

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2022

N° : 10

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention D.E.S. Psychiatrie

PAR
KUNTZ Floriane
Née le 22.08.1990 à Schiltigheim

Violences sexuelles chez l'enfant et l'adolescent
en psychiatrie infanto-juvénile :
Repérage, accompagnement et conduite à tenir

Président de thèse : Madame le Professeur Carmen Schröder

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Julie Rolling (PH)

Monsieur le Docteur Grégory Hauswald (PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP0 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP0 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP0 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre 	49.01 Neurologie

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

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

CU : Chef d'unité fonctionnelle

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

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Hépatodigestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

MO142 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYMÉ-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	48.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLÈRE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCÉF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	46.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Exploration fonctionnelle / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
HERMITTE Benoit M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONA Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Haute-pierre
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pr RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18
 CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMLEH Marc (Médecine Interne) / 01.09.98
 JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
 WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

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

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerlich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

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

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

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

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

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

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

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Carmen Schröder.

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci de l'intérêt que vous portez à mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet.

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude.

À Madame le Docteur Ariane Zaloszc.

Je vous exprime ma gratitude pour avoir accepté de juger mon travail. Recevez mes considérations respectueuses.

À Madame le Docteur Julie Rolling.

Merci d'avoir accepté de co-diriger ce travail. Merci pour ta bienveillance, ton soutien et ton aide précieuse.

À Monsieur le Docteur Grégory Hauswald.

Merci d'avoir accepté de me guider dans ce travail en tant que co-directeur de thèse. Merci d'avoir été présent dès le choix du sujet jusqu'à la soutenance. Merci pour ta disponibilité, ta bienveillance, ta réflexion.

De manière plus personnelle, merci de m'avoir accompagnée tout au long de mon internat. Tes qualités professionnelles et humaines sont un exemple pour moi.

Reçois le témoignage de ma profonde estime.

À toute l'équipe de l'unité ados de Molsheim, merci pour votre professionnalisme, votre humour et votre bonne humeur. Nous en avons besoin au quotidien. C'est un plaisir de travailler avec vous.

À mes beaux-parents, merci pour votre présence, votre disponibilité et vos conseils.

À mon papi, merci d'avoir été une écoute attentive, par ces mots je te rends hommage.

À mon frère, merci pour ta présence et ta sollicitude.

À mes parents, merci pour votre soutien inébranlable, votre amour, votre confiance. Merci de m'avoir transmis des valeurs comme le respect, la bienveillance et l'intégrité. Elles guident mes pas et m'ont permis de devenir la femme que je suis aujourd'hui.

À mon amour, Clément. Merci de m'avoir soutenue durant toutes ces longues années, du premier jour jusqu'à maintenant. Merci d'avoir accepté de sacrifier plusieurs moments à deux pour que je puisse réaliser mon rêve de devenir Docteur. Merci de m'avoir écoutée, soutenue, réconfortée, aimée. Merci d'avoir été à mes côtés mais également de m'avoir rappelé que la vie ne se résume pas qu'à réussir ses études, qu'il faut aussi la vivre, la vivre à deux et maintenant à trois.

À ma fille, mon éclat de soleil, mon bonheur, à Léna.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	24
PREMIÈRE PARTIE : état des lieux des connaissances sur les violences sexuelles chez les mineurs	27
I. Définitions de la violence sexuelle chez le mineur	28
1. Définitions médicales	28
2. Définitions des violences sexuelles sur un mineur dans la juridiction française	30
2.1. Le viol chez une personne mineure	30
2.2. Les agressions sexuelles autres que le viol	30
2.3. Le harcèlement sexuel	31
2.4. L'inceste	31
2.5. Viols sur mineurs : la loi du 21 avril 2021	32
2.6. Rappel sur les définitions des majorités pénale et sexuelle	33
II. Epidémiologie	34
1. Prévalence au niveau mondial	34
2. Prévalence en France	35
2.1. Les enquêtes de victimation	35
2.2. Les données du Ministère de l'Intérieur et du Ministère de la Justice	38
3. Conclusion	40

III. Le psychotraumatisme et ses manifestations symptomatiques chez les mineurs	40
1. Généralités sur le psychotraumatisme	40
1.1. Qu'est-ce que le psychotraumatisme ?	41
1.2. Perspectives historiques	41
1.3. Catégorisation des traumatismes	45
1.4. Les entités cliniques	47
1.5. Les mécanismes du psychotraumatisme et ses conséquences	52
1.6. Le psychotraumatisme et la violence sexuelle	57
2. Les signes cliniques pouvant être présents en entretien de pédopsychiatrie	58
2.1. Les troubles cognitifs	59
2.2. Les troubles du comportement	60
2.3. Les troubles du comportement alimentaire	62
2.4. Les troubles dépressifs	63
2.5. Les troubles anxieux et le sentiment de culpabilité	64
2.6. Les troubles psychotiques	64
2.7. Les troubles à expression somatique	66
2.8. Les signes cliniques en fonction de l'âge de l'enfant	67
2.9. Conclusion	69
IV. De la suspicion de violences sexuelles chez le mineur à sa révélation	69
1. Les facteurs de risques d'une violence sexuelle chez le mineur	69
2. Accompagner la révélation chez le mineur	71
V. Les démarches médico-légales	72

1. Le secret médical	72
2. Le signalement et l'information préoccupante	73
3. L'hospitalisation du mineur	75
VI. Prise en charge	76
1. Evaluation initiale	77
1.1. L'évaluation sociale	78
1.2. L'évaluation judiciaire	79
1.3. L'évaluation médico-psychologique	79
2. Les recommandations dans la prise en soin du TSPT chez l'enfant et l'adolescent	80
2.1. Les recommandations francophones	80
2.2. Les recommandations anglophones	82
3. Approches thérapeutiques	82
3.1. Les thérapies cognitivo-comportementales	83
3.2. La thérapie par désensibilisation et retraitement par mouvement oculaires (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR)	86
3.3. L'approche psychodynamique	87
3.4. La pharmacothérapie	87
DEUXIÈME PARTIE : étude sur le repérage et l'accompagnement des patients victimes de violences sexuelles en psychiatrie infanto-juvénile	88
I. Justifications et objectifs	88
II. Matériel et méthode	89
1. Etude	89
2. Population étudiée	90

3. Méthode de recueil	90
4. Evaluation	91
5. Analyses statistiques	92
III. RÉSULTATS	93
1. Données des caractéristiques descriptives des participants	93
2. Repérage des violences sexuelles : pratique et perception des connaissances des pédopsychiatres	97
3. Accompagnement des patients victimes de violences sexuelles : pratique et perception des connaissances des pédopsychiatres	101
4. Une prise en charge d'un.e patient.e victime de violences sexuelles	108
5. Analyse comparative des pratiques, perceptions, et connaissances des pédopsychiatres	112
IV. DISCUSSION	117
1. Forces et faiblesses de l'étude	117
1.1. L'originalité du thème	117
1.2. L'échantillon des pédopsychiatres	118
2. Concernant les résultats de l'enquête	119
2.1. Le repérage des violences sexuelles	119
2.2. L'accompagnement des patients mineurs victimes de violences sexuelles	120
3. Propositions	125
CONCLUSION	127
ANNEXES	132
BIBLIOGRAPHIE	153

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire adressé aux pédopsychiatres de l'interrégion Nord-Est.....	132
Annexe 2 : Coordonnées et liens envoyés avec le questionnaire.....	149
Annexe 3 : Cartographie du taux de réponse au questionnaire dans la région Grand-Est selon les départements.....	152

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des victimes de VS à caractère incestueux selon la catégorie d'âge (30).....	39
Figure 2 : Orientations psychotérapeutiques principales des pédopsychiatres (N=67).....	95
Figure 3 : Type de psychothérapies centrées sur le psychotraumatisme chez les pédopsychiatres formés (N=17).....	96
Figure 4 : Déclaration de la perception de connaissance concernant le psychotraumatisme chez les pédopsychiatres (N=67).....	98
Figure 5 : Hypothèses des pédopsychiatres sur la cause de la hausse des révélations de VS depuis mars 2020 (N=34).....	100
Figure 6 : Déclaration des pédopsychiatres par rapport aux doutes sur la conduite à tenir suite à une suspicion/révélation de VS (N=67).....	102
Figure 7 : Perception des pédopsychiatres sur la qualité de leur formation personnelle pour accompagner les patients victimes de VS (N=67).....	102
Figure 8 : Pratique des pédopsychiatres concernant la rédaction d'un signalement au procureur de la République (N=67).....	103
Figure 9 : Pratiques et connaissances des pédopsychiatres concernant le centre régional de psychotraumatisme de leur territoire (N=67).....	105
Figure 10 : Perception des pédopsychiatres sur leur connaissance du centre régional de psychotraumatisme de leur territoire.....	106
Figure 11 : Attentes des pédopsychiatres concernant le centre régional de psychotraumatisme de leur territoire.....	107
Figure 12 : Classes médicamenteuses prescrites par les pédopsychiatres chez les patients victimes de VS (N=59).....	108
Figure 13 : Prise en charge immédiate des pédopsychiatres à la suite de révélation d'une agression sexuelle par leur patient (N=67).....	111

Figure 14 : Pratique de la suite de prise en charge des patients victimes de VS par les pédopsychiatres (N=67).....112

Figure 15 : Analyse comparative de la proportion de patients à bénéficier d'une psychothérapie centrée psychotraumatisme : les différences significatives.....114

Figure 16 : Analyse comparative concernant les doutes sur la conduite à tenir après une révélation de VS : les différences significative.....115

Figure 17 : Analyse comparative sur la perception de la qualité de la formation des pédopsychiatres dans l'accompagnement des victimes de VS : les différences significatives.....116

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition par groupe d'âge des violences sexuelles (hors harcèlement ou exhibitionnisme) au cours de la vie, selon le sexe de la personne victime, en % (26).....	36
Tableau II : Caractéristiques socio-démographiques des pédopsychiatres (N=67).....	94
Tableau III : Déclaration des pratiques et perception des connaissances des pédopsychiatres concernant le repérage de violences sexuelles (N=67).....	97
Tableau IV : Pratiques des pédopsychiatres concernant l'orientation des patients victimes de violences sexuelles (N=67).....	104

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- Axe HHS** : Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien
- CIM** : Classification Internationale des Maladies
- CRIP** : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
- CRP** : Centre Régional de Psychotraumatisme
- DSM** : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
- EMDR** : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- ENVEFF** : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France
- FFI** : Faisant Fonction d'Interne
- FFP** : Fédération Française de Psychiatrie
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- INED** : Institut National d'Etude Démographique
- JPT** : Jeux post-traumatiques
- ONDRP** : Observatoire National de la Délinquance et sur des Réponses Pénales
- TBP** : Trouble de la personnalité borderline
- TCA** : Troubles du comportement alimentaire
- TCC** : Thérapie Cognitivo-Comportementale
- TCC-T** : Thérapie Cognitivo-Comportementale axé sur le Traumatisme
- TCD** : Thérapie Comportementale Dialectique
- TF-CBT** : Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy
- TSPT** : Trouble de stress post-traumatique
- TSPTc** : Trouble de stress post-traumatique complexe
- VS** : Violences sexuelles

INTRODUCTION

Le sujet des violences sexuelles chez les mineurs demeure souvent tabou dans notre société. Il provoque l'effroi lorsqu'il est mentionné et ébranle nos croyances sur la nature-même de l'humanité.

Cette thématique bien qu'ancienne reste toujours d'actualité. En effet la parole commence juste à se libérer grâce au hashtag #Metoolinceste (1), créé en France en janvier 2021 quelques jours après la parution du livre *La Familia Grande* de Camille Kouchner (2). Ces témoignages d'agressions sexuelles subies majoritairement dans l'enfance et dans le cercle intrafamilial ont pour but de briser la loi du silence qui entoure les victimes et de changer le regard de la société sur ce sujet.

D'un point de vue médical, les violences sexuelles sur les mineurs sont un des enjeux majeurs de santé publique en raison de leur ampleur, de leurs conséquences psychopathologiques et psychotraumatiques à court, moyen et long terme.

En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) met en évidence qu'une fille sur cinq et qu'un garçon sur quatorze sont victimes de violences sexuelles dans le monde (3). En France, les enquêtes de victimation estiment qu'au moins 130 000 filles et 35 000 garçons subissent un viol ou une tentative de viol chaque année (4). Pour autant, seules 10% des agressions vont faire l'objet d'un dépôt de plainte (5).

Ces violences ont un impact plus ou moins important sur le développement psychoaffectif et cognitif de l'enfant se traduisant par plusieurs types de troubles qui ne sont pas pathognomoniques de l'existence d'une maltraitance sexuelle et diffèrent d'un patient à l'autre. De fait, leur repérage souvent difficile retarde le diagnostic ainsi que la prise en charge sanitaire, socio-éducative et judiciaire.

Par ailleurs, les professionnels de santé sont les premiers interlocuteurs des personnes victimes de violences sexuelles dans 18% des situations (5). Ils doivent donc être sensibilisés et formés à cette problématique pour permettre un meilleur repérage, proposer un accompagnement et une thérapie efficace.

Dans ces situations, le rôle du pédopsychiatre traitant est complexe. En plus de la prise en soin habituelle, il doit avoir un positionnement clair vis-à-vis de la loi et doit pouvoir accompagner le mineur et sa famille vers un parcours judiciaire, voire mettre à l'abri le patient s'il est en danger. Cela suppose d'acquérir des compétences dans ce domaine et de créer un réseau spécifique avec des partenaires sensibilisés à cette problématique. De plus, les recommandations actuelles préconisent des soins fondés sur une prise en charge globale intégrant une psychothérapie centrée sur le psychotraumatisme (6,7,8).

Ce travail tente d'appréhender la place des pédopsychiatres traitants dans le repérage, l'accompagnement et la prise en soin de ces patients mineurs, victimes de violences sexuelles.

Dans la première partie de cet écrit, nous dresserons un état des lieux des connaissances sur les violences sexuelles chez les mineurs ainsi que leurs conséquences psychopathologiques grâce à une revue de la littérature. Nous nous intéresserons également au cadre juridique contemporain et à quelques données épidémiologiques. Nous préciserons ensuite les démarches médico-légales à entreprendre en fonction des situations. Enfin, nous évoquerons la prise en soins thérapeutique.

Dans un deuxième temps, nous aborderons le repérage et l'accompagnement des patients mineurs victimes de violences sexuelles par les pédopsychiatres traitants. L'élaboration d'une étude descriptive et quantitative nous permettra de relever les

connaissances, pratiques et compétences des pédopsychiatres de l'interrégion Nord-Est ainsi que les difficultés rencontrées lors de ces prises en soins. Nous confronterons ensuite les résultats à une revue de bibliographie pour nourrir une réflexion entre les recommandations sur le repérage ainsi que sur la prise en soins et la pratique actuelle.

PREMIÈRE PARTIE : ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES SUR LES VIOLENCES SEXUELLES CHEZ LES MINEURS

Ce n'est qu'à partir des années 1980 que la littérature scientifique internationale commence à étudier les violences sexuelles commises sur les mineurs.

Pourtant dès la deuxième moitié du XIXe siècle, plusieurs médecins légistes français soulignent la fréquence des agressions sexuelles sur les enfants.

Un des plus renommés, Ambroise Tardieu, recense 9125 personnes accusées d'atteinte aux mœurs sur les enfants entre 1857 et 1869 (9). Il souligne le caractère incestueux de nombreux de ces délits ainsi que la grande proportion de la présence d'enfants de moins de 10 ans dans ces affaires. Par son travail et celui de ses confrères, la communauté scientifique française est rendue attentive à ce phénomène et aux possibles « perturbations psychiques » que peuvent présenter les enfants victimes (10).

Cependant, les travaux sur ce sujet se raréfient dans la première moitié du XXe siècle et les agressions sexuelles sont souvent passées sous silence. Selon le professeur de psychologie Hubert Van Gijsegem, il existe deux explications à ce phénomène (9) :

- La première est liée à la symbolique sacrée de la famille par l'Eglise catholique qui promeut le patriarcat. Il demeure impensable et tabou que ces atrocités puissent se dérouler au sein d'une famille.
- La deuxième est en lien avec la vision de Sigmund Freud qui abandonne sa théorie de la séduction au profit du fantasme œdipien en 1897. Ceci traduit la difficulté de l'époque à considérer ces agressions comme réelles.

A partir des années 1970, les mouvements féministes participent à une libération de la parole. La société s'interroge sur ces agressions sexuelles et une véritable discussion s'installe dans l'espace public (11). Plusieurs adaptations du Code Pénal s'en suivent.

Plus récemment, suite à la prise de parole chez les femmes grâce au *#MeeToo* aux Etats Unis ou *#BalanceTonPorc* en France en 2017, le sujet des violences sexuelles subies à l'âge adulte principalement émerge dans l'opinion publique. Ce n'est que quatre ans plus tard que le *#MeeToolnceste* voit le jour et dénonce les agressions sexuelles subies cette fois-ci dans l'enfance, le plus souvent dans un cadre intrafamilial.

La justice se réinterroge alors sur ses textes de lois parfois imprécis et travaille à des modifications du cadre législatif. Celui-ci aboutit le 21 avril 2021 avec la promulgation d'une nouvelle loi qui définit plus précisément les agressions sexuelles sur mineurs et les peines encourues (12).

I. Définitions de la violence sexuelle chez le mineur

1. Définitions médicales

Les notions de violence sexuelle ou de maltraitance sexuelle chez le mineur sont complexes, voire floues.

La conférence de consensus sur les conséquences des maltraitances sexuelles par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) en 2003 (13) reprend plusieurs définitions :

- celle de la maltraitance infantile de l'Observatoire national de l'action sociale qui caractérise « tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes, ayant des conséquences sur son développement physique et psychologique » (14),

- celle de la maltraitance sexuelle de l'Organisation Mondiale de la santé qui implique « une exploitation sexuelle qui s'appuie sur la notion de l'abus et de ses modalités : abus sans toucher, abus avec toucher sans violence, abus avec violence, attitudes malsaines, modalités de type passif relevant d'une action de protection et d'un climat incestueux et de type actif impliquant attouchement et prostitution » (15).

La distinction entre les violences sexuelles avec contact et sans contact physique est faite dans les recommandations du National Institute for Health and Clinical Excellence en 2009 (16).

Notons que le terme d' « abus sexuel » est une mauvaise traduction de l'anglais. Ce terme est contesté par plusieurs auteurs francophones car il insinue que le geste est simplement excessif.

Actuellement l'emploi du terme « violences sexuelles » fait de plus en plus consensus.

En 2013, l'OMS définit la violence sexuelle ainsi : « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » (17).

Cette définition devient la référence dans les publications internationales. Elle cible tout acte sexuel, sans distinction, imposé à la victime par la force, le chantage, la surprise ou la menace.

2. Définitions des violences sexuelles sur un mineur dans la juridiction française

La terminologie d' « agressions sexuelles » est retenue dans le Code pénal. Les agressions sexuelles correspondent à « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise » (18).

2.1. Le viol chez une personne mineure

Le viol est considéré comme la plus grave des agressions sexuelles. C'est un crime. Il est défini par les articles 222-23 à 222-26-1 du Code pénal répondant à « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis par un majeur sur la personne d'un mineur de quinze ans ou commis sur l'auteur par le mineur, lorsque la différence d'âge entre le majeur et le mineur est d'au moins cinq ans » (18).

L'affaire est jugée par la cour d'assise.

L'auteur encourt jusqu'à 20 ans de réclusion criminelle en cas de circonstance aggravante. Le fait que la victime ait moins de 15 ans, qu'elle soit une personne dite vulnérable ou que l'auteur soit « un ascendant légitime naturel ou adoptif ou par toute personne ayant autorité sur la victime » est considéré comme une circonstance aggravante (18).

2.2. Les agressions sexuelles autres que le viol

Les agressions sexuelles autres que le viol sont caractérisées par les articles 222-27 à 222-31 du Code pénal.

Elles sont définies comme étant des agressions sexuelles sans pénétration. Elles sont considérées comme un délit et jugées par le tribunal correctionnel. L'auteur

risque 10 ans de réclusion criminelle et 150 000 euros d'amende si la victime a moins de 15 ans.

2.3. Le harcèlement sexuel

Le harcèlement sexuel est un délit. Il est caractérisé par « le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante » (18).

L'auteur risque 3 ans de prison et 45 000 euros d'amende si des circonstances aggravantes sont retrouvées.

2.4. L'inceste

La notion d'inceste est introduite pour la première fois dans le Code Pénal en Février 2010. Abrogée par le Conseil constitutionnel à la suite de diverses oppositions, elle sera à nouveau rétablie par le texte législatif du 14 Mars 2016 et affinée par la loi du 21 avril 2021 comme suit :

« Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis par :

1° Un ascendant ;

2° Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un grand-oncle, une grand-tante, un neveu ou une nièce ;

3° Le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées aux 1° et 2° ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité à l'une des personnes mentionnées aux mêmes 1° et 2°, s'il a sur la victime une autorité de droit ou de fait.» (18).

Dans ce nouveau texte, le retrait total ou partiel de l'autorité parentale si le titulaire est l'agresseur est requis, de même que le retrait de l'autorité ou de l'exercice de l'autorité sur la fratrie est à envisager.

2.5. Viols sur mineurs : la loi du 21 avril 2021

Ce projet de loi, déposé au Sénat le 21 Janvier 2021 est adopté de manière unanime lors de sa première lecture. Il est modifié pour ensuite être présenté et adopté, à nouveau à l'unanimité, par l'Assemblée Nationale le 15 Mars 2021 (12).

Cette nouvelle loi, promulguée le 21 avril 2021, définit deux seuils d'âge de non-consentement ainsi que quatre nouvelles infractions caractérisant les violences sexuelles :

- « le **crime de viol sur mineur de moins de 15 ans**, puni de 20 ans de réclusion criminelle ;
- le **crime de viol incestueux sur mineur** (de moins de 18 ans) et "**qualifié d'inceste**", puni de 20 ans de réclusion criminelle ;
- le **délit d'agression sexuelle sur mineur de moins de 15 ans**, puni de 10 ans de prison et de 150 000 euros d'amende ;
- le **délit d'agression sexuelle incestueuse sur mineur** (de moins de 18 ans), puni de 10 ans de prison et de 150 000 euros d'amende » (12).

Cette loi prévoit une clause nommée « Roméo et Juliette » qui rend légale une relation sexuelle consentie, hors inceste, entre une personne mineure et une personne majeure si elles ont moins de 5 ans d'écart d'âge.

Elle définit aussi clairement les actes bucco-génitaux comme des viols et élargit le champ de l'inceste aux frères et soeurs des grands-parents de la victime.

Après une réflexion sur le délai de prescription et la question de sa suppression, celui-ci reste établi à 30 ans après la majorité de l'enfant (soit aux 48 ans révolus de la personne). En effet, cette notion juridique est très réglementée et l'imprescriptibilité est réservée (dans la législation française) aux seuls crimes contre l'humanité (19). Par contre le principe de « prescription glissante » est introduit. Si l'auteur de la violence sexuelle agresse une nouvelle personne, le délai de prescription peut être prolongé jusqu'à la date de prescription de la nouvelle infraction afin qu'il soit jugé pour l'ensemble des faits commis (12).

2.6. Rappel sur les définitions des majorités pénale et sexuelle

- **La majorité pénale**

En France, depuis février 1945, la majorité pénale est établie à l'âge de 18 ans. La personne est reconnue comme responsable de ses actes et donc passible de sanction pénale. Avant cet âge, le jeune comparaît devant une juridiction spécialisée. Il peut bénéficier de « l'excuse de minorité » qui atténue la reconnaissance de sa responsabilité et la peine encourue (20).

- **La majorité sexuelle**

La majorité sexuelle est un terme qui n'existe pas dans les textes législatifs (18). Elle est suggérée indirectement par plusieurs articles du Code pénal. Cette majorité est implicitement établie à l'âge de 15 ans. On considère dans ce cas que le mineur est apte à donner son consentement. Avant cet âge, si un mineur a une relation sexuelle avec un majeur de plus de 5 ans son aîné, même consentie, il y a crime de viol ou d'agression sexuelle sur mineur (12,18).

II. Epidémiologie

1. Prévalence au niveau mondial

Les violences sexuelles sur mineur sont une préoccupation mondiale. Leurs impacts sur la santé mentale et physique de la victime apparaissent comme un problème de santé publique majeur dans la littérature internationale. L'OMS met en évidence qu'une fille sur cinq et qu'un garçon sur quatorze en sont victimes dans le monde (3).

Afin de pouvoir répertorier des données les plus fiables possibles, plusieurs méta-analyses ont été réalisées. La plus importante a analysé 217 études, publiées de 1980 à 2008, regroupant un échantillon total de près de dix millions de sujets (21). La prévalence retrouvée des violences sexuelles chez les mineurs était de 11,8%. Elle s'élevait à 18 % pour les filles [IC 95% : 16.4-19.7] et à 7,6% pour les garçons [IC 95% : 6.6-8.6].

La revue de littérature de Barth et al. a mesuré un risque multiplié par 2 voire 3 d'être victime de violence sexuelle pour une fille par rapport à un garçon (22). Ce risque est multiplié par 5,5 selon la méta-analyse de Pereda et al. (23).

Ces revues de la littérature ont souligné les résultats hétérogènes de ces études. Les auteurs l'expliquent par les méthodologies utilisées : les définitions des violences sexuelles, le type d'enquête (auto questionnaire, entretien), les critères d'inclusion diffèrent d'une étude à l'autre, influent sur la prévalence des violences sexuelles et rendent difficile la comparaison des différentes études.

2. Prévalence en France

Nous pouvons appréhender la prévalence des violences sexuelles en France via plusieurs enquêtes de victimation, mais aussi par les données du Ministère de l'Intérieur qui publie le ***bilan statistique de l'insécurité et de la délinquance*** chaque année, ainsi que celles du Ministère de la Justice qui donne les chiffres des affaires traitées.

2.1. Les enquêtes de victimation

L'***Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France (ENVEFF)*** menée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en partenariat avec l'Institut National d'Étude Démographique (INED) et Institut de Démographie de l'Université Paris1, est une des premières enquêtes de victimation ayant eu un impact sur la prise de conscience de l'étendu du phénomène à l'échelle nationale. Réalisée en 2000 sur un échantillon de près de 7000 femmes de plus de 20 ans, l'enquête a conclu qu'1% des femmes interrogées avait déclaré avoir été victimes d'une agression sexuelle dans l'année (24).

Six ans plus tard, une enquête similaire ciblant le ***Contexte de la Sexualité en France (CSF)*** menée par l'INED a repris le questionnaire de l'ENVEFF et a permis de comparer ces deux études (25). Elle a interrogé un échantillon de 5762 femmes et 4641 hommes dont 16% des femmes et 5% des hommes ont déclaré avoir subi des violences sexuelles durant leur vie entière. Dans ce groupe, 59% des femmes et 67% des hommes ont rapporté que les premières agressions avaient lieu avant l'âge de 18 ans. Ces derniers résultats ont mis en évidence des chiffres bien plus importants que ceux relevés par l'enquête de 2000. Ils ont été interprétés comme

étant le reflet d'une prise de conscience de la population sur le caractère intolérable de ces violences, amenant les victimes à dénoncer leur vécu.

Certains auteurs, comme le Dr Salmona, se sont alors basés sur ces pourcentages, sur les résultats de l'Observatoire National de la Délinquance et sur des Réponses Pénales (ONDRP) pour estimer que chaque année 130 000 filles et 35 000 garçons étaient victimes de viols ou tentatives de viols (4).

En 2015, l'étude **Virage** a également actualisé les résultats de l'enquête ENVEFF. Elle a interrogé un échantillon de près de 27 000 personnes pour mieux analyser les violences subies en France et essayer de les caractériser (type, contexte et circonstance). Une analyse par âge des premières violences sexuelles a été réalisée et a mis en évidence que 50% des victimes auraient été agressées avant l'âge de 10 ans (Tableau I) (26). Ce constat incite à un repérage précoce pratiqué par l'ensemble des professionnels au contact des enfants.

Tableau I : Répartition par groupe d'âge des violences sexuelles (hors harcèlement ou exhibitionnisme) au cours de la vie, selon le sexe de la personne victime, en % (26)

Groupe d'âge	Viol et tentative de viol		Autres agression sexuelle	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
0-10 ans	27,0	34,1	23,3	20,4
11-14 ans	11,3	25,1	15,3	17,8
15-17 ans	14,4	16,3	16,3	12,5
18-24 ans	21,3	5,7	19,5	17,2
25 ans & +	25,8	18,8	25,0	32,0
NSP/NVPD⁽¹⁾	0,3	0,0	0,6	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>(Effectif observé)</i>	<i>(632)</i>	<i>(77)</i>	<i>(3 422)</i>	<i>(567)</i>

Source: Ined, enquête Virage 2015.

Champ: Femmes et hommes âgés de 25 à 69 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire, ayant subi au moins une violence sexuelle au cours de leur vie.

Note 1. NSP: Ne sait pas; NVPD: Ne veut pas dire

En 2017, l'étude menée par le **Baromètre de la Santé Publique en France** sur un échantillon de 25 182 personnes ayant comme objectif « d'évaluer l'état de santé mentale des personnes ayant déclaré avoir subi des violences sexuelles avant 15 ans » (27) a retrouvé une prévalence de 5,6% de violences sexuelles, avec un sex ratio de 0,18.

Ces différentes études ont été menées sur une population dite « tout public ». Dans un souhait de mieux appréhender le parcours des personnes victimes de violences sexuelles dans leur enfance, l'association **Mémoire traumatique et Victimologie** a réalisé deux enquêtes:

- **Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte** en 2015 sur 1214 victimes de violences sexuelles âgées de 15 à 72 ans (5).
- **Violences sexuelles dans l'enfance, enquête auprès des victimes** en 2019 sur 502 sujets majeurs ayant subi des violences sexuelles dans leur enfance (4).

