: Initiating some ethical reflections. *Sexologies*. 1 juill 2016;25(3):e47-50.
64. Giami A, Moreau E, Moulin P. Infirmières et sexualité [Internet]. Presses de l'EHESP (Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique); 2015 [cité 22 août 2022]. 156 pages. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02273388>
65. Narvaez S, Seixas A, De Jesus A, Bouchard JP. Institution psychiatrique fermée et sexualité des patients. *Soins Psychiatr*. sept 2020;41(330):34-7.
66. tfe-patrick-colsy.pdf [Internet]. [cité 22 août 2022]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-patrick-colsy.pdf>
67. Dodelet G. Les représentations des soignants sur la sexualité des adolescents hospitalisés en psychiatrie. 2020.
68. Brasme M. Abord de la sexualité en consultation de pédopsychiatrie: intérêt préventif et/ou de repérage des violences sexuelles ? 2019. 100 p.
69. Haboubi NHJ, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disabil Rehabil*. 18 mars 2003;25(6):291-6.
70. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United kingdom. *J Sex Med*. nov 2013;10(11):2658-70.
71. Bruchon-Schweitzer M. Marilou Bruchon-Schweitzer, Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. 2002, Paris : Dunod. 2002.
72. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
73. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets Perspect Vie Économique*. 2014;LIII(4):67-82.
74. Garnier C, Sauvé L. Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à l'environnement - Conditions pour un design de recherche. *Éducation Relat À Environ Regards - Rech - Réflex* [Internet]. 15 sept 1999 [cité 23 août 2022];(Volume 1). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/ere/7204>
75. Tissot F, Deshayes É, Dupon-Lahitte B, Grolière C. Jean-Claude Abric (Dir.), Pratiques sociales et représentations, Paris, P.U.F., (Psychologie sociale), 1994. *Form Empl*. 1994;47(1):92-92.
76. The age of adolescence - PubMed [Internet]. [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30169257/>
77. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(23):147-81.

78. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover? *Rech Qual.* 2006;26(1):32.
79. Lejeune C. Chapitre 3. Étiqueter : des propriétés aux catégories. In: *Manuel d'analyse qualitative* [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019 [cité 16 sept 2022]. p. 61-100. (Méthodes en sciences humaines; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-d-analyse-qualitative--9782807323582-p-61.htm>
80. Plancke L, Alina A, Aurélie T. La psychiatrie dans les Hauts-de-France : Évolutions depuis 2000 [Internet]. Lille: Fédération régionale de recherche en psychiatrie et en santé mentale Hauts-de-France; 2019. 72 p. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/20170.pdf>
81. La vacance statutaire des postes de praticiens hospitaliers en psychiatrie en 2021 [Internet]. [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/vacance-statutaire-postes-praticiens-hospitaliers-psychiatrie-2021.html>
82. Patin B, Héas S. La sexualité en psychiatrie : la fin d'un tabou, la fin d'une profanation ? *Rev Sci Hum.* 2004;(3):113.
83. Le sexuel, tabou institutionnel | Cairn.info [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2021-2-page-30.htm>
84. Bungener SL, Post L, Berends I, Steensma TD, de Vries ALC, Popma A. Talking About Sexuality With Youth: A Taboo in Psychiatry? *J Sex Med.* 1 mars 2022;19(3):421-9.
85. TABOU : Définition de TABOU [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/tabou>
86. Jaspard M. Sociologie des comportements sexuels [Internet]. <http://journals.openedition.org/lectures>. La Découverte; [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/22792?lang=es>
87. Margelidon P. De la volonté divine du mal et de sa justice punitive. *Rev Thomiste.* 2017;117(2):245-72.
88. Bonnet M. De quelques représentations possibles du péché originel. *Topique.* 2008;105(4):143-60.
89. Champion F. La nouvelle présence du religieux dans la psychiatrie contemporaine. *Arch Sci Soc Relig.* 17 oct 2013;(163):17-38.
90. Elisabeth Sauvage E. Il était une fois... la tenue vestimentaire des soignants [Internet]. EM-Consulte. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/84380/il-etait-une-fois?-la-tenue-vestimentaire-des-soig>
91. Lantéri-Laura G. Histoire de l'institution psychiatrique. 2004;147(3):25-25.
92. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique [Internet]. 1972 [cité 21 sept 2022]. (collection Tel (n° 9), Gallimard P). Disponible sur: <https://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Tel/Histoire-de-la-folie-a-l-age-classique>
93. Dupras A. La sexualité, l'institution psychiatrique et la normalisation du malade mental. *Santé Ment Au Qué.* 1977;2(2):45-58.
94. Freud S. Totem et Tabou [Internet]. PUF. Vol. Œuvres complètes de Freud / Psychanalyse, Volume XI,. 1913 [cité 21 sept 2022]. Disponible sur:

https://www.puf.com/content/%C5%92uvres_compl%C3%A8tes_-_psychanalyse_-_vol_XI_%3A_1911-1913

