



HAL
open science

Résultats Préliminaires de l'Etude REVEAL : Sous-Ensemble Professionnels et Soignants en Pédopsychiatrie Face aux Révélations de Violences Sexuelles sur Mineurs

Thibault Zublena

► **To cite this version:**

Thibault Zublena. Résultats Préliminaires de l'Etude REVEAL : Sous-Ensemble Professionnels et Soignants en Pédopsychiatrie Face aux Révélations de Violences Sexuelles sur Mineurs. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04662072

HAL Id: dumas-04662072

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04662072v1>

Submitted on 25 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
SPECIALITE PSYCHIATRIE

Résultats Préliminaires de l'Etude REVEAL
-
**Sous-Ensemble Professionnels et Soignants en Pédopsychiatrie
Face aux Révélations de Violences Sexuelles sur Mineurs**



Par ZUBLENA Thibault
Né le 19/04/1995 à Rouen

Présentée et soutenue publiquement le
19/06/2024



Président du jury :

Mme le Professeur Priscille GERARDIN

Directeurs de thèse :

Mr le Docteur Jordan SIBEONI

Mme la Psychologue Emilie MANOLIOS, co-encadrante

Membres du jury :

Mme le Professeur Gisèle APTER

Mme le Docteur Céline CHEVILLARD

Mme le Docteur Anaïs HENRY

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023 - 2024

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Thomas CLAVIER	HCN	Anesthésie-Réanimation
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie

Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Sophie DENEUVE	HCN	ORL
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Vivien HEBERT	HCN	Dermatologie
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne

Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Mourad OULD SLIMANE	HCN	Chirurgie Orthopédique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Frédéric ROCA	HCN	Médecine Gériatrique
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien THUREAU	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale

Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mme Ivana DABAJ	HCN	Pédiatrie
Mme Charlotte DESPREZ	HCN	Physiologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD (<i>disponibilité</i>)	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Maud ROTHARMEL	HCN	Psychiatrie Adultes
Mme Mélanie ROUSSEL	HCN	Médecine d'Urgences
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique

M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale

Mr Paul BILLOIR (MCU-PH)	Hématologie Biologique
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mr Romain COPPEE	Bio-Informatique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHYOT (MCU-PH)	Bactériologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Thomas DUFLOT (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mr Henri GONDÉ (MCU-PH)	Pharmacie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mr Valentin PLATEL	Pharmacologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Charles CALTOT	DEUST Pharmacie
Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Christine HAIMET-LEROY	DEUST Pharmacie
Mme Lucile LOUIN	DEUST Officine
Mme Stéphanie LAMOUREUX	DEUST Pharmacie
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Pierre BOHN	Radiopharmacie
M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
Mme Marine CAVELIER	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – ODONTOLOGIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Rénata **KOZYRAKI**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Anne-Charlotte **BAS**

MAST

Mme Isabelle **FONTANILLES**

Mr Romain **JACQ**

Mr Benjamin **SOMMAIRE**

IV – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Blandine **BILLET** UFR Médecine Générale

Mr Julien BOUDIER	UFR	Médecine Générale
Mme Laëtitia BOURDON	UFR	Médecine Générale
Mme Elsa FAGOT-GRIFFIN	UFR	Médecine Générale
Mme Ségolène GUILLEMETTE	UFR	Médecine Générale
Mr Frédéric RENOU	UFR	Médecine Générale
Mme Charlotte SIEFRIDT	UFR	Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Loïc MARTIN	Sciences Rééducation et Réadaptation
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

PAU

Mme Léopoldine **DEHEINZELIN**

Orthophonie

Mme Séverine **ROBERT**

Orthophonie

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

REMERCIEMENTS

A mon mari, Tanguy DELATRE-ZUBLENA, qui m'a soutenu tout au long de ces études et qui a l'incompréhensible patience de m'entendre râler à longueur de journée pour la moindre contrariété (même quand je ne suis pas là via des textos) ; je pense avoir trouvé un véritable repère en toi et un compagnon de vie inestimable.

A mes parents, Karine et Christophe ZUBLENA, qui m'ont aimé, élevé et éduqué bien plus que bon nombre d'autres parents ne l'ont fait pour leur propre enfant ; je me rends compte à présent via mon métier et les jeunes que je reçois à quel point j'ai été chanceux de vous avoir comme parents. Bon, finalement je reconnais que les interminables samedis matins de devoirs sur la table de la cuisine n'ont pas été si inutiles que ça...

A ma famille, et tout particulièrement ma sœur Salomé ZUBLENA, ma tante Sophie ZUBLENA et mes grands-parents Michèle et André ZUBLENA qui ont été une source d'amour et de réconfort inépuisable tout au long de ma vie. Et qui n'y sont peut-être pas pour rien dans le fait que j'ai choisi la psychiatrie comme spécialité...

A ma belle-mère, Karine DELATRE, qui m'a accueilli chez elle comme un second fils pendant le confinement du Covid-19, qui m'a suppléé sur bien des tâches concernant l'organisation de mon mariage afin de me dégager du temps pour ce travail de thèse, et avec qui je ne me lasse de passer des soirées à refaire le monde autour d'un verre et de jeux de société.

A mon amie d'enfance, Charlène LEFEBVRE, qui m'a proposé de sortir un nombre incalculable de fois pendant mes moments de déprime et mon ras le bol des cours, afin de me changer les idées ; tu vois, tes efforts ont payé, je vais enfin pouvoir te renouveler tes ordonnances !

A mes directeurs de thèse, Jordan SIBEONI et Emilie MANOLIOS, qui se sont montrés des plus souteneurs et encadrants malgré la distance ; je n'aurais pu rêver de personnes plus disponibles, motivées et stimulantes pour me faire découvrir le travail de recherche.

A mes collègues de l'étude REVEAL, notamment Jeanne MATHE.

Aux membres du Jury (Pr P. GERARDIN - Pr G. APTER - Dr C. CHEVILLARD - Dr A. HENRY) qui font partie également des personnes ayant accepté de partager leur savoir avec moi via l'encadrement de mes différents stages et/ou la dispensation d'enseignement.

A la cheffe de projet du CHU de Rouen, Cécile POURCHER, qui a répondu à bon nombre de mes interrogations et s'est toujours montrée force de proposition pour m'accompagner dans ce travail de recherche.

Aux participants de l'étude qui ont accepté de m'accorder de leur temps, de se replonger dans des moments parfois difficiles de leur carrière et de m'accorder leur confiance pour traiter ce matériel recueilli au mieux.

A mes collègues et amis rencontrés tout au long de ces 10 années d'études et qui ont coloré ce parcours que j'espère encore long dans le milieu de la santé.

GLOSSAIRE et ACRONYMES

ASE : aide sociale à l'enfance

CETF : centre d'entretien et de thérapie familiale

CHR : centre hospitalier régional

CHU : centre hospitalier universitaire

CIVIISE: commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants

CMP : centre médico-psychologique

CUMP : cellule d'urgence médico-psychologique

CN2R : centre national de ressources et de résilience

CRP : centre régional de psychotraumatisme

CRIP : cellule de recueil des informations préoccupantes

Dr : docteur

D(I)U : diplôme (inter) universitaire

HDJ : hôpital de jour

HDS : hôpital de semaine

IDE : infirmière diplômée d'état

IP : information préoccupante

IPSE : Inductive Process to analyze the Structure of lived Experience

MDA : maison des adolescents

OPP : ordonnance de placement provisoire

PEA : psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Pr : professeur

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

UAPED : unité d'accueil pédiatrique enfants en danger

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
1 ÉTAT DE L'ART	3
1.1 Définitions.....	3
1.2 Données épidémiologiques	3
1.3 Ce que l'on sait.....	4
1.3.1 Sur les conséquences d'une agression sexuelle sur mineur	4
1.3.2 Sur le mineur réalisant une révélation d'agression sexuelle	6
1.3.3 Sur le soignant recevant la révélation d'agression sexuelle par un mineur.....	7
1.3.4 Sur les Recommandations de Bonnes Pratiques Cliniques en vigueur	8
1.4 Objectifs de l'étude	10
2 MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	11
2.1 Première étape : constituer un groupe de recherche.....	12
2.2 Deuxième étape : s'assurer de l'originalité de la recherche	12
2.3 Troisième étape : recruter et échantillonner en visant l'exemplarité	12
2.3.1 Définir la population d'étude	12
2.3.2 Définir le recrutement	13
2.3.3 La prise de contact.....	13
2.4 Quatrième étape : Recueillir des données pour accéder à l'expérience des participants ...	14
2.4.1 Le type d'entretien.....	14
2.4.2 Réalisation du guide d'entretien.....	14
2.4.3 Evolution du guide d'entretien	15
2.4.4 Déroulement des entretiens	15
2.5 Cinquième étape : Analyser ces données en exploitant la structure de l'expérience des participants jusqu'à en dégager des propositions concrètes pour le soin, la prise en charge...	16
2.5.1 La retranscription écrite	16
2.5.2 Le codage	16
2.6 Cadre légal.....	17
2.7 Conflits d'intérêt	17

3 ANALYSE DES RÉSULTATS	18
3.1 Axe 1 - Le professionnel face à la révélation du mineur.....	19
3.1.1 Une expérience de solitude	19
3.1.2 Une expérience d'incertitude	20
3.1.3 Une expérience éprouvante	22
3.2 Axe 2 - Le professionnel face à la restitution aux parents	24
3.2.1 Une expérience de solitude	24
3.2.2 Un questionnement commun, des réponses non univoques	25
3.2.3 Une expérience éprouvante	27
3.3 Axe 3 - Le professionnel face aux équipes	28
3.3.1 Une expérience intra-institutionnelle	28
3.3.2 Une expérience inter-institutionnelle	30
4 DISCUSSION	32
4.1 Mise en tension des résultats avec la revue de la littérature.....	32
4.1.1 Le lieu d'exercice du soignant.....	32
4.1.2 Les autres institutions du soin et de formation au soin	33
4.1.3 Politique de santé publique et autres institutions s'y rattachant.....	35
4.2 Forces et Limites	37
CONCLUSION.....	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES.....	43

INTRODUCTION

Dès mon premier semestre en tant qu'interne, au sein de l'équipe de liaison pédopsychiatrique au CHU de Rouen, en 2020, j'ai été confronté au sujet des agressions sexuelles sur mineurs.

J'ai été témoin de leur parcours de soins mais également de leur parcours judiciaire, dont nous, professionnels de l'enfant et de l'adolescent, sommes parfois amenés à faire partie également. J'ai été surpris de la fréquence avec laquelle ces jeunes, après avoir été invités par leurs soignants à aller porter plainte, étaient déboutés par les autorités pour divers motifs, et ce de façon non systématiquement valable.

J'ai pu par la suite intégrer d'autres structures, hospitalières et extra-hospitalières, sur le territoire Haut-Normand. J'y ai vu ces mêmes victimes d'agression, orientées également vers les instances judiciaires, et je me suis alors rendu compte que certains rares commissariats/gendarmeries étaient accompagnés de psychologues pour étayer tant les plaignants que les officiers.

Après quelques brefs échanges avec des personnes s'impliquant dans cette entreprise, il m'est apparu que les représentants des forces de l'ordre ne bénéficiaient pas de formation à l'égard de cette problématique dans leur cursus de base. De plus, les soignants se rendant dans les commissariats étaient plus fréquemment financés par des associations de patients ayant réfléchi à la question que par des organismes publics, puisqu'aucun plan n'était à ce moment déployé à cet effet.

En effet, le 25 novembre 2021, pour la première fois en France, la ministre de la culture, Roselyne BACHELOT-NARQUIN, annonçait la mise en place du Plan de Lutte Contre les Violences et le Harcèlement Sexistes et Sexuels avec une application à l'ensemble du territoire français en 2022. Cependant, ce plan vise davantage la prévention des événements que l'accompagnement des victimes. La principale mesure allant dans ce sens a été la création de cellules d'écoute et d'orientation, joignables au 01 87 20 30 90. Elles ont pour objectifs d'informer et d'orienter les personnes adultes selon leurs vécu et attentes, et de réaliser un signalement systématique pour les personnes mineures les joignant. Malheureusement, j'ai pu m'apercevoir, en appelant moi-même la plateforme afin de m'informer, que ce dispositif n'est ouvert que les jours ouvrables, en journée, et présente de longs temps d'attente au vu du faible nombre de personnels qualifiés y prenant part.

J'ai donc initialement décidé de concentrer mon travail de thèse sur ce sujet de société, et plus spécifiquement autour du manque d'enseignement auprès des agents de l'autorité publique. J'en ai alors référé à ma coordinatrice de spécialité, le Pr P. GERARDIN, qui m'a fait remarquer que même chez les soignants, la formation à la prise en charge d'un état de stress post traumatique de nature sexuelle, chez un mineur, n'était que peu codifiée. Je me suis alors aperçu qu'en effet, les cours à cet égard sont rares, que ce soit dans nos référentiels, nos formations obligatoires ou optionnelles, et que les parcours de soins étaient peu protocolisés dans les unités où j'avais exercé. Elle m'a donc proposé, dans un premier temps, de me pencher sur les professionnels en activité à l'hôpital et ses annexes, puis de m'intéresser ultérieurement aux autres types d'intervenants extérieurs au système de soins.

Ainsi, le Pr P. GERARDIN m'a présenté à l'équipe de chercheurs coordonnée par le Dr J. SIBEONI. Elle s'affaire à développer les connaissances concernant les agressions sexuelles sur mineurs via diverses études qualitatives. Celles-ci visent à recueillir le vécu expérimentiel des différents protagonistes de ces événements de vie. Ma thèse s'intègre dans l'une d'elles : REVEAL. Dans cette dernière, les investigateurs sont répartis en trois groupes de recherche. Le premier se rend à la rencontre de mineurs victimes d'une agression sexuelle, ayant entamé un suivi pédopsychiatrique et ayant eu besoin de plus de six mois avant d'effectuer une primo-révélation à un soignant. Le second, lui, se rapproche des familles de ces victimes, dans le but de comprendre la manière dont elles ont pu les influencer dans leur révélation, ainsi que le retentissement intra-familial de cet événement. Quant au troisième groupe, dans lequel s'inscrit ce travail de thèse, il a pour but de rencontrer un panel le plus diversifié possible de professionnels intervenant lors des soins de l'enfant et qui ont reçu la primo-révélation d'agression sexuelle. Les objectifs de cette partie seront développés plus loin.

Cet écrit est donc la synthèse des résultats préliminaires de cette partie de l'étude REVEAL.

1 ÉTAT DE L'ART

1.1 Définitions

En France, les violences sexuelles sur enfant sont définies par le Code Pénal (art. 222-31) comme suit : "Toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise commise sur un(e) mineur(e) de moins de quinze ans".

La Haute Autorité de Santé définit la violence sexuelle sur mineur comme "le fait de forcer ou d'inciter un mineur à se livrer à une activité sexuelle", ce qui inclut les activités sexuelles avec ou sans contact physique (exposition, regarder ou filmer des activités sexuelles)¹.

La définition du viol a été modifiée dans les lois françaises en 2018 (loi du 3 août 2018, art. 222-23 du Code Pénal) pour inclure l'acte de fellation reçu contre leur volonté par les garçons : " tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis (...) par violence, contrainte, menace ou surprise ".

1.2 Données épidémiologiques

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé² 1 femme sur 5 et 1 homme sur 13 ont subi une agression sexuelle au cours de leur vie dans le monde.

D'après la littérature actuelle, 20 % des femmes et 39 % des hommes ne divulgueraient pas les violences sexuelles dont ils ont été victimes. De plus, seuls 15% des agressés déposeraient plainte³. Chez les enfants et les adolescents, le taux de divulgation est estimé entre 16 et 25 %.

Le Haut Conseil de Santé Public français⁴ a exposé en juin 2000 que seules 28% des plaintes pour agressions sexuelles étaient déférées au Parquet, et sur celles-ci, seules 19% aboutissaient à une condamnation.

Sur notre territoire, selon la première campagne nationale française contre le viol⁵, débutée en septembre 2023 :

- toutes les 3 minutes, un enfant est victime d'inceste, de viol ou d'agression sexuelle au sens large
- 160 000 enfants sont concernés chaque année
- 1 adulte sur 10 en a été victime à l'heure actuelle

Avant cette campagne, seule une étude, celle de Choquet et al.⁶, avait tenté de mesurer la prévalence des violences sexuelles sur les enfants en France. Cette étude s'est concentrée uniquement sur les viols et a trouvé une prévalence de 0,6% pour les garçons et de 0,9% pour les filles. De nombreux auteurs estiment que la prévalence des violences sexuelles sur les enfants est sous-estimée dans de nombreux pays.

Selon l'Institut National de Santé du Québec⁷ (dont les chiffres semblent proches de ceux en cours d'étude en France⁸), au 12 mai 2022 :

- les jeunes de 15 à 24 ans représentent le groupe d'âge avec la plus grande proportion de victimes d'agression sexuelle
- les jeunes de 12 à 17 ans sont le groupe d'âge le plus souvent indiqué comme étant les auteurs présumés d'agression sexuelle
- plus de 8 victimes sur 10 connaissent leur agresseur sexuel
- une minorité des agressions sexuelles rapportées par la police sont commises avec une arme ou causent des blessures physiques
- dans près de 9 cas sur 10, la victime d'une agression sexuelle est une fille ou une femme
- dans plus de 9 cas sur 10, l'auteur présumé de l'agression sexuelle est un garçon ou un homme

1.3 Ce que l'on sait

1.3.1 Sur les conséquences d'une agression sexuelle sur mineur

Du Centre National de Ressource et de Résilience, dont la création avait été annoncée dans le cadre du plan interministériel d'aide aux victimes en novembre 2017, sont nés les 17 Centres Régionaux de Référence du Psychotraumatisme et leurs antennes. Sur les 57 missions qui leur ont été déléguées, aucune n'apparaît comme apparentée aux psychotraumatismes d'ordre sexuel.