Nous retenons notamment comme résultats de ces enquêtes que (4,5) :

- l'âge moyen de la première agression est de 10 ans.
- 20% avaient moins de 6 ans et 50% moins de 11 ans (même résultat obtenu que dans l'enquête Virage citée ci-dessus) au moment de la première agression.
- 70% ont vécu plusieurs types de violences sexuelles ou des violences sexuelles à répétition.
- le risque de subir un viol est multiplié par 4 pour une personne handicapée par rapport à la population générale.
- l'agresseur est un homme dans neuf cas sur dix.
- plus la violence survient tôt dans la vie, plus la probabilité qu'elle soit incestueuse est grande.
- 25% des agresseurs sont des mineurs.

Ces enquêtes témoignent de l'importance des agressions sexuelles en France. Les résultats de ces différentes études de victimation rejoignent celles des méta-analyses internationales citées précédemment.

2.2. Les données du Ministère de l'Intérieur et du Ministère de la Justice

- **Les données du Ministère de l'Intérieur**

Le premier *bilan statistique de l'insécurité et de la délinquance de 2018*, publié par le Ministère de l'Intérieur, note une hausse des plaintes pour viol de 16,8% et des plaintes pour agression sexuelle de 20,4% par rapport à l'année 2017(28,29).

Les premières plaintes pour violence sexuelle sont enregistrées dans l'enfance.

En effet le taux de victimation pour viol atteint 0,7 fille pour 1000 entre 6 et 12 ans puis à l'âge de 16 ans ce taux passe à 2,3 victimes de viols enregistrés pour 1 000 filles. Pour les garçons un pic est enregistré à 6 ans à raison de 0,4 plainte pour 1000, pour 0,3/1000 en 2017.

Il est intéressant de souligner que, malgré une forte hausse du taux de victimation en 2018, celui concernant le viol chez les filles ne change pas. Ce taux augmente de 0,5 pour les agressions sexuelles chez les filles et de 0,1 chez les garçons.

La *note 57 de décembre 2020 de l'ONDRP* se focalise sur les victimes de violence sexuelle à caractère incestueux (30). Ces données ont été récoltées entre 2016 et 2018 suite aux différentes plaintes d'agression sexuelle enregistrées par la police ou gendarmerie. Les deux tiers de ces plaintes avaient un caractère incestueux. Sur les 4341 victimes, 77% étaient des femmes et 98% étaient mineures. Plus de la moitié avaient moins de 4 ans. Dans cette catégorie d'âge la proportion des

hommes et des femmes victimes est très proche : respectivement 54% et 52% (Figure 1).

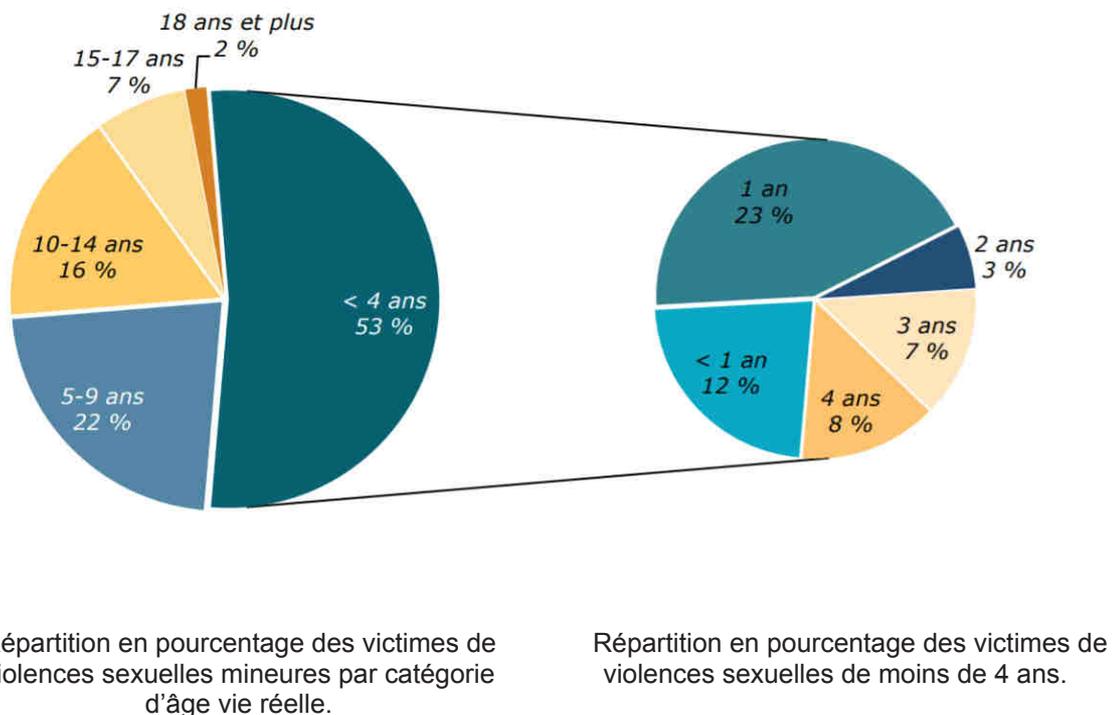
- **Les données du ministère de la justice**

Selon le ministère de la justice en 2016, plus de 38 000 affaires ont été traitées par les parquets : plus de la moitié étaient des violences sexuelles (VS), avec 40% d'agressions sexuelles dont 17% de viols (31).

La moitié des agressions sexuelles a été signalée par un tiers (parents, éducation nationale, système de santé) et non par le mineur lui-même.

Deux pics de plus forte prévalence de violences sexuelles ont été répertoriés en fonction de l'âge : un premier vers l'âge de 6 ans (cibles des agresseurs pédophiles) et un deuxième vers 14 ans (avec l'entrée dans la puberté).

Figure 1 : Répartition des victimes de VS à caractère incestueux selon la catégorie d'âge (30).



Source: Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, Base des personnes victimes de crimes et délits 2016-2018 – traitement ONDRP.

3. Conclusion

Les violences sexuelles sont effectivement une préoccupation aussi bien au niveau mondial qu'en France. Elles touchent plus particulièrement les femmes mais la question d'un biais de sous-déclaration des violences sexuelles sur les hommes est soulevée par plusieurs auteurs. Il semblerait qu'il soit plus difficile pour un homme d'identifier les agressions sexuelles, et de les révéler.

Les agressions sur mineurs entre 0 et 10 ans ont plus de probabilité d'être de caractère incestueux et sont surreprésentées dans les plaintes pour violences sexuelles. Ces plaintes sont déposées par un tiers dans la moitié des cas.

Malgré tout, la majorité des victimes ne porte pas plainte, ce qui renforce la nécessité d'un repérage des violences sexuelles lors des entretiens de pédopsychiatrie.

III. Le psychotraumatisme et ses manifestations symptomatiques chez les mineurs

1. Généralités sur le psychotraumatisme

Suite à l'exposition à un événement traumatique, chaque personne réagit différemment selon la nature de l'événement, sa répétition, son lien avec l'agresseur mais également en fonction de ses capacités de résilience et peut développer des symptômes psychotraumatiques.

1.1. Qu'est-ce que le psychotraumatisme ?

Le terme *psychotraumatisme* se compose du mot grec *τραυμα* qui veut dire blessure et du mot grec *psukhê* qui veut dire âme. C'est textuellement une blessure de l'âme. Cette blessure entraîne une charge émotionnelle tellement importante que les mécanismes de défense et d'adaptation de l'individu sont dépassés (32). Elle peut prendre la forme d'une « commotion psychique », submergeant l'enfant par de violentes émotions comme l'effroi et la peur (33).

D'un point de vue neurobiologique, les événements deviennent traumatiques lorsque le stress n'active pas le système de réponse adapté et donne une réponse incorrecte (34).

1.2. Perspectives historiques

- **Dans l'antiquité gréco-romaine**

Le témoignage de réactions traumatiques nous vient, dans un premier temps, des récits littéraires et philosophiques. Dans l'antiquité gréco-romaine, l'historien grec Hérodote raconte la brutale cécité d'Epizelos, guerrier athénien. Il perd la vue lors de la bataille de Marathon sans être victime d'une blessure physique. Témoin de la mort brutale d'un de ses camarades, il relate cet événement comme étant le facteur déclenchant de sa cécité (35).

Plus de trois siècles plus tard, Lucrèce, philosophe latin, relate les cauchemars des hommes revenant des champs de bataille dans son ouvrage *De Natura rerum* (36).

- **Du XVIIIe au XIXe siècle**

C'est seulement au XVIIIe siècle que les médecins français commencent à analyser ces symptômes, suite à la violence de la Révolution française de 1789. Philippe

Pinel décrit des « idiotismes », des « névroses de la circulation » ou « de la respiration » (36).

C'est ensuite en 1884 que le neuropsychiatre allemand Hermann Oppenheim identifie une névrose spécifique chez les patients victimes d'accidents (surtout accidents de chemin de fer). Il développe alors une sémiologie faisant suite à un choc émotionnel qu'il nomme « névrose traumatique » en 1888 (37). Il s'agit de la première description complète du tableau post-traumatique actuel.

Parallèlement, le neurologue Jean-Martin Charcot attribue ces symptômes à « de l'hystérie et de la neurasthénie ». Il expose cette théorie lors des *leçons du mardi* auxquelles assistent Sigmund Freud et Pierre Janet en 1886 (36).

Pierre Janet expose dans sa thèse « L'automatisme psychologique » en 1889 le principe de dissociation de la conscience suite à un événement traumatique. Selon lui, cet événement provoque la désagrégation du psychisme et rétrécit le champ du conscient, laissant place à la notion de subconscient. Le traumatisme va prendre l'apparence d'une « idée fixe » qui va pouvoir être explorée lors de cauchemars, d'exercices d'écriture automatique ou de séances d'hypnose. Par contre, il souligne le caractère non « réhibitoire » du psychotraumatisme qui se développe seulement si le patient a certaines prédispositions (38).

- **De Sigmund Freud à Sandor Ferenczi**

Sigmund Freud, quant à lui, construit une théorie du traumatisme de 1896 à 1939, qui peut se scinder en trois temps (40).

Le premier temps lui permet d'élaborer la théorie de la séduction, appelée *neurotica*, dans *les Études sur l'hystérie* (41) de 1895. Cette théorie suppose que toute personne atteinte de névrose hystérique, aurait subi dans son enfance une séduction (violence) sexuelle réelle de son parent. Cette expérience est refoulée

puis fait effraction dans un deuxième temps, en « après coup », lors d'un événement minime, pour se transformer en traumatisme. Sigmund Freud revient rapidement sur la dimension réelle de la séduction et l'attribue à un fantasme venant de l'enfant.

Le deuxième temps lui permet de développer un modèle appelé le « pare excitation ». Il le décrit comme une membrane enveloppant le psychisme afin de créer une homéostasie entre les excitations extérieures et les pulsions. Le traumatisme qui fait effraction dans la psyché en déchire cette membrane. Le patient ressent alors de l'effroi (*Schreck*). Il va ensuite vouloir mettre un sens à cette expérience qui mène à une « compulsion de répétition dans une tentative de maîtrise » (40). Ce « syndrome de répétition », Sigmund Freud va l'évoquer dans plusieurs ouvrages comme *Remémoration, répétition, perlaboration* (42) ou *Au-delà du principe du plaisir* (43).

Le troisième temps le fait s'interroger sur les enjeux narcissiques et sur les failles existantes avant le traumatisme et qui jouent un rôle dans la construction de la personnalité du patient (40).

En 1932 Sandor Ferenczi, disciple de Sigmund Freud, s'éloigne de la vision de son maître et affirme qu'il est essentiel de travailler avec le traumatisme réel et non fantasmé. Selon lui, ce traumatisme naît souvent de « la confusion des langues entre les adultes et les enfants » (33). Comme il l'explique dans l'article portant ce nom, la « tendresse infantile » se heurte au désir sexuel de l'adulte.

Il définit le traumatisme comme étant « une commotion psychique » qui va créer un « clivage de la personnalité » pouvant aller jusqu'à son « atomisation » si le traumatisme est répété (33,44). Les fragments créés vont se retrouver piégés et fonctionner indépendamment les uns des autres donnant lieu à divers symptômes (qui font partie de la névrose hystérique).

Ce traumatisme va également être plus intense en fonction de la réponse de l'environnement face aux paroles de l'enfant. S'il ne peut pas être entendu, ou s'il est disqualifié, le traumatisme n'en sera que plus important, ajoutant de la culpabilité et de la honte.

- **Le XXe siècle et le DSM**

Parallèlement à la pensée psychanalytique, la psychiatrie militaire se développe tout au long du XXe siècle. A la suite de la guerre du Vietnam, une séméiologie assez précise des symptômes rencontrés à la suite d'un traumatisme est décrite, de la phase aiguë, aux séquelles à long terme (45).

En 1980, le DSM III introduit dans sa nosographie un trouble psychiatrique dénommé post-traumatic stress disorder, ou état de stress post-traumatique en français (46).

- **La question du psychotraumatisme chez les enfants**

Les séquelles psychologiques des événements traumatiques chez les enfants ont été étudiées tardivement.

Ce sont Anna Freud et Dorothy Burlingham qui décrivent, en 1943, les réactions des enfants évacués de la nursery de Hampstead suite aux bombardements de Londres. Elles observent des « jeux traumatiques » où les enfants mettent en scène l'événement afin, déduisent-elle, d'avoir une forme de maîtrise sur celui-ci (47).

Plus récemment, la psychiatre Lenore Terr étudie plusieurs enfants victimes de traumatisme. Ces études commencent avec « l'affaire du bus Chowchilla » de 1976.

Ces enfants âgés de 4 à 15 ans ont été retenus en otage pendant 16 heures.

Dr Terr a pu les suivre quatre années après cet événement (48). Elle décrit plusieurs symptômes dont le jeu post-traumatique (JPT). Cette notion de JPT va être affinée par la suite et classée en trois catégories : le jeu post-traumatique, le jeu abréactif et la reconstitution par le jeu. Elle va également définir le traumatisme de type 1 et le traumatisme de type 2 (décrit ci-après) (49).

1.3. Catégorisation des traumatismes

- **Les traumatismes de type 1, 2, 3, 4**

L'événement traumatique, selon Lenore Terr, est toujours externe à l'enfant.

En 1991 elle caractérise le traumatisme en deux types (48,50).

Le traumatisme de type 1 : il résulte d'un événement traumatique unique et inattendu (catastrophe naturelle, accident). Il n'est pas de nature interpersonnelle. Il a un début et une fin identifiés. Les accidents et les catastrophes naturelles en sont des illustrations.

A la suite de cette expérience, l'enfant peut développer plusieurs symptômes comme :

- un souvenir complet et détaillé de l'événement,
- la croyance que certains « présages » annonçaient cet événement,
- des erreurs de perception de la réalité.

Le traumatisme de type 2 : il résulte de la répétition d'un événement, de grande intensité, prolongé dans le temps. Il est de nature interpersonnelle. La maltraitance physique/verbale ou les violences sexuelles en sont des exemples caractéristiques.

Le choc et la surprise de la première expérience laissent la place à un sentiment d'anticipation. L'enfant développe certaines réactions défensives comme le déni, la dissociation ou l'auto-hypnose. Cet événement a également un impact sur les émotions. Le jeune peut ressentir une colère intense, une très grande tristesse, une peur quasi constante ou alors éprouver une anesthésie émotionnelle.

Lenore Terr a aussi expliqué qu'il existe des « cas hybrides » où un événement isolé peut avoir comme conséquences les caractéristiques du type 2.

Selon elle, toutes les victimes qui souffrent de psychotraumatisme vont partager quatre caractéristiques communes, quel que soit le type de traumatisme :

- des souvenirs qui se répètent et qui s'imposent aux différents sens de l'enfant,
- des comportements répétitifs,
- des peurs spécifiques à l'événement traumatique,
- un changement d'attitude par rapport à leur environnement de vie.

Le **traumatisme de type 3** est ajouté par Eldra P. Solomon et Kathleen M. Heide à cette catégorisation (51). Il résulte de la survenue d'événements multiples, violents, de grande intensité, prolongés dans le temps. Il est de nature interpersonnelle.

La torture, les camps de concentration, l'exploitation sexuelle des enfants en sont des illustrations.

Le **traumatisme de type 4** regroupe les événements traumatiques qui se poursuivent dans le présent (32).

- **Le traumatisme simple et complexe**

Cette classification est pensée par Judith Herman (52).

Selon elle, le **traumatisme simple** s'apparente au traumatisme de type 1.

Elle a défini le **traumatisme complexe** comme « le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes » (52).

Cette définition se rapproche du traumatisme de type 3.

A la lecture de ces différentes catégorisations, il nous apparaît que ces définitions se recoupent et tendent vers une description globale plus ou moins nuancée. Cette observation peut se comprendre par le fait que ces catégories ont été écrites par des cliniciens prenant en charge des patients ayant été exposés à des types d'événements traumatiques différents.

1.4. Les entités cliniques

Les symptômes conséquents au psychotraumatisme ont été traduits en plusieurs entités diagnostics. Ils sont répertoriés dans la 5e édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5) et dans la 11e édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM 11).

- **Critères DSM-5 du trouble de stress post-traumatique (TSPT)**

L'un des changements apporté au DSM-5 (53) par rapport au DSM-IV-R (54) est la création d'un chapitre traitant des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. Le TSPT anciennement catégorisé avec les troubles anxieux y est décrit.

Nous y retrouvons cinq critères qui définissent :

- l'événement traumatique, décrit selon :
 - sa nature : mort effective, menace de mort, atteinte corporelle, violence sexuelle,
 - la modalité d'exposition : directe ou indirecte,
 - sa fréquence : unique ou récurrente,
 - son contexte : cadre familial ou professionnel,
- la clinique regroupe quatre ensembles de symptômes :
 - les **symptômes envahissants** survenus après l'événement traumatique comme des souvenirs, des rêves, des réactions dissociatives. Ces symptômes sont décrits comme provoquant un sentiment de détresse intense et pouvant être accompagnés par certaines réactions physiologiques,
 - l'**évitement persistant des stimuli** associés à l'événement traumatique. Ces stimuli peuvent être internes à la personne et prendre la forme des symptômes envahissants. Ils peuvent être externes au patient et faire écho à certaines personnes, endroits, ou activités,
 - les **altérations négatives des cognitions et de l'humeur** associées à l'événement traumatique. Ces altérations ont débuté ou se sont aggravées après l'événement traumatique. Nous y retrouvons l'amnésie dissociative, les distorsions cognitives, les croyances négatives, les états émotionnels négatifs, l'anhédonie, l'aboulie,
 - l'**altération marquée de l'éveil et de la réactivité** associée à l'événement traumatique,
- la temporalité : les symptômes cliniques doivent être présents depuis plus d'un mois après l'événement traumatique. Si les symptômes apparaissent

plus de 6 mois après l'événement, il sera qualifié de TSPT à expression retardée,

- les conséquences : les symptômes cliniques entraînent une souffrance psychique significative et une altération du fonctionnement social ou professionnel
- l'absence de diagnostic différentiel.

Ces critères sont valables à partir de l'âge de 6 ans. Le DSM-5 propose un sous-type de TSPT pour les enfants d'âge préscolaire. En reprenant les critères nous identifions certaines différences concernant l'événement traumatique et la clinique.

La clinique comporte trois ensembles de symptômes (au lieu de quatre chez les plus de 6 ans). Dans la description des symptômes envahissants, les souvenirs répétitifs ne sont pas nécessairement accompagnés par un sentiment de détresse. Par contre, comme pour les enfants de plus de 6 ans, ils peuvent être exprimés à travers le jeu.

Les conduites d'évitement et les altérations négatives des cognitions sont regroupées dans une seule catégorie, celle des symptômes persistants survenus après l'événement traumatique. De même, l'évitement ne concerne plus que les stimuli externes.

Les auteurs ont fait le choix d'écarter l'expression des expériences internes car non objectivables puisque les enfants n'ont pas les capacités cognitives et verbales de les raconter (55).

Enfin l'altération négative des cognitions et de l'humeur se limite à quatre items dont l'augmentation nette des états émotionnels négatifs, accompagnés par une

diminution de l'expression d'émotions positives, un retrait social et une perte d'intérêt pour les activités.

- **Critères DSM-5 du trouble de stress aigu (TSA)**

Le trouble de stress aigu se caractérise par sa temporalité. Les symptômes cliniques durent entre 3 jours à 1 mois après l'événement traumatique (53).

La séméiologie est similaire à l'exception des symptômes dissociatifs qui forment une catégorie à part entière.

Il n'y a pas de différence entre la clinique adulte et celle de l'enfant.

- **Critères CIM-11: le TSPT et le TSPT complexe**

L'Organisation Mondiale de la Santé inclut dans la 11e édition de la CIM le diagnostic de TSPT complexe.

Celui-ci peut être posé lorsque les critères du TSPT sont remplis (56). Ces critères qualifient l'événement traumatique comme menaçant ou terrifiant, unique ou multiple. L'OMS propose une triade clinique regroupant :

- une ré-expérimentation de l'événement traumatique sous la forme de reviviscences, de souvenirs intrusifs ou de cauchemars qui s'associent à des émotions ou sensations physiques intenses,
- un évitement de tous les stimuli susceptibles de rappeler l'événement traumatique,
- une perception permanente d'un sentiment de menace augmentée.

Ces symptômes persistent pendant plusieurs semaines et ont un impact négatif sur le fonctionnement global du patient.

Pour que le diagnostic de TSPT complexe (57) soit posé, il faut que l'événement traumatique soit répété dans le temps avec une difficulté voire une impossibilité de fuir. A la triade clinique du TSPT s'ajoutent trois autres ensembles de symptômes qui sont :

- des troubles de régulation des affects,
- une vision de soi comme étant diminuée, sans valeur, associée à un sentiment de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec l'événement traumatique,
- une difficulté à maintenir des relations sociales associée à un sentiment de solitude.

• Conclusion

Nous notons une évolution du diagnostic de TSPT dans les deux nosographies. Nous l'interprétons comme un intérêt grandissant de la question du psychotraumatisme. Le DSM-5 d'un côté essaye de donner une place plus importante aux enfants en fonction de leur développement et la CIM-11 propose un diagnostic ayant un impact sur le développement de la personnalité, même si elle n'inclut pas les mineurs.

Par ailleurs, il existe une classification de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance de 0 à 5 ans (58). Celle-ci insiste sur le fait que les manifestations symptomatiques du trouble de stress post-traumatique chez l'enfant sont des troubles du comportement, des troubles du développement psycho-affectif ayant un impact sur la dynamique familiale.

1.5. Les mécanismes du psychotraumatisme et ses conséquences

- **La réponse du cerveau face à une menace aiguë**

L'apparition d'un événement soudain dans notre environnement génère une réponse émotionnelle. Cette réponse émotionnelle résulte de l'interaction de plusieurs structures cérébrales qui s'articulent autour de l'amygdale et de l'hippocampe, sièges de la mémoire émotionnelle (59).

L'amygdale est une petite structure constituée de deux noyaux en forme d'amande dans la région temporale. Elle a pour rôle la détection des menaces, le conditionnement de la peur et l'attribution d'une valence émotionnelle à un événement. Cet événement teinté d'une émotion est transformé en mémoire épisodique par l'hippocampe (60).

Selon certains auteurs le danger soudain et inattendu prend la forme d'un stimulus sensoriel qui est traité par deux voies (60) :

- la voie thalamo-amygdalienne dite voie courte. Le stimulus sensoriel est envoyé directement à l'amygdale par le cortex préfrontale. L'amygdale s'active et transmet un signal d'alarme avant même que le danger ne soit perçu par le cortex sensoriel et reconnu par le cortex associatif.
- la voie thalamo-cortico-amygdalienne, dite voie longue. L'amygdale reçoit une information sensorielle traitée par le cortex qui l'aura reconnue et associée à une représentation. Celle-ci active l'hippocampe pour mobiliser des souvenirs qui aident à comprendre la situation stressante et à trouver des solutions dans les expériences déjà acquises.

Cette information valide ou invalide le caractère dangereux de la menace.

S'il y a danger, l'amygdale s'active et engendre quatre réponses (60,61) :

- une réponse comportementale : évitement, fuite, sursaut ou immobilisation.
- une réponse végétative immédiate en activant le système nerveux autonome sympathique avec la sécrétion de catécholamines (noradrénaline, adrénaline). L'adrénaline provoque l'augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, de la fréquence respiratoire pour offrir une meilleure vascularisation et une meilleure oxygénation aux muscles. Elle augmente aussi le taux de glucose par glycogénolyse.
- une réponse endocrinienne dans un second temps avec l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) responsable de la production de glucocorticoïdes. Le cortisol stimule la néoglucogenèse hépatique pour augmenter les ressources en énergie.
- une réponse motivationnelle avec la sécrétion de dopamine afin de maintenir l'attention de l'individu.

Suite à ces réponses, un retour au calme est possible par la résolution du danger.

« La mémoire émotionnelle de l'événement est intégrée par l'hippocampe, transformée en mémoire explicite autobiographique et en expérience, elle peut créer de nouveaux apprentissages. » (59)

- **La réponse du cerveau face à une violence sexuelle**

- ❖ ***La sidération psychique***

Lorsqu'une personne est confrontée à une violence sexuelle, l'amygdale s'active et une réponse émotionnelle automatique s'enclenche. Devant l'impossibilité de donner du sens à la situation, de l'analyser et de trouver une réponse adaptée, l'activité corticale se paralyse. La personne est sidérée. Elle se retrouve dans l'impossibilité de crier ou de se défendre (61).

❖ ***Le risque vital cardio-vasculaire et neurologique***

L'amygdale est activée et ne s'éteint pas (le danger n'étant pas maîtrisé). Il se produit alors :

- une stimulation continue du système nerveux autonome sympathique. Le taux d'adrénaline augmente et menace le muscle cardiaque d'un infarctus ou d'une mort subite.
- une stimulation continue de l'axe HHS. Le taux de cortisol augmente. A haute dose il devient neurotoxique. Cette toxicité peut entraîner des ictus amnésiques, un état de mal épileptique ou encore une perte de connaissance (61).

La personne est en état de stress extrême.

❖ ***La disjonction cérébrale***

Afin de protéger l'organisme du risque vital de l'état de stress extrême, le cerveau sécrète des neurotransmetteurs (endorphines) et des substances anesthésiantes s'apparentant à de la morphine, ou de la kétamine (62). Elles ont pour effet d'isoler l'amygdale du reste des structures cérébrales en coupant les connexions entre elles. La personne ressent alors une anesthésie physique et psychique, qui se traduit par une dissociation (ce qui crée la sensation de devenir spectateur de l'événement).

Cette coupure de connexion entre l'amygdale et l'hippocampe empêche l'intégration de cet épisode en mémoire émotionnelle et autobiographique. Les « sensations qui entrent dans le cerveau pendant le traumatisme ne sont pas réunies de manière à former un récit, un épisode autobiographique » (63). Cela peut aussi engendrer des troubles de la mémoire. Le contenu de l'événement se trouve piégé et se

transforme en mémoire traumatique. Cette forme de mémoire peut être définie comme « une mémoire émotionnelle implicite non déclarative qui a pour caractéristiques d'être immuable (c'est-à-dire figée, non reconstruite au cours du temps avec une persistance de l'intensité des affects associés au souvenir traumatique), d'être déclenchée de manière automatique par des stimuli associés à l'événement traumatique, et d'être intrusive (à l'origine d'un envahissement de la vie psychique du sujet sous la forme des symptômes de réminiscence : flash-backs soudains, rêves et cauchemars, expériences sensorielles diverses etc.)» (64).

Cette mémoire va donc s'imposer au patient lors de stimuli divers. Elle lui fait revivre l'agression sous la forme de flashbacks, reviviscences, hallucinations la journée et cauchemars la nuit. L'intensité et l'horreur de cette mémoire étant similaire à la violence sexuelle subie, elle devient traumatique.

Pour empêcher l'activation de cette mémoire, la personne met en place plusieurs stratégies (61).

La première « tactique » réside dans les conduites d'évitement. Elles ont pour but de diminuer l'exposition aux stimuli et donc de diminuer la fréquence d'activation de la mémoire traumatique. Elles sont accompagnées de troubles anxieux, d'un retrait social et d'une altération des interactions.

La seconde méthode consiste à avoir des conduites dissociantes pour obtenir une anesthésie émotionnelle et psychique. La détresse, la souffrance morale et physique ne sont alors plus ressenties.

Ces états de dissociation peuvent être stimulés par des substances exogènes comme la prise d'alcool, de drogue et entraîner une addiction.

De même, elles peuvent être activées par des substances endogènes, celles qui ont rendu possible la première disjonction. Pour cela, le patient va se mettre en

situation de stress pour sécréter ces agents kétamine et morphine-like. En raison de l'habitude du corps à ces substances, le mineur va devoir augmenter l'intensité du stress en développant des conduites de mise en danger pour accéder à un même état de dissociation. Il va alors être à nouveau susceptible de subir une agression, en raison d'une part de ces troubles du comportement et d'autre part de son état de vulnérabilité conséquent à son état dissocié.

- **Conséquences du psychotraumatisme sur le développement cérébral de l'enfant.**

Le développement des neurosciences nous permet de mieux connaître celui du cerveau humain, qui est en constante évolution tout au long de la vie.

Certaines structures comme l'amygdale et ses connexions avec l'axe HHS sont fonctionnelles dès la naissance (34). Avec l'appui de différentes zones corticales (cortex préfrontal, orbitofrontal, cingulaire), qui se développent la première année de vie, elles créent le circuit de régulation des émotions et du stress. Celui-ci a un rôle très important dans le développement du lien de l'enfant avec ses figures d'attachement primaires (34).

L'hippocampe, lui, commence à être fonctionnel à l'âge de 18-24 mois (65), ce qui peut expliquer la difficulté à gérer les émotions négatives avant cet âge.

Ces différentes structures évoluent tout au long de l'enfance et permettent à un enfant plus âgé de réagir différemment à un facteur de stress.