95. Bert JF. II. Réguler par la norme : les institutions disciplinaires. In Paris: La Découverte; 2016 [cité 21 sept 2022]. p. 27-54. (Repères; vol. uvelle édition). Disponible sur: <https://www.cairn.info/introduction-a-michel-foucault--9782707192370-p-27.htm>
96. Souloumiac J. La norme dans l'Histoire de la folie : La Déraison et l'excès de l'Histoire. 2004 [cité 21 sept 2022]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/traces/2943>
97. Giami A. Les organisations institutionnelles de la sexualité. *Handicap Rev Sci Hum Soc.* 1999;(83):3-29.
98. Goffman E. *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus.* 1968. 452 p. (Le sens commun).
99. Foucault M. *Le Pouvoir psychiatrique: cours au collège de France (1973-1974)* [Internet]. Gaillimard et Seuil. 2003 [cité 21 sept 2022]. (Hautes Etudes). Disponible sur: <https://www.seuil.com/ouvrage/le-pouvoir-psychiatrique-cours-au-college-de-france-1973-1974-michel-foucault/9782020307697>
100. Notredame CE. Apprendre le soin en psychiatrie, apprendre sa violence [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2016 [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-6247>
101. Mentec ML, Rechtman R, Le Mentec M. Isolement et contention en psychiatrie, « thérapies » de la docilité [Internet]. 2011. 126 p. Disponible sur: http://www.masterscontributions.fr/sites/www.masterscontributions.fr/files/memoire/le_mentec_mathieu/memoire_master_2_spps_mathieu.pdf
102. Delion P. Franchir le tabou du corps en psychiatrie, rapport introductif aux Journées de la Société de l'Information Psychiatrique – Lille 2008. 2009;85:15-25.
103. De Vos S. Sexualité et institution psychiatrique (enquête au sein d'un hôpital breton). *Santé Ment Au Qué.* 1980;5(1):63-73.
104. Rongé JL. Sexe et sentiments en institution. *Journal du droit des jeunes* [Internet]. mai 2004 [cité 22 sept 2022]; Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2004-5-page-31.htm>
105. ALBERTINI L, BIRNESSER J, MOTTEAU C. Sexualité adolescente et prise en charge institutionnelle : Quels outils pour quels enjeux ? L'expérience saumeroise. *Rev Enfance Adolesc.* 2015;(N° 91):127-36.
106. Ploton L. À propos de l'analyse institutionnelle. *Ann Gérontologie.* 1 mars 2010;3(1):23-33.
107. Huere P. Les professionnels, des adultes pour les adolescents. In: *Les professionnels face à la sexualité des adolescents* [Internet]. 2001 [cité 22 sept 2022]. p. 221-9. Disponible sur: https://www.cairn.info/les-professionnels-face-a-la-sexualite--9782865869619-page-221.htm*
108. Sohn AM. Véronique Blanchard, Régis Révenin et Jean-Jacques Yvorel (dir.) *Les jeunes et la sexualité. Initiations, interdits, identités (XIXe-XXIe siècles)* Paris, Autrement, 2010, 408 p. *Ann Hist Sci Soc.* 1 déc 2010;65:1567-9.
109. Bozon M. Sexualité des adolescents : vérité et clichés. *L'Ecole des parents.* 2003;10-2.