Pourtant de nombreuses études ont fait état de l'impact psychiatrique des violences sexuelles sur les enfants. Il est notamment bien connu que les traumatismes sexuels sont des facteurs de risque de développer un trouble bipolaire⁹ ou schizophrénique^{10,11}. Une méta-analyse, publiée en 2010, a trouvé des associations significatives avec les troubles psychiatriques suivants¹² :

- trouble dépressif (OR : 2,66 ; 95% CI : 2,14-3,30)
- trouble de stress post-traumatique (OR : 2,34 ; 95% CI : 1,59 - 3,43)
- troubles anxieux (OR : 3,09 ; 95% CI : 2,43-3,94)
- troubles du comportement alimentaire (boulimie > anorexie mentale) (OR : 2,72 ; 95% CI : 2,04 - 3,63)
- troubles du sommeil (OR : 16,17 ; 95% CI : 2,06 - 126,76)
- tentatives de suicide (OR : 4,14 ; 95% CI : 2,98 – 5,76)

Plusieurs études se sont également concentrées sur une association potentielle entre les violences sexuelles sur les enfants et le développement de troubles somatiques. Une revue systématique publiée en 2015 a montré que les victimes de violences sexuelles sur enfants ont un risque plus élevé que la population générale de développer les troubles suivants¹³ :

- troubles nutritionnels : obésité et diabète
- hypertension artérielle, risque cardiovasculaire accru et risque de cardiopathie ischémique
- fibromes utérins
- cancers gynécologiques : prévalence plus élevée et diagnostic plus tardif en raison d'un moindre recours au dépistage
- maladies sexuellement transmissibles

En outre, plusieurs études ont établi un lien entre les violences sexuelles subies par les enfants et de nombreux troubles fonctionnels :

- gastro-intestinaux : troubles fonctionnels de l'intestin
- rhumatologiques : fibromyalgie et douleurs rhumatologiques chroniques
- neurologiques : vertiges, céphalées chroniques et crises d'épilepsie psychogènes
- gynécologiques : douleurs pelviennes, dysménorrhée et dyspareunie

Les preuves d'une corrélation entre la santé somatique et les violences sexuelles sur les enfants soulignent l'impact somatique plus important chez les victimes. Elles présentent plus de plaintes physiques ou psychologiques, ont une perception plus négative de leur santé et utilisent davantage le système de santé que les non-victimes présentant les mêmes troubles somatiques.

Certaines conséquences infra-cliniques des violences sexuelles sur les enfants ont également été décrites grâce à la recherche en neurosciences, en neuro-génétique et en neuro-imagerie : anomalies de la sérotonine, modifications de l'axe adrénérurgique, changements épigénétiques, influences sur le développement du cerveau et déficiences neurocognitives¹⁴.

Aussi, les violences sexuelles sur les enfants ont un impact sur leur fonctionnement social, à plusieurs niveaux. Les recherches ont révélé une baisse des résultats scolaires chez les survivants^{15,16}. Les survivants ont des relations amoureuses moins satisfaisantes et ont plus de difficultés à s'adapter à l'interaction dans leur couple¹⁷. Les violences sexuelles sur enfants ont également un impact direct sur la parentalité, les survivants déclarant avoir des compétences parentales moindres et des interactions moins satisfaisantes avec leurs enfants¹⁸.

La maltraitance des enfants en général a été décrite comme un facteur de risque de délinquance, mais certains auteurs ont constaté davantage de comportements délinquants chez les victimes de violences sexuelles que chez les victimes d'autres formes de maltraitance¹⁹. Les enfants victimes de violences sexuelles sont plus susceptibles de commettre une agression sexuelle que les non-victimes. Ils sont également plus susceptibles d'agresser des enfants que les auteurs de violences sexuelles qui n'ont pas subi eux-mêmes ces violences dans l'enfance²⁰.

Environ 25 % des adolescents ayant commis une agression sexuelle ont déclaré avoir été exposés à la violence physique au sein de leur famille. Parmi les parents des auteurs d'agressions sexuelles, 40 % ont pour antécédents d'avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance²¹. Une analyse de 93 études a révélé une association significative entre les antécédents de violences sexuelles chez les mères et le fait que leurs enfants aient également subi des violences sexuelles²².

Un phénomène connu sous le nom de revictimisation est également à prendre en compte: les violences sexuelles sur un enfant entraînent une vulnérabilité qui augmente le risque que cet enfant subisse d'autres violences sexuelles. Selon la littérature, environ deux victimes de violences sexuelles sur trois - tous âges confondus - sont concernées par ce phénomène²³.

Il s'agit donc là d'un enjeu de santé publique majeur.

1.3.2 Sur le mineur réalisant une révélation d'agression sexuelle

Plusieurs études se sont concentrées sur les obstacles et les facilitateurs de la divulgation. Certains facteurs sont liés aux victimes ou à leur environnement/contexte social et familial. Alaggia et al ont publié une revue systématique de 33 études, qualitatives et quantitatives, sur le sujet²⁴ :

-Les obstacles retrouvés sont les suivants :

°ceux liés aux victimes

- le fait d'être un jeune enfant : « Plus l'enfant est jeune, plus la révélation est difficile. »
- le fait d'être un garçon, avec des obstacles spécifiques tels que la peur « d'être considéré comme gay », ou la peur d'être considéré comme un futur agresseur
- obstacles internes tels que le sentiment de culpabilité vis-à-vis de l'auteur

°ceux liés au contexte

- une relation étroite avec l'auteur
- conflits familiaux, problèmes de communication au sein de la famille
- contexte culturel : manque de connaissances et de communication sur la sexualité

°ceux liés directement aux prestataires de soins

- attitude autoritaire du médecin
- milieu chaotique comme les salles d'urgence

-Les facilitateurs retrouvés sont les suivants :

- la possibilité de mettre fin à l'isolement social
- la volonté de protéger les autres
- les ressources personnelles
- un professionnel aimable et serviable qui écoute et croit la victime
- un environnement sûr

La révélation de violences sexuelles sur un enfant est un phénomène très souvent retardé.

Des études neurocognitives ont mis en évidence le rôle de l'amnésie dissociative dans le délai de révélation, c'est-à-dire que l'abus provoque une sidération et un état dissociatif qui empêche la prise de conscience et le souvenir de cet abus.

Dans la pratique, les victimes font état d'une période de scotomisation au cours de laquelle elles ont oublié les violences sexuelles qu'elles ont subies. Ce stade de latence est une période fréquente de la vie décrite chez les victimes de violences sexuelles dans l'enfance, dans laquelle elles ne se souviennent pas de ce qu'elles ont vécu et n'ont pas encore de symptômes cliniques pour exprimer le traumatisme²⁵.

En raison de cela et du fait que les individus hésitent à parler **une fois qu'ils ont accès** à leurs souvenirs traumatiques, les chercheurs estiment qu'une révélation peut être considérée comme « précoce » quand elle survient moins de 15 ans après le traumatisme^{26,27,28}.

Deux facteurs sont associés à ce type de révélation : le fait d'être une fille et le fait que l'agresseur ne fasse pas partie de la famille ou des amis²⁶.



Figure 1 : La Révélation un Processus Dynamique – CSA : child sexual abuse

La réaction de l'interlocuteur et de la famille est cruciale et influe sur le pronostic de la victime. En fait, l'absence de réponse, qu'elle soit émotionnelle ou matérielle, est plus susceptible de retarder les tentatives ultérieures²⁹.

La réaction de l'entourage en général, des parents en particulier, peut parfois être ressentie comme non empathique, mettant en doute la véracité de l'histoire et culpabilisant la victime. Dans ces cas, la révélation a un impact négatif et rend la victime plus vulnérable au phénomène de revictimisation³⁰.

Les réactions et les réponses de la personne qui reçoit la révélation des violences sexuelles sur un enfant sont essentielles, en particulier lorsqu'il s'agit d'un prestataire de soins travaillant dans des services de santé mentale. Pourtant, à notre connaissance, aucune étude qualitative n'a jamais exploré ces questions parmi les professionnels de la santé mentale.

Ce que l'on sait principalement est que la majorité des révélations ne se font pas directement à un professionnel de santé. Les enfants et les adolescents peuvent révéler à beaucoup de personnes : membres de la famille, amis, professionnels de l'école... La plupart du temps, ils le révèlent à un ami de même âge et c'est parfois ce dernier qui en parle aux adultes. Parfois la révélation se fait en plusieurs étapes. La victime teste d'abord la réaction potentielle de la personne choisie en abordant la question de manière indirecte avant de prendre la décision de la révéler ou non³¹.

Les points positifs à la révélation qui doivent être recherchés systématiquement par le soignant pour en faire un phénomène constructif sont :

- faire cesser les violences sexuelles et protéger d'autres victimes potentielles
 - entamer un processus de « réparation » en traitant réellement le traumatisme et les comorbidités^{32,33,34}
 - prévenir la dégradation psychique¹⁴
- Le but est d'éviter l'auto-culpabilisation et le phénomène de revictimisation²³.

1.3.3 Sur le soignant recevant la révélation d'agression sexuelle par un mineur

La révélation de l'enfant et notamment la partie concernant la révélation de l'enfant à un soignant n'a été que peu étudiée. Seulement 20 études anglophones - cf. Annexe 1 - (Etats-Unis, Norvège, Australie, Canada, Irlande, Pakistan) depuis 1980 sont retrouvées dans des publications (contre 0 en France) mais aucune ne touche spécifiquement les professionnels de la pédopsychiatrie. En effet, parmi les 155 professionnels de la santé recensés dans celles-ci, on dénombre : 23 infirmières scolaires, 19 dentistes pédiatriques, 65 pédiatres, 15 "autres" professionnels de la santé, 16 enseignants du primaire intervenant dans des institutions médico-éducatives et 17 infirmières et médecins de Santé Publique.

La recherche a décrit plusieurs obstacles à l'investigation des violences sexuelles sur mineur parmi les professionnels de la santé : obstacles institutionnels³⁵, culturels³⁶, émotionnels (sensibilité personnelle du professionnel)³⁷, manque de connaissances et de sensibilisation^{38,39}, anticipation des conséquences⁴⁰, peur d'endommager/de perdre l'alliance de travail avec les parents et sentiment de solitude face à ce problème⁴¹.

De manière générale les soignants expriment un ressenti négatif lorsqu'ils font face à⁴²⁻⁴⁷ :

- une femme autrice de violence sexuelles
- une victime de genre masculin
- un manque de temps
- la nécessité d'adapter leur vocabulaire (jeune âge, déficit intellectuel...)

Certains professionnels ont également vécu la révélation comme un long processus dans le cadre d'une relation thérapeutique de confiance, la persévérance devenant un élément essentiel pour enquêter et identifier les violences sexuelles sur les enfants⁴⁸.

Aucune de ces études ne porte sur les professionnels de la santé mentale des enfants et des adolescents. Pourtant, il existe des aspects spécifiques dans la manière dont ces professionnels travaillent (pas d'examen physique, entretien plus long, suivi prolongé, place centrale des émotions, des relations et de la communication). Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour décrire les obstacles et les facilitateurs spécifiques au sein des services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

De plus, seule une minorité d'enfants et d'adolescents révélant des violences sexuelles sur mineur ont planifié leur révélation²⁸. Cela signifie que le contexte clinique (à la fois l'entretien et l'examen physique) représente une véritable opportunité pour l'enfant de révéler l'événement traumatique. Les médecins doivent être à la hauteur de la tâche afin d'initier, de stimuler et de soutenir ce processus de révélation opportuniste et de garantir des résultats positifs.

1.3.4 Sur les Recommandations de Bonnes Pratiques Cliniques en vigueur

Les professionnels de la santé mentale des enfants et des adolescents ont plusieurs missions lorsqu'ils rencontrent une victime de violences sexuelles : assurer la protection, prendre en compte les sentiments de la victime et de sa famille et les soutenir, mettre en place des interventions thérapeutiques adéquates.

Lorsque les violences sexuelles ne sont pas révélées, la première tâche consiste à permettre à la victime de le faire et à réagir de manière appropriée à la révélation, c'est-à-dire en termes d'aspects relationnels et émotionnels, mais aussi de traitements médico-légaux et psychiatriques.

En France, la Haute Autorité en Santé a établi en 2011 des recommandations pour la pratique clinique concernant le repérage et le signalement des violences sexuelles intrafamiliales sur mineurs (inceste)¹. Ces recommandations sont basées sur un consensus d'experts et n'ont pas pu être fondées sur des preuves en raison de l'absence d'études validées sur le sujet. Elles concernent tout médecin qui prend en charge des mineurs :

1. Le médecin doit mener un entretien familial et un entretien individuel avec le mineur.
2. Au cours de l'entretien, le médecin doit laisser le mineur s'exprimer spontanément, éviter de reformuler ou d'interpréter son discours et respecter les silences. L'entretien ne doit pas être suggestif, intrusif ou humiliant.
3. Le médecin doit poser des questions ouvertes et explicites et préciser l'origine d'un signe observé.
4. Le médecin doit rechercher les divergences potentielles entre les signes observés et l'explication donnée.

5. Le médecin ne doit pas réagir avec trop d'émotion mais doit avoir une attitude empathique et sans jugement.

6. Le médecin doit sécuriser le mineur en lui expliquant le devoir de protection.

En 2003, une conférence de consensus⁴⁹ menée par la Fédération Française de Psychiatrie a défini comment reconnaître, traiter et prévenir les "violences sexuelles" en quatre axes :

1. "Y penser "
2. "Reconnaître "
3. "Recevoir, guider et soutenir "
4. "Traiter "

Il y est souligné la nécessité d'un environnement sûr et sécurisé pour permettre à la victime d'exprimer ses sentiments.

Les deux lignes directrices mentionnent des éléments spécifiques en fonction de l'âge de la victime :

- Pendant l'enfance, le médecin doit être particulièrement attentifs aux :

- * traumatismes génitaux et aux explications données par les parents, en particulier pour les 0-3 ans
- * infections gynécologiques et aux diagnostics différentiels
- * troubles fonctionnels non spécifiques : douleurs abdominales, plaintes somatiques, malaises, troubles du sommeil, cauchemars
- * troubles du comportement : en particulier, comportements inappropriés "sexualisés", contacts sexuels avec des adultes, agressions sexuelles sur d'autres enfants, jeux sexuels violents, comportements régressifs, peurs inexplicables, troubles relationnels
- * difficultés d'apprentissage et difficultés scolaires
- * vocabulaire qui doit être adapté à l'âge et aux capacités langagières

- A l'adolescence, le médecin doit être attentif aux :

- * tentatives de suicide
- * fugues, comportements à risque, conduites addictives précoces (tabagisme, abus d'alcool et/ou de drogues), compulsions alimentaires
- * violences contre les autres, automutilations non suicidaires
- * demandes précoces de contraception
- * avortements, grossesses précoces, dénis de grossesse ou au fait de devenir parent sans le vouloir et avec une angoisse excessive
- * changements fréquents de partenaire amoureux
- * actes de prostitution

Ces recommandations restent assez générales et, à notre connaissance, aucune étude n'a jamais évalué les professionnels de la santé mentale des enfants et des adolescents directement confrontés à ces questions, ni la manière dont ces recommandations sont mises en œuvre dans la pratique clinique quotidienne. De plus, la Haute Autorité de Santé et la Fédération Française de Psychiatrie soulignent le manque d'études sur la question de la divulgation ; de telles études sont nécessaires pour établir des recommandations scientifiquement fondées.

1.4 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'explorer l'expérience vécue de la révélation de violences sexuelles sur des enfants en croisant les perspectives (i) d'adolescents et de jeunes adultes, victimes de violences sexuelles et qui ont été suivis dans des services de psychiatrie pour enfants et adolescents, (ii) de parents de mineurs victimes de violences sexuelles qui ont révélé leur situation au cours de ce suivi et (iii) de professionnels de santé mentale pour enfants et adolescents travaillant dans des services de pédopsychiatrie et qui ont été confrontés à une révélation de violences sexuelles sur mineur.

Les résultats conduiront à l'élaboration de stratégies concrètes et de recommandations spécifiques au milieu de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent visant à :

-améliorer le travail d'investigation et réduire la durée de non révélation des traumatismes (comment enquêter sur des violences sexuelles sur mineur dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, quelles questions, quelles relations, quelle temporalité, comment préparer une révélation, comment permettre une révélation...)

-améliorer le soutien et le traitement après la révélation, en particulier en travaillant avec les parents de victimes et en initiant directement une prise en charge efficace des violences sexuelles sur enfant (à la fois médico-légale et thérapeutique).

L'objectif secondaire sera d'utiliser les résultats et tous les récits pour élaborer un programme éducatif (avec des témoignages, des lignes directrices et des jeux de rôle). Il sera spécialement conçu pour les services de santé mentale pour enfants et adolescents, afin d'améliorer à la fois la sensibilisation aux violences sexuelles sur mineur et la qualité de travail concernant ce problème grave.

Nous allons donc exposer ici les résultats préliminaires concernant (iii) les professionnels travaillant dans des services de psychiatrie pour enfants et adolescents et qui ont été confrontés à une révélation de violences sexuelles sur mineur.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le but de l'étude REVEAL est de comprendre au mieux ce que vivent les adolescents, leurs parents et leurs soignants autour de la question de la révélation. En effet, il est difficile pour les jeunes de révéler les faits de violences sexuelles qu'ils ont subis. Beaucoup d'entre eux ne vont parvenir à révéler cette histoire traumatique que des années après. Avoir accès au récit d'expérience des adolescents et de leurs parents, mais aussi au récit d'expérience des différents professionnels travaillant dans un service de pédopsychiatrie nous sera très utile pour mieux comprendre et donc mieux prendre en charge les mineurs qui traversent des difficultés similaires. Nous cherchons donc à comprendre ce qui se vit par chacun des protagonistes présents dans cette scène de la révélation. Nous nous centrons ici, dans ce travail de thèse, sur le point de vue des professionnels qui vivent une expérience en soi, mais cette expérience sera mise ultérieurement en tension avec celles des enfants/adolescents et des parents.

Pour cela, l'étude de type qualitative est apparue comme la plus pertinente puisqu'« il ne s'agit pas de convertir des opinions en nombre ou de quantifier des comportements, mais de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions. Il s'agit donc de prendre en compte les dynamiques, des processus et des modes de compréhension »⁵⁰. La méthode IPSE a été retenue puisqu'elle a été spécifiquement créée pour la recherche médicale.