Lors d'un traumatisme complexe, il se produit une dérégulation de l'axe HHS qui se traduit par une augmentation du taux de glucocorticoïdes dans le sang (66).

Cette augmentation a un impact négatif sur les structures sus-citées. En effet, les glucocorticoïdes ont un effet neurotoxique et peuvent détruire des connexions synaptiques ou perturber la neurogenèse.

Plusieurs études (67,68) ont repéré une hyper-activation de l'amygdale chez des personnes ayant subi des maltraitances dans l'enfance. Ceci va se traduire par une hypervigilance, une difficulté à évaluer la dangerosité d'une situation et une augmentation de l'anxiété.

L'axe HHS étant toujours sollicité, la réactivité au stress se trouve altérée (68) avec une augmentation rapide de la réponse à des dangers mineurs.

De même, une diminution du volume hippocampique et de son activité a également été observée, avec un impact sur les compétences socio-émotionnelles de l'enfant et plus tard une corrélation à des états dépressifs. Lors de ces mêmes études, il a été mis en évidence une atrophie du corps calleux, ce qui impacte la communication entre les hémisphères, le droit étant celui des émotions et le gauche du raisonnement abstrait, du langage et de la planification.

Le fait que les connexions entre ces différentes structures et le cortex préfrontal soient moins efficaces impacte les fonctions exécutives de l'enfant. Ainsi, l'attention, la mémoire de travail, la planification peuvent être plus ou moins perturbées.

1.6. Le psychotraumatisme et la violence sexuelle

Nous l'avons vu, dans les suites d'un événement traumatique, la victime peut développer des symptômes psychotraumatiques. L'évolution de ces symptômes vers une forme chronique n'est pas la règle. Elle concerne 20% des victimes (tout type d'événement traumatique confondu) (69).

L'apparition d'un trouble de stress post-traumatique dépend de plusieurs facteurs favorisants comme (70) :

- la nature de l'événement traumatique,

- l'expérience subjective de l'événement traumatique,
- l'environnement (parents,entourage),
- le contexte post traumatique,
- la répétition de cet événement,
- les soins proposés.

Ainsi, les violences sexuelles sur les mineurs, qui sont des individus en pleine construction, ont des conséquences psychotraumatiques importantes.

En effet, elles ont un retentissement potentiel sur le développement psycho-affectif et cognitif des enfants et des adolescents victimes. De plus, les agressions sexuelles subies durant la petite enfance ont lieu chez des individus dont les systèmes neurophysiologiques de régulation au stress et les émotions sont immatures.

C'est pourquoi le pédopsychiatre peut repérer des tableaux symptomatiques hétérogènes allant du trouble de stress post-traumatique à d'autres manifestations cliniques très polymorphes.

2. Les signes cliniques pouvant être présents en entretien de pédopsychiatrie

Il arrive fréquemment qu'un enfant ou un adolescent et ses parents consultent un pédopsychiatre pour des motifs très différents du diagnostic final retenu. Les violences sexuelles se découvrent parfois plus tard au courant de la prise en soin.

La séméiologie présente alors, diffère en fonction de l'âge de l'enfant et de son âge au moment des faits, de la répétition de l'événement traumatique, de son lien à l'agresseur.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le repérage de l'inceste spécifient qu'il n'y pas de « signes d'appels caractéristiques », rendant le repérage difficile et atypique. Elles renvoient à des signes « évocateurs lorsqu'ils s'associent entre eux, se répètent, s'inscrivent dans la durée et ne trouvent pas d'explications rationnelles » (71).

Néanmoins, dans la littérature nous retrouvons plusieurs types de symptômes chez les enfants victimes de violences sexuelles. Par exemple, dans une étude se penchant sur la sémiologie post-traumatique immédiate de 60 mineurs victimes d'agressions sexuelles en France, les auteurs retrouvent huit grandes catégories de symptômes (72).

Une autre étude, plus modeste, répertorie 80 signes cliniques dans la littérature et la présence d'au moins 5 signes concomitants chez la moitié des patients constituant l'échantillon (73).

2.1. Les troubles cognitifs

Ils comprennent un dysfonctionnement du développement intellectuel. L'enfant peut présenter une apparente limitation voire une déficience intellectuelle (10). A contrario, il peut posséder une maturité intellectuelle en décalage avec son âge, qui, comme l'explique S. Ferenczi, lui permet de se protéger de l'adulte agresseur en anticipant ses besoins, ses réactions. Il devient alors un « enfant savant » (33).

Il peut également présenter des troubles de l'attention par des effets de parasitage (72), ce qui peut orienter le diagnostic vers un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Un trouble de la mémoire et des fonctions exécutives (comme le langage et la communication) peuvent être relevés en lien avec la neurotoxicité d'un stress chronique (cf précédemment).

Ainsi, un trouble de l'apprentissage qui questionne l'école peut parfois se retrouver corrélé avec une problématique plus complexe.

2.2. Les troubles du comportement

La violence sexuelle est une intrusion dans le corps et le psychisme de l'enfant, d'une brutalité innommable.

Cette agression peut submerger les capacités d'élaboration de la victime, empêchant la métabolisation et l'intériorisation de l'événement traumatique (74).

L'enfant se retrouve ainsi dans l'incapacité de comprendre et de répondre à ses angoisses, ses émotions, ses sensations. Il ne parvient plus à différencier ce qui vient de lui, de ce qui lui a été imposé par son agresseur, remettant en question son identité.

A ce moment, le « parler » est hors d'atteinte.

L'enfant peut utiliser son corps comme moyen d'expression. Ce corps qui a été réduit à « un produit d'excitation » (32) par l'auteur de la violence, va être mis en scène.

Il peut, par exemple, présenter des comportements sexuels inadaptés à son âge (71).

Ces comportements se manifestent lors de recherche de tendresse envers son entourage (confusion avec l'érotisme de l'agresseur) (33,72) ou d'auto-/hétéro-agressivité lorsque les émotions le submergent. A contrario, certains enfants refusent le contact corporel (71,72).

Des « jeux post-traumatiques » s'observent également. Cette activité est différenciable du jeu classique. Répétitive, monotone, non évolutive, sans plaisir et sans lien avec l'extérieur, elle dénote « une agonie du lien intersubjectif et intrapsychique » (74).

Des conduites hétéro-agressives voire anti-sociales peuvent aussi apparaître lors d'un moment de « court-circuit symptomatique » du psychisme en lien avec un débordement émotionnel (75). Elles se manifestent plus fréquemment chez les garçons que chez les filles (76).

Plus âgé, le mineur est à risque de développer des conduites addictives comme moyen pour « re-vivre dans le corporel, et non sur la scène du théâtre interne psychique, le traumatisme de l'expérience non métabolisable » (77).

Le Dr Salmona lit ces troubles du comportement comme étant des conduites dissociantes afin de ne plus ressentir les angoisses ou les pulsions via l'anesthésie émotionnelle et le sentiment de maîtrise qu'elles procurent (61).

Nous retrouvons également chez l'adolescent des conduites d'automutilation, représentées en majorité par les scarifications. Celles-ci, lorsqu'elles sont situées sur les cuisses, le ventre ou les seins sont corrélées à un antécédent d'agression sexuelle dans 46 à 95 % des situations (78). Ce lien paraît plus important lorsque la personne a subi un viol.

Enfin, d'autres troubles du comportement et des conduites sont décrits comme un état de passivité important (71) ou des troubles du comportement alimentaire (voir ci-dessous).

Ainsi, nous pouvons retenir que ces troubles du comportement sont avant tout un moyen d'expression, une manière d'échapper à la mémoire traumatique ainsi qu'un artifice pour retrouver un semblant de maîtrise de la psyché qui est en grande partie

déstructurée.

2.3. Les troubles du comportement alimentaire

Depuis plusieurs années, la littérature décrit la survenue d'un événement traumatique comme un facteur favorisant le développement d'un trouble du comportement alimentaire (TCA) ainsi qu'une prise de poids et l'émergence d'une obésité (79,80).

Selon l'étude *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte* (5), un tiers des patient(e)s victimes de violences présenteraient un TCA.

Ces troubles se développent souvent à l'adolescence dans la période de « l'après coup » (41).

Plusieurs revues de la littérature ont également souligné une intensité significativement plus élevée des symptômes chez les patient(e)s ayant un TCA et un TSPT en comorbidité (81,82).

Lors d'une méta-analyse concernant 14.000 individus, un lien significatif a été mis en évidence entre les patient.e.s victimes d'une violence sexuelle dans leur enfance et un TCA de type boulimie nerveuse (avec un odd ratio à 2,73) et/ou hyperphagie boulimique (avec un odd ratio à 2,31). Par contre un lien avec l'anorexie mentale n'a pas pu être établi du fait d'un biais de publication trop important (82).

Plusieurs hypothèses émergent ainsi :

- La modification corporelle aurait une fonction pare-excitatrice vis-à-vis de l'environnement en diminuant le désir de l'agresseur (81).
- Les sensations éprouvées lors des TCA permettraient à l'adolescent.e de ressentir son corps et de tenter de se le réapproprier. Ces sensations pourraient être une tentative de maîtriser un aspect de leur vie et de s'ancrer

dans le réel, surtout lorsque les émotions négatives le/la submergent (conduite d'évitement, de dissociation) (61).

- Les TCA peuvent aussi être utilisés comme des conduites dissociantes au même titre que les addictions, le comportement alimentaire étant régulé par plusieurs systèmes dont le système opioïde endogène (82, 83).

2.4. Les troubles dépressifs

La symptomatologie dépressive, apparaissant ou étant accentuée suite à une violence sexuelle, est relatée dans la littérature depuis plus de vingt ans (84,85). Elle est décrite plus sévère, de survenue plus précoce et résistante au traitement standard (86).

Elle est également associée à un passage à l'acte suicidaire plus fréquent (87).

Selon une méta-analyse réunissant plus de 150 000 sujets ayant subi une violence sexuelle dans leur enfance, le risque d'une tentative de suicide est pratiquement multiplié par deux par rapport à une population n'ayant subi aucune agression sexuelle (87).

Une étude australienne réalisée sur un échantillon de 2 485 adolescent.e.s de 14 ans souligne également la relation causale entre un antécédent de violence sexuelle et un passage à l'acte suicidaire répété, avec une prévalence plus importante chez les garçons. Dans cet échantillon, 32 % des répondants ayant subi une violence sexuelle ont essayé de se suicider plus de cinq fois (contre 2% pour le reste de l'échantillon) et le risque de passage à l'acte suicidaire est multiplié par 15 chez les garçons victimes d'agression sexuelle (88).

2.5. Les troubles anxieux et le sentiment de culpabilité

Toute la clinique du trouble anxieux peut être observée chez ces patients (attaque de panique, hypervigilance, troubles du sommeil, troubles obsessionnels compulsifs, ...)

Depuis quelques années, certains auteurs se sont intéressés au sentiment de culpabilité et à son rôle dans le développement des symptômes anxieux (89).

La culpabilité consiste à trouver une cause expliquant la survenue d'un événement. La personne éprouvant un sentiment de culpabilité évalue son comportement négativement et l'identifie comme étant la cause de la survenue de l'événement traumatique. Ce sentiment est très fréquemment, éprouvé par les mineurs ayant des antécédents de violence sexuelle. Il est souvent associé au regret et est négativement corrélé à l'estime de soi. Ce sentiment est plus intense lorsque l'enfant a subi un viol ou une tentative de viol. L'identité de l'agresseur et la durée des violences ne semblent pas avoir un impact sur ce ressenti.

Les auteurs expliquent notamment que ce sentiment est tellement insupportable que le patient met en place des stratégies d'évitement, stratégies liées au trouble anxio-dépressif (89).

2.6. Les troubles psychotiques

Nous retrouvons deux catégories de symptômes faisant partie des troubles psychotiques et pouvant apparaître dans les suites d'une agression sexuelle : la dissociation et l'hallucination.

La dissociation est un mécanisme de défense. Elle permet d'éviter la souffrance psychique et physique lorsqu'une situation est sans issue et que la fuite physique est impossible (90). Elle consiste en une « séparation structurelle des processus

psychologiques qui sont habituellement intégrés tels que les pensées, les émotions, la mémoire et l'identité » (91).

Cette défense a un objectif de protection lors de l'événement traumatique mais peut réapparaître par la suite lors de situations non traumatiques et devenir pathologique.

La dissociation peut se manifester sous plusieurs formes : l'amnésie, le sentiment de dépersonnalisation ou l'anesthésie émotionnelle.

Selon une étude, avoir subi une violence sexuelle dans son enfance multiplie le risque de souffrir de dissociation pathologique par huit (91).

Dans une autre, 40% des enfants victimes de violence sexuelle présentaient ce symptôme un an après les faits contre 0 % dans le groupe contrôle (92).

Enfin, plusieurs écrits identifient la dissociation comme un agent médiateur entre l'agression sexuelle et les troubles psychologiques (troubles du comportement, de la mémoire, de la dépression) (90,91,92).

La dissociation pourrait être recherchée par les victimes d'agression sexuelle pour éviter la réactivation de la mémoire traumatique (cf précédemment).

Le deuxième symptôme psychotique est l'hallucination. Elle est de type acoustico-verbale (HAV) majoritairement mais peut se manifester via d'autres canaux sensoriels (93).

Selon la littérature, les traumatismes survenant dans l'enfance augmentent le nombre d'expériences psychotiques (OR de 2,8) avec un impact plus élevé pour les viols et la violence physique (93).

Une méta-analyse (94) regroupant un échantillon de plus de 400 personnes avance que :

- 56% des patients ayant des HAV et une pathologie psychiatrique ont subi une agression sexuelle dans leur enfance.

- 21% des personnes, issues de la population générale et avec un antécédent de violence sexuelle dans leur enfance, ont des hallucinations acoustico-verbales (HAV).
- 70% des personnes souffrant d'HAV ont mis en lien un événement traumatique (dans la majorité des cas une violence sexuelle dans l'enfance) avec l'apparition de ces hallucinations.

Il semble que le contenu du discours des voix soit de nature malveillante surtout lorsque l'agression sexuelle est de survenue précoce dans la vie de l'enfant.

Plusieurs auteurs mettent en lien l'apparition des symptômes avec :

- une activation involontaire de la mémoire traumatique corrélé avec un déficit de la mémoire contextuelle. Les souvenirs intrusifs associés à un épisode de dissociation pourraient donner des HAV,
- un impact négatif sur le développement des aires cérébrales en raison d'un stress chronique (cf 1.7. Conséquences du psychotraumatisme sur le développement cérébral de l'enfant) corrélé à une anomalie des mécanismes cognitifs qui permettent de reconnaître les cognitions générées comme autoproduites,
- une construction créative entre la mémoire traumatique et le processus de parole verbale interne qui ne serait plus reconnu comme tel.

2.7. Les troubles à expression somatique

Les troubles somatiques fonctionnels engendrés par les agressions sexuelles sont multiples. Nous retrouvons dans la littérature une augmentation des troubles gastro-intestinaux, des céphalées, des douleurs pelviennes chroniques, une énurésie ou encoprésie d'apparition récente (95,96).

Ces troubles peuvent être la porte d'entrée des enfants dans une prise en soins médicale.

Une étude réalisée aux Etats-Unis objective une augmentation de la consommation des soins somatiques par les femmes ayant subi des agressions sexuelles dans leur enfance, surtout si elles présentent une dépression en comorbidité (95).

Il est également conseillé de chercher des antécédents somatiques comme une infection urinaire à répétition, une infection sexuellement transmissible, une grossesse (97).

2.8. Les signes cliniques en fonction de l'âge de l'enfant

Les manifestations cliniques observées chez l'enfant dans les suites d'une agression sexuelle sont différentes en fonction de son âge au moment des faits.

En effet, les ressources dont dispose l'enfant se construisent au fil du temps grâce aux différentes interactions affectives qu'il rencontre et des capacités cognitives qu'il acquiert (10, 32, 71, 98).

Par exemple, un enfant en âge préscolaire, qui ne maîtrise pas encore la parole ou la marche, qui n'a pas accès à la pensée abstraite et qui est très dépendant de ses figures d'attachement principales peut présenter :

- un retard du développement psychomoteur.
- une régression.
- un comportement sexuel inadapté.
- des jeux post-traumatiques
- des troubles du fonctionnement global : perte d'appétit, trouble du sommeil, pleurs, retard staturo-pondéral.

Un enfant en âge scolaire, qui va pouvoir s'exprimer, avoir accès à une pensée formelle mais également avoir recours à une pensée magique peut présenter :

- des difficultés scolaires, un déficit de l'attention, des troubles de la concentration,
- des troubles du comportement à type agressivité,
- des comportements de régression,
- des comportements liés aux reviviscences : jeux post-traumatiques, symptômes d'éveil augmenté (cauchemars, terreurs nocturnes, insomnies),
- des comportements liés à des conduites d'évitement : retrait social, trouble anxieux (dont angoisse de séparation),
- un état dépressif associé à un sentiment de culpabilité,
- des troubles somatoformes.

Un adolescent va présenter une clinique qui se rapproche de celle de l'âge adulte avec :

- des comportements à visée dissociatives : comportement de mise en danger, comportement antisociaux, auto- et/ou hétéro-agressivité, prise de toxique,
- des troubles du comportement alimentaire,
- un état dépressif associé à des passages à l'acte suicidaires,
- des troubles anxieux,
- des hallucinations acoustico-verbales.
- des comportements liés à la dissociation : anesthésie émotionnelle, restriction des liens sociaux,
- des troubles somatoformes.

La présentation clinique est effectivement différente entre un nourrisson et un adolescent. Par contre, un changement de comportement brutal chez un mineur

sans explication trouvée, doit faire questionner la survenue d'un événement traumatique (dont l'agression sexuelle) (71).

2.9. Conclusion

Nous avons observé que la présentation clinique des mineurs victimes d'agression sexuelle est multiple et complexe. Plusieurs symptômes, évoqués de manière non exhaustive ci-dessus, peuvent suggérer un antécédent de violence sexuelle surtout s'ils sont associés entre eux. Ces signes qui, observés séparément, n'ont pas d'explication logique peuvent prendre sens lorsque la présentation clinique globale est regardée via le prisme du psychotraumatisme.

Cette lecture doit se faire différemment en fonction de l'âge de l'enfant et s'appuyer également sur son environnement.

IV. De la suspicion de violences sexuelles chez le mineur à sa révélation

1. Les facteurs de risques d'une violence sexuelle chez le mineur

La suspicion clinique d'une violence sexuelle peut être renforcée par plusieurs éléments contextuels concernant l'enfant ou l'adolescent et sa famille.

En effet, il est reconnu dans la littérature de ces dernières décennies divers facteurs augmentant le risque, pour un mineur, de subir une agression sexuelle (99-104).

Ainsi être de sexe féminin, avoir un handicap ou avoir déjà subi une agression sexuelle augmenterait la probabilité de se faire agresser. Par ailleurs, avoir moins de 11 ans serait corrélé avec des agressions à caractère incestueux.

Plusieurs facteurs de risque au niveau du fonctionnement familial ont été étudiés et pourraient jouer un rôle dans l'augmentation de la probabilité de victimisation des mineurs. L'absence d'un ou de deux parents au domicile, une composition parentale non nucléaire, des conflits au sein du couple (violence conjugale), des parents ayant des problèmes de santé mentale ou ayant subi des violences sexuelles dans leur enfance pourraient augmenter indirectement le risque de victimisation.

En effet, tous ces critères peuvent induire une carence affective et éducative entraînant une faible supervision parentale. L'enfant développe alors une vulnérabilité psychologique en lien avec une fragilité narcissique qui entraîne des troubles de l'estime de soi, caractéristique particulièrement recherchée par les agresseurs sexuels.

De même, avoir un membre de sa fratrie victime de violences sexuelles augmente le risque d'être agressé.

Enfin, sur le plan sociétal, le risque serait augmenté lorsque l'idéologie favorise les agressions sexuelles et ne les pénalise pas. En France, une enquête menée sur un échantillon de 1000 personnes adultes a observé une adhésion élevée de la société à de nombreux mythes sur le viol. Par exemple, 42 % des personnes pensent qu'une attitude provocante diminue la responsabilité de l'agresseur et 32 % que le viol serait dû à un malentendu (105).

Ces facteurs de risques ne mènent pas inéluctablement à une agression sexuelle mais peuvent nous sensibiliser à la vulnérabilité de l'enfant ou l'adolescent au risque d'une agression sexuelle et nous permettre d'être plus attentif à cette possibilité, d'autant plus si des éléments cliniques sont présents.

2. Accompagner la révélation chez le mineur

Le dévoilement spontané ou accidentel d'une agression sexuelle par un enfant n'est pas la règle (106).

Selon une enquête IPSOS, il peut se passer en moyenne 12 à 14 ans avant que l'adulte puisse parler de ce qu'il a subi (4).

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les facteurs prédictifs de la révélation de l'enfant (106,107). Ils ont conclu que la divulgation résulte de plusieurs éléments intriqués comme la relation entre le mineur et l'agresseur, la perception qu'a l'enfant de sa responsabilité dans les faits ainsi que la peur de ne pas être crédible et de la crainte des possibles conséquences sur son environnement.

En effet, une révélation spontanée dans les mois qui suivent une violence sexuelle est possible lorsque l'agresseur est inconnu ou évolue dans le cercle extrafamilial. Lorsqu'il y a inceste, le processus de révélation est plus douloureux et complexe, pouvant ne jamais aboutir.

La honte, la peur, le sentiment d'impuissance, de culpabilité s'opposent à la volonté d'arrêter de subir, au besoin d'être soulagé du poids du secret, à l'envie de condamner l'agresseur et de protéger d'autres victimes potentielles.

S'il y arrive, l'enfant choisit une personne à qui se confier, dans plus de la moitié des cas, elle appartient à la sphère familiale. Malgré tout, dans plus de 70% des situations, la maltraitance sexuelle ne prend pas fin (4,107).

Si le pédopsychiatre suspecte un antécédent de violence sexuelle, il est recommandé qu'il s'entretienne seul avec le mineur (71). L'entretien doit se dérouler dans un cadre sécurisant, à l'intérieur duquel le patient sait qu'il est autorisé à parler de la maltraitance subie et qu'il sera écouté. Il est important de poser des questions ouvertes et d'accompagner les réponses du mineur sans suggérer de mot qualifiant pour décrire ce qu'il aurait vécu. Enfin, il est nécessaire de veiller à ne

pas stigmatiser le statut de victime ou de porter un jugement moral. Cela pourrait augmenter la culpabilité, le sentiment de honte et la peur du mineur (108).

N'oublions pas que le dévoilement est un processus et que la mise en mot d'une maltraitance sexuelle la rend brutalement réelle, ce qui peut donner lieu à une exacerbation de symptômes.

V. Les démarches médico-légales

1. Le secret médical

Le secret médical est l'un des principes fondateurs de notre profession. Evoqué dans le serment d'Hippocrate (109), il est défini dans l'article 4 du code de déontologie comme suit : « le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris » (110).

Dans ce même code, il est précisé que le médecin est sommé d'agir lorsqu'une personne vulnérable (ici un mineur) subit des sévices et qu'elle est en situation de danger. Il a pour devoir de mettre en sécurité le patient en prévenant les « autorités judiciaires ou administratives. » (111)

D'un point de vue pénal, la levée du secret professionnel est autorisée si :

- « il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. » (112)

- « avec l'accord de la victime, [il] porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. »(112)

Grâce à ces articles de loi, le pédopsychiatre peut lever le secret médical. Il a le droit de signaler un fait qui lui a été rapporté ou qu'il suspecte. Dans les situations de maltraitances sexuelles, les présomptions justifient un écrit. En effet, les médecins ne font pas partie des autorités administratives ou judiciaires. Ce sont elles qui évaluent la réalité des faits et prennent les mesures appropriées.

Par contre, il n'existe pas dans le Code Pénal d'obligation à signaler une situation d'agression sexuelle. Il existe une obligation « d'intervenir en cas de danger grave et imminent » (113). Pour y parvenir, le médecin doit soustraire l'enfant de la situation sans forcément briser le secret professionnel.

Pour les autres situations, les médecins sont exempts de l'obligation de dénoncer des crimes ou des délits commis contre des mineurs (114).

Le pédopsychiatre peut alors choisir de révéler ou non une information couverte par le secret sans risque d'être poursuivi sur le plan civil, pénal ou disciplinaire.

Cette faculté prend le nom d' « option de conscience » (113).

2. Le signalement et l'information préoccupante

Le signalement sans délai au procureur de la République du tribunal de grande instance est recommandé si le mineur est en danger imminent. Dans ce cas, le pédopsychiatre recueille les propos d'un enfant ou d'un adolescent qui mentionnent

ou décrivent une maltraitance sexuelle perpétrée par un agresseur avec qui il est en contact permanent ou régulier et qu'il y a nécessité d'une action rapide pour le mettre en sécurité (113).

Si la situation est ambiguë, le médecin est invité à écrire une information préoccupante qui sera transmise à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) pour une évaluation plus approfondie de la situation. Il peut également demander conseil à l'Ordre National des Médecins (71).

Il est important de souligner que la HAS recommande aux médecins de rapporter une situation même si une plainte est déposée par les représentants légaux contre un agresseur (71).

« Le signalement est un acte professionnel écrit présentant, après évaluation, la situation d'un enfant en danger qui nécessite une protection judiciaire » (71). Pour le réaliser, il est conseillé de suivre la trame d'un « signalement type ». Le contenu de cet écrit doit reporter les propos du mineur entre guillemets sans jugement de la part du professionnel sur la véracité ou sur la qualification des faits.

Ce document a comme seul destinataire l'autorité judiciaire ou administrative. Ainsi le pédopsychiatre peut choisir d'informer les parents mais ne leur remet pas de copie. D'ailleurs, ce document ne constitue pas une pièce du dossier médical. Il devra être retiré si les représentants légaux demandent à le consulter (71).

Une fois le **signalement envoyé et réceptionné**, le procureur de la République peut entreprendre différentes actions comme (71) :

- ordonner en urgence le placement provisoire du mineur dans la structure médico-sociale de son choix,
- saisir le tribunal des enfants qui statuera dans un second temps sur la mesure de protection la plus adaptée en fonction des conclusions d'une évaluation approfondie de la situation,

- transmettre les informations à la CRIP,
- demander aux autorités d'enquête d'intervenir.

Une fois l'**information préoccupante rédigée**, elle va être transmise à la CRIP qui va entamer une procédure administrative en commençant par une évaluation de la situation. Celle-ci requiert l'adhésion de la famille et peut conclure à un classement sans suite, à une mesure de protection administrative ou à la saisine du juge des enfants (115).

Notons enfin que le signalement et l'information préoccupante ont pour but de protéger le mineur d'un danger potentiel actuel ou futur.

Dans ce contexte, dévoiler un fait ancien à ces deux autorités prend du sens si le patient est toujours victime, s'il est à risque de maltraitance ou s'il n'a pas bénéficié d'une action protectrice de la part des représentants de l'autorité parentale.

3. L'hospitalisation du mineur

L'hospitalisation du patient suite à une révélation peut être indiquée dans plusieurs situations.

Par exemple, si le professionnel juge important de soustraire l'enfant ou l'adolescent au milieu familial afin notamment de recueillir d'autres éléments en vue d'un signalement.

De même, l'indication d'hospitalisation se pose si le patient a des symptômes psychiatriques inquiétants (comme des idéations suicidaires, un trouble du comportement avec conduite de mise en danger,...) (71).

Dans le cas où le dévoilement concerne un viol par pénétration sexuelle, il est important de se souvenir que c'est une urgence médico-légale dans les 72 heures qui suivent l'agression. L'orientation vers les urgences pédiatriques qui va ensuite contacter une unité médico-judiciaire est la règle (97).

Bien entendu, il est recommandé de contacter le médecin responsable du service qui va accueillir le patient pour lui exposer la situation avant qu'il arrive et de s'assurer que le patient est bien amené à l'hôpital.

L'hospitalisation se fait avec l'accord des parents. S'ils refusent, le procureur de la République peut ordonner un placement provisoire à la suite d'un signalement. Les détenteurs de l'autorité parentale ne pourront alors plus faire sortir leur enfant sans accord du juge.

VI. Prise en charge

L'enfant ou l'adolescent victime d'une agression sexuelle, accueilli dans le cadre d'un entretien pédopsychiatrique, éprouve une souffrance morale plus ou moins importante en lien avec l'événement traumatique.

Cette violence portée sur son corps génère fréquemment un sentiment de « mort psychique et de réification » (61) : le patient perd sa caractéristique d'être humain et devient un objet servant ou ayant servi à la jouissance d'un autre. Une telle situation est insoutenable, souvent innommable et la mise en mots est presque impossible. Le mineur présente alors, à des degrés différents, des symptômes psychotraumatiques pouvant être associés à des troubles comorbides.

Quel que soit le courant de pensée du pédopsychiatre, l'objectif est d'accompagner le patient vers un changement de regard et de représentation pour qu'il puisse mieux vivre avec ses difficultés. Plus spécifiquement dans le psychotraumatisme, le

thérapeute aide le patient à réhumaniser ses pensées, à intégrer cet événement dans sa mémoire autobiographique, voire à le modifier pour qu'il puisse (re)devenir acteur de sa vie et continuer à se développer de manière satisfaisante.

La littérature préconise une prise en soins précoce et globale du patient en commençant par une évaluation initiale de sa situation. Une fois ses besoins sociaux, juridiques et médico-psychologiques identifiés, le professionnel met en place des mesures de protection et d'accompagnement qui vont soutenir le rétablissement global du patient à travers un travail en réseau (116,117).

C'est seulement lorsque le mineur bénéficie d'une prise en charge sociale et juridique que le travail psychothérapeutique peut commencer. En effet, il n'est pas possible d'entamer un travail psychothérapeutique si le mineur continue de consacrer toute son énergie à sa survie (118).

1. Evaluation initiale

Lors de l'accueil d'un patient victime de violences sexuelles, il est essentiel d'ajuster sa posture professionnelle.