110. Bozon M. Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes Le garçon sans frein et la fille responsable. *Agora débats/Jeunes*. 2012;121-34.
111. Information sur la procréation ou éducation sexuelle ? [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/archives/article/1973/07/12/information-sur-la-procreation-ou-education-sexuelle_2567236_1819218.html
112. Bier B. Catherine Pugeault-Cicchelli, Vincenzo Cicchelli, Tariq Ragi (dir.) Ce que nous savons des jeunes. *Agora Débatsjeunes*. 2004;36(1):123-5.
113. Mucchielli L. 1. Quand les médias découvrent les « tournantes ». In: Le scandale des « tournantes » [Internet]. Paris: La Découverte; 2005 [cité 22 sept 2022]. p. 11-32. (Sur le vif). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-scandale-des-tournantes--9782707145420-p-11.htm>
114. Moulin P. La construction de la sexualité chez les professionnels de santé et du travail social ou la normalisation des conduites profanes. *Nouv Rev Psychosociologie*. 2007;4(2):59-88.
115. Kraus R, Ifop I, Observatoire de la parentalité et de l'éducation numérique. Les adolescents et le porno : vers une « Génération Youporn » ? : étude sur la consommation de pornographie chez les adolescents et son influence sur leurs comportements sexuels [Internet]. Paris: Institut IFOP; 2017. 34 p. Disponible sur: https://www.open-asso.org/wp-content/uploads/2017/03/114495_Rapport_OPEN_15.03.2017-1.pdf
116. Clair I. La division genrée de l'expérience amoureuse. Enquête dans des cités d'habitat social. *Sociétés Représentations*. 2007;24(2):145-60.
117. TÊTU | « École et sexe » : le site d'information propagandiste de la Manif pour tous [Internet]. <https://tetu.com/>. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://tetu.com/2017/02/23/ecole-sexe-site-information-propagandiste-manif-pour-tous/>
118. Tuaille V. *Le coeur sur la table: Pour une révolution romantique*. Binge Audio Éditions; 2021. 301 p.
119. Foucault M. *Scientia sexualis*. In: Histoire de la sexualité I [Internet]. Paris: Gallimard; 1994 [cité 22 sept 2022]. p. 71-98. (Tel). Disponible sur: <https://www.cairn.info/histoire-de-la-sexualite-i--9782070740703-p-71.htm>
120. Jodelet D. 1. Représentations sociales : un domaine en expansion [Internet]. Vol. 7. Presses Universitaires de France; 2003 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656-page-45.htm>
121. Allilaire JF. Psychiatrie et société. In: Santé, médecine, société [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2010 [cité 22 sept 2022]. p. 393-407. (Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sante-medecine-societe--9782130566342-p-393.htm>
122. Grenouilloux A. Éthique et normes en psychiatrie et santé mentale. *Inf Psychiatr*. 2011;87(6):479-86.
123. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. mai 1980;137(5):535-44.
124. Trudel G, Desjardins G. Staff reactions toward the sexual behaviors of people living in institutional settings. *Sex Disabil*. 1 sept 1992;10(3):173-88.

125. Mercuel A. Aspects cliniques sur le consentement à la sexualité à l'hôpital psychiatrique. *Rhizome*. 2016;60(2):4-4.
126. Ruane J, Hayter M. Nurses' attitudes towards sexual relationships between patients in high security psychiatric hospitals in England: an exploratory qualitative study. *Int J Nurs Stud*. déc 2008;45(12):1731-41.
127. Striar SL, Ensor PG. Therapeutic Responses to Adolescent Psychiatric Patients' Sexual Expression. *J Soc Work Hum Sex*. 1 avr 1986;5(1):51-69.
128. Dupras A. La politique institutionnelle en matière de sexualité: la nécessaire transformation du paradigme sexologique. *Santé Ment Au Qué*. 11 sept 2007;20(1):57-76.
129. Howard R, Lipsitz G, Sheppard F, Steinitz LY. Sexual behavior in group residences: An ethics dilemma. *Fam Soc*. 1991;72:360-5.
130. Linzer N. The Role of Values in Determining Agency Policy. *Fam Soc*. 1 nov 1992;73(9):553-8.
131. Droits de l'Homme et libertés fondamentales (2e édition) - Stéphanie Hennette-Vauchez, Diane Roman - Dalloz - Grand format - Dalloz Librairie PARIS [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.librairiedalloz.fr/livre/9782247152087-droits-de-l-homme-et-libertes-fondamentales-2e-edition-stephanie-hennette-vauchez-diane-roman/>
132. Convention européenne des droits de l'homme telle qu'amendée par les Protocoles nos 11 et 14 Complétée par le Protocole additionnel et les Protocoles nos 4, 6, 7, 12, 13 et 16 [Internet]. 2020 [cité 22 sept 2022] p. 10. Report No.: Article 8. Disponible sur: <https://edoc.coe.int/fr/convention-europeenne-des-droits-de-l-homme/8383-convention-europeenne-des-droits-de-l-homme-telle-quamendee-par-les-protocoles-nos-11-et-14-completee-par-le-protocole-additionnel-et-les-protocoles-nos-4-6-7-12-13-et-16.html>
133. Conseil de l'Europe – Arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme. Affaire X et Y c/ PaysBas. 1985. p. p6.
134. WAS Advisory Council. Declaration of sexual rights, article 6 [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/Declaration-of-Sexual-Rights-2014-plain-text.pdf>
135. Article 9 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419288/
136. Article 16 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419320/
137. Duflo V. Article 9 du Code civil: le droit au respect de la vie privée [Internet]. *JurisLogic*. 2021 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://jurislogic.fr/article-9-code-civil-droit-respect-vie-privee/>
138. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
139. La charte de l'utilisateur en santé mentale [Internet]. 2000. Disponible sur: <http://ch-gdaumezon.fr/documents/ChartePatientSanteMentale.pdf>
140. Article L3211-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021941771/2010-02-26