La méthode IPSE (Inductive Process to Analyze the Structure of lived Experience), développée par Sibeoni et al. spécifiquement pour la recherche qualitative en médecine, s'inscrit dans un paradigme constructiviste et dans une approche phénoménologique et expérientielle⁵¹.

Elle entre dans un mouvement de détachement de l'approche paternaliste de la médecine, ayant pour objectif de remettre le patient au centre de sa prise en charge et faire de son vécu une expertise à partir de laquelle peuvent être dégagées des propositions concrètes pour l'amélioration des soins, la recherche ou l'enseignement. De plus, la recherche qualitative n'est pas exclusive de la recherche quantitative, ces deux expertises pouvant être largement complémentaires entre elles⁵².

La spécificité de l'approche IPSE repose sur cinq critères :

1. Accéder en profondeur à l'expérience vécue des participants (patients, familles, **soignants**), saisir ce savoir expérientiel et le mettre en lien et en tension avec le savoir médical théorique pour aboutir à des implications concrètes dans le but d'améliorer les parcours de soins, la prise en charge des patients et la recherche clinique.

2. Être entièrement structurée (de la question de recherche jusqu'aux applications concrètes), chaque étape étant clairement décrite pour faciliter la mise en place d'études qualitatives médicales systématisées, de façon rigoureuse, par des médecins ayant reçu une formation adéquate au préalable. L'approche IPSE comporte cinq étapes qui sont développées dans cette méthodologie.

3. Utiliser un vocabulaire et des concepts rendant la recherche qualitative accessible et compréhensible aux médecins.

4. Impliquer directement les patients, leurs proches et les professionnels concernés dans le processus de recherche.

5. Intégrer la recherche qualitative médicale à l'Evidence Based Medecine. De nos jours, aucune méthode qualitative ne répond à tous ces critères, raison pour laquelle cette méthode de recherche qualitative IPSE a été développée.

2.1 Première étape : constituer un groupe de recherche

Le groupe de recherche était constitué :

-d'un interne de psychiatrie des Universités de Haute-Normandie, Thibault ZUBLENA, formé à la méthode IPSE lors d'un séminaire

-d'un médecin psychiatre, Dr Jordan SIBEONI, Médecin pédopsychiatre au Centre Hospitalier d'Argenteuil, enseignant-chercheur, HDR (Université Paris Cité), expert en recherche qualitative depuis 15 ans ayant participé à l'élaboration et la structuration de la méthode IPSE, secrétaire IPSEA

-d'une psychologue clinicienne, Mme Emilie MANOLIOS, chercheuse à l'Hôtel Dieu, Paris, experte en recherche qualitative depuis 10 ans, ayant participé à l'élaboration et la structuration de la méthode IPSE, trésorière IPSEA

-d'une psychologue clinicienne, Mme Jeanne MATHE, chercheuse à Clermont Ferrand, employant la recherche qualitative depuis 3 ans, application de la méthode IPSE, membre IPSEA

2.2 Deuxième étape : s'assurer de l'originalité de la recherche

Ceci a été l'objet du travail de thèse Révéler des violences sexuelles subies dans l'enfance à un professionnel de santé : une métasynthèse d'Ilan BRAOUDE⁵³ ayant abouti à un article scientifique publié en juin 2022, dans Frontiers, qui met en avant qu'aucune étude ne se focalise sur les seuls professionnels de santé mentale de l'enfant et de l'adolescents.

Quatre bases de données et deux journaux ont été utilisés (Medline, PsycINFO, EMBASE, SSCI, Journal of Sexual Abuse et Child Abuse and Neglect) afin d'identifier les études portant sur la révélation de violences sexuelles aux professionnels de santé du point de vue des victimes et des professionnels de santé. La qualité méthodologique des articles a été évaluée par le « Critical Appraisal Skills Programme ». Une analyse thématique des données extraites a ensuite été réalisée.

2.3 Troisième étape : recruter et échantillonner en visant l'exemplarité

2.3.1 Définir la population d'étude

Nos critères d'inclusion concernant les professionnels :

- 1) Travailler dans un service de pédopsychiatrie quelles que soient sa fonction et son ancienneté
- 2) Avoir vécu ou assisté, directement ou indirectement, dans le cadre de son travail, à une révélation de violence sexuelle faite par un mineur
- 3) Être en mesure d'en faire un récit d'expérience

Nous n'avons pas établi de critère d'exclusion particulier.

2.3.2 Définir le recrutement

La stratégie de recrutement en recherche qualitative doit permettre l'exemplarité et dans une optique de santé publique d'avoir accès aux situations exemplaires du phénomène étudié. La méthode IPSE emploie pour cela la stratégie dite de « purposive sampling à variation maximum⁵⁴ ».

Ce vers quoi il faut tendre ensuite est la saturation des données, c'est-à-dire que chaque entretien va apporter un certain matériel avec une proportion plus ou moins importante de nouvelles informations. Plus le nombre d'entretiens va augmenter, moins la proportion de nouvelles informations va être conséquente à chaque nouvel entretien. Lorsqu'un entretien n'apporte plus de nouvelles informations, il faut en réaliser deux de plus pour s'assurer qu'il n'y a plus de nouvelles informations entrantes à récolter. Une fois cette étape obtenue, l'étude est arrivée à saturation des données.

La taille de l'échantillon ne se définit donc pas a priori et n'est pas un critère de rigueur méthodologique. La saturation des données présente un caractère incertain puisqu'il semble impossible d'affirmer que l'analyse d'un nouveau matériel n'apportera pas de nouveaux éléments. Elle est donc opérationnalisée dans les études IPSE en se référant à la notion de « suffisance théorique » selon laquelle la collecte de données est complète lorsque les axes d'expérience obtenus de l'analyse des données produisent une explication suffisante du phénomène exploré.

Après 17 entretiens, l'étude REVEAL – côté soignants/professionnels – continue toujours de collecter du matériel inédit. Ce travail de thèse présentera donc les résultats préliminaires inhérents aux dix premiers professionnels inclus, exerçant sur le CHU de Rouen unité de liaison pédopsychiatrique et son CETF, le groupe hospitalier du Havre sur son unité fermée de pédopsychiatrie adolescente (Equinoxe) et sa MDA, le CHR de Dieppe et son CMP pour mineurs et enfin le CHR d'Argenteuil en HDJ, HDS et unité de consultations pédopsychiatriques.

2.3.3 La prise de contact

Les différents investigateurs de l'étude résidant sur les régions d'Ile-De-France et de Haute-Normandie, il a été décidé par raison de praticité de cibler les hôpitaux de ces régions dans un premier temps. Un e-mail avec la plaquette de l'étude a été remis aux secrétariats des différents services de pédopsychiatrie de l'ensemble de la région haut-normande, ainsi que ceux du centre d'Argenteuil, pour qu'elle soit relayée aux membres des équipes. Celle-ci contenait les objectifs et intérêts de l'étude, les critères d'inclusion et les différents moyens de contacter les investigateurs des différents groupes de travail (Emilie MANOLIOS, psychologue clinicienne et Thibault ZUBLENA interne de PEA pour le groupe côté soignants/professionnels).

Devant l'absence de réponses, une relance a été réalisée sans succès à deux semaines. Puis à un mois, après obtention de l'accord des chefs de services, nous avons contacté directement les unités par téléphone pour leur parler de l'étude et leur demander s'ils étaient intéressés d'y participer. Nous avons même pu nous rendre sur place pour présenter notre projet lors des différents staffs.

Tous les entretiens des professionnels d'un même centre avaient lieu directement sur l'institut en question, le même jour et les uns à la suite des autres, en demandant aux participants de ne pas échanger entre eux afin de ne pas influencer les réponses.

2.4 Quatrième étape : recueillir des données pour accéder à l'expérience des participants

2.4.1 Type d'entretien

Il s'agit d'entretiens semi-structurés s'appuyant sur des aires d'exploration élaborées par le groupe de recherche à partir d'une phase pilote que nous détaillerons plus loin. Ces entretiens sont basés sur le principe dit "open-ended", c'est-à-dire laisser l'individu interrogé parler librement sur son vécu expérientiel et émotionnel propre, par l'intermédiaire de questions ouvertes, et de l'interrompre le moins possible. Nos interventions et relances cherchent à faciliter la mise en récit, à faire préciser le vécu de la personne interrogée, en ayant accès à ses propres mots et en la faisant définir le plus possible, comme si nous étions immergés, caméra à l'épaule, dans son quotidien de soignant autour de cette question de recherche qui reste notre fil conducteur.

2.4.2 Réalisation du guide d'entretien

Le guide d'entretien est composé d'aires d'exploration définies de façon groupale à l'issue des deux entretiens pilotes. Cela permet de fixer un cadre d'exploration tout en laissant libre l'interviewé d'aborder les thématiques propres le concernant au sein de cette aire.

1. La formation reçue ou le manque de formation

Exemples : « Quelle est votre formation de base ? La question des agressions sexuelles sur mineur y est-elle abordée ? Avez-vous pu réaliser des formations personnelles après coup et pourquoi ? »

2. Raconter une scène de révélation reçue et vécue directement

Exemples : « Pouvez-vous nous décrire une scène de révélation d'agression sexuelle qu'un mineur a pu vous faire directement et dont vous avez été le premier receveur ? Pouvez-vous nous décrire le lieu, la personne, l'ambiance qui régnait et si elle s'est modifiée au cours des événements, etc ? »

3. Raconter ce que ça lui fait vivre et les questions qu'il se pose

Exemples : « Quel a été le retentissement sur vous à ce moment-là ? Qu'avez-vous ressenti physiquement et émotionnellement ? »

4. Ce qui aide

Exemples : « Existe-t-il des outils qui vous ont aidé dans ce genre de situation ? En avez-vous créé pour subvenir aux besoins ressentis ? Que vous apportaient les supervisions et protocole en vigueur dans votre service ? Avez-vous identifié des besoins personnels ou propres aux soignants ? »

5. Les difficultés rencontrées

Exemples : « Qu'est-ce qui peut être difficile dans ce genre de situation ? Qu'est-ce qui est à l'origine de ces difficultés à votre sens ? »

L'entretien se concluait par une question ouverte où le professionnel était invité à souligner ou revenir sur un élément de l'entretien lui semblant important ou au contraire d'aborder une dimension lui semblant majeure et non évoquée jusqu'alors.

2.4.3 Evolution du guide d'entretien

Tous les trois entretiens, l'équipe de travail se réunissait après avoir écouté à trois reprises les nouveaux témoignages, afin de modifier ou préciser le guide. De cette façon il y a été ajouté différentes aires :

- Raconter une scène de révélation/restitution faite aux proches de l'adolescent
- Raconter une scène de révélation/restitution faite à ses collègues et à l'équipe de soins
- Raconter le suivi d'un adolescent après la révélation
- La place des émotions dans ces différentes scènes
 - Facilité ou non de se trouver face à cette situation ? Tabou ou libre de parole ? Peur ?
 - Quelle place pour l'émotion ? Partageable ou non ? Si oui avec qui (enfant, famille, autres professionnels...) et jusqu'où ?
- Difficultés et besoins identifiés par le professionnel pour les jeunes
- Point de vue sur les Notes d'Information Préoccupante
- Point de vue sur les Plaintes et le Parcours Judiciaire
- Le rôle du soignant

2.4.4 Déroulement des entretiens

Dans un premier temps, nous nous présentons en tant que chercheur, nous refaisons une présentation de l'étude REVEAL de manière générale et développons la partie concernant le groupe de travail avec les professionnels, puis nous répondons aux éventuelles questions.

Ensuite nous informons le participant du fait que l'échange est enregistré sur dictaphone (non relié à un système de stockage dématérialisé) et recueillons son consentement via la signature d'une notice d'information et de non opposition (Annexe 3).

Un recueil d'informations sur les caractéristiques du professionnel (Annexe 4) est systématiquement soumis à ce dernier avant de commencer l'entretien.

Aucune prise de notes sur le discours n'est réalisée mais il est possible pour l'investigateur d'annoter les attitudes non verbales de son interlocuteur ou tout autre élément lui semblant pertinent et non objectivable par l'enregistrement audio.

L'entrevue se réalise en individuel avec le professionnel, de façon non filmée, dans un bureau, sur le site de travail du professionnel. La durée moyenne des enregistrements est de 1h +/- 10min.

2.5 Cinquième étape : Analyser ces données en explorant la structure de l'expérience des participants jusqu'à en dégager des propositions concrètes pour le soin, la prise en charge

Tableau 1 : Étapes successives d'analyse des données en méthode IPSE

Phase 1	<p>Écouter et lire :</p> <p>Écoute de l'entretien enregistré deux fois, avec prise de notes la deuxième fois, lecture trois fois de l'entretien retranscrit en prenant des notes à chaque lecture. Le but est de s'imprégner du style expressif du participant et d'accéder à une vue d'ensemble de son récit.</p>
Phase 2	<p>Explorer l'expérience au mot-à-mot :</p> <p>Découpage mot-à-mot de l'ensemble du texte sous forme d'unités descriptives. Ces unités descriptives ne sont pas préétablies et restent au plus proche des paroles du participant. Ce codage ouvert et descriptif aboutit à un découpage du matériel en unités d'expérience.</p>
Phase 3	<p>Regrouper les unités d'expérience en catégories :</p> <p>Catégorisation des codes regroupés selon leur proximité de sens et d'expérience, où qu'ils se trouvent dans l'entretien.</p>

2.5.1 La retranscription écrite

Les entretiens ont par la suite été retranscrits un par un à l'écrit en y intégrant les annotations du langage non verbal. Les données sont finalement anonymisées en renommant les fichiers de la manière suivante : REVEAL - numéro affilié au centre - numéro affilié au soignant - date de passation. Les contenus audios sont par la suite détruits comme convenu avec le professionnel.

2.5.2 Le codage

Le texte obtenu est découpé et analysé, par deux à trois chercheurs, en groupes de mots appelés verbatims ou unités d'expérience qui vont ensuite être regroupés en catégories d'expériences. C'est ce que l'on appelle le codage. Cette première phase, nommée phase descriptive dans IPSE, vise à ce que chaque chercheur obtienne une liste d'unités d'expérience regroupées en catégories.

Puis vient la phase de structuration, de triangulation et de mise en commun avec l'ensemble du groupe de recherche. Cette dernière phase permet de dégager une structure d'expériences fonction des catégories d'expériences communes aux différents chercheurs.

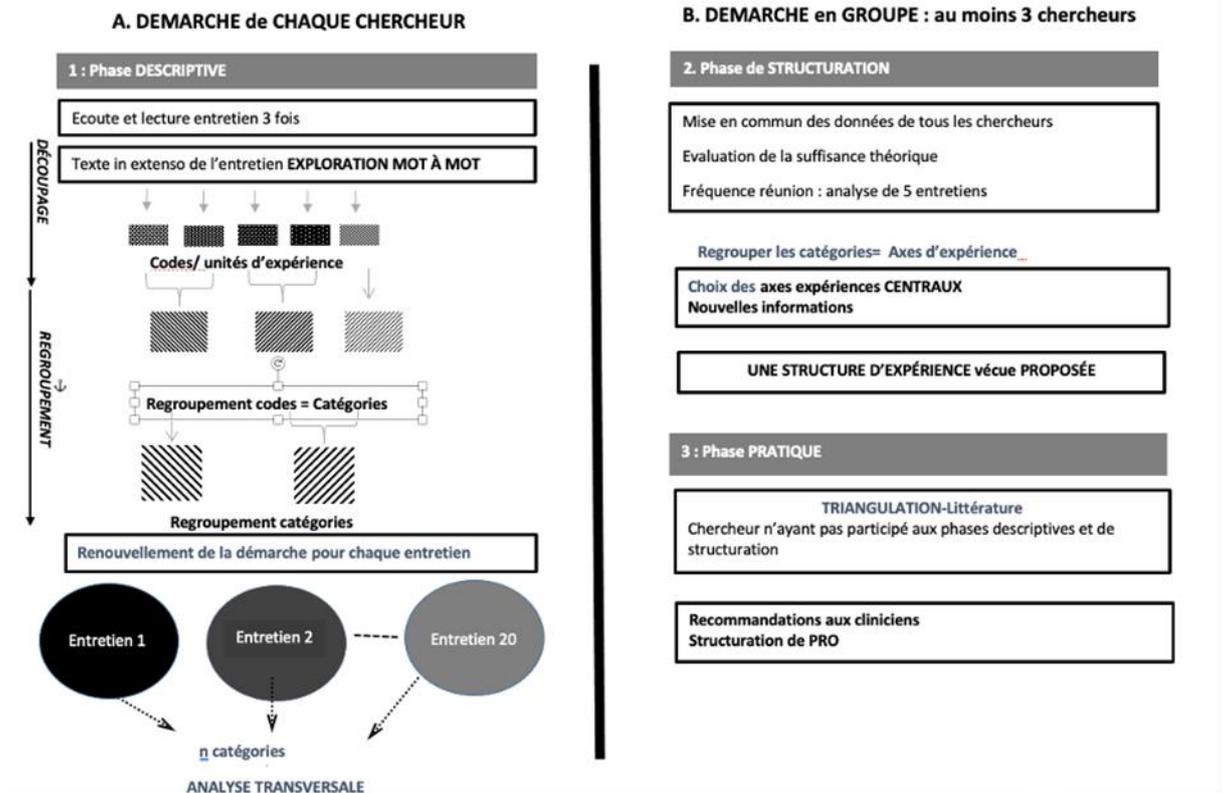


Figure 2 : Traitement du matériel selon la méthode IPSE

L'analyse thématique du contenu des verbatims de chaque entretien a été réalisée à l'aide du logiciel QSR-NVivo 12 Plus®. Le logiciel n'a pas servi à réaliser une analyse automatique des données mais à organiser les catégories issues du codage. Il a également servi à dégager la fréquence d'apparition des sous thèmes dans l'ensemble des verbatims. Le budget ayant permis l'acquisition du logiciel a été obtenu via IPSE Association.

2.6 Cadre légal

Le 07 avril 2021, le Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée I a agréé la possibilité de mener l'étude REVEAL, et ce pour chacun de ses groupes de travail, avec pour coordinateur le Dr J. SIBEONI. Il a également déclaré comme valide la Notice d'Information et de Non Opposition soumise aux soignants avant le déclenchement de l'enregistrement.