Les auteurs recommandent principalement d'adopter une écoute empathique et active, d'être attentif aux réactions verbales et non verbales, ainsi que de valider la parole du patient et d'éviter soigneusement d'émettre un quelconque jugement. Le pédopsychiatre doit être perçu comme une personne bienveillante par le mineur pour créer un lien de confiance avec lui.

L'évaluation se fait au rythme de la personne. Elle s'effectue à partir de la situation actuelle du patient en retraçant de manière rétrospective l'impact de l'événement traumatique autour de trois axes : social, judiciaire et médico-psychologique (119). Il est important de faire appel aux différents acteurs du réseau pour une évaluation la

plus complète possible afin de proposer un accompagnement spécifique et individualisé par la suite.

Nous nous intéresserons ici au champ d'action du pédopsychiatre non formé en psychotraumatologie.

1.1. L'évaluation sociale

Dans un premier temps, il convient de déterminer si l'enfant ou l'adolescent est soumis à un climat de violence dans son environnement actuel.

Nous rappelons que si le patient est en danger imminent, la rédaction d'un signalement au procureur de la République est préconisée. Si la situation est plus ambiguë, l'envoi d'une information préoccupante à la CRIP est conseillée (cf chapitre IV : Protéger l'enfant, les démarches médico-légales).

Dans un deuxième temps il faut essayer d'appréhender les impacts que le psychotraumatisme et la révélation de la maltraitance sexuelle ont entraîné dans les rapports socio-familiaux du mineur (116).

L'accueil en entretien individuel ou familial des membres de la famille, non agresseurs et non complices, permet d'entendre la souffrance psychique de tous, d'identifier les personnes ressources pour le patient et de les accompagner dans leur rôle d'aidant.

En cas de difficultés scolaires, il est possible de prendre contact avec le médecin de l'établissement pour réfléchir à un accueil personnalisé afin de faciliter l'accès à l'apprentissage et diminuer le sentiment d'échec du patient.

1.2. L'évaluation judiciaire

Les agressions judiciaires sont des actes définis par le code pénal comme étant un délit ou un crime lorsqu'il s'agit d'un viol (cf chapitre 1.2. Définition des violences sexuelles dans la juridiction française).

Il convient d'expliquer les conséquences judiciaires de ces violences au mineur et à sa famille.

Si une plainte est déposée, il est nécessaire de préparer et d'accompagner le patient. En effet, les démarches judiciaires peuvent être vécues comme une maltraitance sociale surtout si les professionnels rencontrés ne sont pas sensibilisés à la question du psychotraumatisme et peuvent entraîner une survictimation. Il est alors recommandé d'adresser le mineur à une association d'aide aux victimes qui a une grande habitude de ces procédures (116) (par exemple l'association THEMIS sur Strasbourg est spécialisée dans l'accès au droit pour les mineurs (120)).

1.3. L'évaluation médico-psychologique

Lorsque le patient est en sécurité et qu'il bénéficie d'un environnement bienveillant, une évaluation médico-psychologique complète permet au pédopsychiatre d'apprécier la santé de son patient afin de pouvoir lui proposer un traitement adapté.

Plusieurs éléments sont à collecter au cours de l'évaluation tout en veillant à respecter le rythme de l'enfant ou de l'adolescent et se composent (116,119) :

- des caractéristiques de la violence sexuelle subie (sa description, sa fréquence, sa durée),
- du délai entre l'événement et la consultation,

- de la recherche d'autres événements traumatiques,
- de l'identification d'un syndrome psychotraumatique pouvant aller d'une présentation subsyndromique au diagnostic du trouble de stress aigu, du trouble de stress post-traumatique ou du trouble de stress post-traumatique complexe,
- de l'évaluation des troubles comorbides comme un trouble des apprentissages, un trouble des conduites, un trouble du comportement, un épisode dépressif avec évaluation du risque suicidaire (cf chapitre III.2. Les signes cliniques pouvant être présents en entretien de pédopsychiatrie),
- de la recherche de complications somatiques.

2. Les recommandations dans la prise en soin du TSPT chez l'enfant et l'adolescent

2.1. Les recommandations francophones

- **La conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie en 2003 : « Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir » (13)**

Concernant les soins, les experts ne recommandent pas la pratique d'une méthode thérapeutique en particulier car ils expliquent qu'aucune n'est validée en psychiatrie infanto-juvénile en 2003.

Ils expliquent que la prise en soin peut être multiple même si les références psychodynamiques font consensus pour ces professionnels. Cependant ils soulignent la nécessité de « prendre en compte la réalité des faits » en oubliant les outils conceptuels de la thérapie des troubles névrotiques.

De plus, les auteurs précisent qu'il est très important d'évaluer en premier lieu « la composante traumatique immédiate » qui s'articule autour de l'agression sexuelle et de l'impact de la révélation sur la dynamique familiale puis les conséquences du psychotraumatisme sur le développement de l'enfant.

Ils soulignent l'importance de la création d'une relation thérapeutique de qualité entre le pédopsychiatre et le patient mais aussi sa famille ou l'éducateur de l'institution d'accueil.

Enfin, ils se questionnent sur la pertinence d'un traitement médicamenteux dans la période proche de l'événement traumatique (notamment par les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) et souhaitent que les études scientifiques puissent explorer cette hypothèse.

- **Guide de la Haute Autorité de santé sur les « troubles anxieux graves » (6)**

Les dernières recommandations de l'HAS concernant le TSPT datent de 2007 et le considèrent comme un trouble anxieux (6).

Selon les auteurs, la thérapie cognitivo-comportementale est la thérapie de référence pour le traitement du TSPT uniquement si elle est adaptée à l'âge du mineur. A contrario, la pharmacothérapie n'est pas recommandée par manque de preuve d'efficacité.

Depuis 10 ans, la littérature scientifique sur l'évaluation des psychothérapies du TSPT de l'enfant et l'adolescent progresse. C'est pour cette raison qu'une réflexion autour des recommandations des bonnes pratiques concernant l' « évaluation et la prise en charge des syndromes psychotraumatiques [chez les] enfants et [les] adultes » (117) est actuellement en cours. Les conclusions devraient être publiées fin 2022 et a pour objectif de préconiser des prises en charge adaptées.

2.2. Les recommandations anglophones

En 2013, l'OMS invite les praticiens à considérer les thérapies cognitivo-comportementales axées sur le traumatisme (TCC-T) et la thérapie par désensibilisation et retraitement par mouvement oculaires (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR) comme pouvant être efficaces dans le traitement du TSPT chez l'enfant. Pour autant, les preuves scientifiques à cette date étaient modérées pour les TCC-T et faibles pour l'EMDR (7).

Six années plus tard, les études scientifiques ont apporté davantage de preuves pour ces psychothérapies.

C'est pour cette raison qu'en 2019, l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) recommande fortement ces deux types de psychothérapies pour traiter le TSPT de l'enfant et de l'adolescent (8). A noter que seuls les TCC-T en entretien individuel ou prise en soins parents/enfants font l'objet de cette recommandation. Les TCC-T en groupe sont seulement considérées comme probablement efficaces.

Par ailleurs, les auteurs de ces deux recommandations ne préconisent aucune pharmacothérapie (7,8).

3. Approches thérapeutiques

Selon la littérature, le traitement de référence du TSPT chez l'enfant et l'adolescent repose sur une prise en charge globale du patient incluant une psychothérapie intégrative adaptée à l'âge et au niveau de développement du mineur.

Dans ce chapitre nous aborderons différentes techniques thérapeutiques de manière non exhaustive. En effet, leur recensement n'est pas l'objectif de notre travail.

3.1 Les thérapies cognitivo-comportementales

- **La thérapie comportementale axée sur le traumatisme (Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy, Tf-CBT)**

La Tf-CBT pour les enfants et les adolescents s'est développée à partir de 1996. Au départ cette méthode est pensée pour les patients victimes d'agressions sexuelles puis s'est adaptée aux autres types de traumatismes (121).

Elle est considérée comme une thérapie cognitivo-comportementale puisqu'elle décrypte et traite les schémas de pensées erronés liés au traumatisme menant à des comportements inadaptés. Elle s'inspire également de la thérapie familiale en intégrant activement les parents ou les aidants non agresseurs. Ainsi les patients et leurs parents/aidants participent aux entretiens de manière séparée dans un premier temps puis conjointement (122). Cela permet d'augmenter les capacités du soutien du parent (ou de l'aidant) tout en améliorant les interactions et la communication entre eux et leur enfant. Néanmoins leur présence n'est pas obligatoire pour appliquer cette méthode.

En pratique, cette thérapie s'adresse aux patients âgés de 3 à 17 ans et se déroule en 12 à 16 séances hebdomadaires.

La Tf-CBT s'articule autour de trois phases (122) qui permettent de travailler 8 éléments.

La première phase est appelée phase de stabilisation. Elle permet de travailler les dysrégulations psychologiques et comportementales liées au traumatisme ainsi que la gestion des émotions. Elle se compose de :

- ❖ **la psychoéducation et des compétences parentales** en fournissant aux patients et leur parents/aidants des informations générales sur les agressions sexuelles ainsi que sur les symptômes pouvant apparaître dans

les suites d'un tel traumatisme. Les parents/aidants sont formés sur la gestion des troubles du comportement et sur l'amélioration de la communication.

- ❖ **La relaxation** afin de diminuer l'anxiété. Des techniques de respiration ciblée ou de relaxation musculaire peuvent être enseignées.
- ❖ **L'expression et la régulation des affects** en aidant le patient et les parents/aidants à contrôler les émotions liées au souvenir de l'agression sexuelle.
- ❖ **Les compétences cognitives** en accompagnant le patient et ses parents/aidants à identifier et travailler les différentes distorsions cognitives.

La deuxième phase est celle du récit du traumatisme qui peut se faire par la parole, par l'écrit mais également par une expression plus symbolique comme le dessin ou le jeu. Le traitement de ce récit va s'appuyer sur les éléments travaillés lors de la phase de stabilisation.

La troisième phase permet d'intégrer les ressources acquises et leur consolidations pour pouvoir les utiliser dans l'avenir.

Elle se compose :

- ❖ **D'une exposition à la mémoire traumatique in vivo.** Ainsi de manière progressive, l'enfant est exposé à des reviviscences traumatiques pour apprendre à gérer correctement le sentiment de peur et les conduites d'évitement qui en découlent.
- ❖ **De séances conjointes enfants/parents** (ou aidants) afin que l'enfant puisse raconter son vécu en étant soutenu positivement par son parent/aidant.

❖ ***De l'amélioration de la sécurité personnelle et de la projection dans l'avenir.***

En terme d'efficacité sur l'amélioration des symptômes du TSPT et sur les troubles psychiques comorbides, plusieurs méta-analyses (121,123,124) retrouvent un niveau de preuve scientifique jugé « bien établi ».

• **La thérapie comportementale dialectique pour le trouble de stress post-traumatique complexe**

La thérapie comportementale dialectique (TCD) est une psychothérapie appartenant à la troisième vague des TCC. Elle a été développée dans les années 1980 pour soigner des patients adultes souffrant d'un trouble de personnalité borderline avec des conduites suicidaires (125) puis a été adaptée dans les années 2010 pour un public adolescent (126,127).

Cette thérapie qui se fonde sur deux principes, *l'acceptation de soi* et *le changement*, propose au patient de modifier la vision dichotomique qu'il a sur le monde par « une conception dialectique de la réalité qui souligne son caractère complexe et multiple » (125). Ce travail s'articule autour de quatre compétences qui sont : la pleine conscience, la régulation émotionnelle, la tolérance à la détresse et l'efficacité interpersonnelle (125,126).

Cette psychothérapie a été ajustée il y a quelques années par le Pr Martin Bohus sous le nom de thérapie comportementale dialectique pour le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPTc) afin de, comme son nom l'indique, traiter spécifiquement des patients souffrant d'un TBP avec un TSPTc résultant d'une maltraitance infantile (physique ou sexuelle) (128). Il s'inspire notamment de « la

thérapie comportementale dialectique, des TCC pour le TSPT (exposition et techniques cognitives) et de la thérapie fondée sur la compassion » (128).

Les premiers résultats d'études sont positifs, cette thérapie aurait un taux de rémission symptomatique (129,130) et un taux de participation (129) satisfaisant.

Elle est aussi intéressante car elle permettrait de prendre en soin une population de patients ayant de multiples symptômes avec des tableaux cliniques différents et complexes résultant d'un événement traumatique tel qu'une violence sexuelle dans l'enfance et pourrait être, dans un second temps, ajusté aux personnes mineures.

3.2. La thérapie par désensibilisation et retraitement par mouvement oculaires (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR)

L'EMDR est une psychothérapie intégrative regroupant des éléments issus de plusieurs approches psychothérapeutiques (131).

Elle se fonde sur le modèle du traitement adaptatif de l'information (132) qui suppose qu'une expérience est une source d'informations qui va être intégrée à un réseau mnésique. Lors d'un événement traumatique, l'expérience étant non résolue, les informations sont bloquées dans un réseau neuronal dysfonctionnel.

L'objectif de l'EMDR est d'activer un processus de traitement neuro-émotionnel afin de permettre au souvenir traumatique d'émerger consciemment dans la mémoire autobiographique du patient sous forme adaptée et fonctionnelle (133).

Le protocole se compose de 8 phases et utilise la stimulation bilatérale (mouvements oculaires ou tapotements pour les plus jeunes) couplée à la focalisation du patient sur le souvenir traumatique afin de changer les associations mnésiques négatives et anxiogènes qu'il ressent (134).

Plusieurs méta-analyses ont objectivé l'amélioration des symptômes du TSPT comme la diminution des reviviscences et des cauchemars chez l'enfant et

l'adolescent suite à une thérapie EMDR. Les auteurs la qualifie comme probablement efficace puisque les études possédaient des échantillons trop faibles (123,124,135).

3.3. L'approche psychodynamique

Les thérapies d'approches psychanalytiques rassemblent la psychanalyse traditionnelle et les psychothérapies d'inspiration analytique. Validées empiriquement par la FFP (13), elles ont rarement fait l'objet d'études scientifiques, ce qui alimente les critiques dans la littérature.

Elles visent l'exploration du sens donné à l'événement traumatique par le patient plutôt qu'une intervention directe sur les symptômes post traumatiques.

La mise en mots (ou en dessin/jeux pour les plus jeunes) de l'événement permet au psychiatre d'accompagner le patient à travers les conflits intrapsychiques qui en résultent afin de les faire accéder à une dimension symbolique et d'éviter une « répétition littérale » (136) du traumatisme.

3.4. La pharmacothérapie

Chez l'enfant et l'adolescent, aucun traitement médicamenteux ne bénéficie d'une autorisation de mise sur le marché pour traiter le TSA ou le TSPT.

De plus, peu d'études randomisées et contrôlées ont été menées sur cette population. Il existe donc peu de preuve de l'efficacité des psychotropes chez le mineur en traitement de première intention pour le TSPT (131).

DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE SUR LE REPÉRAGE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

I. Justifications et objectifs

La question du repérage et de l'accompagnement des violences sexuelles chez les mineurs s'est posée rapidement durant notre premier stage d'internat, lorsqu'une adolescente parla du viol que lui avait fait subir son cousin. A ce moment-là, nous n'étions pas formée à cette problématique. Ne sachant pas comment nous positionner, nous avons choisi comme seule thérapie une écoute empathique. Nous étions bien loin d'une prise en soin globale et intégrative incluant un travail en réseau comme le préconisent les recommandations.

Puis nous avons été étonnée de la fréquence des antécédents d'agressions sexuelles chez nos patient.e.s, mineur.e.s comme adultes et de la difficulté à avoir une conduite à tenir uniforme quel que soit le lieu de soins.

La multiplicité des présentations cliniques des symptômes psychotraumatiques nous a parfois mis en échec pour certains diagnostics. Nous n'avions alors pas le réflexe de poser la question abordant les antécédents de violences sexuelles.

Enfin, la difficulté de la prise en charge s'est posée : l'accès aux soins n'est pas uniforme sur le territoire, mais la création des centres régionaux de psychotraumatisme est une aide importante.

A travers la revue de littérature nous avons pu comprendre en quoi les agressions sexuelles chez les mineurs est un problème majeur de santé publique. Nous avons

également appréhendé le rôle primordial que tiennent les pédopsychiatres dans la prise en soins de ces patients.

Nous avons ensuite réalisé une enquête centrée sur le repérage, l'accompagnement et l'orientation des mineurs victimes de violences sexuelles en psychiatrie infanto-juvénile.

L'objectif principal de cette étude descriptive et quantitative est de faire un état des lieux sur les connaissances, les pratiques et les compétences des pédopsychiatres de l'interrégion Nord-Est à propos des violences sexuelles chez les mineurs.

Les objectifs secondaires sont de connaître les attentes et perception qu'ont nos confrères au sujet des centres régionaux du psychotraumatisme et de savoir s'ils ont constaté une augmentation de la fréquence des révélations depuis le premier confinement.

II. Matériel et méthode

1. Etude

Le travail de cette thèse est une étude descriptive, épidémiologique, quantitative, réalisée dans l'interrégion Nord-Est (regroupant la région Grand-Est, et la région Bourgogne-Franche-Comté). Elle porte sur le repérage et l'accompagnement des patients victimes de violences sexuelles en psychiatrie infanto-juvénile.

Nous avons choisi d'utiliser un auto-questionnaire anonyme comme outil de mesure. Il se compose essentiellement de questions fermées (choix unique ou choix multiples) afin de simplifier le recueil des données, d'égaliser les réponses, de limiter le temps de passation et ainsi d'augmenter la représentativité grâce à une plus grande participation.

2. Population étudiée

L'enquête a été adressée aux pédopsychiatres, aux psychiatres avec activité pédopsychiatriques, aux internes de psychiatrie inscrits à l'option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'interrégion Nord-Est et aux Faisant Fonction d'Interne (FFI) travaillant dans un service de psychiatrie infanto-juvénile ainsi qu'aux pédopsychiatres travaillant en libéral.

Les réponses à ce questionnaire ont pu être enregistrées seulement si toutes les questions fermées étaient remplies par le participant.

L'emploi du terme « pédopsychiatres » désignera, sauf en cas de précision, l'ensemble des participants ayant répondu à l'enquête.

3. Méthode de recueil

Nous avons décidé d'effectuer un recueil de réponses en ligne. Le questionnaire a été créé sur le site Google forms (annexe 1). Le lien URL du questionnaire a été diffusé par courrier électronique aux pédopsychiatres de l'interrégion Nord-Est, accompagné d'une explication sur les objectifs de notre étude. Des coordonnées d'associations nationales et des liens utiles aux médecins ont été proposés en pièces jointes lors du premier envoi (annexe 2).

L'enquête était disponible à partir du 9 juin. Deux autres sessions d'envoi ont été réalisées le 25 juin et le 2 septembre afin d'augmenter le nombre de réponses.

Les conseils départementaux de l'Ordre des médecins ont refusé de nous transmettre une liste et adresse électronique des pédopsychiatres.

Nous avons obtenu les adresses mails de 186 pédopsychiatres travaillant dans la fonction publique en contactant le secrétariat des différentes structures, de 10 pédopsychiatres libéraux grâce à une liste de courriels existante pour la

communication d'informations entre pédopsychiatres et de 26 internes inscrits à l'option pédopsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'interrégion Nord-Est.

Au total, le lien électronique de l'enquête a été diffusé à 222 personnes, ce qui correspond à la majorité des praticiens.

4. Evaluation

Le questionnaire a été pensé en quatre parties. Il se compose de 47 à 56 questions en fonction des réponses du participant (annexe 1) et se remplit entre 5 à 10 minutes selon nos estimations.

La première partie (questions 1 à 12) recueille les caractères socio-démographiques et les orientations thérapeutiques des pédopsychiatres : genre, nombre d'années d'exercice, localisation, mode d'exercice, catégorie d'âge des enfants pris en soins, orientation thérapeutique privilégiée, formation et pratique aux thérapies ciblées psychotraumatisme.

La deuxième partie (questions 13 à 27) se concentre sur le repérage clinique des patient(e)s mineur(e)s victimes de violences sexuelles.

Il comporte une évaluation des connaissances sur la nouvelle législation concernant les agressions sexuelles sur mineurs ainsi que sur la définition de l'inceste et sa proportion en fonction de l'âge.

Cette partie interroge également les pédopsychiatres sur le nombre de révélations reçues depuis mars 2020. Puis elle les invite à donner leur point de vue sur une possible hausse des dévoilements ces derniers mois et sur les hypothèses pouvant expliquer ce phénomène.

Ensuite, elle propose une auto-évaluation sur la connaissance des critères du TSPT et des mécanismes physiologiques de la mémoire traumatique qui sont à l'origine

des symptômes post-traumatiques comme l'amnésie post traumatique ou les reviviscences.

Enfin elle s'intéresse aux pratiques des médecins par rapport au repérage systématique des violences sexuelles et à la recherche d'arguments pour étayer les suspicions cliniques.

La troisième partie (questions 28 à 44) traite de la conduite à tenir et de l'accompagnement en cas de révélation de violences sexuelles chez un mineur en commençant par apprécier le pourcentage de patients ayant une psychothérapie ciblée psychotraumatisme. La problématique du signalement, de son cadre légal, de ses conséquences thérapeutiques sont également explorées. Puis le sujet de la prise en charge psychothérapeutique est abordé avec un questionnaire spécifique sur la représentation et les attentes des pédopsychiatres concernant les centres régionaux de psychotraumatisme.

La quatrième partie (question 45 à 56) s'intéresse à la pratique des pédopsychiatres à travers une vignette clinique du choix du pédopsychiatre : âge et sexe du patient, âge au moment des faits, caractéristiques de la violence sexuelle, motif initial de la demande de prise en soins, conduite tenue d'un point de vue judiciaire, orientation vers d'autres professionnels ou association d'aides aux victimes.

5. Analyses statistiques

L'ensemble des données chiffrées a été analysé sur Google Sheets.

La mesure de l'association entre deux co-variables a été calculée grâce au test Chi-2, ou à l'aide du test de Fisher, si les conditions de validité n'étaient pas remplies (effectif attendu inférieur à 5). Le risque de première espèce alpha était

fixé à 5% et une différence était considérée comme significative si p était inférieur à 0,05.

Nous avons ensuite comparé les pratiques, connaissances et point de vue des pédopsychiatres en fonction des données socio-démographiques.

Les réponses positives et négatives ainsi que les réponses sur la fréquence à l'échelle type Likert ont été regroupées, afin de faciliter la présentation des résultats. Ainsi nous avons réuni les items « pas du tout d'accord » et « plutôt pas d'accord », « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord », « toujours » et « souvent », « parfois » et « jamais ».

III. Résultats

Nous avons atteint un taux de participation de 30% à ce questionnaire avec la réception de 67 réponses sur 222 personnes contactées. Dans le cadre d'une enquête auprès de médecins, ce taux de réponse est satisfaisant et souligne l'intérêt des pédopsychiatres pour ce sujet.

1. Données des caractéristiques descriptives des participants

- **Analyse des caractéristiques socio-démographiques**

Sur les 67 réponses obtenues, nous constatons que les participants ayant plus de 20 ans d'expérience sont les plus représentés avec 32,8% (n=22) de participation. Nous notons que 63% (n=17) des psychiatres déclarent avoir une activité pédopsychiatrique exclusive. Seulement 7,4% (n=2) d'entre eux ont moins d'un quart de mineurs dans leur file active, qu'ils prennent en charge en milieu hospitalier.

Enfin, environ trois quart des répondants exercent dans la région Grand Est. Le taux de participation en fonction du département est disponible en annexe 3.

Les données caractéristiques socio-démographiques des participants sont détaillées dans le Tableau II.

Tableau II : Caractéristiques socio-démographiques des pédopsychiatres (n=67)

Items	Nombre de participants (n=67)	%
Genre		
Hommes	15	22,4
Femmes	52	77,6
Nombre d'années d'exercice*		
Moins de 5 ans	14	20,9
Entre 5 et 10 ans	13	19,4
Entre 10 et 20 ans	18	26,9
Plus de 20 ans	22	32,8
Localisation		
Région Grand Est	50	74,6
Région Bourgogne-Franche-Comté	17	25,4
Type d'exercice		
Pédopsychiatres	29	43,3
Psychiatres avec activité pédopsychiatrique	27	40,3
Internes option PEA**/ FFI***	11	16,4
Lieu d'exercice		
Hôpital	51	76,1
Libéral	1	1,5
Mixte	15	22,4
<i>hôpital/libéral</i>	1	6,6
<i>hôpital/institution</i>	7	46,6
<i>libéral/institution</i>	2	13,4
<i>non spécifié</i>	5	33,4
Catégorie d'âge des mineurs		
Tous les âges	42	62,6

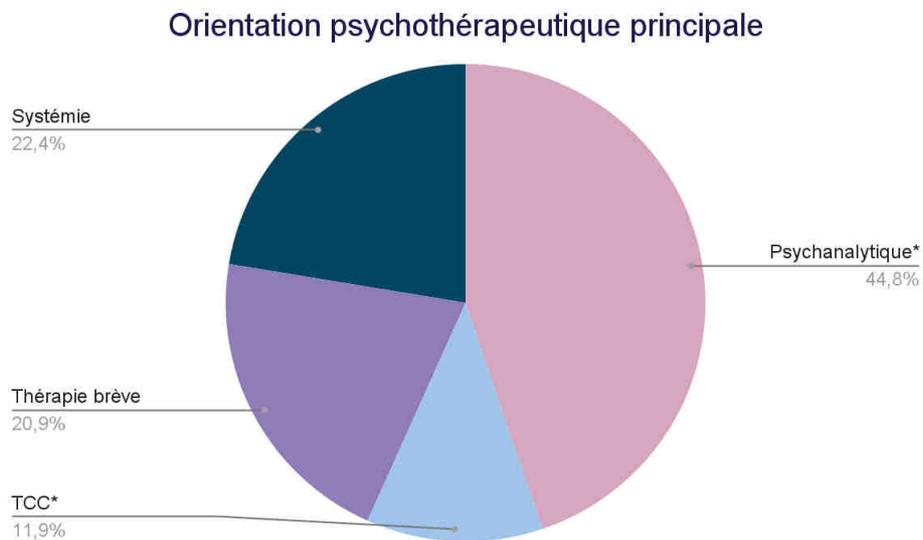
0-3 ans	1	1,5
4-11 ans	6	8,9
12-18 ans	9	13,4
Autres	9	13,4
0-11 ans	2	2,9
4-17 ans	7	10,4

(Notes: * en comptant l'internat; ** psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent; *** Faisant fonction d'interne)

• Analyse des orientations psychothérapeutiques

Dans l'échantillon, toutes les orientations psychothérapeutiques principales proposées sont représentées avec une majorité de pédopsychiatres formés à la psychanalyse et aux approches psychodynamiques soit 44,8% (n=30). Les résultats sont présentés dans la figure 2.

Figure 2 : Orientations psychotérapeutiques principales des pédopsychiatres (n=67)



(Notes : * Thérapie cognitivo-comportementale; *Psychanalytique/psychodynamique)

Nous observons que 31% (n= 9) des pédopsychiatres et 29,6% (n=8) des psychiatres avec activité pédopsychiatrique sont formés à des psychothérapies

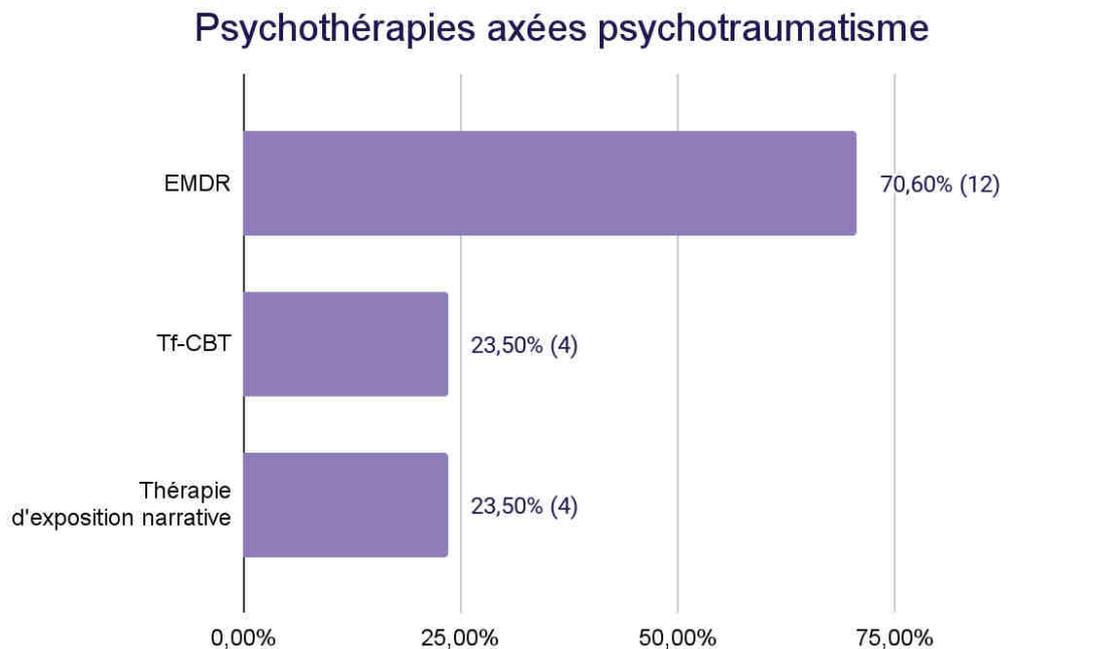
centrées sur le psychotraumatisme soit un total de 25,4% (n=17) sur le nombre total des participants (N=67). Aucun interne ne déclare y être formé.

La majorité des répondants formés exercent leur profession depuis plus de 20 ans et représentent 50% de ce groupe.