141. Vernet A, Hénin M, Alexandre C, Agboli K, Godet T, Fauville B, et al. Les relations sexuelles en service de psychiatrie. *Inf Psychiatr.* 2014;90(7):525-30.
142. PY B. *Le Sexe et le Droit.* PUF. 1999. (Que sais-je ?).
143. Vaginay D. Sexualité et handicap : un défi social. *J Psychol.* 2013;304(1):38-44.
144. Article 222-23-2 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043405018
145. Lebrun PB. La majorité sexuelle et l'âge du consentement des mineurs [Internet]. *La Gazette des Communes.* [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.lagazettedescommunes.com/755207/la-majorite-sexuelle-et-lage-du-consentement-des-mineurs/>
146. Sexualité et loi [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.lecrips-idf.net/sexualite-loi-france>
147. LOI n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste (1). 2021-478 avr 21, 2021.
148. Le consentement sexuel des adolescents [Internet]. *Éducaloi.* [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://educaloi.qc.ca/capsules/consentement-sexuel-adolescents/>
149. Article 371-1 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038749626
150. Article L2311-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045137224
151. Article L1111-5 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927576
152. Article L5134-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927644/
153. Scharko AM. Selective Serotonin Reuptake Inhibitor–Induced Sexual Dysfunction in Adolescents: A Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1 sept 2004;43(9):1071-9.
154. Levine A, McGlinchey E. Assessing Sexual Symptoms and Side Effects in Adolescents. *Pediatrics.* avr 2015;135(4):e815-7.
155. Pfeffer B, Ellsworth TR, Gold MA. Interviewing Adolescents About Sexual Matters. *Pediatr Clin North Am.* avr 2017;64(2):291-304.
156. Robinson BBE, Munns RA, Weber-Main AM, Lowe MA, Raymond NC. Application of the sexual health model in the long-term treatment of hypoactive sexual desire and female orgasmic disorder. *Arch Sex Behav.* avr 2011;40(2):469-78.
157. Note de cadrage de la formation « aller vers » [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_de_cadrage_aller_vers.pdf
158. Stratégie nationale de santé sexuelle : agenda 2017-2030 [Internet]. Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.rapps-bfc.org/node/1854>