Des conventions ont été réalisées avec les différents hôpitaux et leurs annexes afin de pouvoir y extraire le matériel nécessaire à l'étude en toute légalité.

2.7 Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt dans cette étude.

3 ANALYSE DES RESULTATS

Les caractéristiques des professionnels sont répertoriées dans le Tableau 1. Il n’y figure aucune enseignante ni aucune psychomotricienne car aucune n’a allégué avoir reçu une primo-révélation de la part d’un mineur. Un e-mail avait été envoyé à l’ensemble des enseignants haut-normands exerçant en milieu de santé publique grâce au concours du Rectorat de l’Académie de Haute-Normandie. Les psychomotriciennes, quant à elles, avaient été contactées par l’intermédiaire de l’Institut de Formation en Psychomotricité de Rouen qui a accepté de faire suivre un mail à l’ensemble des professionnels diplômés de leur établissement depuis l’informatisation de leur système d’inscription.

Tableau 1. Résumé des caractéristiques des professionnels					
Individu	Profession	Sexe	Âge	Centre	Type d’activité
P1	médecin pédopsychiatre	homme	32 ans	Rouen	liaison CHU + MDA CHU
P2	Infirmière diplômée en psychiatrie et thérapeute familiale	femme	50 ans	Rouen	CETF + MDA ville
P3	interne de psychiatrie phase socle	homme	26 ans	Rouen/Le Havre	unité fermée + liaison
P4	assistante sociale	femme	46 ans	Le Havre	unité fermée (précédemment en placement familial)
P5	éducatrice spécialisée	femme	27 ans	Le Havre	unité fermée (précédemment en foyer ASE)
P6	psychologue clinicienne	femme	58 ans	Le Havre	unité fermée + supervision MDA + cabinet libéral
P7	médecin généraliste en équivalence de pédiatrie	homme	31 ans	Dieppe	pédiatrie
P8	Assistante spécialiste PEA	femme	29 ans	Dieppe	liaison + CMP
P9	IDE	femme	41 ans	Argenteuil	HDJ (précédemment urgences adultes)
P10	interne de pédopsychiatrie	homme	28 ans	Argenteuil	consultation + HDS

L’analyse des données a produit une structure d’expérience qui s’organise autour de trois temps cruciaux pour décrire le vécu de ces soignants : 1) le temps de la révélation de l’adolescent reçue par le professionnel, 2) le temps de la révélation faite par le professionnel à la famille et 3) le temps des révélations institutionnelles.

3.1 Axe 1 - Le professionnel face à la révélation du mineur

3.1.1 Une expérience de solitude

Quels que soient la fonction ou le lieu d'exercice du professionnel, lorsqu'un enfant venait à lui faire une révélation d'agression sexuelle, celui-ci nous rapportait qu'il se sentait esseulé. La solitude est l'un des champs lexicaux ressortant le plus de l'étude.

P4 « je me sentais très seule ».

P2 « Bah tu sais comment on est avec des internes, on leur demande d'aller donner un avis dans un service et ils sont tout seuls... »

Les participants précisait que ce serait en partie pour cela que les « entretiens patient » seraient de plus en plus souvent réalisés par des binômes de professionnels plutôt qu'en relation duelle, soit pour ne pas être seul si un événement particulier se produit, telles une agitation ou une révélation, soit pour qu'il y ait un témoin en cas d'accusation de la part du jeune.

P8 « on essaie toujours de les rencontrer en binôme »

P7 « [...] c'est plutôt pour le risque que l'ado déforme, déforme quelque chose qui aurait pu se passer, un examen, un entretien [...] pour le risque hétéro-agressif »

En effet, un sentiment d'insécurité, exacerbé par l'isolement, pouvait être éprouvé par certains des travailleurs masculins lorsque ceux-ci allaient voir un mineur admis pour un motif d'agression sexuelle. Ils nous ont expliqué essayer de mettre en place des mécanismes adaptatifs quand ils n'avaient d'autre possibilité que de rencontrer le sujet seul.

P10 « Si l'entretien dure trop longtemps, qu'est-ce qui va se passer ? Dans quelle mesure je ne me mets pas moi-même en danger ? »

P7 « il y a toujours du personnel dans le couloir [...] soit il y a quelqu'un avec moi soit je laisse la porte entrouverte et je passe peu de temps dans les chambres »

Un autre paramètre venait amplifier cette sensation d'insularité pour le personnel, il s'agissait du manque, voire de l'absence de formation dans le cursus de base.

P7 « c'est quelque chose qu'on n'est pas forcément formé à faire, mais on y est exposé »

La majorité des participants se formaient par eux-mêmes, soit en s'inscrivant dans un processus de formation continue, soit de façon informelle en allant chercher de l'information dans diverses ressources.

P1 « je me suis formé par moi-même »

3.1.2 Une expérience d'incertitude

Malgré la documentation personnelle et la répétition de ces situations dans le temps, la majorité des soignants rapportaient une incertitude sur la conduite à tenir, sur ce qu'il faut faire:

P10 « c'est vrai que je ne sais toujours pas comment il faut faire »

Les soignants soulignaient une série de peurs, de craintes :

- **La peur d'induire des choses** dans le discours de la victime présumée ;

P4 « Oh là là, je suis en train d'induire des choses, juste la formulation, j'induis, j'induis des choses »

- **La peur de nuire involontairement** en rédigeant ou déclarant un élément pouvant être utilisé a posteriori à l'encontre du patient au décours d'une enquête

P9 « En fait ma vraie peur était que je dise des choses qui desservent l'adolescente [...] s'ils me posent la question, je vais être obligée de leur dire qu'elle se met en danger sexuellement ; mais ça va la desservir, ils vont dire qu'elle l'a bien cherché [...] il y a toujours ce jugement social aussi qui est là »

- **La peur d'être iatrogène**

P3 « Peut-on questionner les antécédents d'agression sexuelle comme on interrogerait des idées suicidaires sans crainte de faire décompenser quelque chose ? »

P5 « Qu'est-ce que ça déclenche ? »

Les interrogations des soignants étaient nombreuses :

- **La question de « comment investiguer les violences sexuelles »** : l'intérêt de poser la question de façon systématique ou, plutôt que de poser la question directement, passer par des chemins détournés, puis au besoin réellement poser la question si l'on a des signes d'appel

P2 « moi j'avoue que quand je sens qu'il y a quelque chose qui flotte un peu, ou on sait pas trop, ça m'arrive de poser la question [...] c'est une question qui revient assez systématiquement dans mes entretiens initiaux »

P5 « Est-ce que ça pousse vraiment les jeunes à se livrer ? Des fois ça ne sortira jamais... »

P7 « Doit-on faire du cas par cas ? [...] Chaque cas est unique »

- **La question de la place de l'émotion du soignant** : certains prennent position clairement en contre quant à l'expression de celle-ci au patient et à sa famille, d'autres se sont formés et s'autorisent à partager leur(s) émotion(s) :

P6 « ça je suis complètement contre. Comme ça c'est clair [rire] [...] grande question, d'aller bouleverser la famille, que ça va être plein d'émotions, que ça va être insupportable etc. Si déjà nous en tant que soignant on leur dit que c'est difficile [rire], ça va pas le faire »

P3 « en thérapie familiale on m'a enseigné qu'il était autorisé de faire part de son émotion au patient dans un souci de transparence, de validation de l'état émotionnel du patient lui-même et de prise en compte de la résonance chez le professionnel »

- **La question de la ré-évocation** de l'agression sexuelle avec l'adolescent à distance de la révélation notamment quand celui-ci ne le veut plus :

P6 « je serais plutôt de formation à respecter le temps psychique, et ne pas forcer sur le traumatisme »

P1 « Essayer de changer d'intervenant »

P5 « je ne sais pas si aller gratter comme ça est une bonne chose... »

- **La question de la rédaction** d'une Note d'Information Préoccupante ou d'un Signalement, le manque de formation incitant à demander avis auprès des assistantes sociales.

P3 « Il y a en fait un paragraphe sur les informations préoccupantes, qui est en commun en fait avec vous, dans le référentiel de pédiatrie, [...], ce paragraphe de cinq lignes. » et « Je sentais qu'[la cheffe] était pas à l'aise. Elle a été obligée de prendre une précédente NIP de quelqu'un, pour elle-même savoir comment structurer son écrit. »

P5 « c'est papier crayon et noter les mots exacts employés par le jeune »

P4 « “ Non, ça ce sont tes mots. Quels ont été les mots de l'enfant ? ” (Propos de l'assistante sociale qui vient aider le soignant) »

- **La question du secret professionnel** : Jusqu'où peut-on le lever sans être pénalisable ?

P8 « jusqu'où peut-on lever le secret professionnel sans risquer de représailles »

- **La question du cadre médico-légal** qui prend le pas sur la démarche de soin et le questionnement concernant une approche protocolisée.

P9 « on a besoin de protocoles et de choses structurées parce qu'on n'est plus dans le cadre du soin mais dans du médico-légal à ce moment-là »

- **La question du statut de victime** dans lequel il faut parvenir à ce que l'enfant se reconnaisse sans l'y enfermer

P10 « répéter et valider de façon appuyée qu'il est victime »

P6 « faire prendre une part de responsabilité sans le rendre coupable [afin de] garder le discours ouvert [et] et le rendre actif dans son travail »

- **La question de croire ou non le patient**

P8 « j'ai eu quand même un doute, est-ce que c'était un cauchemar qu'elle a, fin voilà, qu'elle a fait et qu'elle l'a écrit, ou est-ce que c'était vraiment ce que elle elle avait vécu qui lui est revenu à ce moment-là »

- **La question des regrets** : certains soignants ont pu confier un sentiment d'urgence (champ lexical revenant presque systématiquement "situation d'urgence", "sentiment d'urgence", "être dans l'urgence", "agir dans l'urgence", "il y avait urgence", "prendre une décision dans l'urgence") les ayant poussés à adresser un écrit et l'avoir regretté a posteriori.

P5 « Alors c'est pas forcément de la colère que j'ai, c'est peut-être un regret de me dire est-ce que si on avait fait autrement... Voilà. »

Face à toutes ces questions, certains soignants identifiaient ce qui les aideraient : non pas un support théorique mais des "retours d'expérience" de la part de collègues habitués à cette clinique.

P7 « l'aide elle est bienvenue à différents niveaux, que ce soit sous forme de cours théoriques, même si je pense que ça c'est pas très utile [...] on a besoin de retours d'expérience, de gens qui ont cette "habitude" »

3.1.3 Une expérience éprouvante

Cette scène de révélation était pratiquement toujours décrite sous l'angle d'une épreuve pour le soignant qui la reçoit.

Face à une telle violence, le risque de dissociation émotionnelle du soignant est réel.

P4 « Un moment pour supporter en fait ce qui est dit et ce que ça suscite de réactions physiques, émotionnelles. J'ai eu un peu le sentiment de devoir mettre mon cerveau en off. Enfin chez pas comment dire, c'est curieux comme sentiment et comme sensation. Je m'interdisais en fait de m'effondrer ».

A distance, la professionnelle P4 nous a rapporté qu'être réexposée par le souvenir à ce stress lui avait provoqué 11 jours de cauchemars, près de 2 semaines de ruminations et 1 épisode de reviviscence sur son lieu de travail.

Un participant faisait le parallèle entre la révélation d'agression sexuelle du jeune et une consultation d'annonce :

P7 « moi je me le décalque un petit peu... c'est un peu l'annonce de, l'annonce de maladie grave ».

Ce participant explique en premier lieu que lors d'une consultation d'annonce, il y a tout un protocole codifié à respecter. Or ici le professionnel ne bénéficie pas de cet ensemble de mesures protectrices.

P7 « fin l'annonce de diagnostic chronique, ou des choses comme ça, ou au final après euh, euh, on nous dit que bah voilà il faut un temps, un temps particulier d'entretien, il faut du soutien euh, pour le patient, nous il nous faut du soutien en tant que soignant aussi, il faut essayer de teinter avec du positif, expliquer la suite de la prise en charge, de donner des, comment dire, des, des axes de suivi, établir un suivi à court terme [...] Là c'est brutal. »

En second lieu cette personne traite le fait que le professionnel est extrait de son rôle pur de soignant puisqu'il doit traiter une situation, l'agression sexuelle, et non uniquement un diagnostic tel qu'un trouble de stress post traumatique.

P7 « Là ça, le diagnostic entre guillemets, qui n'est pas un diagnostic, vient de la part du patient, donc euh, la, la brutalité elle est à double sens. »

En troisième et dernier lieu, il nous rappelle encore une fois qu'une telle annonce peut nécessiter du temps au soignant car être violente pour lui également. Or il est attendu à ce moment précis une réaction immédiate et structurée de sa part.

P7 « La différence c'est que la révélation elle est « brutale » aussi pour nous en tant que soignant. C'est différent par exemple d'un diagnostic de cancer, où nous on a l'annonce avant la famille, et où on a le temps de préparer l'entretien pour envelopper la famille »

Le champ lexical du « ressenti négatif », aussi bien dans l'affect que dans les sensations physiques, était très présent.

P4 « ça a déclenché un peu chez moi une alerte », « y a des répercussions physiques », « Je me contractais, je n'avais plus de salive », « quand est-ce que c'est fini [...] J'en peux plus », « j'voudrais aller, je sais pas, dans le monde de Mickey. Non on ne va pas fuir, c'est pas possible... »

Après l'entretien, certains avaient besoin de décharger émotionnellement. Il est même déjà arrivé que des agents ne soient pas en capacité de différer jusque-là et aient craqué pendant l'entretien. L'un d'eux rapportait ne pas être en mesure de recevoir ces informations et qu'à présent il stoppait la révélation lorsqu'il la sentait arriver afin de rediriger le jeune vers quelqu'un d'autre.

P4 « Après moi j'ai foncé dans le bureau de ma collègue en face, éduc, qui, qui était là, dispo et j'suis allé pleurer. J'ai raconté entre trois sanglots, trois-quatre sanglots. Chez pas ce qu'elle a compris d'ailleurs de ce que je pouvais lui dire. »

P9 « j'ai même pleuré avec lui »

Face à une telle violence, l'utilité de la formation professionnelle continue a été évoquée. Certains estimaient devoir se former en priorité à des problématiques plus fréquentes, d'autres semblaient ne pouvoir imaginer être réexposé à une telle scène.

P5 « Une formation ça pourrait être un plus mais je ne me suis jamais dit tiens je vais me former à ça. J'ai plutôt voulu me dire que ça ne me réarrivera jamais ! »

3.2 Axe 2 - Le professionnel face à la restitution aux parents

3.2.1 Une expérience de solitude

La restitution à la famille était quasiment systématiquement réalisée par le médecin, même si ce n'était pas forcément lui qui avait recueilli la parole. Cette fonction semblait inhérente au rôle de médecin selon les participants :

P2 « ça me paraît indispensable », « ça fait partie de ses fonctions », « et ils ont le pouvoir décisionnel. Il décide des sorties ou des poursuites d'hospitalisation »

Le travail en équipe était souvent mis en avant : le médecin pouvait alors par moments être accompagné par un autre professionnel, mais qui était là en rôle de soutien et non pour annoncer.

P2 « moi j'suis là plutôt comme co-thérapeute pour accueillir la parole de chacun, pour euh, pour pouvoir leur, les rassurer par rapport à certaines choses, essayer de les projeter sur quelque chose voilà qui va permettre pour l'enfant d'aller mieux »

Malheureusement le manque de personnel ne rendait pas cette pratique toujours possible. Le médecin pouvait donc parfois être amené à justifier, seul devant une à plusieurs personnes, des termes qui n'étaient pas les siens ou des faits qu'il n'avait pas recueillis directement.

P3 « le manque de moyens et notamment de moyens humains fait que parfois... Voir souvent, ce n'est pas possible d'avoir, presque ce luxe je dirais, d'être à deux et d'être soutenu »

Selon plusieurs personnes, la psychiatrie isole. Les événements ou situations rencontrées sont trop choquants à entendre. Et les soignants rentrent donc parfois chez eux sans pouvoir aborder avec leurs proches ce qu'ils ont vécu dans leur journée.

C'est un sentiment qui semble particulièrement éprouvé par les équipes de liaison qui sont parfois loin de leurs collègues de psychiatrie car ils exercent pour certains à plein temps dans des unités de soins somatiques. Régulièrement, lorsque le sujet est amené à l'attention d'un collègue hors spécialité, il serait rapidement clos car dérangeant.

P4 « ces histoires on ne pouvait les raconter finalement que à nos collègues qui faisaient le même métier... Même nos collègues hors spé... On les aurait, on les aurait heurtés aussi, enfin, ouais y avait un peu qu'entre nous » ;

« ça m'est déjà arrivé de lâcher, moi ou d'autres, ou d'en être témoin. De se dire en riant nan mais ça tu peux pas le dire devant tel collègue, qui a écarquillé les yeux comme ça et qui se dit oh non, jamais, vade retro satanas, jamais je ne ferai ce boulot »

Ce sentiment est, pour certains, l'une des choses les plus importantes à pointer du doigt, et c'est ce qu'ils ont fait lorsqu'à la fin de l'entretien, nous leur avons proposé en dernière étape de mettre en lumière un sujet abordé ou non.

P4 « le très important c'est que malgré tout le sentiment qui m'est resté mais même après, mais pendant, et c'est très prégnant, je me sentais très seule et très débordée. Et moi j'ai vachement débrieffé après. J'avais un collègue psycho qui était très attentif, une équipe, on était hyper soudé, bienveillantes les unes avec les autres »

3.2.2 Un questionnement commun, des réponses non univoques

Face à la restitution aux parents, les soignants ont soulevé une multitude de questions auxquelles ils ont tenté de répondre chacun à leur manière :

- **La question du rapporteur envers la famille :** Doit-on absolument pousser l'adolescent à restituer lui-même ou peut-on se permettre de révéler à sa place lorsque celui-ci se dit incapable de confronter ses proches, au risque d'engendrer de la souffrance supplémentaire ?