Les pédopsychiatres sont majoritairement formés à l'EMDR, ce qui s'explique par une offre de formation plus importante de cette psychothérapie par rapport aux autres dans l'interrégion Nord Est. La formation à la Tf-CBT concerne moins d'un quart des pédopsychiatres de cet échantillon (figure 3).

De plus, les praticiens déclarent utiliser régulièrement cet outil puisque 82,3% des pédopsychiatres formés s'en servent dans leur pratique courante.

Figure 3 : Type de psychothérapies centrées sur le psychotraumatisme chez les pédopsychiatres formés (N=17).



2. Repérage des violences sexuelles : pratique et perception des connaissances des pédopsychiatres

Les pratiques des pédopsychiatres et la perception de leurs connaissances dans le cadre du repérage des violences sexuelles chez le mineur sont détaillées dans le Tableau III.

Tableau III : Déclaration des pratiques et perception des connaissances des pédopsychiatres concernant le repérage de violences sexuelles (N=67)

Items	Réponses des participants (n et %)				N=67
	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	
Pratique des pédopsychiatres					
A quelle fréquence vous arrive-t-il d'évoquer un événement traumatique de type violence sexuelle lorsqu'un patient présente des symptômes pouvant potentiellement constituer des comorbidités et/ou complications d'un TSPT* ?	15 (22,4%)	37 (55,2%)	15 (22,4%)	0 (0%)	
En début de prise en charge d'un mineur, à quelle fréquence lui posez-vous la question d'un antécédent d'agression sexuelle ?	6 (9%)	20 (29,9%)	33 (49,2%)	8 (11,9%)	
Lorsque vous suspectez une maltraitance sexuelle, vous arrive-t-il de contacter le médecin généraliste pour échanger avec lui ?	7 (10,4%)	9 (13,4%)	33 (49,3%)	18 (26,9%)	
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	
Perceptions des connaissances					
Connaissez-vous les caractéristiques cliniques d'un TSPT* ?	45 (67,2%)	22 (32,8%)	0 (0%)	0 (0%)	

Êtes-vous à l'aise avec le mécanisme physiologique de la création de la mémoire traumatique et ses répercussions sur la vie quotidienne de nos patient(e)s ?	29 (43,3%)	27 (40,3%)	11 (16,4%)	0 (0%)
--	------------	------------	------------	--------

Les moins de 10 ans

Les plus de 10 ans

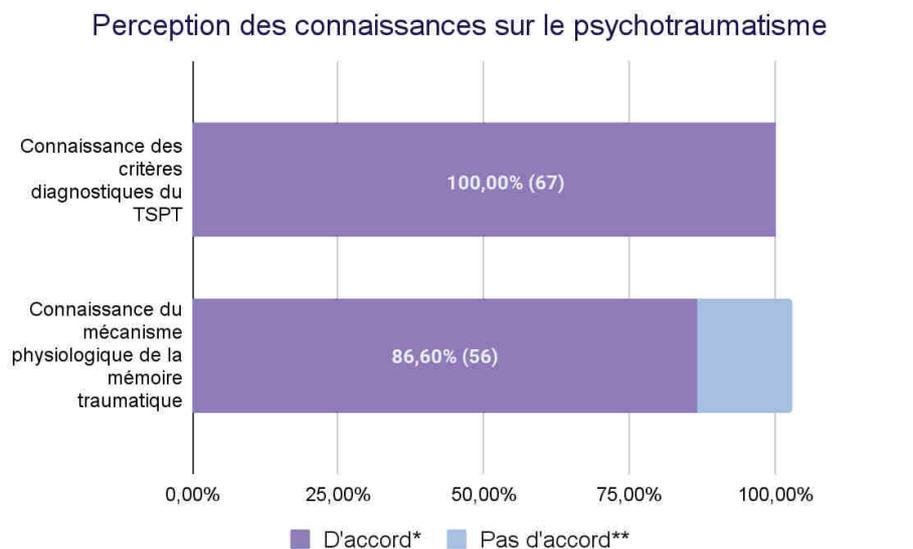
D'après vous, quelle est la catégorie de mineurs la plus exposée aux violences sexuelles intrafamiliales ?	51 (76,1%)	16 (23,9%)
--	------------	------------

(Note : *Trouble de stress post-traumatique)

• Analyse de la perception des connaissances des pédopsychiatres

En rassemblant les réponses positives et négatives, nous constatons que l'ensemble des pédopsychiatres déclarent avoir une bonne connaissance des critères du TSPT et que plus de 80% des répondants pensent avoir une connaissance correcte du mécanisme physiologique de la mémoire traumatique (Figure 4).

Figure 4 : Déclaration de la perception de connaissance concernant le psychotraumatisme chez les pédopsychiatres (N=67)



Par ailleurs, plus de trois quart des pédopsychiatres sont correctement sensibilisés sur la catégorie d'âge la plus touchée par l'inceste soit les enfants de moins de 10 ans (76,1%; n=51).

- **Analyse des pratiques des pédopsychiatres**

En regroupant les réponses par le type de fréquence, nous observons que plus de trois quart des pédopsychiatres pensent fréquemment à un antécédent de violences sexuelles devant un tableau clinique de TSPT et de comorbidités associées. En revanche, seulement un peu plus d'un tiers repèrent de façon quasi systématique un antécédent de violences sexuelles en posant la question en début de suivi. Enfin, le lien avec les médecins généralistes n'est pas la règle puisque moins d'un quart des pédopsychiatres prennent contact régulièrement avec eux lorsqu'ils ont des suspicions.

- **Analyse du nombre de révélations de violences sexuelles depuis mars 2020 chez les pédopsychiatres.**

De mars 2020 à la date de réponse au questionnaire, 89,5% (n=60) des pédopsychiatres ont recueilli au moins une révélation de violences sexuelles (VS). Le nombre de dévoilements varie entre 0 à 30 : 61,6% (n=37) en ont recueilli entre 1 et 5, 28,3% (n=17) entre 6 et 10, 5% (n=3) entre 11 et 15 et 5% 20 en plus. La moyenne est de 6,4 révélations par pédopsychiatre.

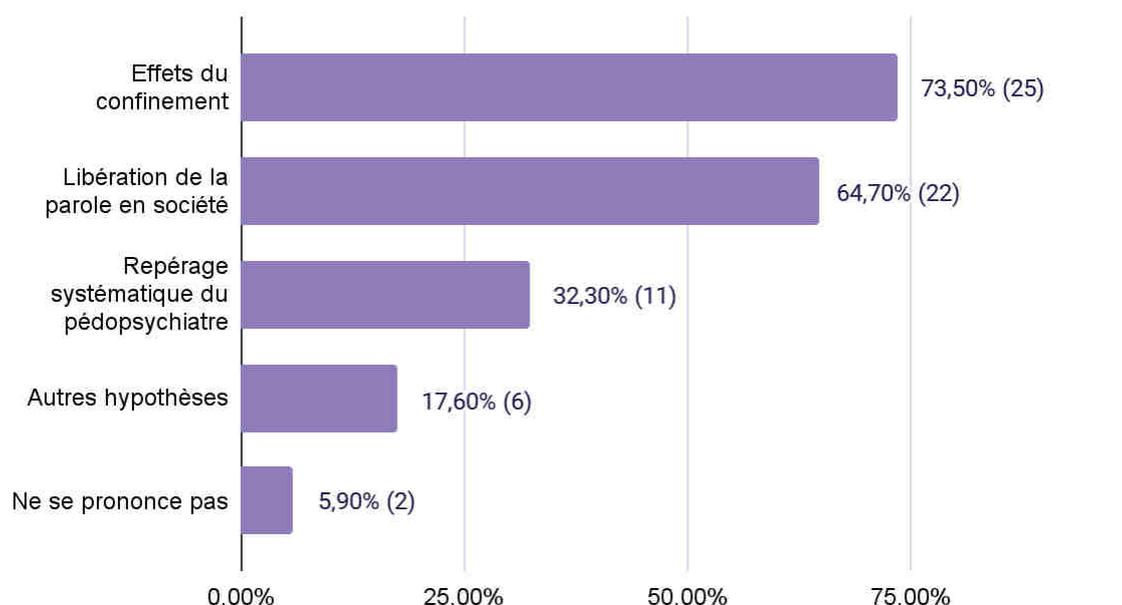
Cinquante virgule sept pour cent (n=34) des pédopsychiatres pensent qu'il y a une hausse des révélations depuis le premier confinement, 17,9% (n=12) ne sont pas d'accord avec cette affirmation et 31,3% (n=21) n'ont pas d'avis sur la question.

Cette hausse est estimée à moins de 25% dans 61,7% (n=21) des cas et moins de 50% chez 91,2% (n=31) par les pédopsychiatres interrogés (N=34).

Parmi les hypothèses proposées pour expliquer cette hausse « les effets du confinement » arrivent en tête avec 73,5% (n=25) de réponses positives puis la « libération de la parole de la société » avec 64,7% (n=22) et enfin le repérage systématique par le pédopsychiatre pour seulement 32,3% (n=11) des médecins (Figure 5). Certains médecins ont avancé d'autres hypothèses comme l'absence de limites ou l'indistinction des places des différents membres composant la famille.

Figure 5 : Hypothèses des pédopsychiatres sur la cause de la hausse des révélations de VS depuis mars 2020 (N=34)

Hypothèses sur la hausse des révélations de violences sexuelles



Parmi les 25 pédopsychiatres qui pensent que l'effet du confinement a un impact sur le nombre de révélations, 92% (n=23) supposent que la promiscuité et la cohabitation peuvent être une cause de dévoilement. 72% (n=18) des répondants estiment que l'arrêt de prise en charge sociale, la majoration du stress et de la tension interne sont des hypothèses probables. Soixante pour cent (n=15) des participants présument que le confinement a pu avoir un impact négatif sur l'état clinique de l'agresseur. Enfin pour un pédopsychiatre, le confinement a été un

temps d'échange en famille qui a réuni les conditions pour que la révélation ait lieu.

- **Analyse des connaissances des pédopsychiatres sur les textes de loi**

A la question abordant la définition d'une agression sexuelle selon la loi du 21 avril 2021, 20,9% (n=14) des pédopsychiatres ont répondu correctement. Quarante virgule trois pour cent (n=27) des répondants se sont trompés puisqu'ils considèrent qu'une relation sexuelle consentie entre un mineur et un majeur de moins de 5 ans son aîné est qualifiée d'agression sexuelle. Or la clause nommée Roméo et Juliette autorise cette relation (sauf pour le cas particulier de l'inceste).

Par ailleurs, 16,4% (n=11) des participants ne définissent pas la fellation imposée comme une agression sexuelle.

Concernant la définition de l'inceste, elle est correctement définie chez 65,7% (n=44) des pédopsychiatres. Nous soulignons que 25,4% (n=17) des répondants ne considèrent pas qu'une violence sexuelle, perpétrée par la compagne du père, puisse constituer une agression incestueuse.

3. Accompagnement des patients victimes de violences sexuelles : pratique et perception des connaissances des pédopsychiatres

- **Analyse de la conduite à tenir et de la formation personnelle des pédopsychiatres dans l'accompagnement des patients**

Nous constatons que la conduite à tenir suite à une suspicion ou une révélation de

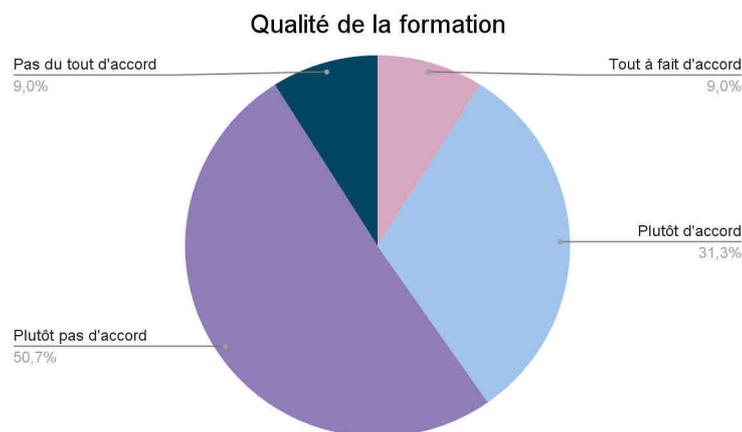
violences sexuelles est toujours claire chez seulement 11,9% (n=8) des pédopsychiatres, plus de la moitié déclarent avoir *parfois* des doutes alors qu'environ un tiers se questionnent *souvent* sur la conduite à adopter (Figure 6).

Figure 6 : Déclaration des pédopsychiatres par rapport aux doutes sur la conduite à tenir suite à une suspicion/révélation de VS (N=67).



De même, seuls 40% des répondants déclarent être suffisamment formés pour accompagner les patients mineurs victimes de violences sexuelles (Figure 7).

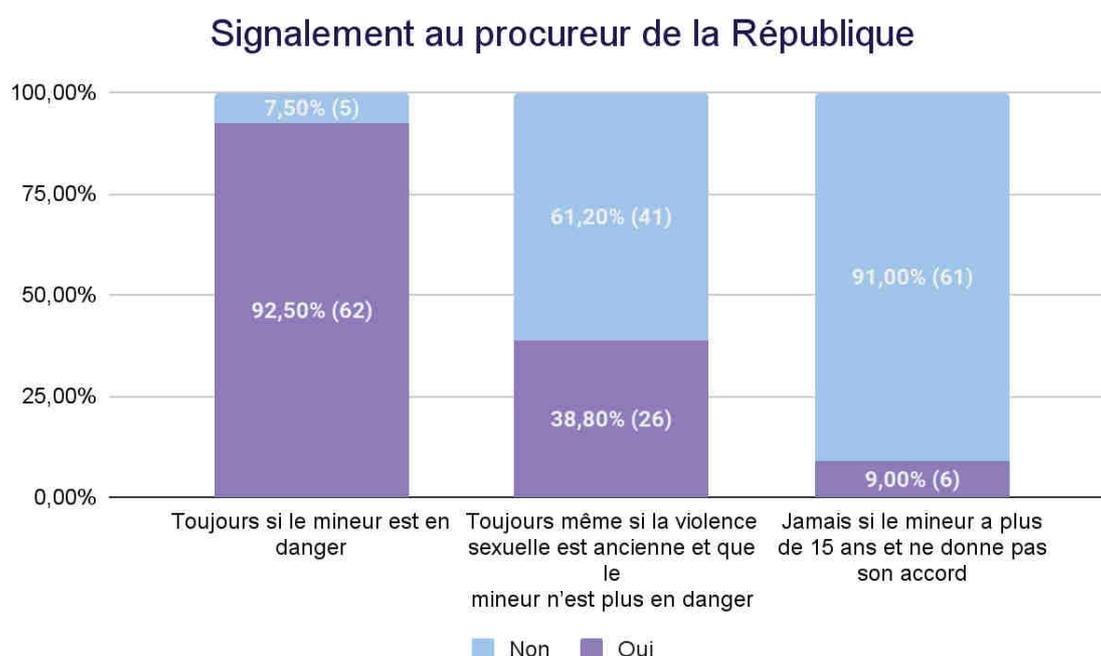
Figure 7 : Perception des pédopsychiatres sur la qualité de leur formation personnelle pour accompagner les patients victimes de VS (N=67)



- **Analyse des pratiques et des connaissances des pédopsychiatres concernant le signalement**

Quatre vingt douze virgule cinq pour cent (n=62) des pédopsychiatres déclarent rédiger systématiquement un signalement au procureur de la République lorsque le mineur est en danger. Un quart des répondants le rédigent lorsque le mineur n'est plus en danger mais qu'il a un antécédent de violences sexuelles. Enfin moins de 10 % (n= 6) ne signalent pas la situation si le mineur de plus de 15 ans ne donne pas son consentement (Figure 8).

Figure 8 : Pratique des pédopsychiatres concernant la rédaction d'un signalement au procureur de la République (N=67)



La moitié des pédopsychiatres (50,7%; n=34) pensent devoir rédiger un signalement au procureur de la République même si les parents portent plainte contre l'agresseur présumé. Cette pratique se conforme aux recommandations de l'HAS (65).

Seulement 3% savent qu'il n'y a pas d'obligation d'informer les détenteurs de l'autorité parentale de la rédaction et du contenu du signalement, à contrario plus d'un tiers pensent devoir les aviser systématiquement (34,3%; n=23).

Enfin, moins de deux tiers des répondants pensent que cet écrit n'a pas d'impact sur l'alliance thérapeutique (68,6%; n=46).

- **Analyse des pratiques quant à l'orientation des patients victimes de violences sexuelles par les pédopsychiatres**

Un peu moins d'un quart des pédopsychiatres orientent systématiquement les patients victimes de violences sexuelles vers une psychothérapie ciblée psychotraumatisme. Un tiers sont plutôt d'accord avec cette pratique, un tiers plutôt pas d'accord et moins de 10 % n'orientent pas systématiquement leur patients.

Par ailleurs, la moitié des répondants proposent aux enfants et aux adolescents de contacter une association d'aide aux victimes (Tableau IV).

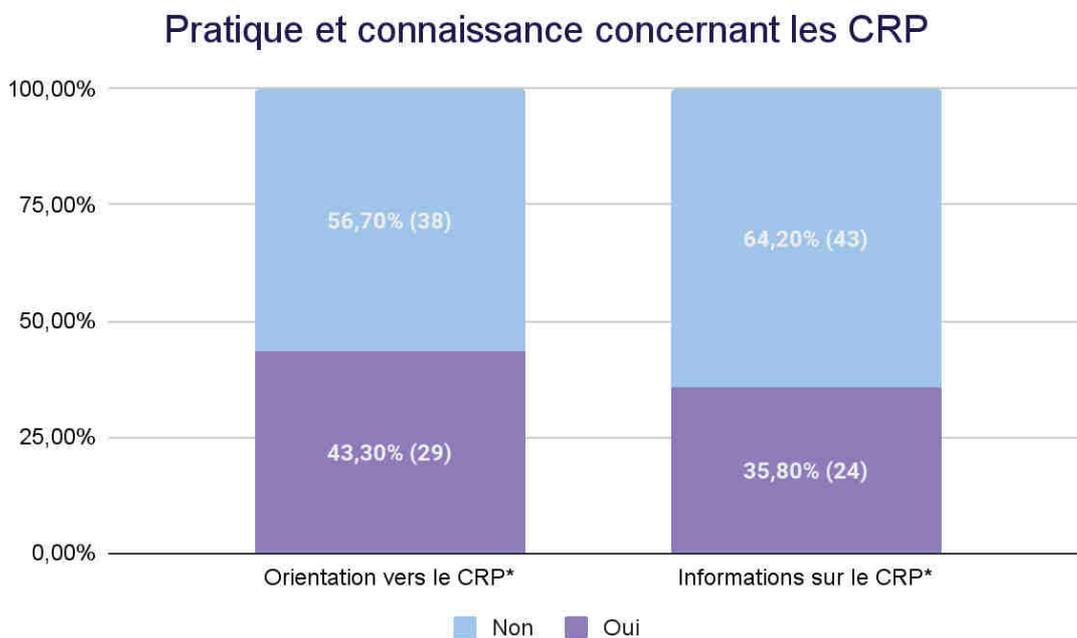
Tableau IV : Pratiques des pédopsychiatres concernant l'orientation des patients victimes de violences sexuelles (N=67)

Items	Réponses des pédopsychiatres (n et %) N=67			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Orientez-vous systématiquement le mineur vers un praticien exerçant des thérapies orientées psychotraumatisme (vous y compris) ?	16 (23,9%)	23 (34,3%)	23 (34,3%)	5 (7,5%)
	Oui		Non	
Orientez-vous le/la patiente vers une association d'aide aux victimes ?	35 (52,2%)		32 (47,8%)	

- **Analyse des pratiques et des connaissances des pédopsychiatres sur les centres régionaux du psychotraumatisme**

Seuls 35,8% (n=25) des pédopsychiatres déclarent avoir été informés des missions du centre régional de psychotraumatisme de leur territoire et 43,3% (n=29) ont orienté un(e) de leur patient(e) dans ce centre (Figure 9).

Figure 9 : Pratiques et connaissances des pédopsychiatres concernant le centre régional de psychotraumatisme de leur territoire (N=67)

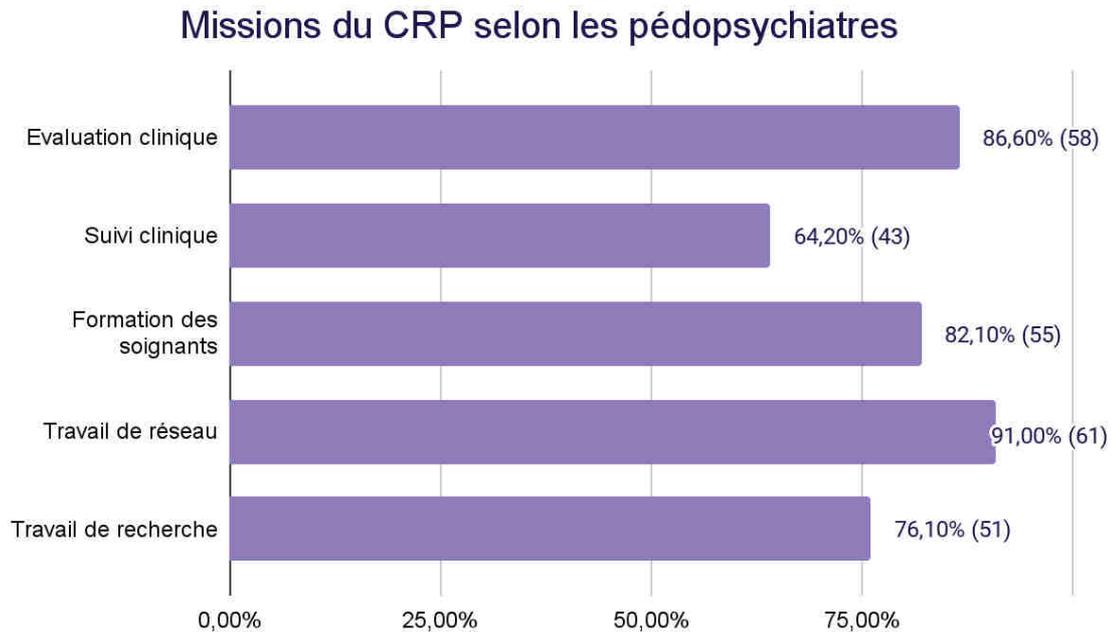


(Note : * Centre régional de psychotraumatisme)

Plus des trois quarts des pédopsychiatres ont validé toutes les missions du CRP proposées dans le questionnaire excepté pour le suivi clinique des patients qui regroupe quand même 62,4% des répondants.

Les pédopsychiatres retiennent le travail en réseau comme une mission essentielle du CRP, suivi de la formation clinique et de l'évaluation des patients (figure 10).

Figure 10 : Perception des pédopsychiatres sur leur connaissance du centre régional de psychotraumatisme de leur territoire



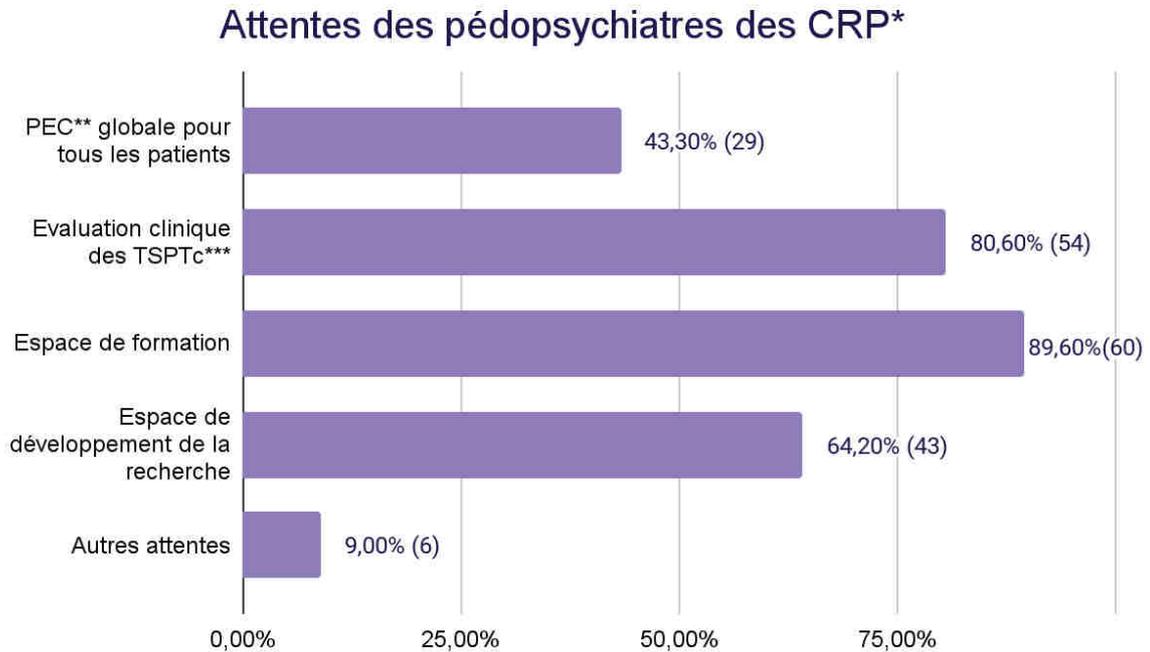
(Note : * Centre régional de psychotraumatisme)

Concernant les attentes des pédopsychiatres pour le CRP de leur territoire, près de 90% aimeraient y trouver un espace de formation dédiée aux équipes pédopsychiatriques dans leur ensemble.

Environ 80% souhaitent pouvoir faire bénéficier aux patients ayant un TSPT complexe associé à des comorbidités, d'une évaluation clinique spécialisée.

Plus de 60% sont intéressés par l'espace de recherche que représente le CRP. Enfin, moins de la moitié des pédopsychiatres aimeraient solliciter ce centre pour un suivi global de tous les patients ayant un psychotraumatisme (Figure 11).

Figure 11 : Attentes des pédopsychiatres concernant le centre régional de psychotraumatisme de leur territoire



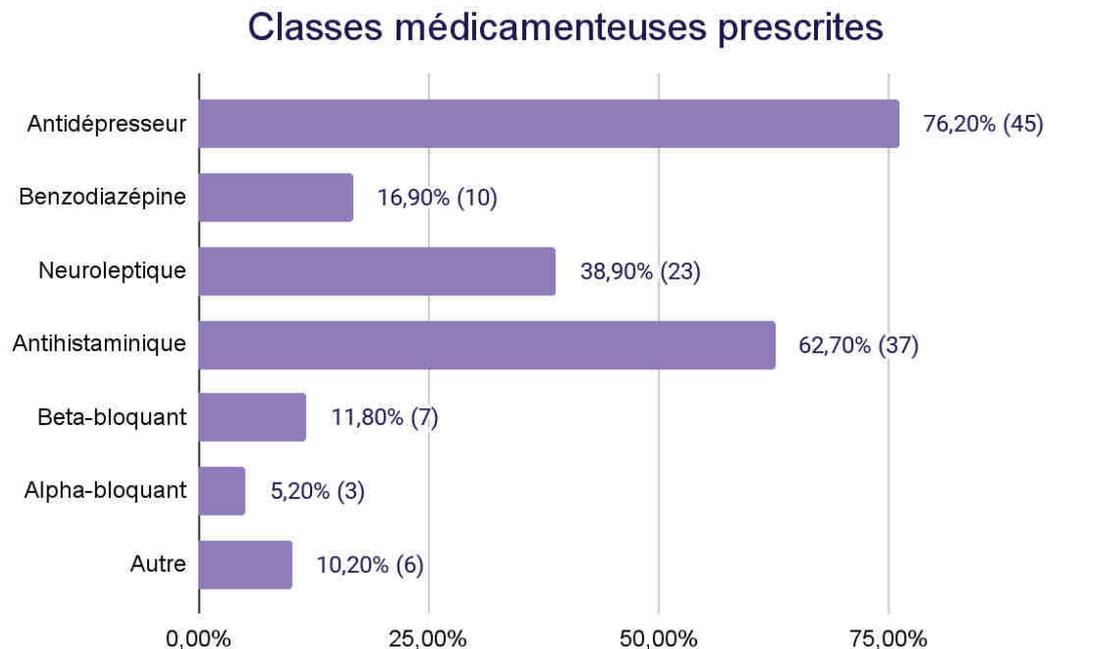
(Notes : * centre régional du psychotraumatisme; ** Prise en charge; *** Trouble de stress post traumatique complexe)

- **Analyse des pratiques concernant la pharmacothérapie**

Quatre vingt huit virgule un pour cent (n= 59) des pédopsychiatres ont déjà prescrit un traitement chez un patient mineur victime de violences sexuelles.

La classe médicamenteuse la plus utilisée est celle des antidépresseurs (chez plus des 3/4 des répondants) suivie par celle des antihistaminiques (chez un peu moins des 2/3 des répondants). La classe des neuroleptiques est prescrite par plus d'1/3 des participants et celle des benzodiazépines chez 1/6 des répondants (figure 12).

Figure 12 : Classes médicamenteuses prescrites par les pédopsychiatres chez les patients victimes de violences sexuelles (N=59)



4. Une prise en charge d'un.e patient.e victime de violences sexuelles

Les pédopsychiatres participant à l'enquête étaient interrogés sur plusieurs éléments d'une de leur dernière prise en soins d'un.e enfant ou d'un.e adolescent.e victime de VS.

- **Données générales sur les patients**

Quatre vingt cinq virgule un pour cent (n=67) des vignettes cliniques concernent des filles ou des adolescentes.

Au moment de la prise en soins de ces patient.e.s, 67,5% (n=45) avaient plus de 11 ans.

Concernant la question de l'âge au moment de l'agression sexuelle, deux pédopsychiatres n'y ont pas répondu, deux ont mentionné que les faits étaient

répétés et continus mais n'ont pas spécifié l'âge du début des violences. Certains répondants ont donné plusieurs âges correspondant à des agressions sexuelles séparées et distinctes. Afin d'analyser ces résultats, nous avons choisi de garder l'âge de la première agression.