159. Voermans JM, Van HL, Peen J, Hengeveld MW. [Is there adequate discussion between psychiatrists and their patients regarding patients' sexual problems?]. *Tijdschr Voor Psychiatr*. 2012;54(1):9-16.
160. Marques TR, Smith S, Bonaccorso S, Gaughran F, Kolliakou A, Dazzan P, et al. Sexual dysfunction in people with prodromal or first-episode psychosis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. août 2012;201:131-6.
161. Avis relatif aux violences sexuelles : une urgence sociale et de sante publique, un enjeu de droits fondamentaux.
162. Vulbeau A. Éducation et prévention, entre institution scolaire et territoires. *Inf Soc*. 2010;161(5):4-7.
163. Kågsten A, van Reeuwijk M. Healthy sexuality development in adolescence: proposing a competency-based framework to inform programmes and research. *Sex Reprod Health Matters*. déc 2021;29(1):1996116.
164. UNESCO. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. 2009.
165. Enseignements primaire et secondaire [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/18/Hebdo33/MENE1824340C.htm>
166. Bousquet D. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité - Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes [Internet]. *vie-publique.fr*. 2016 [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/35757-rapport-relatif-leducation-la-sexualite-repondre-aux-attentes-des>
167. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_sante_sexuelle_16122021.pdf
168. Dolto F. *Enfances*. Média Diffusion; 2016. 80 p.
169. Atger F. L'attachement à l'adolescence. *Dialogue*. 2007;175(1):73-86.
170. Mackey S. Attachment and Family Systems: Conceptual, Empirical and Therapeutic Relatedness. Erdman P, Caffery T, éditeurs. Routledge; 2013. 272 p.
171. PUDEUR : Définition de PUDEUR [Internet]. [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/pudeur>
172. Guiouillier B. Adolescence, sexualité et pudeur. *Imagin Inconsc*. 2017;40(2):69-76.
173. Boekeloo BO, Schamus LA, Cheng TL, Simmens SJ. Young adolescents' comfort with discussion about sexual problems with their physician. *Arch Pediatr Adolesc Med*. nov 1996;150(11):1146-52.
174. Alexander SC, Fortenberry JD, Pollak KI, Bravender T, Østbye T, Shields CG. Physicians Use of Inclusive Sexual Orientation Language During Teenage Annual Visits. *LGBT Health*. déc 2014;1(4):283-91.
175. Blythe MJ, Rosenthal SL. Female adolescent sexuality. Promoting healthy sexual development. *Obstet Gynecol Clin North Am*. mars 2000;27(1):125-41.

176. Fuzzell L, Fedesco HN, Alexander SC, Fortenberry JD, Shields CG. « I just think that doctors need to ask more questions »: Sexual minority and majority adolescents' experiences talking about sexuality with healthcare providers. *Patient Educ Couns.* sept 2016;99(9):1467-72.
177. Hughes E, Edmondson AJ, Onyekwe I, Quinn C, Nolan F. Identifying and addressing sexual health in serious mental illness: Views of mental health staff working in two National Health Service organizations in England. *Int J Ment Health Nurs.* juin 2018;27(3):966-74.
178. Rele K, Wylie K. Management of psychosexual and relationship problems in general mental health services by psychiatry trainees. *Int J Clin Pract.* oct 2007;61(10):1701-4.
179. Stevenson RWD. Sexual medicine: why psychiatrists must talk to their patients about sex. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* oct 2004;49(10):673-7.
180. Nnaji RN, Friedman T. Sexual dysfunction and schizophrenia: psychiatrists' attitudes and training needs. *Psychiatr Bull.* juin 2008;32(6):208-10.
181. Giami A, Moreau É, Moulin P. 3. Communiquer à propos de la sexualité. In: *Infirmières et sexualité* [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2015 [cité 23 sept 2022]. p. 47-73. (Recherche, santé, social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/infirmieres-et-sexualite--9782810904099-p-47.htm>
182. Alexander SC, Fortenberry JD, Pollak KI, Bravender T, Davis JK, Ostbye T, et al. Sexuality talk during adolescent health maintenance visits. *JAMA Pediatr.* févr 2014;168(2):163-9.
183. Hordern AJ, Street AF. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Med J Aust.* 5 mars 2007;186(5):224-7.
184. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. « Opening a can of worms »: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract.* oct 2004;21(5):528-36.
185. Braizaz M, Schweizer A, Toffel K. L'abord de la sexualité par les infirmier·es en oncologie. Quand le sentiment de légitimité s'articule aux effets de genre et d'âge. *Genre Sex Société* [Internet]. 9 juill 2021 [cité 23 sept 2022];(25). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/gss/6754#ftn1>
186. Boekeloo BO. Will you ask? Will they tell you? Are you ready to hear and respond? *JAMA Pediatr.* févr 2014;168(2):111-3.
187. Mateo MC. Alliance thérapeutique. In: *Les concepts en sciences infirmières* [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 23 sept 2022]. p. 64-6. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-64.htm>
188. Potel Baranes C. Adolescence et relaxation : le groupe, un contenant thérapeutique privilégié à l'adolescence. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe.* 2009;53(2):79-89.
189. Billard M, Costantino C. Fonction contenante, groupes et institution soignante. *Cliniques.* 2011;1(1):54-76.
190. Warner C, Carlson S, Crichlow R, Ross MW. Sexual Health Knowledge of U.S. Medical Students: A National Survey. *J Sex Med.* août 2018;15(8):1093-102.
191. Levine SB, Scott DL. Sexual education for psychiatric residents. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry.* oct 2010;34(5):349-52.