P6 « il faut accompagner l'enfant à révéler lui-même à ses parents [...] lui faire utiliser le 'je' pour s'approprier son histoire [...] il faut le rendre actif »

P8 « Je pense qu'il faut toujours, en tout cas, c'est ma ma position, il faut demander à l'enfant ce que lui aussi il souhaite. »

- **La question de la présence de l'enfant :** Si la révélation se fait par le soignant, doit-on demander à l'enfant s'il souhaite être présent et respecter son choix éventuel d'être absent ? Ou sa présence est-elle indispensable ?

P8 « Et puis après s'il veut pas du tout être présent, je, je respecte aussi son choix, mais par contre je l'informe que je suis dans l'obligation quand même moi en parler avec ses parents.

»

- **La question du risque d'effondrement du parent** devant son enfant si on incite ce dernier à rester ?

P3 « c'est pas quelque chose qu'on peut annoncer au téléphone, il faut qu'ils soient présents, qu'on puisse recueillir leurs émotions, leurs questionnements, que s'ils s'effondrent trop fort, qu'ils aient un temps où ils peuvent être à l'abri »

- **La question de la réaction parentale :** Comment faire s'ils ne croient pas l'enfant ou n'ont pas une réaction adaptée aux besoins de l'enfant ?

P8 « voir, fin que, la réaction de sa maman, et le, le, le mal-être à la suite de ça, que, qu'a pu ressentir sa maman. Et aussi, je pense, la peur des, des représailles que son papa a, évoqué, et des menaces que son papa a fait envers elle et sa maman. » ;

P2 « Moi je pense que j'entends la demande de, de le dire à leur place aux parents, c'est ce qui vient souvent, en premier, c'est "mais moi j'ai très peur qu'ils m'engueulent de pas avoir dit avant, de pas pouvoir alerter, d'avoir gardé ça pour moi autant de temps, j'veis me faire engueuler" ».

- **La question du choix de l'outil d'alerte :** Doit-on faire un signalement systématique à la CRIP ou inciter plutôt au dépôt de plainte ou faire les deux en parallèle ?

P5 « Signaler ça me paraît quand même assez important. Après je pense qu'on le fait pas systématiquement. Le dépôt de plainte, après ça, euh, je pense que c'est important d'avoir l'accord du jeune quand même, et de pas obliger. »

P1 « ça fait partie des, des outils qu'on emploie dans un cadre de travail thérapeutique indirectement mais aussi dans un cadre de travail de protection et pour moi c'est plutôt de l'ordre de l'obligation plutôt qu'autre chose. Donc... Pour moi ça devrait être fait, pardon, dans tous les services.

- **La question de l'iatrogénie :** L'emploi de ces recours ne risque-t-il pas d'être mal vécu par le patient et sa famille ?

P3 « on a quand même des actions qui vont avoir des conséquences irréversibles, et voire traumatiques dans certaines familles : un placement c'est quand même pas rien. Ou même juste l'avertissement du secteur social, avec une assistante sociale qui vient vous mettre en porte à faux, qui vient pénétrer dans votre domicile et votre intimité, à plusieurs reprises pour enquêter. »

- **La question du rapporteur envers les instances judiciaires :** Doit-on inciter les parents à porter plainte ou que ce soit directement l'enfant qui porte plainte ?

P10 « je suis d'emblée de ceux qui portent la, la notion que c'est aux parents de porter plainte, aux parents de déposer, aux parents d'accompagner leur enfant »

- **La question du rôle thérapeutique** dans tout cela puisque l'on est censé être dans le soin et qu'il faut y rester.

P3 « quel apport de la plainte et du parcours judiciaire lorsque l'on voit de nos jours le nombre de personnes déboutées »

P5 « La note d'information préoccupante qu'est-ce que j'en attends ? Bonne question... Je ne sais pas vraiment... Je suppose que j'en attends de la protection mais en dehors... »

3.2.3 Une expérience éprouvante

La quasi-totalité des professionnels s'accordaient à dire que la restitution à la famille était une épreuve encore plus difficile pour eux que la révélation de l'enfant qui leur a directement été faite.

P6 « [les soignants] ils sont parents, ou en âge de le devenir on va dire. C'est à dire qu'ils sont dans une représentation qu'est plus proche... une identification qui est plus proche, des parents, que de l'ado... ils vont s'identifier à la souffrance des parents. »

La charge émotionnelle était parfois débordante et décrite comme spécifique à cette problématique de révélation de violences sexuelles.

P1 « c'est peut-être l'une des premières fois où je me suis senti émotionnellement, vraiment perturbé et où je me suis dit mais en fait je crois que je vais me mettre à chialer avec eux », « Je trouve, moi, que c'est cet aspect qui est le plus difficile. »

Confronter la famille dans ces moments pouvait aussi consister à se confronter à la colère de ses membres.

P6 « "c'est vous que, que, qui dites ça ! C'est vous qui nous avez dit ça ! C'est vous qu'avez foutu la merde dans tout ça !" . Ça c'est déjà arrivé que ça fasse fermeture après, du côté des parents. »

D'autres ont peur d'une confrontation avec la famille en dehors de leur milieu de travail suite à des démarches judiciaires.

P8 « Et elles ce qu'elles ont eu peur sur le coup, surtout l'aide-soignante, c'est... des représailles, pour, pour sa famille aussi, au vu de la situation qui était quand même assez compliquée. »

3.3 Axe 3 - Le professionnel face aux équipes

3.3.1 Une expérience intra-institutionnelle

Les participants estimaient tous que les situations relevant d'agression sexuelle, et encore plus celles concernant les mineurs, étaient des dossiers que les professionnels préféraient éviter de s'en voir confier la charge. Ils rapportaient à ce sujet des phénomènes de fuite et d'évitement :

-l'évitement chez les somaticiens appelant les équipes pédopsychiatriques pour relayer la prise en charge

P7 « là c'est grave, je sais pas faire, euh, je peux pas tourner autour du pot sur ce genre de situation, donc il faut qu'il y ait un professionnel, au moins plus entraîné que moi, qui prenne mon relais »

-la fuite en avant chez les membres des équipes de pédopsychiatrie, rédigeant des notes d'information préoccupante pour exercer un relais vers la justice dès que possible et ainsi favoriser au plus vite la sortie

P5 « c'est presque même pour nous soignants, une mise à distance de l'événement aussi. Le fait que ce soit transmis, dans un autre euh, une autre institution, une espèce de forme de mise à distance »

La rédaction d'une Note d'Information Préoccupante pouvait d'ailleurs être un élément de dissension au sein d'une équipe. Certains professionnels refusaient de rédiger ce genre d'écrits, malgré l'obligation médico-légale, souhaitant déléguer la tâche au médecin.

P8 « elles étaient d'accord pour qu'il y ait un signalement qui soit envoyé mais elles ne voulaient pas qu'il y ait leur nom sur le signalement. » ; « C'était pas entendable pour elles de pouvoir aller à la gendarmerie, que, que voilà le chef de service pouvait y aller, que c'était aux médecins en fait. Pour eux c'est la responsabilité plus des médecins et c'est pas la responsabilité des soignants euh, du service, que ça doit être quelque chose qui se fait au nom de l'équipe et non pas au nom d'un seul soignant »

Un participant médecin rapportait une rupture du discours après avoir tenté de rappeler le cadre légal à ses collègues, donnant comme devoir à chaque personne, quelle que soit sa fonction, d'avertir la CRIP en cas de danger pour un mineur.

P8 « elles ont fermé le discours et ont menacé, si on les contraignait à écrire, de taire la prochaine révélation qu'elles recevraient »

La plupart des participants estimaient que l'équipe était la clef de voute pour faire face à ces prises en charge.

P3 « le travail en équipe multidisciplinaire est capital »

Certains trouvaient de la réassurance en questionnant l'équipe afin de s'assurer que leurs sentiments étaient partagés, d'autres affirmaient qu'il faut parler en équipe car c'est l'échange d'expériences qui aide le plus.

P3 « Entendre le ressenti émotionnel de mes collègues qui pouvait entrer en résonance avec le mien était quelque part rassurant »

Beaucoup considéraient que c'était à ce niveau que la supervision de groupe prenait toute sa place.

P5 « La supervision, très clairement, je pense que c'est un réel soutien, parce que c'est pour le coup le lieu où tu peux aborder ce genre d'événement. »

Toutefois, ce soutien était insuffisant pour d'autres, ayant nécessité une mise en arrêt ou encore l'amorce d'une psychothérapie dans le temps de la vie privée.

Certains vont même jusqu'à parler de solitude intra-équipe, estimant que ces moments de dialogue, partagés en groupe, ont plus pour but de faire paraître.

Certaines supervisions en place éluderaient même le thème de l'émotion soignante pour ne se concentrer que sur la pratique.

P2 « c'est pas des choses qu'on reprend facilement en équipe en fait [...] c'est des choses qui sont assez violentes, et donc du coup, c'est plutôt silencieux [...] on va même plutôt faire des blagues, ou des choses comme ça, pour se détacher émotionnellement, pour montrer aux autres que ça nous touche pas plus que ça »

P3 « il s'agit davantage d'analyse de pratiques que de débriefing des émotions ».

Les analyses de pratiques souffrent donc elles aussi des stratégies de défense suscitées et peuvent voir les outils qu'elles tentent de mettre en place mis en échec de ce fait.

P5 « je crois qu'on a fait un protocole... Oui on a fait un protocole mais je ne sais pas où il est... Sûrement dans un classeur de la salle de soins... ou je suppose qu'il a été informatisé... ».

Lors de l'entretien avec un professionnel, il nous était permis de parler anonymement du ressenti exprimé par les précédents interrogés et d'inviter ce professionnel à y réagir. C'est ce qui a été proposé à P5 face à sa contradiction avec le ressenti de P2 sus-cité, tout en soulignant ce qu'elle venait d'alléguer par rapport au protocole rédigé en supervision. Elle nous a alors dit après quelques échanges prendre conscience de mécanismes de défenses.

P5 « Maintenant que j'y pense et que je prends un peu de recul, je me dis que c'est méga défensif, en fait. Je me disais que j'étais à l'aise parce que c'est ce que j'estimais qu'il fallait que je sois. Et d'un autre côté dire qu'il n'y avait pas de tabou ça faisait que je n'avais pas à me pencher dessus et donc j'avais pas à l'affronter. Mais c'est hyper tabou en fait... C'est vrai que je ne m'attendais pas à ce que ce soit aussi dérangeant d'en parler. ».

3.3.2 Une expérience inter-institutionnelle

En plus des structures hospitalières et/ou dépendantes de l'hôpital, le professionnel doit assurer l'articulation de multiples autres instances et dimensions :

-du judiciaire (commissariat, avocat, procès)

P9 « On a conseillé à la famille de se renseigner sur les commissariats. On sait qu'ils ne sont pas tous formés. » ; « moi j'ai même accompagné... pour la deuxième fois, j'ai accompagné l'ado au commissariat. Et moi, j'ai été entendue après. Et on est rentrées ensemble. » ; « Il faut répéter. Puis bon, après, il y a l'avocat. Et après, bah il y a la cour, enfin c'est répété. »

-du social (foyer et cadre ASE, CRIP, CMS, personnel de mesure éducative)

P7 « Et du coup on avait déjà alerté l'ASE sur cette situation-là, et quand on avait confronté les éducateurs, euh, avec l'ASE, les référents, les éducateurs étaient plutôt sur une attitude très défensive, très fermée »

-de l'administratif (gestion des lits, du plateau technique nécessaire, de la durée moyenne de séjour)

P7 « On avait onze lits, là on n'en a plus que huit, parce qu'on fait des travaux pour l'unité de pédopsychiatrie. » ; « Alors là pour l'instant on va avoir une unité de pédopsychiatrie qui va ouvrir prochainement, mais là pour l'instant ce n'est qu'une unité de pédiatrie »

P3 « Et puis, le fait que derrière, c'est des sorties toutes les soixante-douze heures, ça veut dire des CRH à taper de façon répétée. »

-du soin (intra hospitalier puis ambulatoire)

P7 « ils ont vu que derrière y a plein de trucs qui sont mis en place, avec le CASA notamment, avec les cellules de soutien psychologique du CASA, et qu'à côté de ça y a plein de gens qui se coordonnent » ;

« Bah après on a, on a une équipe qui est un peu, comment dire, un peu éclatée sur le, sur le territoire, parce que nos pédopsychiatres viennent du CMP pour donner les avis dans l'intra »

-de la scolarité (évaluer le retentissement sur les capacités cognitives et la nécessité ou non d'un PAI, justifier de l'absence, changement d'établissement si agresseur sur place...)

P9 « on a quand même beaucoup d'adolescents qui ne sont pas du tout scolarisés qu'il faut réintégrer »

-ainsi que de la famille du patient et du patient lui-même...

P9 « Donc il y a toutes les différentes dimensions à analyser quoi. La dimension sociale, familiale, individuelle, la scolarité... »

Les participants soulignent la solitude de leur institution. Il se pose alors la question de savoir où se situent le début et la fin du rôle soignant ?

P10 « Et puis c'est vrai que parfois, l'impression un peu d'être la seule institution [...] Donc en fait, il ne reste que nous pour traiter cette question [...] Donc si tu ne le fais pas, personne d'autre ne le fera quoi, quelque part. »

Dans les modalités de communication entre le médecin et ces multiples institutions, souvent via la note d'information préoccupante ou le signalement, figure notamment la question du secret professionnel. Comme nous avons pu le voir précédemment, les items de responsabilité, culpabilité et mise en danger du professionnel face à la levée du secret médical reviennent régulièrement.

Certains ont pour cela essayé de trouver des recours sur lesquels s'appuyer et poser leurs questions. C'est notamment le cas de P8 qui s'est retrouvée désappointée d'apprendre qu'elle s'exposait à des sanctions en renseignant à la fin de son écrit, comme on le lui avait enseigné, les recommandations qui lui semblent pertinentes pour l'enfant et qui sont le seul élément relevant du soin dans ces documents.

P8 « j'ai rencontré le médecin conseil de l'ordre, récemment, et il fait toute une, il a vachement développé justement sur la rédaction des signalements, euh, en lien avec les agressions sexuelles, mais aussi les viols, les révélations de violences chez les enfants, et notamment d'un point de vue légal ce qu'on avait le droit de mettre dans ces signalements ou pas. Et euh, et ça, fin, je me suis rendu compte que on, au final je rédigeais des signalements et des informations préoccupantes où y avait des choses sur lequel on pouvait être attaqué d'un point de vue de la justice dessus. Notamment pour conclure, on dit souvent, moi on m'avait toujours dit de conclure en mettant un peu ce que nous on orientait pour la famille et pour le jeune, au niveau par exemple social, et que ça il fallait surtout pas le mettre. »

4 DISCUSSION

4.1 Mise en tension des résultats avec la revue de la littérature

Le but de cette étude était d'explorer le vécu expérientiel des patients, de leur famille et des soignants lors d'une primo-révélation de violence sexuelle sur un mineur. Dans la sous-partie - professionnel -, l'analyse des données recueillies lors des dix entretiens réalisés a permis de dégager 3 temps majeurs : la révélation du mineur au professionnel, la restitution à la famille, la gestion de la situation par le professionnel en intra et inter-institutionnel. Dans chacun de ces axes clés, les catégories d'expérience mis en exergue par les interviewés étaient : l'isolement, l'incertitude et le fait d'être éprouvé, que ce soit en intra ou en inter-institutionnel.

Ces catégories d'expérience sont liées et ne peuvent être traitées séparément les unes des autres. Il me semble intéressant de les discuter à travers différents systèmes : 1) le lieu d'exercice du professionnel, 2) les autres institutions du soin et de formation au soin, 3) la politique de santé publique et les autres institutions s'y rattachant.

4.1.1 Le lieu d'exercice du soignant

Nos résultats soulignent l'isolement des professionnels du soin face aux révélations de violences sexuelles sur mineur. La mise en place des entretiens en binôme et la lutte contre les travailleurs isolés, autant que les moyens humains le permettent, leur a alors semblé nécessaire. Toutefois ces mesures ne paraissent pas suffisantes pour permettre une ouverture à la parole lors des supervisions. S'autoriser à se montrer vulnérable et sans toujours maîtriser la situation resterait compliqué pour eux.

Quelques études^{57,58,59} ont enquêté spécifiquement sur les conséquences, pour les professionnels, de prendre en charge des patients victimes de violences sexuelles. Il en ressort que, lorsque ces professionnels sont exposés, ils présentent fréquemment des relations sociales perturbées, des changements de comportement, une détresse émotionnelle et psychologique et même des traumatismes vicariants et secondaires.

En effet, les professionnels des équipes de soin sont la 3^e catégorie socio-professionnelle la plus touchée par le suicide. De plus, certains domaines du soin semblent encore plus impactés, tel que celui de la psychiatrie⁵⁶, en raison des risques socio-professionnels auxquels ils sont exposés. Chez les professionnels du psychotraumatisme qui ont accepté de se soumettre à la passation d'échelles, le ProQOL retrouvait 58,3% d'entre eux en burn out et 75% en souffrance de traumatismes secondaires⁵⁸.

La pensée générale des traumatologues était initialement qu'ils devaient travailler leurs stratégies de coping individuellement, alors qu'à présent ils estiment qu'il doit également y avoir une participation de l'employeur à cela⁵⁷.

Sur le plan individuel, les auteurs retrouvaient eux aussi un sentiment de « grande honte » chez les interrogés s'ils venaient à devoir prendre un arrêt de travail pour reconstruire leurs capacités de résilience. Un défaut de soutien des pairs, pas forcément en supervision, mais plutôt de manière générale, était également souligné, les soignants interrogés expliquant ne pas prendre de temps particulier pour gérer les stress qu'ils identifient chez eux ou chez leur collègue. Les auteurs étaient donc d'avis qu'il était important que le superviseur soit extérieur à la structure et que la supervision soit vraiment adaptée à l'activité de l'individu et non pas pour plusieurs corps de métier en même temps, puisqu'il est déjà difficile d'en parler entre eux⁵⁷.

Ne pas travailler individuellement sur l'identification de la fatigue compassionnelle et ne pas avoir de proposition de travail dessus par l'institution augmente massivement les risques de développer de tels symptômes⁵⁸. Utiliser des échelles d'évaluation permet à certains soignants de prendre conscience de leur symptomatologie, notamment celle du traumatisme vicariant, car ils ne la mettent pas forcément en lien avec leur exercice professionnel⁵⁹.