Ainsi l'âge du/de la patient.e au moment des faits varie entre 2 et 16 ans et la moyenne est de 9,9 ans.

La moitié des patient.e.s (50,8%; n=32) avaient 10 ans ou moins lors des faits et un peu moins de deux tiers de cette catégorie avaient entre 6 à 10 ans (62,5%; n=20).

La majeure partie des adolescent.e.s avaient entre 11 et 15 ans lors de l'agression (90,3 %; n=22).

- **Caractéristiques des violences sexuelles subies**

Plus de la moitié des patients victimes (52,2%; n= 35) avaient subi un viol.

Un peu moins de deux tiers (61,2%; n=41) rapportaient que l'agression sexuelle était ancienne, datant de plus d'un an.

Quasiment la moitié des enfants et des adolescents (49,3% n=33) ont vécu une agression au sein du cercle familial. Il s'agissait, pour plus d'un tiers d'entre eux, de violences sexuelles répétées (34,3%; n=23).

Pour un quart des patients, ces violences étaient accompagnées d'un autre type de maltraitance (25,4%; n=17).

Enfin 62,7% (n=42) de ces agressions sexuelles n'étaient pas connues des services judiciaires.

- **Le motif principal motivant le début du suivi**

Les motifs initiaux de suivi étaient principalement les troubles du comportement et des conduites dans plus d'un tiers des cas (34,3%; N=23), puis des troubles thymiques (17,9% n=12), un trouble de stress post-traumatique au même niveau que des troubles anxieux (11,9%; n=8); des troubles du comportement alimentaire pour 5 patients (7,5%); enfin un d'entre eux consultait pour des troubles des apprentissages et un autre pour des troubles psychotiques (1,5%).

Dix pour cent (n=9) des mineurs ont commencé un suivi pédopsychiatrique pour un autre motif que ceux proposés. Dans cet échantillon, plusieurs patients ont demandé un rendez-vous suite à une agression sexuelle.

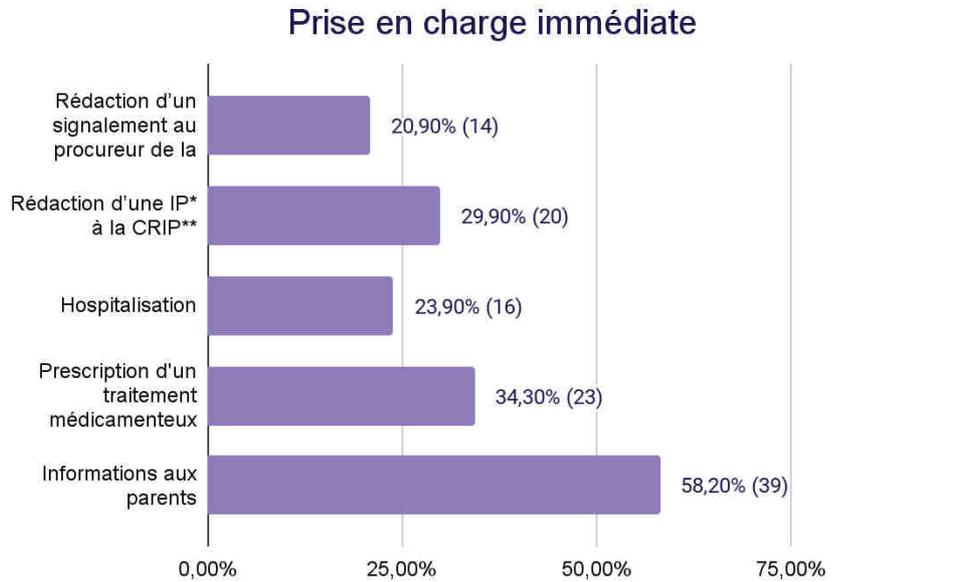
- **La prise en charge suite à la révélation d'une violence sexuelle**

A la suite de la révélation d'une violence sexuelle chez leur patient, environ la moitié des pédopsychiatres déclarent avoir rédigé soit un signalement, soit une information préoccupante pour prévenir les autorités compétentes d'une situation de danger concernant leur patient.

Plus de la moitié des répondants ont informé les parents de l'enfant ou l'adolescent des faits révélés lors de l'entretien.

Enfin, un quart ont demandé une hospitalisation et un tiers ont prescrit un traitement médicamenteux (Figure 13).

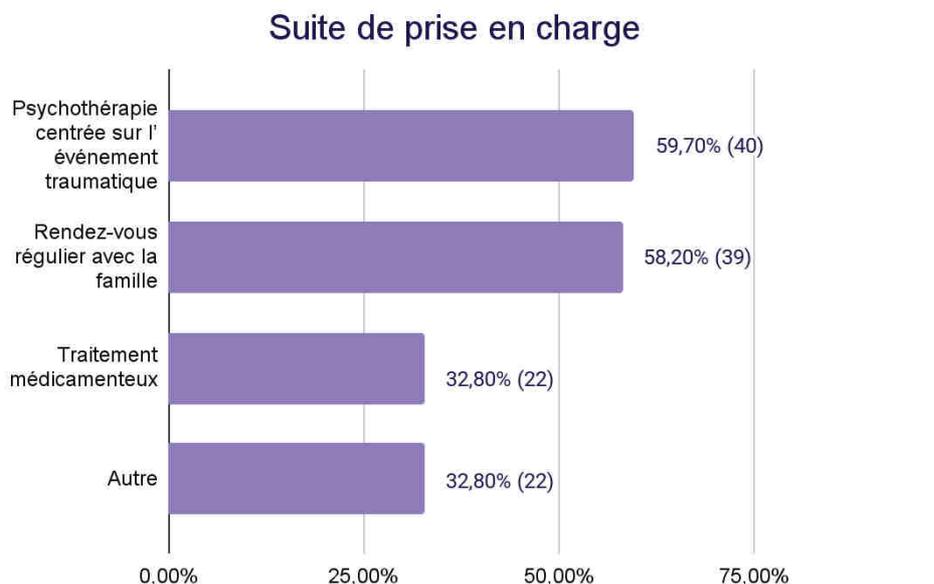
Figure 13 : Prise en charge immédiate des pédopsychiatres à la suite de révélation d'une agression sexuelle par leur patient (N=67)



Les pédopsychiatres ont ensuite favorisé des rendez-vous réguliers avec la famille et une psychothérapie centrée sur l'événement traumatique. Un tiers environ ont prescrit un traitement médicamenteux (Figure 14).

20 répondants ont écrit d'autres propositions de prise en charge comme accompagner le patient vers le système judiciaire, rédiger une information préoccupante dans un deuxième temps ou encore proposer une prise en charge intégrative et globale non centrée sur l'événement traumatique.

Figure 14 : Pratique de la suite de prise en charge des patients victimes de VS par les pédopsychiatres (N=67)



Enfin, 26,9% (n=7) des pédopsychiatres ont orienté leur patient vers une association d'aide aux victimes, 5,4% (n=4) des répondants vers le CRP du territoire, 42,3% (n=11) vers un thérapeute formé aux psychothérapies centrées sur le psychotraumatisme et enfin 34,6% (n=9) l'ont orienté vers une autre structure. Au total 26 mineurs sur 67 ont été orientés (38,8%).

5. Analyse comparative des pratiques, perceptions, et connaissances des pédopsychiatres

Nous avons comparé les réponses aux divers items selon plusieurs facteurs :

- le type d'exercice : pédopsychiatrie ou psychiatrie adulte (excluant les internes),
- le statut : interne ou pédopsychiatres (regroupant pédopsychiatres et psychiatres adultes),

- la formation des pédopsychiatres à une thérapie centrée psychotraumatisme (formés ou non formés).
- la région d'exercice du pédopsychiatre (Grand-Est ou Bourgogne-Franche-Comté) pour les questions liées au centre régional de psychotraumatisme.

● **Comparaison des pratiques, des perceptions et des connaissances des pédopsychiatres lors du repérage des patients victimes de violences sexuelles**

Les résultats mettent en évidence deux différences significatives concernant le repérage des violences sexuelles (VS).

La première est la connaissance du type d'agresseur rendant les VS incestueuses. En effet, seuls 36% des internes avaient une réponse correcte à cette question contre 71% des pédopsychiatres ($p=0,037$).

La deuxième est la perception de 88,2% pédopsychiatres formés à une psychothérapie centrée psychotraumatisme à très bien connaître les caractéristiques cliniques du TSPT contre 60% des pédopsychiatres non formés ($p=0,038$).

Nous notons qu'aucune différence significative n'a été trouvée en ce qui concerne :

- la connaissance de la loi du 21 avril 2021,
- la connaissance de la catégorie de mineur la plus touchée par des VS incestueuses,
- la perception de la connaissance du mécanisme physiologique de la mémoire traumatique,
- la perception de la hausse des révélations depuis mars 2020,
- le repérage systématique ou orienté, grâce aux symptômes du patient, de violences sexuelles,

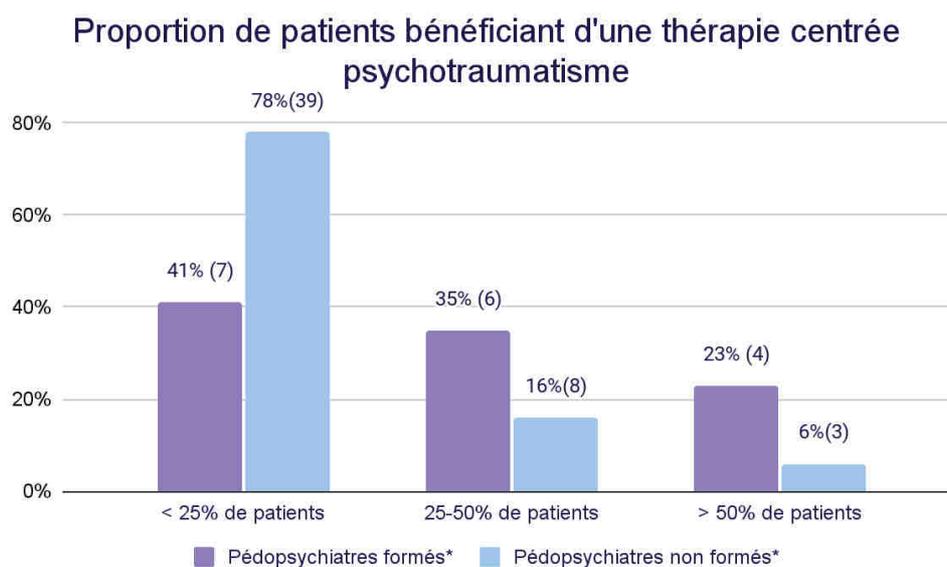
- le lien avec le médecin généraliste si suspicion d'un antécédent d'agression sexuelle.

- **Comparaison des pratiques, des perceptions et des connaissances des pédopsychiatres concernant l'accompagnement des patients victimes de violences sexuelles**

Sans surprise, il existe une différence entre les pédopsychiatres formés à une psychothérapie centrée psychotraumatisme et les pédopsychiatres non formés concernant le nombre de leur patients bénéficiant d'une thérapie ciblée psychotraumatisme en complément de leur prise en soin global ($p=0,019$).

Par exemple, 78% de pédopsychiatres non formés à une thérapie centrée sur le psychotraumatisme (contre 41% de pédopsychiatres formés), déclaraient prendre en charge dans leur patientèle moins de 25% d'enfants et d'adolescents bénéficiant d'une telle thérapie dans leur parcours de soin (Figure 15).

Figure 15 : Analyse comparative de la proportion de patients à bénéficier d'une psychothérapie centrée psychotraumatisme : les différences significatives.

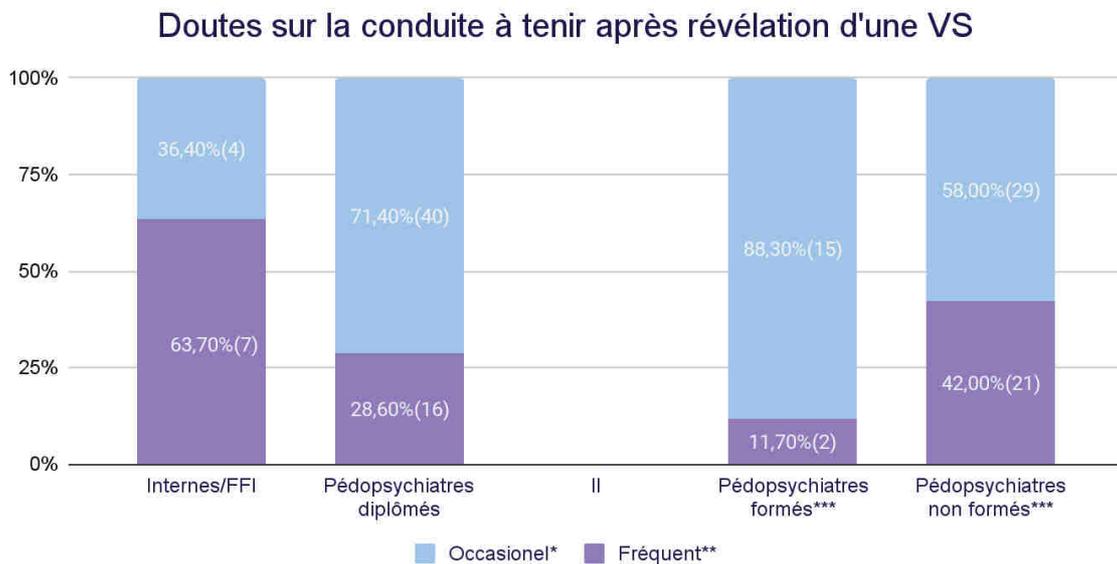


(Note : * aux psychothérapies centrées psychotraumatisme)

De même 63,7% des internes avaient fréquemment des doutes sur la conduite à tenir suite à la révélation d'un antécédent de violences sexuelles et seuls 9% jugeaient être suffisamment formés pour accompagner ces patients. D'un autre côté, 42% des pédopsychiatres non formés à une psychothérapie centrée psychotraumatisme déclaraient avoir des doutes sur la conduite à tenir après le dévoilement et seulement 24% d'entre eux se sentaient correctement formés pour accompagner ces patients (Figure 16 et 17).

Par ailleurs, 27,3% des internes orientaient systématiquement leurs patients vers un thérapeute pratiquant une psychothérapie centrée psychotraumatisme contre 64,3% des pédopsychiatres diplômés ($p=0,02$).

Figure 16 : Analyse comparative concernant les doutes sur la conduite à tenir après une révélation de VS : les différences significatives

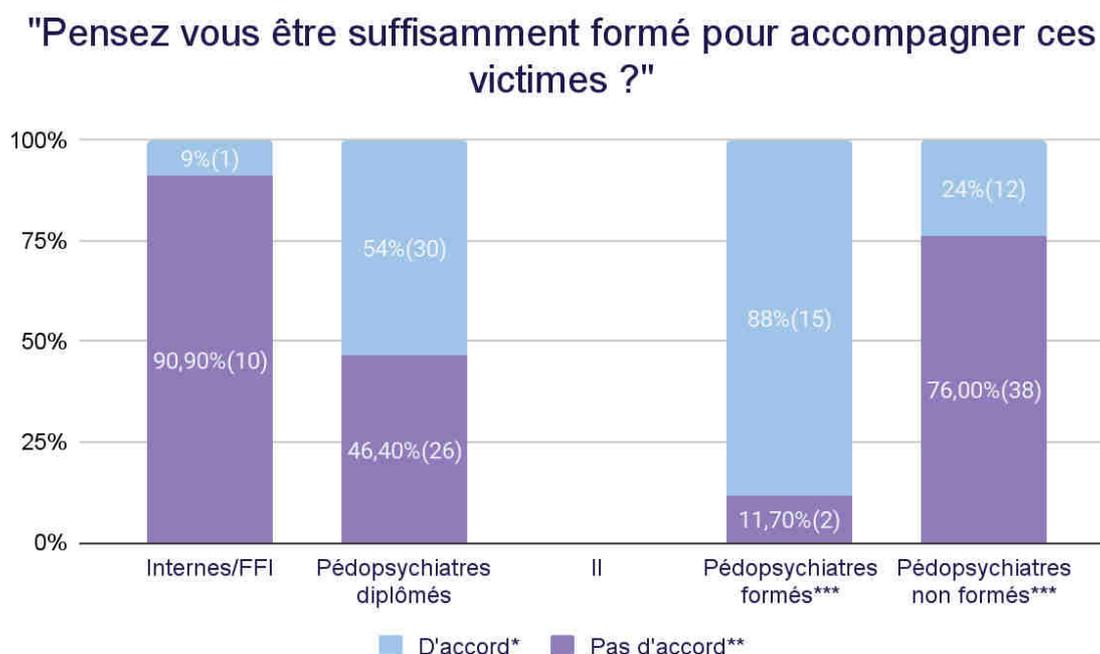


(Notes a: $p=0,037$; b: $p=0,023$; * Incluant « parfois » et « jamais »; **Incluant « toujours » et « souvent », *** formés ou non formés à une psychothérapie centrée psychotraumatisme)

Par ailleurs, 64% des pédopsychiatres de la région Bourgogne-Franche-Comté ont déjà orienté leurs patients vers le centre régional de psychotraumatisme de leur

territoire alors que seulement 36% des pédopsychiatres du Grand-Est ($p=0,039$) y ont adressé les leurs.

Figure 17 : Analyse comparative sur la perception de la qualité de la formation des pédopsychiatres dans l'accompagnement des victimes de VS : les différences significatives



(Notes a: $p=0,039$; b: $p<0,001$; *Incluant « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord »; **Incluant « pas du tout d'accord » et « plutôt pas d'accord »,*** formés ou non formés à une psychothérapie centrée psychotraumatisme)

Nous notons qu'il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne :

- les items liés au signalement au procureur de la République,
- l'orientation des patients vers une association d'aide aux victimes,
- la prescription médicamenteuse.

Enfin aucune différence significative n'a été trouvée entre les pédopsychiatres et les psychiatres ayant une activité pédopsychiatrique.

IV. Discussion

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. L'originalité du thème

Nous pensons que le sujet de cette enquête est une des forces de l'étude.

Effectivement, les violences sexuelles que subissent les enfants et les adolescents sont « un problème majeur de droits humains, de société et de santé publique » (137).

De plus, les études françaises abordant les violences sexuelles sont majoritairement des enquêtes de victimation.

Les connaissances et les pratiques des pédopsychiatres sur la question du repérage et de l'accompagnement des patients victimes de violences sexuelles sont peu étudiées au niveau national et non abordées dans l'interrégion Nord-Est.

Nous avons trouvé deux études évoquant cette problématique :

- l'une étudie le repérage et l'accompagnement des patients victimes de violences sexuelles par 90 psychiatres traitants du Maine-et-Loire. L'échantillon comprend des psychiatres, des internes et des pédopsychiatres qui constituent dans ce travail 15,5% des répondants (138).
- l'autre est une étude qualitative menée sur 12 pédopsychiatres du Nord et du Pas de Calais, qui interroge le repérage des violences sexuelles via l'abord de la sexualité lors des consultations (139).

Par ailleurs, c'est un sujet qui reste malheureusement d'actualité que ce soit avec le #Meetoinceste qui a vu le jour en début d'année, avec la loi d'avril 2021 qui précise le cadre pénal des agressions sexuelles notamment en déterminant un âge

de non consentement et tout dernièrement, avec le scandale de la pédocriminalité concernant l'Église catholique en octobre 2021.

1.2. L'échantillon des pédopsychiatres

Le taux de réponse est de 30%, ce qui marque un intérêt satisfaisant des pédopsychiatres de l'interrégion Nord-Est sur le sujet du repérage et de l'accompagnement des mineurs victimes de violences sexuelles en psychiatrie infanto-juvénile.

Malgré cette participation, l'échantillon total reste faible avec 67 répondants. Les résultats ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des pédopsychiatres de l'interrégion Nord-Est.

Par ailleurs, il existe un biais de sélection puisque les professionnels qui ont répondu au questionnaire étaient sûrement sensibilisés, intéressés voire déjà formés (pour plusieurs d'entre eux) à cette problématique.

Un biais de diffusion peut également être présent. Effectivement, il n'existe pas de liste d'adresse électronique regroupant les pédopsychiatres de l'interrégion Nord-Est ou des deux régions qui la forment. Ce biais peut être l'une des explications à une plus grande participation des médecins exerçants dans la région Grand-Est ainsi qu'à la participation quasi exclusive des pédopsychiatres travaillant en milieu hospitalier.

Enfin, un biais de mémoire a pu modifier les résultats. Dans la partie 4 de l'enquête, nous interrogeons les médecins sur une expérience professionnelle, il se peut que quelques données collectées soient approximatives (comme l'âge du patient au moment des faits).

2. Concernant les résultats de l'enquête

2.1. Le repérage des violences sexuelles

La grande majorité des pédopsychiatres (80,6%) définissent une violence sexuelle comme étant le fait de pratiquer une pénétration ou un attouchement sans le consentement du partenaire. Il reste malgré tout un trop grand nombre de médecins qui ne définissent pas cette violence correctement ce qui peut nuire au repérage et/ou à l'accompagnement des patients victimes.

De même, une violence sexuelle incestueuse a plus de probabilité de ne jamais être révélée (107). Il est donc primordial que les professionnels puissent définir un agresseur qualifié d'incestueux. Les internes et FFI pourraient bénéficier d'un rappel de cette définition dans leur cursus puisque seulement plus d'un tiers d'entre eux définissent correctement cette notion.

Par ailleurs, les spécificités actuelles de la loi concernant les agressions sexuelles sur mineurs sont peu connues des pédopsychiatres de l'échantillon, sûrement parce qu'elles ont récemment étaient redéfinies.

La question du repérage systématique qui est recommandé par la FFP (13) chez les adultes est plus nuancée chez les mineurs. Ce type de repérage est possible chez les adolescents mais peu pertinent chez les enfants. Il sera donc orienté selon plusieurs signes cliniques observés lors des consultations. Nous retrouvons cette nuance dans les réponses des pédopsychiatres puisqu'environ 30% des médecins recherchent *souvent* un antécédent de violences sexuelles et environ 50% le recherchent *parfois*.

Par ailleurs, tous les pédopsychiatres de l'échantillon déclarent connaître les signes cliniques du TSPT et la majorité est à l'aise avec le mécanisme physiologique de la

mémoire traumatique. Cette connaissance leur permet, dans un premier temps, de détecter les signes cliniques se révélant après un événement traumatique afin d'améliorer le repérage des patients victimes de violences sexuelles.

Par contre, nous notons que seuls 22,4% des pédopsychiatres évoquent systématiquement un antécédent de violence sexuelle lorsqu'ils constatent de pareils symptômes chez leur patient. De plus, les suspicions des répondants ne sont pratiquement pas enrichies par des éléments somatiques transmis par le médecin traitant puisque trois quart des pédopsychiatres prennent rarement, voire jamais, contact avec eux.

Ces résultats viennent corroborer une des hypothèses de l'HAS, qui suppose que le repérage dépend de la vigilance du professionnel de santé à penser à ce type de maltraitance (71).

2.2. L'accompagnement des patients mineurs victimes de violences sexuelles

- **Expérience de prise en charge de patients victimes de violences sexuelles**

Tous les pédopsychiatres de l'échantillon ont accueilli et accompagné un mineur victime de violences sexuelles au cours de leur exercice professionnel et environ 90% ont recueilli au moins une révélation de violences sexuelles de mars 2020 à septembre 2021.

Nous observons que la moitié des pédopsychiatres déclarent une hausse des révélations depuis le premier confinement. Ils supposent que la situation sanitaire et la libération de la parole en société sont des explications à ce phénomène. Il serait intéressant de comparer ces observations empiriques avec de futures enquêtes de victimation françaises mais également internationales pour mesurer l'impact de la pandémie sur cette question.

Parmi les vignettes cliniques rapportées, nous observons que 85% des mineurs sont de sexe féminin, que la moyenne d'âge de la première agression est de 9,9 ans et que la moitié des patients avaient moins de 11 ans au moment des faits. Ces résultats sont similaires à ceux des études de victimation nationales (4,5,26).

- **La conduite à tenir**

La conduite à tenir suite à une révélation de violences sexuelles résulte de différents paramètres qui vont dépendre de l'évaluation globale du patient. Cette évaluation comporte une partie médico-psychologique, une partie sociale et une partie judiciaire. Nous avons conscience que l'item portant sur l'évaluation de la perception des doutes ressentis par rapport à la conduite à tenir dans cette situation est une question large. Malgré tout, un tiers des pédopsychiatres déclarent avoir fréquemment des doutes. Ceci peut signifier que le travail en réseau nécessaire pour prendre en soins ces mineurs n'est pas suffisamment développé sur l'ensemble du territoire de l'interrégion Nord-Est.

- **Le signalement au procureur de la République**

La rédaction d'un signalement au procureur de la République est une des questions à se poser lorsqu'un mineur révèle être victime de violences sexuelles. Pour la grande majorité des pédopsychiatres, il est évident de le rédiger lorsqu'un enfant ou un adolescent est en danger (actuel ou imminent). A contrario, certains professionnels n'y ont pas recours si le mineur de plus de 15 ans ne donne pas son accord. Cette obligation d'obtenir l'accord du mineur en fonction de son âge était inscrite dans le code pénal mais l'article 226-14 (18) a été modifié en 2004 au profit

de la majorité légale. De plus, seuls 3% des pédopsychiatres savent qu'il n'y a pas d'obligation légale à informer et/ou donner le contenu du signalement aux détenteurs de l'autorité parentale. Le signalement est à adresser exclusivement au procureur de la République et ne constitue pas un document du dossier médical du patient (71).

Enfin nous notons une confusion entre la rédaction d'une information préoccupante et le signalement pour les situations où les patients rapportent une violence sexuelle ancienne qui ne représente plus de danger actuellement. Puisque le patient ne nécessite pas une protection immédiate, un signalement n'est pas recommandé. Par contre, si le professionnel estime que les parents du mineur n'ont pas répondu de façon adaptée à la situation, une information préoccupante peut être transmise à la CRIP.

- **L'accompagnement thérapeutique**

Les recommandations sur la prise en soin chez les enfants et adolescents ayant un diagnostic de TSPT préconisent une prise en soins globale qui intègre dans le parcours du patient une psychothérapie centrée sur le psychotraumatisme (13, 121-123).

Un quart des pédopsychiatres répondants est formé à une telle psychothérapie et 70% d'entre eux à l'EMDR. Environ 90% de ce groupe déclarent se sentir suffisamment formés pour accompagner leurs patients. A contrario, trois quart des pédopsychiatres non formés, dont plus de 90% de la totalité des internes et des faisant fonction d'interne, pense être insuffisamment outillé pour prendre en soins ces personnes.

Par ailleurs, les pratiques des pédopsychiatres concernant l'orientation des patients que ce soit vers un professionnel formé aux psychothérapies orientées psychotraumatisme ou vers une association d'aide aux victimes sont hétérogènes.

Ainsi la question se pose sur la fonction du CRP, qui se définit comme un lieu de consultations spécialisées du psychotraumatisme. Il est perçu par les pédopsychiatres comme le lieu pouvant centraliser les informations permettant de travailler en réseau (coordonnées des thérapeutes formés aux psychothérapies centrées psychotraumatisme en libéral, coordonnées des associations nationales et locales). De plus, ils le considèrent, à raison, comme un espace d'évaluation clinique pour leurs patients.

Nous pensons qu'il serait bénéfique que les pédopsychiatres puissent être informés des possibilités du CRP mais également de ses limites. En effet, il serait impossible qu'il prenne en charge l'intégralité de tous les patients orientés comme le suggère un peu moins de la moitié des répondants.

Enfin, les participants aimeraient qu'il soit un lieu de formations pour les différents professionnels composant une équipe soignante, ce qui traduit leur envie d'acquérir de nouvelles compétences centrées sur la prise en soins des symptômes psychotraumatiques.

A titre indicatif, en Alsace, il existe différentes modalités de formation :

- une formation continue (université)
- un diplôme universitaire en cours de création (université) qui sera disponible courant décembre 2022.
- des journées afacump au CRP.

- **La prescription médicamenteuse**

Actuellement la littérature n'a pas trouvé de bénéfice à la prescription d'un traitement médicamenteux lors de la prise en soins du TSPT chez l'enfant ou l'adolescent. Il est intéressant de noter que 88,1% des pédopsychiatres ont déjà prescrit un traitement médicamenteux dans cette situation et qu'un tiers y avaient recours lors de la prise en charge immédiate de leur cas clinique. La classe médicamenteuse la plus prescrite est celle des antidépresseurs.

Il est probable que les pédopsychiatres se soient inspirés des recommandations établies pour les patients adultes. En effet, les inhibiteurs de la recapture de sérotonine et la venlafaxine sont des médicaments ayant une efficacité prouvée sur les symptômes du TSPT (140).

La deuxième classe médicamenteuse correspond aux antihistaminiques dont fait partie l'hydroxyzine. Cette dernière a une autorisation de mise sur le marché pour les enfants de plus de 6 ans qui ont des insomnies d'endormissement liées à un état d'hyper éveil (141).

Nous notons que la prescription de benzodiazépine, bien que rare, est toujours utilisée. Nous rappelons que cette classe médicamenteuse n'a pas démontré de bénéfice chez une personne souffrant de TSPT mais qu'elle peut avoir des effets secondaires importants comme l'accentuation des symptômes ou le ralentissement du processus d'intégration du psychotraumatisme diminuant alors l'effet de la psychothérapie associée (131,142).

- **L'implication parentale dans la prise en soins**

Lorsque c'est possible, l'implication des parents dans la prise en soins est un élément qui va permettre à l'enfant ou l'adolescent de retrouver progressivement un sentiment de sécurité. Pour ce faire, il est nécessaire de proposer des temps

d'entretien aux parents (avec ou sans leur enfant) pour favoriser la psychoéducation afin qu'ils puissent comprendre les symptômes du TSPT et ajuster leur comportement et leur disponibilité pour leur enfant (118,131).