ANNEXES

Annexe 1- Questionnaire première version

VERSION PREMIERE DU QUESTIONNAIRE
--

I Représentations

1) : Que pouvez-vous dire au sujet de la sexualité des adolescents au sein de l'hôpital ?

Questions de relances :

2) *Que représente pour vous la sexualité et ses expressions chez les adolescents hospitalisés ?*

3) : *Pouvez-vous me décrire les types/profils d'adolescent chez qui éventuellement leur sexualité est impliquée à l'hôpital ?*

II Posture professionnelle normative

4) : Pouvez-vous me parler de la politique du service en regard de la sexualité des adolescents hospitalisés ?

5) : Que pensez-vous de la sexualité des adolescents dans votre unité d'hospitalisation ?

III Expérience clinique

7 : Quels formes d'expression du champ de la sexualité avez-vous constaté dans votre service ?

8 : Pouvez-vous me raconter une situation qui a impliqué la sexualité d'un adolescent dans votre service ? Quels enjeux ont pu être soulevés dans cette situation ?

IV Amélioration des pratiques

9 : Quelles seraient vos suggestions pour éventuellement améliorer l'accompagnement de la sexualité des adolescents hospitalisés ?

VERSION FINAL DU QUESTIONNAIRE

I Représentations

1) : Que pouvez-vous dire au sujet de la sexualité des adolescents au sein de l'hôpital ?

Questions de relances :

2) *Que représente pour vous la sexualité et ses expressions chez les adolescents hospitalisés ?*

3) : *Pouvez-vous me décrire les types/profils d'adolescent chez qui éventuellement leur sexualité est impliquée à l'hôpital ?*

II Posture professionnelle normative

4) : Pouvez-vous me parler de la politique du service en regard de la sexualité des adolescents hospitalisés ?

5) : Que pensez-vous de la sexualité des adolescents dans votre unité d'hospitalisation ?

Question de relance :

6) : *En prenant en compte votre rôle médical, comment vous sentez vous face à la sexualité des adolescents hospitalisés dans votre service ?*

III Expérience clinique

7) : Quels formes d'expression du champ de la sexualité avez-vous constaté dans votre service ?

8) : Pouvez-vous me raconter une situation qui a impliqué la sexualité d'un adolescent dans votre service ? Quels enjeux ont pu être soulevés dans cette situation ?

IV Amélioration des pratiques

9) : Quelles seraient vos suggestions pour éventuellement améliorer l'accompagnement de la sexualité des adolescents hospitalisés ?

Ouvertures

Quels sont les droits relatifs à la sexualité des adolescents ?

Annexe 3- Questionnaire quantitatif

QUESTIONNAIRE SYNOPTIQUE

Cet entretien est conforme aux exigences propres a travail d'enquête, le strict anonymat de chacun sera respecté tout au long du travail

Effectué le :

Renseignement Généraux du Soignant :

Formation spécifique :

Temps d'exercice :

Temps d'exercice dans le service :

Genre :

Age :

Type d'exercice : Public Liberal

Renseignement Généraux sur le service :

Combien de chambre dispose le service ? :
Double Les deux

Chambres : Simple

Chambres : Mixte Non Mixte

Âge de la population soignée : ans àans

Durée moyenne d'hospitalisation : 1 à 10 jours 10 jours à 30 jours +30 jours

Motif d'hospitalisation le plus fréquent ?

Pathologies prévalentes ? 1) 2)..... 3).....