L'institution devrait également permettre la modulation de la charge de travail, qui est un facteur de risque important, pour accompagner l'employé dans la gestion de l'adversité d'exercer avec des psychotraumatisés. Et dégager du temps aux équipes est une nécessité, pour qu'elles puissent se réunir en intra ou inter équipes pour discuter sous forme de pair-aidance⁵⁹.

En résumé^{57,58,59}, les capacités des professionnels à gérer les impacts négatifs est influencée par le soutien global de l'organisation où ils exercent, la disponibilité de la formation, de la supervision et de l'orientation ainsi que la charge de travail. Toutefois, le ressenti général des participants semble être un manque de soutien par l'institution. Or les soignants qui ont été pris en charge eux-mêmes ont exprimé s'être sentis bien plus empathiques et performants dans l'accompagnement de leurs patients.

Notre réflexion au regard de tout ceci est qu'il y a nécessité d'aider le soignant à s'autoriser à solliciter réellement l'aide d'une supervision ou au besoin la médecine du travail. D'ailleurs les visites à la médecine du travail ont en partie pour but d'évaluer les risques psychosociaux encourus par l'employé et sont donc l'occasion de dépister des troubles psychiques liés à l'activité professionnelle. Mais il est aussi certainement nécessaire que ces professionnels soient l'objet d'une veille et d'un accompagnement particulier par l'institution, puisqu'ils sont en difficulté pour prendre pleinement part à cela seul.

Il pourrait par exemple être proposé la passation d'échelles aux soignants, telle qu'une Secondary Traumatic Stress Scale, lors de temps dédiés et préprogrammés. Cela permettrait de dépister et/ou faire prendre conscience de la situation au soignant puis de l'orienter vers l'étayage dont il a besoin. Les temps de visite en médecine du travail ou de supervision pourraient être employés à ces fins. De plus, en cas d'un nombre trop important de personnes touchées, sans évolution de la situation malgré les dispositions prises, il serait possible de faire appel à des organismes dédiés pour organiser de la supervision, de la formation ou des adaptations de pratique. L'I.CARE fait partie de ce genre de dispositifs déployables (annexe 5).

4.1.2 Les autres institutions du soin et de formation au soin

Nos résultats soulignent l'incertitude des professionnels du soin face aux révélations de violences sexuelles sur mineur. Ils se l'expliquent par le fait que, quelle que soit leur fonction, ils n'ont pas bénéficié de formation à ce sujet dans leur cursus de base respectif. L'hétérogénéité, voire l'antagonisme des pratiques, vient questionner l'impact de ce manque de connaissances sur la prise en charge des mineurs victimes de violences sexuelles. Certains soignants évoquent même la peur d'être iatrogène.

Le processus dynamique de la révélation est encore insuffisamment compris et de nombreux préalables pour une révélation réussie restent à explorer. C'est le travail auquel procèdent les auteurs présents dans la métasynthèse réalisée par l'équipe REVEAL (annexe 1). On peut notamment citer parmi eux les travaux d'Alaggia et al. sur les facteurs qui promeuvent et inhibent la révélation chez les mineurs victimes de violences sexuelles.

La littérature semble corroborer ces résultats. L'état de stress post traumatique y est décrit comme une pathologie complexe, et la répétition du discours traumatique lors des

entretiens comme un facteur de risque à part entière. Les professionnels du soin évoquent en corollaire leur anxiété et leur responsabilité face au risque iatrogène⁵⁷.

En ce qui concerne la prise en charge de l'état de stress post traumatique résultant de violences sexuelles, de multiples psychothérapies existent. Peu d'études comparatives permettent de cibler précisément lesquelles seraient les plus à même de soutenir le patient. Il semblerait que les TCC individuelles axées sur le psychotraumatisme, les TCC individuelles non axées sur le psychotraumatisme et l'EMDR soient les plus efficaces. Seules les TCC de groupe non axées sur le psychotraumatisme seraient inefficaces. Toutefois, les TCC individuelles axées sur le psychotraumatisme seraient celles dénombant le plus d'abandons⁶⁰.

Notre réflexion est, comme évoqué en introduction, qu'aucune recommandation précise n'existe à l'heure actuelle afin de donner des lignes de conduite et/ou des outils à nos professionnels pour étayer leur accompagnement des mineurs agressés. Les situations qui en découlent et auxquelles les soignants sont exposés induisent des questionnements multiples et un vécu expérientiel souvent douloureux. Or nous l'avons vu, il s'agit d'un moment clef pour le jeune et d'un enjeu de santé publique : il faut éviter la revictimisation et prévenir toutes les complications dont le traumatisme sexuel peut être un facteur de risque.

Une proposition de piste de travail pourrait être le développement professionnel continu. Il s'agit d'une obligation chez les professionnels de la santé et elle laisse libre chaque individu de se perfectionner dans le domaine de son choix. Bien qu'il soit compréhensible que chacun ait des aspirations différentes, il semble capital qu'un effort collectif soit réalisé afin d'acquérir des compétences de base dans chaque domaine. Les violences sexuelles sur mineur n'y faisant pas exception, bien au contraire, puisque peu abordées dans les cursus.

Pour cela, le professionnel peut s'appuyer sur plusieurs structures relais afin de ne pas rester seul dans la prise en charge, de se former et de pouvoir appréhender plus sereinement ces situations complexes.

Le dispositif Unités d'Accueil Pédiatriques Enfants en Danger (annexe 6), par exemple, vise à ne pas sacrifier le soin au juridique et inversement. Il permet :

- de ne pas laisser le professionnel recevant la parole seul
- de ne pas risquer d'induire d'éléments factices via les discours des différents professionnels rencontrés par le jeune et de limiter le risque iatrogène via l'emploi du protocole NICHD

- de réaliser toutes les procédures en une seule journée et au même endroit puis d'évaluer directement après le retentissement de tout cela sur le jeune.

De plus, tous les enregistrements et documents découlant de cette journée seront transférés au parquet. Les rapports d'ordre médical et psychologique seront également transmis sur demande aux soignants qui vont prendre en charge le mineur sur le plan du soin. On va ainsi éviter la répétition du discours traumatique. Un objectif secondaire des UAPED est l'aide à la rédaction de Notes d'Information Préoccupante, soit en formant au préalable les soignants, soit en leur proposant de répondre à leurs interrogations ponctuelles, soit en relisant leur écrit pour leur proposer des modifications avant envoi.

Le dispositif CN2R (annexe 7) a de multiples missions dont celles d'informer et de déstigmatiser le psychotraumatisme et l'état de stress post traumatique pouvant en résulter. Il exerce ses missions d'expertise, de soin et d'orientation via les CUMP si le psychotraumatisme a eu lieu il y a moins de 3 mois, et au-delà via les 17 CRP et leurs antennes disséminés sur le territoire. Les CRP proposent également des formations : l'emploi des échelles CAPS (échelle la plus reconnue internationalement pour l'évaluation du psychotraumatisme, possédant une

version adaptée aux mineurs), la thérapie d'exposition prolongée et la thérapie des processus cognitifs qui sont deux TCC pouvant être axées sur le psychotraumatisme.

Pour les professionnels qui se passionneraient pour le sujet, des Diplômes Universitaires et Inter-Universitaires existent. Les Unités de Formation et de Recherche, en partenariat avec FranceVictime par exemple, orientent les personnes qui le souhaitent vers des villes proposant des D.U./D.I.U. de psychotraumatologie et/ou de victimologie⁶¹ dans lesquels est enseigné notamment le protocole NICHHD pour le recueil de la parole de l'enfant.

4.1.3 Politique de santé publique et autres institutions s'y rattachant

Nos résultats soulignent que les professionnels du soin sont éprouvés lors des révélations de violences sexuelles sur mineur. Certains professionnels ont pu exprimer avoir l'impression d'être la seule institution à se préoccuper des jeunes victimes de violences sexuelles. D'autres ont pu parler d'incompréhension voire de relations conflictuelles avec leurs homologues de l'assistance sociale à l'enfance. D'autres encore, d'une perte de confiance dans le système judiciaire. Dans l'ensemble, il est évoqué un sentiment d'isolement en lien avec l'exercice de leur activité, et parfois une crainte des répercussions que peut avoir la levée du secret professionnel quand il faut parler à un non-soignant.

La littérature retrouve également ce type d'expérience avec un retentissement jusque dans la sphère privée. Les auteurs mettent cela en lien avec le traumatisme vicariant^{57,59} qui serait responsable d'une déformation de la vision de soi et des autres, avec notamment le ressenti que les autres ne feraient rien. Les soignants-chercheurs qui auraient été pris en charge pour ce genre de traumatisme auraient d'ailleurs vu une amélioration dans leurs relations interpersonnelles professionnelles et privées.

De plus, en pédiatrie et pédopsychiatrie, le travail en équipe pluridisciplinaire et la supervision seraient plus présents qu'ailleurs mais ne suffiraient pas à eux seuls à faire diminuer significativement le mal-être au travail. Un travail beaucoup plus global serait donc nécessaire avec notamment des intervenants extérieurs⁵⁸.

Notre réflexion, en réaction à cela, est qu'effectivement parler du traumatisme vicariant avec les professionnels du soin semble important pour les sensibiliser, et, pour certains, leur faire prendre conscience de leur situation. Mais il semble également être question de la place du soignant. Peut-être serait-il intéressant de déterminer avec les hautes instances « Quels sont les rôles et missions clairs et précis des professionnels dans ces situations ? ». Cela leur permettrait de savoir exactement quand s'arrêter, se préserver et passer la main aux instances dont c'est la responsabilité.

En attendant, la réalisation d'un maillage territorial à différentes échelles, avec soignants et non-soignants, pourrait être une piste de travail pour permettre de faciliter l'exercice de chacun. Plusieurs sphères différentes de celle du soin (politique, droit, protection...) commencent à s'emparer du problème et à organiser des rencontres ainsi que des moments de réflexion à ce sujet. Cela s'organise à plusieurs niveaux.

Au niveau national et régional, a été créée le 23 janvier 2021 la commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (CIIVISE), dont le Juge Edouard DURAND est le co-président. L'objectif de cette commission était d'organiser des rencontres mensuelles dans les métropoles régionales de France, pour recueillir la parole des

victimes et des acteurs présents sur le terrain, afin de pouvoir être force de proposition auprès du gouvernement par la suite. De plus, une proposition d'assistance juridique était formulée pour chaque participant, qu'il soit victime, membre de l'entourage ou professionnel.

La commission a rendu un rapport⁶² de 756 pages au gouvernement, le 17 novembre 2023, contenant 82 préconisations réparties autour de 4 axes.

Au niveau départemental, d'autres dispositifs sont en cours de projet à divers endroits. Nous avons déjà évoqué I.CARE en Mayenne et l'on peut également présenter la COSSE (annexe 8) dans l'Eure par exemple. Elle vise à faciliter l'accès aux soins psychologiques, en libéral, pour les mineurs et jeunes adultes en situation de précarité financière, et a pour corollaire d'aider au désengorgement des CMP.

Au niveau local, des événements de rencontres multidisciplinaires et des travaux de coopération tels des groupes de travail interdisciplinaires sont régulièrement organisés par les institutions, notamment celle du droit. Ils ont « pour objectifs que les différents intervenants se rencontrent, prennent conscience des réalités d'exercice de chacun ainsi que des besoins et ressources disponibles. Ceci afin d'établir un véritable réseau grâce auquel les institutions pourraient échanger plus facilement et de façon collaborative. »⁶³. Parmi eux, nous pouvons citer le séminaire de lutte contre la maltraitance infantile⁶⁴ organisé par le CASEVA d'Evreux en association avec les gendarmes de l'Eure, les UAPED d'Orléans/Caen/Evreux/Rouen, l'association La Voix de l'Enfant, les Procureurs de la République de Rouen et d'Evreux ainsi que le Procureur Général du territoire Haut-Normand. Il a permis la présentation des dispositifs UAPED, la rencontre des différents intervenants avec plusieurs temps d'échanges et de questions. Il y a notamment été exposé que le groupe de travail des « Assise d'Evreux » de 2023 avait regroupé avocats, procureurs, CRIP, médecins pédiatres et médecins légistes d'UAPED dans le but de réaliser un Guide de Rédaction des Informations Préoccupantes. Celui-ci a pour objectif de mettre en lumière tous les éléments dont la CRIP aurait besoin pour satisfaire au mieux la demande, tout en soulignant tous les faux-pas que le rédacteur peut commettre et qui peuvent le desservir ou desservir son patient. La parution serait prévue pour mars 2024.

Les liens inter-institutionnels étant encore frustrés, il semble important que les soignants y prennent part activement pour y insuffler leur savoir et pouvoir bénéficier de celui des autres types de professionnels.

Parler et rompre l'isolement semble donc rester la priorité pour répondre aux questions des soignants et leur permettre de trouver des relais ou des appuis. Toutefois, dans les pistes qui pourraient être abordées dans cette partie demeurent :

- le renforcement de la formation initiale de tout professionnel de l'enfance
- la création/renforcement de la prévention (dans les écoles, les campagnes publicitaires, etc)
- la mise en place de dépistages systématiques, via questionnement par un soignant formé au préalable (médecin scolaire ou médecin généraliste par exemple), à l'occasion de temps ciblés (contrôle du développement, vaccination contre le papillomavirus, etc)
- la participation de nouveaux intervenants, comme du Conseil de l'Ordre, dans ces discussions et groupes de travail, car leur avis ne semble pas toujours en adéquation avec les demandes de la CRIP, ce qui peut inquiéter les professionnels et interférer dans la prise en charge

4.2 Forces et Limites

Il s'agit de la première étude s'intéressant spécifiquement aux professionnels de santé mentale pour les enfants et les adolescents, basée sur une méthode de recherche qualitative médicale reconnue.

Les critères de rigueur utilisés – réflexivité, triangulation de l'analyse, essai multicentrique... – permettent une bonne transférabilité des résultats.

Toutefois, certains aspects limitent cette transférabilité.

Premièrement, l'étude s'est déroulée en France, et certains de nos résultats concernent des aspects spécifiques du système de santé mentale et de protection de l'enfance de ce pays. Il convient donc d'être prudent dans leur transposition à d'autres contextes.

Deuxièmement, plusieurs participants de l'étude connaissaient en amont leur intervieweur, ce qui a pu entraver la description détaillée de certains aspects de l'expérience, du fait d'un possible implicite partagé. Cette situation atypique est le fait de difficultés de recrutement, en lien avec l'aspect encore tabou et traumatogène du sujet de l'étude.

5 CONCLUSION

L'objectif premier de cette sous-partie d'étude qualitative était d'explorer le vécu expérientiel des professionnels du soin ayant reçu de la part d'un patient une primo-révélation de violence sexuelle sur mineur. Trois temps clefs, au cours de ce processus de révélation, ont été mis en avant par les participants, à savoir : la révélation du jeune au soignant, la restitution à la famille, la gestion de la situation par le professionnel en intra et inter-institutionnel.

Dans chacun de ces axes clés, les catégories d'expérience mis en exergue par les interviewés étaient : l'isolement, l'incertitude et le fait d'être éprouvé, que ce soit en intra ou en inter-institutionnel.

Cela semble en lien avec :

- une connaissance encore trop parcellaire du phénomène dynamique de révélation de violences sexuelles chez les mineurs
- un manque de formation initiale et continue des professionnels
- les conséquences directes, sur les soignants, de la pratique de l'activité de soins (traumatismes secondaires et vicariants notamment).

Il semble donc pertinent d'agir sur :

- l'accompagnement des soignants, au sein même de leur lieu d'exercice, sur le plan de la formation continue et de la supervision
- la réalisation d'un maillage entre les institutions du soin, afin de s'appuyer sur les lieux de recours entre autres
- la réalisation d'un maillage inter-institutionnel, afin de trouver de nouveaux partenaires et d'agir ensemble sur la politique de santé.

Ce travail est bien évidemment à poursuivre puisque la saturation des données n'a pas encore été atteinte. Il faudra également croiser par la suite les données finales avec celles obtenues par les deux autres groupes de travail (patients et familles de patients). Enfin, une fois l'ensemble de ces données synthétisées, nous espérons organiser des tables rondes avec les participants de l'étude le désirant, dans le but d'établir des outils et pistes de formations, comme stipulé dans les objectifs secondaires de l'étude.