Pour plus de la moitié des pédopsychiatres ayant répondu à l'enquête, l'implication des parents commence dès la révélation des violences sexuelles en les informant du contenu du dévoilement du patient puis en les accueillant lors de rendez-vous familiaux réguliers.

3. Propositions

Les pédopsychiatres de l'interrégion Nord-Est ont une bonne connaissance clinique du TSPT mais les pratiques de repérage et de prise en charge des patients mineurs victimes de violences sexuelles sont hétérogènes et pourraient être améliorées.

Concernant le repérage, nous pensons que la question de l'antécédent de violences sexuelles peut être posée systématiquement chez les adolescents sur le modèle du repérage par les professionnels de santé des femmes victimes de violences au sein du couple (143) et posée de manière systématique chez l'enfant si le praticien observe des symptômes liés au psychotraumatisme.

Concernant la prise en charge, les pratiques ont énormément évolué ces dernières décennies ;

- Tout d'abord avec un changement de paradigme sur la posture même du praticien avec les patients souffrant de symptômes psychotraumatiques. Celui-ci est invité à quitter une position de neutralité bienveillante pour une position proactive et empathique (13,118).
- Puis avec la promotion de thérapies spécifiques ciblées psychotraumatismes (TF-CBT, EMDR,..).

Pour que la prise en charge soit optimale, nous pensons qu'il existe plusieurs niveaux d'action :

- le premier concerne tous les pédopsychiatres. Ils doivent avoir accès à une formation sur le psychotraumatisme qui regroupe une partie théorique et une partie pratique. Celle-ci pourrait, par exemple, prendre la forme d'une mise en situation via des jeux de rôle pour permettre au praticien de se sentir plus légitime à poser la question de l'antécédent de violences sexuelles. Une liste des partenaires au niveau local pourrait aussi être diffusée pour améliorer le travail en réseau.
- le deuxième concerne la présence des thérapeutes formés aux psychothérapies ciblées psychotraumatismes dans chaque centre hospitalier spécialisé en psychiatrie pour prendre en soin des patients souffrant de symptômes psychotraumatiques ou de TSPT. Actuellement, les pédopsychiatres de l'interrégion Nord-Est sont essentiellement formés à l'EMDR. Cette psychothérapie est efficace pour traiter la mémoire traumatique mais elle a des résultats limités en ce qui concerne le traitement des patients souffrant du TSPTc (123,133) .
- le troisième concerne le CRP. Ce centre régional a pour mission de prendre en charge les patients ayant des symptômes psychotraumatiques et acquiert des compétences spécifiques pour traiter, entre autres, des patients souffrant de TSPTc grâce aux psychothérapies telles que la TF-CBT ou la TCD-TSPTc lorsqu'elle sera adaptée aux patients mineurs.

CONCLUSION

Les violences sexuelles sur mineurs sont un problème de santé publique et leur ampleur demeure très souvent sous-estimée (4) en raison d'un défaut de repérage lié à la nature des symptômes post-traumatiques mais aussi à la situation de dépendance de l'enfant et au contexte dans lequel ces agressions se déroulent habituellement.

En effet, selon la nature et la répétition de l'agression, mais aussi l'âge de l'enfant, le tableau clinique présenté par le patient sera variable. Ainsi, le pédopsychiatre peut repérer des symptômes très polymorphes allant du trouble de stress post-traumatique (TSPT) à d'autres manifestations cliniques traduisant l'impact sur le plan cognitif (troubles des apprentissages, retard des acquisitions), psychoaffectif (difficulté de régulation émotionnelle), comportemental (agitation, troubles du comportement, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, hétéro ou auto-agressivité, troubles du comportement alimentaire...) et/ou en terme de constitution d'un trouble de la personnalité (trouble dissociatif de la personnalité, trouble de la personnalité borderline...) (10,13, 32, 68, 69, 82, 96). Dans une approche catégorielle, les comorbidités du TSPT les plus fréquentes sont les troubles anxieux, les troubles dépressifs, l'abus et/ou la dépendance aux toxiques (77, 84,87).

Ces différents symptômes plus ou moins chronicisés sont très souvent l'expression de violences restées cachées puisqu'il se passe en moyenne entre 12 à 14 ans (4) avant que la personne ne puisse parler de ce qu'elle a subi, si elle révèle les faits. Cette difficulté à dévoiler ces agressions sexuelles est principalement liée aux mécanismes post-traumatique (amnésie post-traumatique, conduites d'évitement, sentiment de culpabilité et de honte...) mais également à la nature du lien entre le

patient et l'agresseur, en particulier dans les situations où l'agresseur est un adulte proche de l'enfant, ce qui correspond à la majorité des situations de violences sexuelles sur mineur.e.s (5). A ce titre, les situations d'inceste sont paradigmatiques des enjeux relationnels présents dans ces agressions puisque l'enfant ou l'adolescent est dans une position de dépendance vis-à-vis de l'agresseur. Cette dépendance est renforcée par la loi du silence qui règne fréquemment dans ces systèmes familiaux associée à l'absence de limites et à l'indistinction des places de chacun. L'ensemble de ces éléments complexifient le repérage de ces agressions. Dans cette situation, le pédopsychiatre tient une place importante puisqu'il accueille la souffrance des patients et a la possibilité de recevoir l'enfant dans un cadre privilégié ce qui fait de lui un acteur clé du repérage des violences sexuelles sur mineur.e.s.

Néanmoins, le dévoilement de violences sexuelles dans l'histoire du patient positionne le clinicien à une place particulière. En effet, chaque médecin a un devoir de protection et de soins envers son patient. Il est alors amené à évaluer la situation et à faire appel aux institutions socio-judiciaires (parquet des mineurs, cellule régionale d'information préoccupante, brigade des mineurs...) s'il y a une nécessité de mise en sécurité. Cette dimension de protection de l'enfant est parfois délicate. Elle peut remettre en question l'alliance thérapeutique et induire de l'incompréhension notamment lorsque l'agresseur est un proche de l'enfant ou l'un de ses parents, que le signalement impact la structure familiale et/ou conduit à un placement de l'enfant.

L'ensemble de ces enjeux cliniques et légaux nous amène à questionner les pratiques des pédopsychiatriques dans le cadre des enfants suivis pour violences sexuelles et/ou pour lesquels des faits présumés de violences sexuelles apparaissent au décours d'un suivi pédopsychiatrique. En outre, depuis 10 ans, les

connaissances et les structures impliquées dans ces soins ont beaucoup évolué, que ce soit en raison du développement de thérapies ciblées sur le psychotraumatisme dans les services de pédopsychiatrie ou en raison de la naissance de structures comme les unités d'accueil médico-judiciaires, les cellules maltraitances et plus récemment les centres régionaux de psychotraumatisme (CRP). De ce fait, nous avons voulu explorer les perceptions, les pratiques et les compétences des pédopsychiatres de l'interrégion Nord-Est sur le sujet des violences sexuelles.

Les résultats de l'enquête en ligne proposée à 222 pédopsychiatres et internes de l'interrégion Nord-Est révèlent que les 67 cliniciens répondants sont sensibilisés à la question des violences sexuelles et qu'ils déclarent connaître les mécanismes du psychotraumatisme. Malgré cela, peu de praticiens (22,4% des répondants) pensent systématiquement aux violences sexuelles lorsqu'ils constatent des symptômes du trouble de stress post-traumatique ou de ses comorbidités. Ce constat nous interroge, au regard de la prévalence des violences sexuelles chez les mineurs et des conséquences psychotraumatiques qu'elles engendrent, sur les causes rendant cette pratique si peu systématique. Il est probable que les praticiens évoquent d'autres étiologies devant un tableau clinique aussi polymorphe. De même, il se peut que certains pédopsychiatres ne posent pas la question d'un antécédent d'agression sexuelle par embarras ou par crainte d'altérer l'alliance thérapeutique initiée avec leur patient. Enfin, nous ne pouvons pas exclure la possibilité d'activation de mécanisme de défense comme le déni. En effet, ces situations traumatisantes pour le mineur peuvent également s'avérer émotionnellement intenses et difficiles à entendre pour le praticien. Dans ce contexte et afin de pouvoir répondre au mieux à ces situations, le pédopsychiatre doit se sentir compétent afin de pouvoir adapter sa prise en charge que ce soit au

niveau de sa posture clinique pour permettre de faciliter l'accueil de révélation de violences sexuelles, mais aussi concernant les stratégies psychothérapeutiques et l'accompagnement de l'enfant ou de l'adolescent sur le plan social, scolaire et juridique. Or 59,7% des cliniciens ayant répondu à l'enquête (dont 91% de la totalité des internes) pensent ne pas être correctement formés pour accompagner les patients victimes de violences sexuelles. Ce ressenti peut avoir comme conséquence pratique une conduite d'évitement de la part des professionnels : la question n'est pas posée ce qui diminue la qualité du repérage. Nos constatations rejoignent celles de la Haute Autorité de la Santé qui travaille actuellement à la rédaction de recommandations françaises pour l'ensemble des professionnels de santé concernant l'évaluation et la prise en charge du trouble de stress post-traumatique (117). Ces recommandations viendront compléter les données actuelles de la littérature pour l'enfant avec un trouble de stress post-traumatique qui valident des thérapies comme la thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le traumatisme (*Trauma Focused - Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT*) et la thérapie par désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR*) (124,136). Néanmoins, à ce stade, la diffusion de ces thérapies est très inégale sur le territoire et nécessite d'être intégrée à une prise en charge plus globale. Enfin, d'autres approches thérapeutiques comme la thérapie dialectique et comportementale centrée sur le psychotraumatisme (128) apparaissent également intéressantes pour ces populations, en particulier dans les situations de psychotraumatisme complexe chez des mineur.e.s ayant été agressé.e.s à répétition. Le développement de ces nouvelles psychothérapies rend également nécessaire la poursuite des travaux de recherche afin d'évaluer l'efficacité des différentes thérapies entre elles.

La diffusion et la promotion de la recherche sur les nouvelles approches

thérapeutiques constituent les missions des CRP qui se développent sur le territoire français depuis 2019, en complément de l'implication forte et historique des services de pédopsychiatrie sur ces axes. Les cliniciens ont déjà commencé à se saisir de cette nouvelle ressource que sont les CRP puisqu'un peu moins de la moitié (43,3%) y a orienté un de leur patient. De plus, les médecins témoignent un grand intérêt pour ces centres puisque la majorité (91%) souhaiterait être incluse dans un travail en réseau et que 89,6 % aimeraient suivre des formations que pourraient proposer ces structures. Dans ce contexte, la création des CRP répond à une demande des cliniciens intervenant dans les services de pédopsychiatrie et devrait participer à améliorer la formation continue des médecins mais aussi les connaissances des réseaux et du cadre juridique (pour rompre l'isolement des victimes, accéder à une restitution judiciaire) afin de proposer une prise en charge optimale aux enfants et adolescents concernés.

VU et approuvé
Strasbourg, le 1^{er} D. JAN. 2022
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maternité et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



VU
Strasbourg, le 07/01/2022
Le président du Jury de Thèse

Professeur Schröder Carmen

Professeur Carmen M. SCHRODER
P.U. - P.H.
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
Tél : 03 88 11 62 18 - Fax : 03 88 11 64 36
N° RPPS : 1000472105 5

ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire envoyé aux pédopsychiatres de l'interrégion Nord-Est

Violences sexuelles chez l'enfant et l'adolescent en psychiatrie infanto-juvénile : Repérage, accompagnement et conduite à tenir.

Description du formulaire

Partie 1 : Qui êtes-vous?

Description (facultative)

Vous êtes : *

- Une femme
- Un homme

Depuis combien de temps exercez-vous la psychiatrie (en comptant l'internat)? *

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Plus de 20 ans

Dans quel(s) département(s) pratiquez-vous votre profession ? *

- Ardennes (08)
- Aube (10)
- Côte-d'Or (21)
- Doubs (25)
- Jura (39)
- Marne (51)
- Haute-Marne (52)
- Meurthe-et-Moselle (54)
- Meuse (55)
- Moselle (57)
- Nièvre (58)
- Bas-Rhin (67)
- Haut-Rhin (68)
- Haute-Saône (70)
- Saône-et-Loire (71)
- Vosges (88)
- Yonne (89)
- Territoire de Belfort (90)

Quel est votre mode d'exercice ? *

- Interne ayant choisi l'option PPEA
- Pédiopsychiatre titulaire du DES de pédopsychiatrie
- Psychiatre avec un exercice pédopsychiatrique

Partie 1 : Qui êtes-vous?



La patientèle mineure

Quel est le pourcentage de mineurs parmi votre patientèle ? *

- < 25%
- 25-50%
- 50-75%
- 100%

Avec quelle catégorie d'âge de patients travaillez-vous ? *

- Les 0-3 ans
- Les 4-11 ans
- Les 12-17 ans
- Tous les âges

Où travaillez-vous ? *

- Hôpital public
- Libéral
- Mixte
- Institutions (ITEP, foyer...)

Quelle est votre orientation thérapeutique principale ? *

- Psychanalytique/psychodynamique
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Thérapie brève
- Systémique

Êtes-vous formé(e) à une ou plusieurs thérapie(s) spécifique(s) traitant le psychotraumatisme ? *

- Oui
- Non

Partie 1 : Qui êtes-vous?



Les thérapies spécifiques traitant le psychotraumatisme

La ou lesquelles(s)? *

- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme (Tf-CBT)
- Thérapie d'exposition prolongée
- Thérapie d'exposition narrative
- Thérapie comportementale dialectique pour le trouble de stress post-traumatique complexe
- Thérapie par désensibilisation et retraitement par mouvements oculaires (EMDR)

La/les pratiquez-vous dans vos suivis au quotidien? *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Partie 1 : Qui êtes-vous?



Votre pratique des thérapies spécifiques du psychotraumatisme

Pourquoi ? *

- Absence d'indication
- Par manque de temps
- Par défaut de supervision
- Par manque de pratique spécifique de cette thérapie
- Par manque de confiance en cette thérapie
- Autre

Partie 2 : Repérage d'un(e) patient(e) victime d'agression sexuelle.



Description (facultative)

Selon la loi du 21 avril 2021, quelles sont les situations qui définissent une agression sexuelle sur mineur ? *

- Imposer une pénétration anale ou vaginale par un objet
- Imposer une pénétration orale par le sexe
- Attouchement sans violence avec surprise
- Relation sexuelle consentie entre un mineur de 12 ans et un adulte
- Relation sexuelle consentie entre un mineur de 16 ans et un adulte
- Relation sexuelle consentie entre un mineur de 14 ans et un adulte ayant moins de 5 ans d'écart d'âge

D'après vous, quelle est la catégorie de mineurs la plus exposée aux violences sexuelles intrafamiliales ? *

- Les moins de 10 ans
- Les plus de 10 ans

Quel type d'agresseur rend la violence sexuelle incestueuse ? *

- Un ascendant
- Une belle-mère
- Une sœur aînée
- Un frère cadet
- Un voisin
- Un ami de la famille

Combien de révélations d'agression sexuelle (approximativement) avez-vous reçues depuis mars 2020 (premier confinement)?

Réponse courte

Trouvez-vous qu'il y ait eu une hausse de ce type de révélation depuis le premier confinement ? *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Ne se prononce pas

Partie 2 : Repérage d'un(e) patient(e) victime d'agression sexuelle.



Les révélations de violences sexuelle

Pouvez-vous quantifier cette hausse ? *

- < 25%
- 25-50%
- 50-75%
- > 75%

Avez-vous une ou plusieurs hypothèse(s) expliquant ce phénomène?

- Effet du confinement
- Libération de la parole dans la société
- Questionnement plus fréquent de votre part sur l'existence d'une possible violence sexuelle
- Ne se prononce pas
- Autre

Si autre, pouvez-vous préciser votre pensée ?

Réponse courte

Si effet du confinement, quelles sont les causes possibles, selon vous ?

- Majoration du stress et de la tension interne
- Promiscuité et cohabitation
- Arrêt de prise en charge sociale antérieur
- Dégradation de l'état clinique de l'agresseur
- Autre

Si autre, pouvez-vous préciser votre pensée?

Réponse courte

Partie 2 : Repérage d'un(e) patient(e) victime d'agression sexuelle.



Votre pratique

Connaissez-vous les caractéristiques cliniques d'un trouble du stress post-traumatique (TSPT)? *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Êtes-vous à l'aise avec le mécanisme physiologique de la création de la mémoire traumatique *
et ses répercussions sur la vie quotidienne de nos patient(e)s?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

A quelle fréquence vous arrive-t-il d'évoquer un événement traumatique de type violence sexuelle lorsqu'un patient présente des symptômes pouvant potentiellement constituer des comorbidités (dépression, addiction, troubles anxieux) et/ou complications d'un TSPT ? *

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

En début de prise en charge d'un mineur, à quelle fréquence lui posez-vous la question d'un antécédent d'agression sexuelle ? *

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

Lorsque vous suspectez une maltraitance sexuelle, vous arrive-t-il de contacter le médecin généraliste pour échanger avec lui (plaintes somatiques, infections sexuellement transmissibles...)? *

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

Quelle proportion de vos patient(e)s est concernée par une prise en charge ciblée sur le psychotraumatisme en complément de la prise en charge globale ? *

- < 25%
- 25-50%
- 50-75%
- > 75%

Partie 3 : Conduite à tenir lors de suspicion ou révélation d'une agression sexuelle



D'un point de vue médico-légale

Vous arrive-t-il de douter sur la conduite à tenir après une révélation d'une agression sexuelle chez un(e) mineur(e)? *

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

Selon vous, quand est-ce que le signalement au procureur de la République doit être rédigé ? *

- Toujours si le mineur est en danger
- Toujours, même si la violence sexuelle est ancienne et que le mineur n'est plus en danger
- Jamais si le mineur a plus de 15 ans et ne donne pas son accord

A votre avis, si la famille porte plainte contre l'agresseur présumé, devez-vous rédiger un signalement ? *

- Oui
- Non

Pensez-vous que la rédaction d'un signalement peut nuire à l'alliance thérapeutique? *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pensez-vous être dans l'obligation d'informer les détenteurs de l'autorité parentale de la rédaction d'un signalement et de son contenu? *

- Oui toujours
- Oui, si cette démarche est bénéfique pour l'enfant
- Non, si cela peut avoir des répercussions négatives pour l'enfant
- Non, jamais

Partie 3 : Conduite à tenir lors de suspicion ou révélation d'une agression sexuelle

Mise en place d'un projet de soin

Pensez-vous être suffisamment formé(e) pour accompagner ces victimes ? *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Orientez-vous systématiquement le mineur vers un praticien exerçant des thérapies orientées psychotraumatisme (vous y compris) ? *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Avez-vous déjà orienté un(e) patient(e) vers le Centre du Psychotraumatisme de votre territoire ? *

- Oui
- Non

Avez-vous été informé(e) des différentes missions du Centre du Psychotraumatisme de votre territoire ? *

- Oui
- Non

Selon vous, quelles sont ses missions ? *

- Évaluation clinique
- Suivi clinique
- Formation des soignants
- Travail de réseau
- Travail de recherche

Qu'attendez-vous du Centre du Psychotraumatisme de votre territoire ? *

- Une prise en charge globale de tous les patients ayant subi un psychotraumatisme
- Une évaluation clinique d'un(e) patient(e) ayant un traumatisme complexe associé à plusieurs co-morbidit...
- Un espace de formation pour les professionnels (médecins mais aussi soignants)
- Un espace de développement de la recherche
- Autre :

Si autre, pouvez-vous préciser votre pensée ?

Réponse courte _____

Orientez-vous le/la patient(e) vers une association d'aide aux victimes ? *

Oui

Non

Vous arrive-t-il de prescrire un traitement médicamenteux à vos patient(e)s victimes de violence sexuelle ? *

Oui

Non

Si oui, quelle(s) est(sont) la(les) classe(s) médicamenteuse(s) que vous prescrivez ?

Antidépresseur

Benzodiazépine

Neuroleptique

Antihistaminique

Bêta-bloquant

Alpha-bloquant

Autre

Si autre, pouvez-vous préciser la classe médicamenteuse du traitement prescrit ?

Réponse courte _____

Partie 4 : Vignette clinique. Choisissez un(e) × ⋮
de vos patient(e)s vous ayant révélé un
antécédent de violence sexuelle
récemment.

Description (facultative)

Le/la mineur(e) est: *

- Une fille
- Un garçon

Il/elle a entre: *

- 0-3 ans
- 4-11 ans
- 12-17 ans

Quel âge avait ce(tte) patient(e) au moment des faits ?

Réponse courte

Quel était le motif principal motivant la demande de suivi ? *

- Trouble de stress post-traumatique
- Trouble thymique
- Trouble psychotique
- Trouble anxieux
- Trouble des apprentissages
- Trouble du comportement et des conduites
- Trouble du comportement alimentaire
- Addiction
- Autre

Si autre, quel était-il ?

Réponse courte

La violence sexuelle était-elle : *

- Un viol
- Une agression sexuelle autre que le viol
- Ancienne > 1 an
- Récente
- Intrafamiliale
- Extrafamiliale
- Isolée
- Répétée
- Accompagnée d'un autre type de maltraitance

La violence sexuelle était-elle déjà connue des services juridiques?

- Oui
- Non

Quelle a été votre prise en charge immédiate ? *

- Rédaction d'un signalement au procureur de la République
- Rédaction d'une information préoccupante à la Cellule de Recueillement des Informations Préoccupantes
- Hospitalisation
- Prescription d'un traitement médicamenteux
- Informations aux parents

Quelle a été votre prise en charge par la suite ? *

- Psychothérapie centrée sur l'événement traumatique
- Rendez-vous régulier avec la famille
- Traitement médicamenteux
- Autre

Si autre, pouvez-vous la préciser ?

Réponse courte _____

Avez-vous orienté ce(tte) patient(e) vers une autre structure ? *

- Oui
- Non

Si oui, vers quel type de structure l'avez-vous orienté(e)?

- Centre du Psychotraumatisme de votre territoire
- Association des victimes
- Thérapeutes pratiquants des thérapies centrées sur le psychotraumatisme et n'exerçant pas dans votre se...
- Autre

Annexe 2 : Coordonnées et liens envoyés avec le questionnaire

Liens utiles pour la prise en soins des patients mineurs victimes de violences sexuelles.

Sites internet traitant du psychotraumatisme :

- Centre National de Ressource et de Résilience (CN2R) : <http://cn2r.fr/>
- Mémoire traumatique et victimologie : <https://www.memoiretraumatique.org/>

Recommandations concernant les agressions sexuelles chez les mineurs :

- HAS « Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur », mai 2011.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/maltraitance_sexuelle_fiche_de_synthese.pdf
- HAS « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir », septembre 2017.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
- Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie :
« Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir », novembre 2003.
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confvictime/RecomL.html>

Associations nationales de luttres contre les violences sexistes et sexuelles :

(Source : site internet <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>)

- Numéros téléphoniques utiles :

- Le 39 19 : Violences Femmes Info. Numéro national destiné aux femmes victimes de toutes formes de violences ainsi qu'à leur entourage et aux professionnels concernés.

- Le 119 : Allô enfance en danger. Numéro national dédié à la prévention et à la protection des enfants en danger ou en risque de l'être

- Les associations nationales :

- Le mouvement français pour le planning familial

- La Fédération Nationale des Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (FN CIDFF)

- Le Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV) avec un numéro vert qui est le 0 800 05 95 95

Centres traitant le psychotraumatisme labellisés par le CN2R dans la région

Grand Est :

Ils se composent du Centre Régional du Psychotraumatisme Grand Est et de quatre antennes départementales.

Le **Centre Régional du Psychotraumatisme Grand Est** se situe aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Voici les coordonnées :

- Numéro de téléphone: 03 88 11 68 20
- Adresse mail: psychotrauma-gdest-alsacenord@chru-strasbourg.fr

Les antennes départementales comprennent:

- **Le Centre Territorial du Psychotraumatisme Alsace-Sud** qui se situe au Centre Hospitalier de Rouffach.

Voici les coordonnées :

- Numéro de téléphone : 03 89 78 78 28
- Adresse mail : psychotrauma-alsacesud@ch-rouffach.fr

- **Le Centre Territorial du Psychotraumatisme Lorraine-Nord** qui se situe au Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville et au Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines.

Voici les coordonnées :

- Numéro de téléphone : 03 87 27 98 09
- Adresse mail : cpt-lorrainenord@chs-sarreguemines.fr

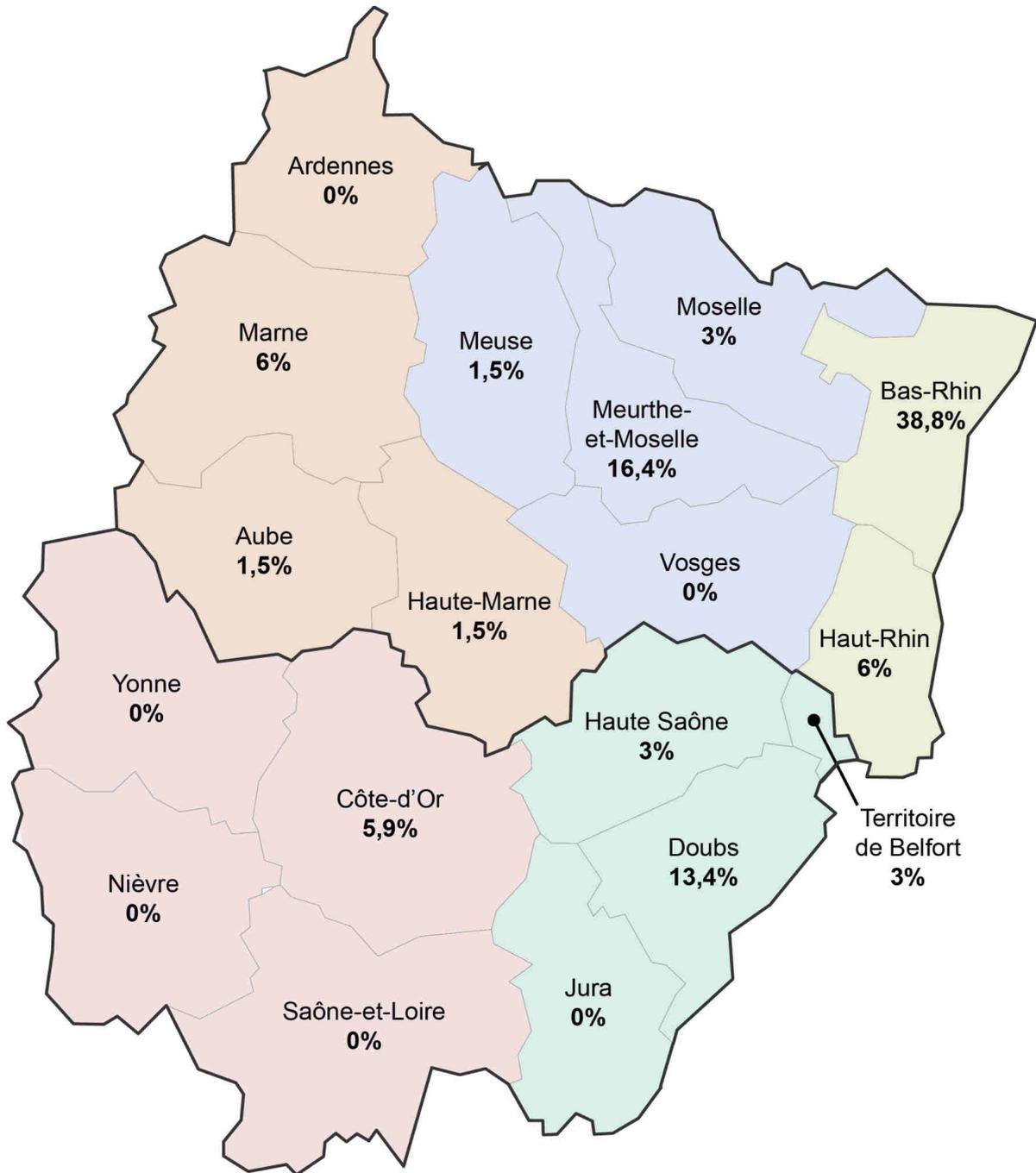
- **Le Centre Territorial du Psychotraumatisme Lorraine Sud** qui se situe au Centre Psychothérapique de Nancy-Laxou.

Voici les coordonnées :

- Numéro de téléphone : 03 83 85 19 70
- Adresse mail : cpt-lorrainesud@cpn-laxou.com

- **Le Centre Territorial du Psychotraumatisme Champagne-Ardenne** qui est en cours de création, les coordonnées seront disponibles prochainement.