Règlement intérieur : Remis au patient Lu au patient A disposition du patient

Questionnaire 4- Grille COREQ - traduite française des lignes directrices Coreq

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion <u>Caractéristiques personnelles</u>		
1. CHOUAIBI Nabil	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2. Validation du 2 ^{ème} cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3. Interne en psychiatrie	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Homme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
<u>Relations avec les participants</u>		
6. Connaissances, inconnus	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Interne en psychiatrie réalisant une étude sur la sexualité des adolescents à l'hôpital	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8. Interne en psychiatrie	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 2 : Conception de l'étude <u>Cadre théorique</u>		
9. Analyse par théorie ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
<u>Sélection des participants</u>		
10. Echantillonnage dirigé	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif</i>
11. Courriel, Téléphone, Oral	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12. Onze participants	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. Aucune	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
<u>Contexte</u>		
14. Selon le choix du participant : lieu professionnel / domicile	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Genre, âge, type d'exercice (public, libéral), Temps d'exercice	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>

N°	Item	Guide questions/description
dans le service et nombre d'années d'exercice		
<u>Recueil des données</u>		
17. Oui. Guide d'entretien testé au préalable par un entretien exploratoire.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
21. 67 minutes en moyenne	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22. Non (suffisance des données non atteinte)	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Oui	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
<u>Analyse des données</u>		

N°	Item	Guide questions/description
24. Deux. L'auteur et un chercheur pour le codage thématique et l'auteur seul pour le codage axial et sélectif	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Non	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. NVivo 12	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
<u>Rédaction</u>		
29. Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4. Disponible sur

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S17790123140043>

AUTEUR : Nom : CHOUAÏBI

Prénom : Nabil

Date de soutenance : 11 octobre 2022

Titre de la thèse : Les représentations des psychiatres sur la sexualité des adolescents hospitalisés en pédopsychiatrie : étude qualitative auprès de 11 psychiatres des Hauts de France.

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : *DES de psychiatrie*

DES + FST/option : *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*

Mots-clés : sexualité, adolescent, santé mentale, hôpital, psychiatre, représentations, hospitalisation, santé sexuelle, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Résumé :

Introduction : La sexualité est un pivot développemental à l'adolescence nécessaire à la construction de l'individu. Le psychiatre considère la sexualité de l'adolescent sur le plan développemental et ses enjeux en termes de contribution ou d'altération de la santé globale qui comprend la santé mentale et la santé sexuelle. A l'hôpital, le clinicien sera alors peu étayé pour pouvoir penser la sexualité des adolescents devant l'absence de recommandations suffisantes ou devant des politiques institutionnelles taisant cette question. Dans ce contexte, les postures soignantes et normatives du psychiatre sont potentiellement régies par son appréciation subjective et ses jugements propres. Devant l'influence des représentations dans ses décisions, ce travail s'est intéressé aux représentations sociales des psychiatres sur la sexualité des adolescents à l'hôpital. **Méthode :** il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de 11 psychiatres des Hauts de France exerçant auprès de services accueillant des adolescents de 12 ans à 25 ans. L'objectif principal était d'explorer les représentations qu'ont les psychiatres de la sexualité des adolescents hospitalisés en temps complet. Les objectifs secondaires étaient d'analyser les différentes positions professionnelles et les suggestions pour améliorer les pratiques. **Résultats :** Pour le psychiatre, aborder la sexualité était un défi à l'hôpital, sujet considéré comme nécessaire à aborder et suscitant des réticences. Il existait une ambivalence face à la sexualité agie à l'hôpital, du fait d'une sexualité attendue et difficilement concevable à l'hôpital. L'hôpital convoquait la posture normative face à la sexualité des adolescents. La sexualité engageait une responsabilité plurielle et incitait à poser des limites. Le psychiatre a pointé la contradiction du cadre face à la sexualité agie où il devait composer avec des règles illisibles et la faiblesse du cadre. Le psychiatre a défini de multiples engagements qu'impliquait la plainte d'agression sexuelle à l'hôpital. La tenue vestimentaire, en étant un reflet de la sexualité, entraînait chez le psychiatre un engagement de ses représentations et ses postures normatives et soignantes. Le psychiatre a proposé une amélioration de la formation, de la réflexion institutionnelle et de l'abord de la sexualité à l'hôpital. **Conclusion :** Par l'ampleur des enjeux qu'elle cristallise, la sexualité interroge le psychiatre dans ses propres représentations et ses pratiques. Une réflexion approfondie s'impose alors sur ce sujet qui devrait être diligentée par les soignants ou par l'institution. Dire la sexualité est un exercice possible et indispensable que ce soit au service de l'adolescent, de l'institution et sa politique et des soignants dans une perspective d'échange et de formation.

Composition du Jury :

Président : : Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseurs : Monsieur le Docteur Laurent DUPEYRAS, Monsieur le Docteur Éric SALOMÉ

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Charles-Edouard NOTREDAME