15. Zainudin NF, Mohamad Ashari Z. A Meta-Analysis: The Effects of Child Sexual Abuse Towards Children. *Asian Soc Sci.* 2018;14:69
16. Paolucci EO et al. A Meta-Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *J Psychol.* 2001;135(1):17-36
17. Godbout N, et al. Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse Negl.* 2014;38(2):317-325
18. Sanjeevi J, et al. A Review of Child Sexual Abuse: Impact, Risk, and Resilience in the Context of Culture. *J Child Sex Abuse.* 2018;27(6):622-641
19. Kozak RS, et al. Victimization and Violence: An Exploration of the Relationship Between Child Sexual Abuse, Violence, and Delinquency. *J Child Sex Abuse.* 2018;27(6):699-717
20. Hailes HP et al. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(10):830-839
21. Lafortune D. Transmissions familiales dans l'abus sexuel commis par un adolescent, *Science Direct*, 2002, p9
22. Lange BCL et al. A systematic review of the association between the childhood sexual abuse experiences of mothers and the abuse status of their children: Protection strategies, intergenerational transmission, and reactions to the abuse of their children. *Soc Sci Med.* 2019;233:113-137
23. Classen CC et al. Sexual Revictimization: A Review of the Empirical Literature. *Trauma Violence Abuse.* 2005;6(2):103-129
24. Alaggia R et al. Facilitators and Barriers to Child Sexual Abuse (CSA) Disclosures: A Research Update (2000–2016). *Trauma Violence Abuse.* 2019;20(2):260-283
25. Dalenberg CJ, Palesh OG. Relationship between child abuse history, trauma, and dissociation in Russian college students. *Child Abuse Negl.* 2004;28(4):461-474
26. London K, et al. Disclosure of Child Sexual Abuse: What Does the Research Tell Us About the Ways That Children Tell? *Psychol Public Policy Law.* 2005;11(1):194-226
27. Smith DW. Et al. Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. *Child Abuse Negl.* 2000;24(2):273-287
28. Alaggia R. Many ways of telling: expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse Negl.* 2004;28(11):1213-1227
29. Swingle JM, et al. Childhood disclosure of sexual abuse: Necessary but not necessarily sufficient. *Child Abuse Negl.* 2016;62:10-18
30. Melville JD, et al. Assessment for self-blame and trauma symptoms during the medical evaluation of suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2014;38(5):851-857
31. Gagnier C et al. The Journey of Obtaining Services: The Realities of Male Survivors of Childhood Sexual Abuse. *J Child Adolesc Trauma.* 2017;10(2):129-137

32. Paine ML, Hansen DJ. Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clin Psychol Rev.* 2002;22(2):271-295
33. Arata CM. To tell or not to tell: Current functioning of child sexual abuse survivors who disclosed their victimization. *Child Maltreat.* 1998;3(1):63-71
34. O’Leary P, et al. The effect of severe child sexual abuse and disclosure on mental health during adulthood. *J Child Sex Abuse.* 2010;19(3):275-289
35. Sivagurunathan M, et al. Barriers and facilitators affecting self-disclosure among male survivors of child sexual abuse: The service providers’ perspective. *Child Abuse Negl.* 2019;88:455-465
36. Maul KM, et al. Child abuse in Pakistan: A qualitative study of knowledge, attitudes and practice amongst health professionals. *Child Abuse Negl.* 2019;88:51-57
37. Gruenfeld E. et al. “A Very Steep Climb”: Therapists’ Perspectives on Barriers to Disclosure of Child Sexual Abuse Experiences for Men. *J Child Sex Abuse.* 2017;26(6):731-751
38. Leder MR et al. Addressing sexual abuse in the primary care setting. *Pediatrics.* 1999;104(2 Pt 1):270-275
39. Schols MWA et al. How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health.* 2013;13:807
40. Kvist T, et al. The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. *Eur J Oral Sci.* 2014;122(5):332-338
41. Engh Kraft L, et al. School Nurses Avoid Addressing Child Sexual Abuse. *J Sch Nurs.* 2017;33(2):133-142
42. Alaggia R. Disclosing the Trauma of Child Sexual Abuse: A Gender Analysis. *J Loss Trauma.* 2005;10(5):453-470
43. Louwers ECFM et al. Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatr.* 2012;12:167
44. McGregor K et al. Health care and female survivors of childhood sexual abuse: health professionals’ perspectives. *J Child Sex Abuse.* 2013;22(6):761-775
45. Alaggia R, Millington G. Male child sexual abuse: A phenomenology of betrayal. *Clin Soc Work J.* 2008;36(3):265-275
46. Gagnier C, Collin-Vézina D. The Disclosure Experiences of Male Child Sexual Abuse Survivors. *J Child Sex Abuse.* 2016;25(2):221-241
47. Van Den Aemele S et al. The role of the healthcare sector in the prevention of sexual violence against sub-Saharan transmigrants in Morocco: a study of knowledge, attitudes and practices of healthcare workers. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(1):77

48. Brattfjell ML, Flåm AM. “They were the ones that saw me and listened.” From child sexual abuse to disclosure: Adults’ recalls of the process towards final disclosure. *Child Abuse Negl.* 2019;89:225-236
49. Maltraitements sexuels. Accessed September 11, 2019
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confvictime/RecomL.html>
50. Petersen W, Frappé P. *Initiation à la recherche*. 2e édition. Coédition Global Média Santé ; 2018 : 224p
51. Sibeoni J. et al. A specific method for qualitative medical research: the IPSE (Inductive Process to analyze the Structure of lived Experience) approach. *BMC Medical Research Methodology*. Août 2020 ; 20(216)
52. Bringer M et al. Utilisation d’internet comme source d’informations pour les parents d’enfants TDAH : WebTDAH, une étude qualitative, Octobre 2022 ; 19p
53. Braoude I et al. Disclosing Child Sexual Abuse to a Health Professional: A Metasynthesis, *Frontiers*, Juin 2022 ; p201-213
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
54. Palinkas L.-A. et al. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *HHS Public Acces*, septembre 2016
55. Légifrance, Accord du 21 janvier 2019 relatif aux risques psychosociaux, 2019
56. Dutheil F. et al. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis, *Plos One*, décembre 2019
57. Kaul A. et al. Improving Emotional Safety, Coping, and Resilience Among Women Conducting Research on Sexual and Domestic Violence and Abuse, *Journal of Interpersonal Violence*, octobre 2023;24:88
58. Crivatu I. et al. The Impacts of Working With Victims of Sexual Violence: A Rapid Evidence Assessment, *Trauma Violence Abuse*, 2023 Jan;24(1):56-71
59. Letson M. et al. Identifying compassion satisfaction, burnout, & traumatic stress in Children’s Advocacy Centers, *Child Abuse Negl.* 2020 Dec;110(Pt 3):104240
60. Laurent M. et al. Etat de stress post-traumatique : quel type de psychothérapie proposer ?, *Rev Med Suisse*. 2015; 1 (497): 2301–2301
61. Formation Universitaire, Association France Victime, 2023
<https://www.france-victimes.fr/index.php/formation/formations-universitaires>
62. Le rapport public de la CIIVISE | CIIVISE Commission Inceste, novembre 2023
<https://www.ciivise.fr/le-rapport-public-de-la-ciivise/>
63. Dechepy J. Discours de clôture du colloque Regards Croisés sur l’Emprise dans les Violences Conjugales et Intrafamiliales, Novembre 2023
64. Brousse M. 3^e édition du séminaire de lutte contre la maltraitance infantile, Septembre 2023

ANNEXES

1. Table 1. Main Characteristics of the studies

Table 1. Main Characteristics of the studies

Authors	Year	Objective(s)	Country	Setting	Participants	Data collection	Method of analysis
Alaggia	2004	To identify influences that inhibit or promote children's disclosure of child sexual abuse	Canada	Clinical and non-clinical sample (through community agencies, two university campuses and word of mouth)	Adult survivors N=24 (aged between 18 and 65)	SSI	Thematic analysis
Alaggia	2005	To explore dynamics that impede or promote disclosure of child sexual abuse.	Canada	Non-clinical sample (large multicultural Canadian city)	Adult survivors N=30 (aged between 18 and 65; 19 women and 11 men)	SSI	Thematic analysis
Alaggia & Kirshenbaum	2005	To identify a broad range of factors, including family dynamics, that contribute to or hinder a child's ability to disclose sexual abuse.	Canada	Clinical and non-clinical sample (through community agencies, two university campuses and word of mouth)	Adult survivors N=20 (12 women and 8 men)	SSI	Thematic analysis
Alaggia & Millington	2008	To understand the lived experience of men sexually abused as boys in their childhood, and what life is like for them as sexual abuse survivors in adulthood.	Canada	Clinical population (Through social service agencies)	Adult survivors N=14 men (aged between 28 and 65)	SSI	Thematic analysis
Brattfjell	2019	To explore exposed own experiences of steps towards final disclosure.	Norway	Norwegian Sexual Abuse Support Centers	Adult survivors N=23 (22 women, 1 man; aged between 29 and more than 50)	Survey	Interpretative phenomenological analysis
Collin-Vézina et al.	2015	To provide a preliminary mapping of the barriers to CSA disclosures through an ecological systemic lens	Canada	Community-based sexual assault or adult counselling/mental health services	Adult survivors N=67 (51 female, 16 male; aged between 19 and 69)	SSI	Grounded theory method
Draucker & Martsolf	2008	To explain how survivors of childhood sexual abuse tell others about their abuse experiences	USA	Non-clinical sample	Adult survivors N=74 (40 women and 34 men, aged between 18 and 62)	SSI	Grounded theory method
Engh Kraft et al.	2017	to explore the ability of the school nurses to detect and support sexually abused children.	Sweden	Schools	Health professional N=23 (all women; aged between 46 and 67)	Focus Group (FG)	Thematic analysis
Foster and Hagedom	2014	To explore trauma narratives written by children as part of a counseling intervention	USA	Large, urban child advocacy center that counsels child victims of sexual abuse	Minor survivors N=21 (18 girls and 3 boys; aged between 6 et 17)	Trauma narratives	Narrative analysis
Gagnier et al.	2017	To explores the journey of obtaining services for adult male survivors of child sexual abuse	Canada	Organizations specializing in sexual abuse and mental health organizations	Adult survivors N= 17 (all men; aged between 19 and 67)	SSI	Phenomenological approach
Gagnier & Collin-Vezina	2016	To explore the diversity in the disclosure process of male survivors of child sexual abuse.	Canada	Through community and mental health organizations	Adult survivors N= 17 (all men; aged between 19 and 67)	SSI	Phenomenological approach

Hassan et al.	2015	To explore the young victim's own stories of disclosure of child sexual abuse and is an exploratory case study using reported assault histories of victims of CSA between the ages of 6 and 14, taken in the immediate wake of the assault.	USA	Emergency department (hospital)	Minor survivors N=37 (33 girls and 4 boys; aged between 6 and 14)	SSI	Thematic analysis
Hunter	2011	to develop a fuller understanding of the process of disclosure of child sexual abuse.	Australia	Non-clinical sample (via press releases and interviews on local radio)	Adult survivors N= 22 (9 men and 13 women, aged between 25 and 70)	SSI	Rosenthal et Fischer-Rosenthal method
Kvis et al.	2014	To examine the factors that lead specialists in pediatric dentistry to suspect child abuse or neglect and the considerations that influence the decision to report these suspicions to social services.	Sweden	Pediatric dentistry centers	Pediatric dentistry N=19	FG	thematic analysis
Leder et al.	1999	To describe factors that prompt pediatric practitioners to suspect child sexual abuse, the barriers to inquiry, and the approach to management of cases of possible abuse.	USA	Maternal and Child Health Bureau-sponsored Collaborative office rounds groups	Pediatric practitioners N=65	FG	thematic analysis
Maul et al.	2019	To identify shared experiences of HCP and the challenges they face when managing cases of child abuse; to explore social and cultural factors in Pakistani society that may affect the way in which children who have been abused present and how this affects their treatment; and to understand the child abuse training that HCP have already received and identify any further requirements.	Pakistan	A large, private hospital within Pakistan.	Healthcare professionals N= 15	SSI	Inductive analysis
Mc Elvaney et al.	2012	To explore how children tell of their experiences of child sexual abuse from the perspectives of young people and their parents.	Ireland	Child sexual abuse assessment and therapy service, based in a children's hospital in a large city	Minor survivors N= 22 (16 girls and 6 boys, aged between 8 and 18) & Parents N=14	SSI	Grounded theory method
Petronio et al.	1996	To examine child and adolescent disclosures of sexual abuse.	USA	Not-for-profit agency	Minor survivors N= 38 (32 girls and 6 boys, aged between 8 and 18)	SSI	Thematic analysis
Schols et al.	2013	To investigate Dutch frontline workers' child abuse detection and reporting behaviors.	Netherlands	Two Dutch local health services organization	Professionals N=33 (16 primary school teachers and 17 public health nurses and physicians)	FG	Thematic analysis
Staller & Nelson-Gardell	2005	To enhance understanding of the sexual abuse disclosure process from the perspective of preteen and teenage survivors. To reconsider prominent models of the disclosure process in light of our findings.	USA	Non-clinical sample	Minor survivors N= 34 (all girls; aged between 10 and 18)	FG	Thematic analysis

2. Autorisation du Comité de Protection des Personnes

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD MÉDITERRANÉE I

Président
Professeur Stéphane RANQUE

AVIS

Collège technique Personnes qualifiées en recherche

Yves JAMMES
Aurélië MQRAND (Pédiatre)
Stéphane RANQUE (méthodologiste)
Agnès BOYER CHAMARD

Marc GAINIER
Thierry BEGE
Jean GAUDART (méthodologiste)
Karim BENDJANE

Médecins généralistes

Jean Charles REYNIER
Jérémy KHOUANI

Pharmaciens hospitaliers
Nicole ROATTINO
Charléric BORNET

Infirmières

Dominique CHANAUD

Collège social

Personnes qualifiées en éthique

Christine ASSAJANTE
Célia CHISCHPORTICH

Psychologues

Pierre DE ALCALA
Christian BOCCARDI

Travailleurs sociaux

Lucie CAMILLI

Juristes

Jean-Pierre BINON
Coraline SIMEONE
Méïssa DRYOUICHE

Représentants d'associations et usagers

Perrine HERQUEL
Odile DALMONT

Le Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée I, agréé par arrêté ministériel en date du 1^{er} juin 2018, constitué selon l'arrêté du Préfet de la Région Provence Alpes Côte d'Azur en date du 12 août 2020,

en application du code de la santé publique et de la réglementation en vigueur relative aux recherches mentionnée au 3^o de l'article L.1121-1 du Code de la santé Publique

ayant été saisi par un courrier du Centre Hospitalier d'Argenteuil promoteur d'un dossier de recherche intitulée :

«REVELER DES VIOLENCES SEXUELLES SUBIES DANS L'ENFANCE LORS D'UNE PRISE EN CHARGE EN PEDOPSYCHIATRIE.»

Identifiée sous le numéro ID RCB 2021-A00443-38 et dont l'investigateur (coordinateur) est M. le Dr Jordan SIBEONI

Ayant, après vérification de la conformité réglementaire, enregistré ce dossier le **07 avril 2021** sous la référence interne **21 39**

Lors de sa séance plénière du 14 avril 2021 au cours de laquelle Mesdames A. BOYER CHAMMARD, O. DALMONT D. CHANAUD, P. HERQUEL, N. ROATTINO, C. SIMEONE
Messieurs : P. DE ALCALA, T. BEGE, J-P BINON, J. KHOUANI, S. RANQUE

Après avoir entendu le rapporteur du collège technique, le rapporteur du collège social et l'avis du méthodologiste ont délibéré,

Le Comité ayant examiné le dossier de recherche ainsi constitué :

- Protocole version 1.2 du 29 janvier 2021
- Résumé version du 31 mars 2021
- Notice d'information et de non opposition mineur version 4.0 du 09 février 2021
- Notice d'information et de non opposition parent d'un participant mineur version 4.0 du 09 février 2021
- Notice d'information et de non opposition participant adulte version 3.0 du 26 février 2020
- Notice d'information et de non opposition participant parent version 3.0 du 26 février 2020
- Notice d'information et de non opposition participant pédopsychiatre version 3.0 du 26 février 2020
- Déclaration de conformité au référentiel de méthodologie de référence MR-003 datée du 1^{er} avril 2021
- Questionnaires
- CV du Dr Jordan SIBEONI
- Attestation indiquant que la recherche est conçue et réalisée conformément aux dispositions législatives et réglementaires aux recherches impliquant la personne

Hôpital Sainte Marguerite
270 Bd Sainte-Marguerite 13274 MARSEILLE
Tél. : 04.91.74.42.56 - Fax : 04.91.74.42.25 - E-mail : cppsudmed1@gmail.com
Site Internet : <http://www.cppsudmediterraneel.fr>

1

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD MÉDITERRANÉE I

Président
Professeur Stéphane RANQUE
.....

humaine et définies aux articles L1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique datée et signée du 2 avril 2021

a émis un **AVIS FAVORABLE**

à la mise en œuvre de cette recherche considérant que les conditions de validité de la recherche, notamment celles définies dans l'article L. 1123-7 du code de la santé publique, étaient réunies.



Professeur Stéphane RANQUE

3. Notice d'Information et de Non-Opposition

NOTICE D'INFORMATION ET DE NON-OPPOSITION Participant SOIGNANTS EN SERVICE DE PEDOPSYCHIATRIE
--

Version N°4.0 du 09/02/2021

Étude non interventionnelle

Révéler des violences sexuelles subies dans l'enfance lors d'une prise en charge en pédopsychiatrie (REVEAL)

N°IDRCB	N° CPP
2021-A00443-38	2139

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une recherche impliquant la personne humaine (selon la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012) dont le Promoteur est le centre hospitalier d'Argenteuil.

Cette recherche qualitative intitulée : « **Révélation des violences sexuelles dans le cadre d'un suivi en pédopsychiatrie (REVEAL)** » est dirigée par le **Dr Jordan SIBEONI, chercheur, service universitaire de psychiatrie de l'adolescent, centre hospitalier d'Argenteuil, 69 rue du Ltc Col Prud'hon, 95100 Argenteuil, tel 0134232598.**

Cette étude enregistrée sous le n° ID-RCB 2021-A00443-38 a reçu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) Sud-Méditerranée I le 11/06/2021.

INFORMATION

Ce document a pour but de vous fournir les informations écrites nécessaires à votre décision de participation à l'étude. Nous vous remercions de le lire attentivement.

N'hésitez pas à poser des questions à l'investigateur ou à son représentant désigné si vous voulez plus d'informations. Il est à votre disposition pour vous présenter la recherche et la façon dont vous pouvez y participer, pour répondre à toutes vos questions et pour vous expliquer ce que vous ne comprenez pas. Vous pouvez prendre le temps pour réfléchir à votre participation à cette recherche, et en discuter avec votre médecin traitant et vos proches : votre famille et vos amis. Vous disposez de 7 jours pour communiquer votre décision à l'investigateur.

Si vous participez à cette étude, l'investigateur ou son représentant désigné vous demandera de confirmer votre non-opposition à participer à cette recherche, en complétant l'emplacement qui est réservé à la fin de ce formulaire et en y apposant votre signature et la date.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation est volontaire : vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche qui entre dans le champ des études impliquant la personne humaine.

Si vous décidez de participer, sachez que vous pourrez vous retirer à tout moment de la recherche, sans vous justifier, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Nous vous demanderons simplement d'en informer l'investigateur ou son représentant désigné en charge de la recherche.

CADRE GENERAL ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Cette recherche est qualifiée de « qualitative », elle s'intéresse au vécu et à la perception des patients, de leurs familles et des soignants en service de pédopsychiatrie dans un contexte précis.

L'objectif de ce projet est d'explorer l'expérience de la révélation de violences sexuelles subies dans l'enfance auprès d'adolescents et jeunes adultes ayant bénéficié d'une prise en charge pédopsychiatrique après les faits. Nous voulons prendre en compte le point de vue des adolescents et jeunes adultes victimes de violences sexuelles, de leurs parents ainsi que celui des soignants en service de pédopsychiatrie.