Annexe 3 : Cartographie du taux de réponse au questionnaire selon les départements



BIBLIOGRAPHIE

- (1) Le Monde. « La France a un problème avec l'inceste » : avec #metooinceste, des dizaines de milliers de Tweet libèrent la parole [Internet]. [cité 31 août 2021].
Disponible sur:
https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/01/18/la-france-a-un-probleme-avec-l-inceste-avec-metooinceste-des-dizaines-de-milliers-de-tweets-liberent-la-parole_6066605_3224.html
- (2) Kouchner C. La familia grande. Paris: Le Seuil; 2021. 208 p.
- (3) Organisation Mondial de la Santé. Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants [Internet]. Genève; 2017. [cité 31 août 2021] Disponible sur:
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/fr/>
- (4) Association Mémoire Traumatique et Victimologie. Enquête Ipsos 2 : Violences sexuelles de l'enfance [Internet]. 2019 [cité 9 nov 2020]. Disponible sur :
<https://www.memoiretraumatique.org/campagnes-et-colloques/2019-enquete-ipsos-2-violences-sexuelles-de-lenfance.html?PHPSESSID=tn5hbg2k75a2jensmtn0e77bc5>
- (5) Association Mémoire Traumatique et Victimologie. Enquête IVSEA : Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. [Internet]. 2015 [cité 9 nov 2020].
Disponible sur :
<https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Rapport-enquete-AMTV.pdf>
- (6) Haute Autorité de Santé. Guide - Affection longue durée : Affections psychiatriques de longue durée Troubles anxieux graves. [Internet]. 2007 [cité 22 juil 2021] Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
- (7) World Health Organization. Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress [Internet]. 2013 [cité 7 août 2021] Disponible sur:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf
- (8) International Society for Traumatic Stress Studies. Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment : Guidelines Methodology and Recommendations [Internet]. 2019 [cité 7 août 2021] Disponible sur:
https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx
- (9) Van Gijsegem H. Le regard scientifique sur les abus sexuels envers les enfants : de la conscience du XIXe siècle à l'ignorance du XXe siècle [Internet]. [cité 20 juin 2021]. Disponible sur:
http://classiques.ugac.ca/contemporains/gijsegem_hubert_van/regard_scientifique_sur_abus/regard_texte.html
- (10) Soares-Boucaud I, Ravit M. Maltraitements et abus sexuels chez l'enfant. EMC-Psychiatr. 2015;12(2):1-11. doi : 10.1016/S0246-1072(14)61515-7

- (11) Ambroise-Rendu A. 1. France. L'abus sexuel sur enfants et la question du consentement aux XIXe et XXe siècles. Dans: Blanchard V. Les jeunes et la sexualité : Initiations, interdits, identités (XIXe-XXIe siècle). Paris : Autrement; 2010. p. 223-231.
- (12) Vie publique. Loi du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste. [Internet]. Avril 2021 [cité 20 juin 2021]. Disponible sur:
<https://www.vie-publique.fr/loi/278212-proposition-loi-billon-crimes-sexuels-sur-mineurs#:~:text=La%20proposition%20de%20loi%20pr%C3%A9Voit,affaire%20plus%20r%C3%A9sine%20fin%202020.>
- (13) Fédération Française de Psychiatrie. Conséquences des maltraitances sexuelles: les reconnaître, les soigner, les prévenir: Conférence de consensus 06 et 07 novembre 2003. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2004;52(3):182-9. doi : 10.1016/j.neurenf.2004.03.004
- (14) Observatoire national de l'action sociale décentralisée. L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique [Internet]. 2011 [cité 28 juin 2021]. Disponible sur:
<https://odas.net/sites/default/files/documents/odas/2019-12/odas-lobserva-tion-de-le-nfance-en-danger-guide-methodologique-mai-2001.pdf>.
- (15) Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. [Internet]. Genève; 2002 [cité 28 juin 2021]. Disponible sur:
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
- (16) National Institute for Health and Clinical Excellence, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. When to suspect child maltreatment. [Internet]. London; 2009 [cité 23 juin 2021]. Disponible sur:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg89/evidence/full-guideline-pdf-243694625>
- (17) World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva; 2013 [cité 23 juin 2021]. Disponible sur:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
- (18) Légifrance. Section 3 : Du viol, de l'inceste et des autres agressions sexuelles (Articles 222-22 à 222-33-1). [Internet]. [Cité 20 juin 2021]. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165281/#LEGISCTA000043409037
- (19) Ministère chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes, de la diversité et de l'égalité des chances. Mission de consensus sur le délai de prescription applicable aux crimes sexuels commis sur les mineur.e.s. [Internet]. [cité 13 décembre 2021]. Disponible sur:
https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/04/Rapport_MissionConsensus_VF.pdf
- (20) Ministère de la justice. Le droit pénal des mineurs en Europe. [Internet]. [Cité 25 nov 2020]. Disponible sur:
<http://www.justice.gouv.fr/europe-et-international-10045/etudes-de-droit-compare-10285/le-droit-penal-des-mineurs-en-europe-12987.html>
- (21) Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the

World. Child Maltreat. 2011;16(2):79-101. doi: 10.1177/1077559511403920

- (22) Barth J, Bermetz L, Heim E et al. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2013;58(3): 469–483. doi: 10.1007/s00038-012-0426-1
- (23) Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl*. 2009;33(6):331-342. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.07.007
- (24) Saurel-Cubizolles M-J. Violences envers les femmes et état de santé mentale: résultats de l'enquête Enveff 2000. *Bull Epidémiol Hebd*. [En ligne]. 2005 [cité le 9 nov 2020];(9-10):36-7. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/violences-envers-les-femmes-et-etat-de-sante-mentale-resultats-de-l-enquete-enveff-2000>
- (25) INED. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Population et société. [Internet]. 2008 [cité 9 nov 2020] Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/les-violences-sexuelles-en-france-quand-la-parole-se-libere>
- (26) Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A, Dupuis J, Cromer S, Hamel Cl. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles, document de travail n°229 [Internet]. [cité 10 nov 2020]. Disponible sur: https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/20838/doc.travail_2017_229_violences_sexuelles_enquete.virage_1.fr.fr.pdf
- (27) Gorza M, Léon C, Lasbeur L, le groupe Baromètre de Santé publique France. État de santé mentale des personnes déclarant des antécédents de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans – résultats du Baromètre de Santé publique France. 2017. *Bull Epidémiol Hebd*. [En ligne]. 2019 [cité le 10 nov 2020];26-27:540-8. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/etat-de-sante-mentale-des-personnes-declarant-des-antecedents-de-violences-sexuelles-avant-l-age-de-15-ans-resultats-du-barometre-de-sante-publique>
- (28) Ministère de l'Intérieur. Insécurité et délinquance en 2017 : premier bilan statistique. [Internet]. [cité 16 nov 2020] Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2017-premier-bilan-statistique>
- (29) Ministère de l'Intérieur. Insécurité et délinquance en 2018 : premier bilan statistique. [Internet]. [cité 16 nov 2020] Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2018-premier-bilan-statistique>
- (30) Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales. La note n° 57: Les victimes de violences sexuelles à caractères incestueux. [Internet]. [cité 12 nov 2020] Disponible sur: https://www.ihemi.fr/sites/default/files/publications/files/2020-12/note_57_victimes_violences_sexuelles_caractere_incestueux.pdf
- (31) Ministère de la Justice. Violences sexuelles et atteintes aux mœurs : les décisions du parquet et de l'instruction. [Internet]. [cité 16 nov 2020] Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/infostats-justice-10057/violences-sexu>

[elles-et-atteintes-aux-moeurs-31432.html](#)

- (32) Romano H. L'enfant face aux traumatismes. Paris: Dunod; 2013. 192 p.
- (33) Ferenczi S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Paris: Payot; 2004. 84 p.
- (34) Schore A N. Relational trauma, brain development and dissociation. In: Ford J D, Courtois A C. Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents; Scientific foundations and therapeutic models. New York : Guilford Press; 2013. p. 3-23.
- (35) Birmes P, Schmitt L. Hic et nunc: Le stress post-traumatique : des chroniques antiques à la Grande Guerre. *Evol Psychiatr.* 1999 ;64:399-409.
- (36) Crocq L, Bouchard J-P. Histoire de la psychotraumatologie : « Les dramatiques attentats terroristes de 2015 et 2016 ont eu des répercussions considérables sur les psychismes ». *Ann Méd.Psychol.* Mars 2018;176(3):305-9.
- (37) Crocq L. Perspective historique sur le trauma. In: De Clercq M, Lebigot F, editors. *Les traumatismes psychiques.* Paris: Masson; 2001.
- (38) Landa L, Gimenez G. Le trauma et l'émotion : apports de la théorie janetienne et perspectives nouvelles . *Evol Psychiatr.* oct 2009;74(4): 497-510. doi:10.1016/j.evopsy.2009.09.006
- (39) Smolak D, Brunet L. Interprétation psychanalytique du traumatisme: une synthèse théorico-clinique. *Rev. Qué. Psychol.* 14 novembre 2017;38(3):99-124.
- (40) Bokanowski T. Le concept de traumatisme en psychanalyse. *Sill crit.* 15 juil 2015; 19.[Internet].[cité 20 déc 2020]. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/sillagescritiques/4153>
- (41) Freud S, Josef B. Études sur l'hystérie. 15e édition. Paris: Presses Universitaires de France; 2002. 254 p.
- (42) Freud S. Remémoration, répétition, perlaboration. *Libres cahier pour la psychanalyse.* 2004;9(1):13-22.
- (43) Freud S. Au-delà du principe du plaisir. Paris: Dunod; 2010. 160 p.
- (44) Tarquinio C. The contributions of Sandor Ferenczi to the study and treatment of dissociation. *Eur J Trauma dissociation.* sept 2017;1(3):147-52. doi : 10.1016/j.ejtd.2017.08.001
- (45) Olliac B. Spécificités du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* Juil 2012;60(5):307-14.
- (46) Association Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder, III. Washington DC: American Psychiatric Pub; 1980.
- (47) Freud A, Burlingham D. War and children. New York: Medical War Books; 1943. p. 68–9.
- (48) Terr LC. Treating childhood trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* Jan 2013; 22(1):51-66. doi: 10.1016/j.chc.2012.08.003

- (49) Nérette P-A, Jourdan-Ionescu C, Millo T. Le jeu post-traumatique: construit théorique dans l'évaluation du traumatisme psychologique chez les jeunes enfants. *Rev. Québ. Psychol.* sept 2018;39(2):93-113.
- (50) Terr LC. Childhood traumas : an outline and overview. *Am. J. Psychiatry*, 1991 ; 148:10-20. doi: 10.1176/ajp.148.1.10
- (51) Solomon E-P, Heide K-M. Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma . *Int J Offender Ther Comp Criminol.*1999;43:202-210.
- (52) Herman J.Trauma and recovery : The aftermath of violence from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books; 1997. 304 p.
- (53) Association Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (DSM-5®).Washington DC: American Psychiatric Pub; 2013.
- (54) Association Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (DSM-IV-R®).Washington DC: American Psychiatric Pub; 2010.
- (55) Latrèche C, Brodard F. Diagnostiquer le trouble de stress post-traumatique chez l'enfant : le passage du DSM-IV-R au DSM-5. *Psychol Franc.* Mar 2020; 65(1):35-48.
- (56) World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 15 fév 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f2070699808>
- (57) World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 15 fév 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f585833559>
- (58) Zero to three. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Washington DC: Authors; 2016. 247 p.
- (59) Association Mémoire Traumatique et Victimologie. Psychotraumatisme: mécanismes [Internet]. [cité 17 fév 2021]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/mecanismes.html>
- (60) Le cerveau à tous les niveaux. L'amygdale et ses alliés [Internet]. [cité 25 fév 2021]. Disponible sur: https://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_04/a_04_cr/a_04_cr_peu/a_04_cr_peu.html
- (61) Salmona M. Le livre noir des violences sexuelles. 2e édition. Paris: Dunod; 2019. 361 p.
- (62) Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry.* 2010;167(6):640–647. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168
- (63) Van der Kolk B. Le corps n'oublie rien : le cerveau, l'esprit, le corps dans la guérison du psychotraumatisme. Paris: Pocket; 2021. 736 p.

- (64) Revet A, Raynaud J-P, Lapeyre Mestre M, Olliac B, Bui E. Le psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent : données actuelles et perspectives. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* Nov 2020; 68(7):384-93.
- (65) Gómez RL, Edgin JO. The extended trajectory of hippocampal development: Implications for early memory development and disorder. *Dev Cogn Neurosci.* Apr 2016; 18:57-69. doi: 10.1016/j.dcn.2015.08.009
- (66) Hall BS, Moda RN, Liston C. Glucocorticoid mechanisms of functional connectivity changes in stress-related neuropsychiatric disorders. *Neurobiol Stress.* Jan 2015;1:174-83. doi: 10.1016/j.yenstr.2014.10.008
- (67) Lim L, Howells H, Radua J, Rubia K. Aberrant structural connectivity in childhood maltreatment: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* Sep 2020; 116:406-14. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.07.004
- (68) Cabrera C , Torres H, Harcour S. The neurological and neuropsychological effects of child maltreatment. *Aggress Violent Behav.* Sep 2020;54:101408.
- (69) Inserm. Troubles du stress post-traumatique : quand un souvenir stressant altère les mécanismes de mémorisation [Internet]. [cité 05 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-stress-post-traumatique>
- (70) Trickey D, Sidaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev.* 2012;32(2):122-38. doi: 10.1016/j.cpr.2011.12.001
- (71) Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur [Internet]. 2012 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1067136/fr/reperage-et-signalement-de-l-inceste-par-les-medecins-reconnaitre-les-maltraitances-sexuelles-intrafamiliales-chez-le-mineur
- (72) Bessole P. Vulnérabilités et agressions sexuelles chez le mineur de moins de 15 ans. *Pratiques psychologiques.* Déc 2005;11(4):371-85.
- (73) Labriffe C. Abus sexuel dans l'enfance : construction et application d'un outil d'aide au dépistage.[Thèse d'exercice].Angers, France : Université Angers;2016.
- (74) Romano H. L'enfant et les jeux dangereux: Jeux post-traumatiques et pratiques dangereuses. Paris: Dunod; 2012. 121 p.
- (75) Raoult PA. Clinique et psychopathologie du passage à l'acte. *Bull Psychol.* 2006;481(1):7.
- (76) Gauthier-Duchesne A, Hébert M, Daspe M-E. Gender as a predictor of posttraumatic stress symptoms and externalizing behavior problems in sexually abused children. *Child Abuse Negl.* Feb 2017;64: 79–88. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.12.008
- (77) Sinanian A, Pommier F, Pirlot G, Roques M. Addiction, évitement et répétition du traumatisme. *Psychothérapies.* 2014;34(3):173-84.

- (78) Ernoul A, Orsat M, Dubois de Prisque G. Agressions sexuelles et scarifications à l'adolescence. *Ann. Méd. Psychol.* Juil 2016;174(6):442-7.
- (79) Kubzansky DL, Bordelois P, Hee JJ, Roberts AL, Cerda M, Bluestone N, Koenen KC. The Weight of Traumatic Stress: A Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Weight Status in Women. *JAMA Psychiatr.* Jan 2014;71(1): 44–51. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.2798
- (80) Palmisano GL, Innamorati M, Vanderlinden J. Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *J Behav Addict.* Mar 2016;5(1):11-31. doi: 10.1556/2006.5.2016.018
- (81) Vierling V, Etori S, Valenti L, Lesage M, Pigeyre M, Dodin V, Cottencin O, Guardia D. Prévalence et impact de l'état de stress post-traumatique chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire. *Presse Medicale.* Nov 2015;44(11):e341-52.
- (82) Caslini M, Bartoli F, Crocamo C, Dakanalis A, Clerici M, Carrà G. Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med.* Jan 2016;78(1):79-90. doi: 10.1097/PSY.0000000000000233
- (83) Association Mémoire Traumatique et Victimologie. Troubles du comportement alimentaire [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/troubles-du-comportement-alimentaire.html>
- (84) Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of Sexual Abuse on Children: A Review and Synthesis of Recent Empirical Studies. *Psychol Bull.* 1993;113(1):164-180. doi: 10.1037/0033-2909.113.1.164
- (85) Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, DaCosta GA, Akman D. A review of short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.*1991;15:537-56. doi: 10.1016/0145-2134(91)90038-f
- (86) Cook A, Spinazzola J, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre L et al. Complex trauma in Children and Adolescents. *Psychiatr Ann.* May 2005;35(5)390-8.
- (87) Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, Lim Dy, Yeo W-S. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *J Psychiatr Res.* Apr 2018;99:129-41. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.02.001
- (88) Martin G, Bergen HA, Richardson AS, Roeger L, Allison S. Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse Negl.* May 2004;28(5):491-503. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.08.006
- (89) Gauthier-Duchesne A, Hébert M, Daspe M-È. Culpabilité chez les enfants victimes d'agression sexuelle: Le rôle médiateur des stratégies d'évitement sur l'anxiété et l'estime de soi. *Criminologie.* Mai 2017;50(1):181-201.
- (90) Berthelot N, Lemieux R, Maheux J, Normandin L, Ensink K. La dissociation comme médiateur entre l'agression sexuelle et la symptomatologie clinique de l'enfant. [The Mediating Role of Dissociation in the Association between Childhood Sexual Abuse and Clinical Symptomatology]. *Rev Québ Psychol.* Jan 2012; 33:37-58.

- (91) Collin-Vézina D, Hébert M, Brabant M-E. Agression sexuelle et symptômes de dissociation chez des filles d'âge scolaire. In : Tardif M. L'agression sexuelle : coopérer au-delà des frontières. Montréal : Cifas; 2005. p. 347-60.
- (92) Enisk K, Berthelot N, Bégin M, Maheux J, Normandin L. Dissociation mediates the relationship between sexual abuse and child psychological difficulties. *Child Abuse Negl.* Jul 2017;69:116-24. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.04.017
- (93) Medjkane F, Notredame C-E, Sharkey L, D'Hondt F, Vaiva G, Jardri R. Association between childhood trauma and multimodal early-onset hallucinations. *Br J Psychiatry.* Mar 2020;216(3):156-8. doi: 10.1192/bjp.2019.266
- (94) McCarthy-Jones S. Voices from the storm: A critical review of quantitative studies of auditory verbal hallucinations and childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev.* Aug 2011;31(6):983-92. doi: 10.1016/j.cpr.2011.05.004
- (95) Newman MG, Clayton L, Zullig A, Cashman L, Arnow B, Dea R et al. The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization. *Psychol med.* Sep 2000;30(5):1063-77. doi: 10.1017/s003329179900272x
- (96) Thomas J- L. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. *Rev Fr Dommage Corpor.* 2015;3:253-69.
- (97) Lormeau B, Rey-Salmon C. Conduite à tenir face à une suspicion d'abus sexuel chez l'enfant. *La Revue du Praticien.* 2019;69:407-10.
- (98) Dewulf A-C, Van Broeck N, Philippot P. L'état de stress post-traumatique chez l'enfant. *Bull Psychol.* 2006;481:119-132.
- (99) Rey-Salmon C. Les violences sexuelles sur mineurs : diagnostic médicale, constat et perspective. *Cah Justice.* 2018;1(1):28-63.
- (100) Baril K, Tourigny M. Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance : Modèle explicatif basé sur la théorie du trauma. *Carnets Note Sur Maltraitements Infant.* 2015;1(1):28-63.
- (101) Butler AC. Child sexual assault: risk factors for girls. *Child Abuse Negl.* Sep 2013;37(9):643-52. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.06.009
- (102) Assink M, van der Put CE, Meeuwssen MWCM, de Jong NM, Oort FJ, Stams GJJM, Hoeve M. Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. *Psycho Bull.* 2019;145(5):459-89. doi: 10.1037/bul0000188
- (103) Institut national de santé publique du Québec. Les agressions sexuelles. Étiologie : facteurs de risque et de protection [Internet]. [cité 7 juin 2021] Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/les-agressions-sexuelles/etiologie-facteurs-de-risque-et-de-protection>
- (104) Hébert M, Smith K, Brodeur G, Cénat JM, Derivois D, the PAJ team. Child sexual abuse as a risk factor for dating victimization in adolescent girls and young adult women in France. *Sexologie.* 2020;29(4):e111-19.
- (105) Association Mémoire Traumatique et Victimologie. Enquête Ipsos 2 -

Représentation des français sur le viol 2 [Internet]. 2019 [cité 7 juin 2021] Disponible sur:

<https://www.memoiretraumatique.org/campagnes-et-colloques/2019-enquete-ipsos.html>

- (106) Halvorsen JE, Tvedt Solberg E, Hjelen Stige S. "To say it out loud is to kill your own childhood." An exploration of the first person perspective of barriers to disclosing child sexual abuse. *Children and Youth Serv Rev.* 2020;113:104999.
- (107) Dupont M, Messerschmitt P, Vila G, Bohu D, Rey-Salmon C. Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs. *Ann. Méd. Psychol.* 2014;172(6):426-31.
- (108) Swingle JM, Tursich M, Cleveland JM, Gold SN, Tolliver SF, Michaels L et al. Childhood disclosure of sexual abuse : Necessary but not necessarily sufficient. *Child Abuse Negl.* Dec 2016;62:10-8.
- (109) Conseil national de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate [Internet]. [cité 24 juin 2021] Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
- (110) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 4 - Secret professionnel [Internet]. [cité 24 juin 2021] Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-4-secret-professionnel>
- (111) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 44 - Sévices [Internet]. [cité 24 juin 2021] Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-44-sevices>
- (112) Légifrance. Code Pénal. Section 4 : De l'atteinte au secret (Articles 226-13 à 226-15). [Internet]. [cité 24 juin 2021] Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165312/#LEGISCTA000006165312
- (113) Sénat. Sur l'obligation de signalement par les professionnels astreints à un secret des violences commises sur les mineurs [Internet]. 2020 [cité 24 juin 2021] Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r19-304/r19-304_mono.html
- (114) Légifrance. Code Pénal : Section 1 : Des entraves à la saisine de la justice (Articles 434-1 à 434-7). [Internet]. [cité 26 juin 2021] Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289453/
- (115) Conseil Général de l'Hérault. Guide de l'information préoccupante au signalement des enfants en danger : à l'usage des professionnels [Internet]. [cité 29 juin 2021] Disponible sur: <https://cvm-mineurs.org/public/media/uploaded/pdf/guide-protection-enfance-herault.pdf>
- (116) Lopez G. Chapitre 2. Le cadre général d'intervention en psychotraumatologie. Dans: Lopez G. Traiter les psychotraumatismes. Paris: Dunod; 2020. p. 30-46.
- (117) Haute Autorité de Santé. Note de cadrage : Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques [Internet]. 2017 [cité 22 juil. 2021] Disponible sur:

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/reco_310_note_cadr_age_evaluation_et_prise_en_charge_des_syndromes_psychotraumatiques_mel.pdf

- (118) Chavez A. Chapitre 7. La thérapie des enfants victimes. Dans: Lopez G. Traiter les psychotraumatismes. Paris : Dunod; 2020. p.160-85.
- (119) Ait Aoudia M. Évaluation clinique en psychotraumatologie. Dans: Kédia M, Sabouraud-Séguin A. Psychotraumatologie. Paris: Dunod; 2020, p.185-207.
- (120) THEMIS : accès au droit pour les enfants et les jeunes [Internet]. [cité 22 juil 2021] Disponible sur: <https://www.themis.asso.fr/>
- (121) De Arellano MA, Lyman DR, Jobe-Shields L, George P, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, Huang L, Delphin-Rittmon ME. Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Assessing the Evidence. Psych serv.[En ligne]. 2019 [cité 4 août 2021];65(5):591-602. Disponible sur: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201300255>
- (122) Child Welfare Information Gateway. Trauma-focused cognitive behavioral therapy: A primer for child welfare professionals [Internet]. 2018 [cité 2 août 2021] Disponible sur: <https://www.childwelfare.gov/pubs/trauma/>
- (123) Lewey JH, Smith C, Burcham B, Saunders NL, Elfallal D, O'Toole SK. Comparing the Effectiveness of EMDR and TF-CBT for Children and Adolescents: a Meta-Analysis. J Child Adolesc Trauma. Dec 2018;11(4),457-72. doi: 10.1007/s40653-018-0212-1
- (124) Dorsey S, McLaughlin KA, Kerns SEU, Harrison JP, Lambert HK, Briggs EC, Revillion Cox J, Amaya-Jackson L. Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. J Clin Child Adolesc Psychol. 2017;46(3): 303–330. doi: 10.1080/15374416.2016.1220309
- (125) Beaudoin M, Aguerre C. Spécificités, visées et apports de la thérapie comportementale dialectique (TCD) dans le cadre de la prise en charge du trouble de la personnalité borderline (TPB). PSN, Psychiatr. sci. hum. neurosci. 2018;16(2):25-41.
- (126) Labelle R, Janelle A. La thérapie comportementale dialectique de l'adolescent *borderline* et suicidaire. Perspect. Psy. 2012;51(4):374-85.
- (127) Van Dijk S. Surviving the Emotional Roller Coaster: DBT Skills to Help Teens Manage Emotions (The Instant Help Solutions Series). Oakland: Instant Help; 2016. 234 p.
- (128) Bohus M, Schmahl C, Fydrich T, et al. A research programme to evaluate DBT-PTSD, a modular treatment approach for Complex PTSD after childhood abuse. Bord personal disord emot dysregul. Mar 2019;6(7):16p. doi: 10.1186/s40479-019-0099-y
- (129) Bohus M, Kleindienst N, Hahn C, et al. Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2020;77(12):1235–1245. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2148

- (130) Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Krüger A, Kleindienst N, Schmahl C, Niedtfeld I, Steil R. Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2013;82(4):221-33. doi: 10.1159/000348451
- (131) Rolling J, Mastelli D, Schröder C. Prise en charge thérapeutique des traumatismes de l'enfant et de l'adolescent. Dans: El Hage W, Bilodeau M. *Stratégies thérapeutiques des traumatismes.* Paris : Dunod; 2018.192 p.
- (132) Cornil L. Le modèle du traitement adaptatif de l'information. Dans: Tarquinio C, Brennstuhl M, Dellucci H, et al. *Pratique de la psychothérapie EMDR.* Paris: Dunod; 2019. p. 29-43.
- (133) Ait Aoudia M, Vlahogiannis M. La thérapie EMDR : principes, indications. Dans: Lopez G. *Traiter les psychotraumatismes.* Paris: Dunod; 2020. p. 144-60
- (134) Silvestre M. Pratique de la thérapie EMDR avec les enfants. Dans: Tarquinio C, Brennstuhl M, Dellucci H, et al. *EMDR.* Paris: Dunod; 2019. p. 203-209
- (135) Manzoni M, Fernandez I, Bertella S, Tizzoni F, Gazzola E, Molteni M , Nobile M. Eye movement desensitization and reprocessing: The state of the art of efficacy in children and adolescent with post traumatic stress disorder. *J Affect Disord.* 1 mars 2021;282:340-7. doi: 10.1016/j.jad.2020.12.088
- (136) Lopez G, Kadi N. Les thérapies psychodynamiques. Dans: Lopez G. *Traiter les psychotraumatismes.* Paris: Dunod; 2020. p. 48-69.
- (137) Salmona M. Les violences sexuelles : un psychotraumatisme majeur qu'il est essentiel de prendre en compte pour rendre justice aux victimes, les secourir, les protéger et les soigner. [Internet]. 2021 [cité 11 octobre 2021] Disponible sur: https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2021_violences_sexuelles_un_psychotraumatisme_majeur.pdf
- (138) Blouet P. Repérage et accompagnement des victimes de violences sexuelles : la place du psychiatre traitant. [Thèse d'exercice]. Angers, France : Université Angers; 2018.
- (139) Giot A. Formation et état des connaissances des médecins généralistes de la Normandie occidentale vis à vis du repérage de l'inceste chez les mineurs . [Thèse d'exercice]. Caen, France : Université de Caen-Normandie; 2018.
- (140) National institute for health and care excellence. Post traumatic stress disorder : NICE guideline. [Internet]. 2018 [cité 14 octobre 2021] Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861>
- (141) Base de données publique des médicaments. [Internet]. Oct 2021 [cité 14 octobre 2021] Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=69638464&typedoc=R>
- (142) Guina J, Rossetter SR, DeRhodes BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychiatr Pract.* 2015 Jul;21(4):281-303. doi: 10.1097/PRA.0000000000000091

- (143) Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique : Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. [Internet]. 2019 [cité 22 janv 2021] Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_de_s_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :
 - à votre mémoire de D.E.S.
 - à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : Humbly Prénom : Floriane

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

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

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

J'atteste sur l'honneur

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

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

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

Signature originale :

A WOLCKHEIT, le 27/01/22

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

RÉSUMÉ

Introduction : Les violences sexuelles sur les mineurs ont des conséquences psychotraumatiques importantes. Elles se traduisent par une symptomatologie clinique variée (trouble stress post-traumatique, troubles anxieux, épisode dépressif...) ayant un retentissement potentiel sur le développement psycho-affectif et cognitif des enfants et des adolescents victimes, en particulier lors d'agressions à répétition. Leur repérage complexe constitue donc un enjeu essentiel afin de permettre d'initier précocement des soins ciblés sur le psychotraumatisme. Depuis près de 10 ans, les soins psychiques proposés et les structures impliquées dans ces suivis ont beaucoup évolué.

Objectif : Etat des lieux des connaissances, des pratiques et des compétences des pédopsychiatres sur le thème du repérage et de l'accompagnement des patient.e.s mineur.e.s victimes de violences sexuelles.

Matériel et Méthodes : Ce travail est une étude descriptive, épidémiologique et quantitative, par recueil en ligne, proposée à 222 pédopsychiatres et internes de l'interrégion Nord-Est entre le 9 juin et le 10 septembre 2021.

Résultats : Parmi les 67 réponses (30% de participation) il apparaît une bonne sensibilisation des pédopsychiatres aux violences sexuelles. Malgré tout, davantage de proactivité apparaît nécessaire pour améliorer le repérage puisque la majorité des médecins (77,6%) n'évoque pas systématiquement ces expositions traumatiques devant un tableau clinique évocateur. Lorsque le mineur est en situation de danger, 90% des pédopsychiatres rédigent un signalement au procureur de la République. Concernant les soins proposés 59,7% des cliniciens pensent ne pas être suffisamment formés pour accompagner ces patients et 58,2 % les orientent vers un praticien formé à une des psychothérapies validées.

Conclusion : Le repérage des violences sexuelles ainsi que la prise en soins de ces patients nécessitent d'être développés. Une formation spécifique et continue est indispensable afin de pouvoir disposer de psychothérapies spécifiques mais aussi de connaissances sur le cadre juridique et les interventions des autres professionnels impliqués dans ces suivis.

Rubrique de classement : Psychiatrie

Mots-clés : Violences sexuelles, Psychiatrie infanto-juvénile, Repérage et prise en soins, Psychotraumatisme.

Président : Professeur Carmen Schröder.

Assesseurs : Professeur Pierre Vidailhet, Docteur Ariane Zaloszyk (MCU-PH), Docteur Julie Rolling (PH), Docteur Grégory Hauswald (PH).

Adresse de l'auteur : 24B Le Canal - 67120 WOLXHEIM