DEROULEMENT ET DUREE DE LA RECHERCHE

Nous allons vous proposer un entretien en face-à-face avec un chercheur dans un des quatre centres d'inclusion. Le chercheur vous posera des questions, et vous pourrez répondre ce que vous voulez et comme vous le voulez. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

La durée des entretiens n'est pas définie, mais elle pourrait être de l'ordre d'une heure. Il s'agira d'une discussion ouverte.

Chaque entretien sera enregistré puis retranscrit à l'écrit pour être analysé, et détruit à la fin de l'archivage de la recherche.

Le formulaire de non-opposition devra être impérativement signé avant la réalisation de l'entretien.

La participation à l'étude n'impliquera qu'un seul entretien, aucun suivi ultérieur ne sera réalisé, aucun examen particulier n'est nécessaire.

L'investigateur peut également décider d'arrêter votre participation à l'étude si vous ne respectez pas les recommandations qu'il vous a faites, pour des raisons médicales ou en cas d'arrêt prématuré de la recherche.

INTERET DE LA RECHERCHE

Il est difficile pour les enfants et adolescents de révéler les violences sexuelles qu'ils ont subies.

Beaucoup d'entre eux ne vont parvenir à révéler cette histoire traumatique que des années après.

Des questionnements spécifiques se posent autour de la révélation des violences sexuelles par les enfants et adolescents au cours du suivi en pédopsychiatrie.

Le récit de votre expérience nous sera utile pour mieux comprendre et prendre en charge des enfants et adolescents victimes de violences sexuelles. C'est pourquoi nous avons besoin de votre aide.

DROIT D'ETRE INFORME(E) DES RESULTATS GLOBAUX

Vous avez le droit d'être informé(e) des résultats globaux de la recherche à l'issue de celle-ci, conformément au dernier alinéa de l'article L.1122-1 du Code de la Santé Publique auprès de l'investigateur ou de son représentant désigné qui aura recueilli votre non-opposition.

Les résultats de cette recherche peuvent être présentés à des congrès ou dans des publications scientifiques.

Vous pourrez exercer votre droit à être informé des résultats directement auprès de l'investigateur.

La publication des résultats nécessite cependant plusieurs mois après la fin des entretiens.

CONFIDENTIALITE ET TRAITEMENTS DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Dans le cadre de la recherche impliquant la personne humaine à laquelle le Centre Hospitalier d'Argenteuil vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière.

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ce protocole de recherche sur l'Homme, dans le cadre d'une étude non interventionnelle (catégorie 3 des recherches impliquant la personne humaine), a reçu l'avis favorable en France du Comité de Protection des Personnes (CPP), Numéro 2139, a été transmis pour information à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des Produits de Santé (ANSM).

Le Promoteur a également procédé à toutes les formalités préalables applicables auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL), en particulier l'engagement de conformité à la méthodologie de référence MR003.

L'investigateur enregistrera la transcription écrite de l'entretien et la transmettra ensuite à l'équipe en charge de l'analyse qualitative. Le document de transcription sera uniquement identifié par un numéro de participant afin de garantir votre anonymat. Tous les fichiers et les dossiers dans lesquels apparaissent votre identité seront

gardés par votre investigateur à l'hôpital et resteront strictement confidentiels. Votre identité n'apparaîtra jamais sur aucun document, questionnaire, ni sur aucun rapport de l'étude du promoteur ni dans aucune publication.

Les informations vous concernant recueillies dans le cadre de l'étude seront traitées de façon confidentielle. Ces informations, pourront être consultées, après votre accord (non-opposition signée), par des représentants du Promoteur ou par des Autorités de Santé nationales et internationales, à des fins de validation, d'audit ou d'inspection.

Les données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement informatique. Elles ne seront transmises qu'au Promoteur ou à des tiers habilités et mandatés par le Promoteur pour conduire la recherche à savoir : chercheur en analyse qualitative, médecin, psychologue, directeur de projet, chef de projet, ainsi que, le cas échéant, aux Autorités de Santé, dans des conditions garantissant leur confidentialité et votre anonymat.

En France, conformément aux dispositions de la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'à la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, et du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit « RGPD »), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'un droit à l'oubli et d'effacement numérique de vos données recueillies dans le cadre de l'étude. Vous disposez du droit de vous opposer à participer à l'étude. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission ou au traitement de vos données couvertes par le secret professionnel que vous pouvez exercer à tout moment sans avoir à apporter de justification. Vous bénéficiez également d'un droit à la portabilité de vos données lorsque ce droit est applicable, d'un droit à la limitation du traitement de vos données et du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Vous pouvez exercer ces droits à tout moment auprès du délégué à la protection des données du Promoteur à l'adresse mail suivante antoine.guillot@ch-argenteuil.fr. Ces droits s'exercent auprès de l'investigateur dans le cadre de l'étude et qui seul connaît votre identité.

A l'issue de l'étude, vous pourrez, si vous le souhaitez, prendre connaissance des résultats globaux auprès de votre investigateur, conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique. Nous vous informons également de la possibilité de l'utilisation de vos données pour une recherche ultérieure en cas de non-opposition de votre part.

Vous avez le droit d'exprimer et de nous communiquer vos directives concernant le devenir des données vous concernant en cas de décès. Vous pouvez exprimer votre refus par écrit à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement dans ce contexte.

Toutes les personnes ayant accès aux données recueillies dans le cadre de l'étude, ont l'obligation, de par la législation en vigueur, de garder ces informations confidentielles.

En signant le formulaire de non-opposition en fin de ce document, vous acceptez cet examen de vos fichiers ainsi que le traitement et le transfert des informations personnelles vous concernant comme décrit ci-dessus.

Vous pourrez à tout moment faire valoir vos droits de vérification des données collectées auprès de votre investigateur

Enfin, si vous le souhaitez, vous pourrez informer votre médecin traitant de votre participation à l'étude.

En cas de retrait de la recherche

Si au cours de la recherche vous souhaitez ne plus y participer, les données vous concernant et acquises avant votre retrait seront exploitées par l'investigateur ou son représentant désigné, sauf si vous vous y opposez. Dans ce cas ces dernières ne seront pas analysées.

INDEMNITES

Aucune indemnité des participants n'est prévue pour la participation à cette recherche et aucun éventuel avantage financier ne peut être tiré de la participation à la recherche.

CADRE LEGISLATIF DE LA RECHERCHE IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE

Conformément à la Loi Modernisation Santé (n°2016-41 du 26 janvier 2016), l'Ordonnance RIPH (n°2016-800 du 16 juin 2016), son Décret n°2016-1537 du 16 novembre 2016, modifié par le Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017, cette étude est une recherche impliquant la personne humaine de type non interventionnelle (catégorie 3).

Cette recherche est menée conformément à la méthodologie de référence MR 003 homologuée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (Cnil) le 21 juillet 2016 et à laquelle le Centre Hospitalier d'Argenteuil s'est engagé à se conformer (récépissé n° 222 175 0v0).

QUESTIONS / INFORMATIONS

Si vous souhaitez obtenir des informations complémentaires sur l'étude ou si vous rencontrez un problème quelconque en cours de participation, veuillez contacter l'investigateur principal, le Docteur Sibeoni ou un membre de son équipe au numéro de téléphone : 0134232598.

En vous remerciant de votre lecture attentive de ce document, nous vous prions d'agréer, cher confrère, l'expression de toute notre considération et nos sincères remerciements en cas de participation.
Le Comité Scientifique de l'étude,

La non-opposition du soignant à participer à la recherche est confirmée par le chercheur réalisant l'entretien :

Nom : _____

Prénom : _____

Fonction : _____

Hôpital : _____

Date de non-opposition :

Signature :

4. Questionnaire de recueil de données systématique

Questionnaire de données recueillies auprès de soignants en service de pédopsychiatrie :

Identification du participant :

N°Centre []

A=Adolescent et jeune adulte, P=parent, M=médecin [M] Numéro de participant []

Initiales participants [] Date entretien [] [] [] (format JJ MM AAAA) Initiales du chercheur []

Age : [] ans

Sexe : H F

Service:

Type d'activité :

Ambulatoire. Hôpital de jour/CATTP. Hospitalisation

Nombre d'années d'expérience professionnelle (année post-internat pour les médecins) :

[] ans

Expérience de révélation directe : Oui. Non

Si oui, combien : []

Combien de découvertes de violences sexuelles depuis un an dans le service : []

5. Dispositif I.CARE

Cette association, créée à l'initiative des soignants, est un projet départemental de la Mayenne. Ses axes d'actions sont les psychotraumatismes, le transculturalisme, les situations d'exil, les professionnels et accompagnants. Elle est soutenue par le gouvernement via l'Agence Nationale de Cohérence des Territoires ainsi que par des associations. Si la pertinence des résultats concernant l'amélioration de l'état de santé mentale des personnes accompagnées par le dispositif se voit démontrée, une extension au reste du territoire français pourrait être envisagée.

Les actions proposées se décomposent en deux parties :

- un volet, pour les patients, via des prestations de soins (psychologiques et/ou psychosociales, individuelles et/ou groupales) avec une prise en charge par la sécurité sociale laissant un forfait de 10% à charge
- un volet pour les soignants et accompagnants, par l'accès à une plateforme de ressources.

La plateforme de ressources se décline en sessions de formation et sensibilisation, en interventions ponctuelles auprès des équipes de soins et accompagnants, en la mise à disposition de ressources (outils de communication, interprétariat, matériel). L'un de leurs programmes propose une analyse des pratiques, suivie d'une formation-action en interculturalité. Une équipe I.CARE propose de venir sur site, d'analyser ce à quoi les professionnels font face, de réaliser les premières supervisions à raison d'1h par semaine après 2 mois d'observation, puis après 3h de supervision, de mettre au point une formation sur mesure pour l'équipe. Un module sur les violences sexuelles est régulièrement intégré à la formation proposée puisqu'elles sont particulièrement retrouvées chez les populations vulnérables de ce type. A noter que les outils numériques de la plateforme sont accessibles à tous sur demande.

6. Dispositif UAPED (=Unités d'Accueil Pédiatriques Enfants en Danger)

Ces unités découlent du plan d'action né de la loi GUIGOUX de 1998. Elles sont considérées comme pleinement opérationnelles depuis l'apparition en leur sein des Salles Mélanie en 2012, et doivent donc être généralisées à l'ensemble du territoire francilien. L'objectif étant fixé à une UAPED par tribunal judiciaire.

Les UAPED sont situées dans les hôpitaux et sont liées aux Unités Médico-Judiciaires sous l'égide du service de médecine légale. On y trouve une salle Mélanie adaptée au recueil de la parole du mineur. La salle se doit d'être lumineuse, munie d'un miroir utilisé comme vitre sans tain, d'une caméra discrète mais dont l'enfant sera averti de la présence, d'un mobilier restreint pour ne pas détourner l'attention du mineur tout en restant confortable et coloré pour s'apparenter aux lieux fréquentés par ce dernier, d'éléments ludiques permettant au mineur de mettre en scène ses dires afin d'être le plus précis possible (poupées de différents genres/âges/couleurs de peau/tenues avec organes sexuels représentés, maison de poupée avec rôle des pièces clairement identifié, papiers et crayons...).

Le personnel présent dans une unité de ce type se doit d'être a minima un pédiatre, un pédopsychiatre et un médecin légiste mobilisables depuis leur lieu d'exercice, ainsi qu'un accueillant permanent (du lundi au vendredi, de jour uniquement) de type IDE ou psychologue. Leur rôle va être de créer une véritable interface avec l'aide des forces de l'ordre, entre les institutions du soin et du judiciaire, toutes deux nécessaires au parcours de la victime, et cela dans le but de ne pas sacrifier le soin à l'enquête et vice versa.

Pour activer ce dispositif, le professionnel (hospitalier ou libéral) recevant la révélation du mineur doit orienter celui-ci et son entourage vers une Maison de Protection des Familles afin de déposer plainte. Là-bas, ils rencontreront des gendarmes (85% des effectifs) ou des policiers (15% des effectifs) formés au recueil de la parole de l'enfant témoin ou victime de violences, tous types confondus. Une fois l'enregistrement de la plainte réalisé, l'officier pourra saisir l'UAPED pour organiser un rendez-vous d'accueil avec le jeune afin de lui faire découvrir les locaux et le dispositif. Suite à cela, une journée de rendez-vous sera bloquée sur l'UAPED avec les officiers de la Maison de Protection des Famille, le personnel soignant de l'UAPED, l'entourage du jeune et le mineur.

Lors d'une journée type, l'enfant sera accompagné à chaque étape par le « fil rouge » qui sera soit une IDE, soit un chien de soutien émotionnel formé par une association agréée telle handi'chien. Dans un premier temps, il sera interrogé, sans son entourage, par les officiers formés avec le protocole NICHHD, dans la salle Mélanie. Derrière la vitre sans tain se trouvera la psychologue qui rédigera un rapport analysant tout le langage non verbal pour venir compléter le discours du jeune. Dans un second temps, le mineur rencontrera le médecin légiste pour une expertise médico-légale (examen, photographie, prélèvements...). Dans un troisième temps, le jeune pourra au besoin rencontrer le pédiatre et le pédopsychiatre afin de réaliser une évaluation de son état de santé physique et mentale, et la nécessité de recevoir des soins hospitaliers d'emblée ou une prise en charge ambulatoire adaptée.

Les avantages de ce dispositif sont donc multiples. Il permet :

- de ne pas laisser le professionnel recevant la parole seul
- de ne pas risquer d'induire d'éléments erronés via les discours des différents professionnels rencontrés par le jeune ou de reconstruire de faux souvenirs
- de réaliser toutes les procédures en une seule journée et au même endroit
- de mettre en place un accompagnement de l'enfant le plus soutenant possible et d'évaluer directement après le retentissement de tout cela.

De plus, tous les enregistrements et documents découlant de cette journée seront transférés au parquet. Les rapports d'ordre médical et psychologique seront également transmis sur demande aux professionnels qui vont prendre en charge le mineur sur le plan du soin. Ainsi on va éviter la répétition du discours traumatique. A noter également que « le fil rouge » pourra se poursuivre au-delà de cette journée car il restera disponible pour le jeune en cas de question et pourra parfois l'accompagner au tribunal si besoin.

Un objectif secondaire des UAPED est l'aide à la rédaction de Notes d'Information Préoccupante, soit en formant au préalable les soignants, soit en leur proposant de répondre à leurs interrogations ponctuelles, soit en relisant leur écrit pour leur proposer des modifications avant envoi.

7. Le Centre National de Ressource et de Résilience et ses Centres Régionaux de Psychotraumatisme

Le CN2R, créé en juillet 2019, basé à Lille, a de multiples missions dont celles d'informer et de déstigmatiser le psychotraumatisme et l'état de stress post traumatique pouvant en résulter. Il exerce ses missions d'expertise, de soin et d'orientation via les CUMP si le psychotraumatisme a eu lieu il y a moins de 3 mois, et au-delà via les 17 CRP et leurs antennes disséminés sur le territoire.

Dans ces structures, le psychotraumatisme est défini comme une exposition à la mort, à une menace de mort, à une blessure grave ou, depuis novembre 2020 seulement, aux violences sexuelles. Cette expérience peut être vécue en étant directement exposé, en étant témoin (fréquent chez les mineurs), en apprenant qu'un proche/ami/membre de la famille a été confronté à un événement de ce type de façon violente ou accidentelle (d'où l'importance des scènes de restitution aux familles), en étant exposé de manière répétée ou extrême aux conséquences directes des événements de ce type.

Suite à la reconnaissance des violences sexuelles comme source de psychotraumatisme, un temps conséquent a été nécessaire afin d'organiser un programme de soins pour ces victimes et de former des équipes au sein des CRP. Depuis fin 2023, l'ensemble de ces structures accueille une patientèle exposée aux violences sexuelles, mais uniquement à partir de 16 ans. Le CN2R rapporte prendre conscience de la nécessité de couvrir la population mineure et compte étendre son offre de soins, notamment par la création d'antennes pédopsychiatriques (date non divulguée pour le moment), dont la première serait certainement basée en Normandie, et d'un plan de formation à l'intention des IDE de secteur. Ces dernières étant régulièrement les premières interlocutrices avant d'accéder à un rendez-vous avec un pédopsychiatre, il semble important de les sensibiliser à chercher le traumatisme et accueillir la parole.

Les CRP proposent également des formations à l'égard des psychologues et psychiatres, avec comme principaux axes : l'emploi des échelles CAPS (échelle la plus reconnue internationalement pour l'évaluation du psychotraumatisme, possédant une version adaptée aux mineurs), la thérapie d'exposition prolongée et la thérapie des processus cognitifs.

De plus, le CN2R a regroupé (et continue à chercher) des professionnels actuellement en formation, et qui vont être déployés sur le territoire, notamment dans les lieux avec absence d'antenne, pour organiser une formation continue sur le thème du traumatisme, auprès de leurs collègues de secteur. Le but est un élargissement de l'accessibilité aux soins, là où la demande se fait sentir, puisque les CRP ne peuvent accueillir tous les patients. Par ailleurs, tous les patients n'ont pas les moyens de se rendre en CRP.

8. Dispositif de la COSSE (Coordination Santé Seine-Eure)

Le but initial de ce dispositif est de rendre accessibles les soins, sur le plan financier, pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes en difficulté pécuniaire. Il cible la prise en charge des troubles dépressifs et des troubles du comportement alimentaire. Ainsi, le coût d'une séance chez un psychologue est pris en charge à hauteur de 45 euros par le dispositif, avec un forfait de 5 euros de reste à charge pour le patient. Les conditions préalables sont l'établissement d'un diagnostic et d'un certificat par un médecin puis l'adressage du patient vers un psychologue ayant adhéré au projet via la plateforme de coordination territoriale. Devant le nombre important et croissant de patients jeunes souffrant de symptômes réactionnels à des violences sexuelles, le dispositif a décidé d'étendre temporairement son offre à cette population. Dans les pistes envisagées, le relais pourrait être pris au niveau local par les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. Trois d'entre elles sont à l'heure actuelle volontaires pour débiter des prises en charge, et par la suite être évaluées afin de déterminer si cette solution semble pérenne. Si tel est le cas, l'ARS pourrait débloquer des fonds pour ces communautés.