

Comment prévenir les atteintes sexuelles sur les mineurs ?

Yvonne Coinçon,

pédopsychiatre, membre de l'Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API).

En 1989, une recherche sur la morbidité en pédopsychiatrie a été réalisée auprès des pédopsychiatres, menée sous l'égide de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). L'enquête nécessitait le recueil de données cliniques et des facteurs associés éventuellement étiologiques, en référence à la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFT-MEA) pour chaque nouveau patient. J'ai pu observer alors que pour aucun des patients *l'item* « Abus sexuels » n'était renseigné, contrairement à tous les autres *items*.

Première étape : identifier les violences sexuelles

Dans les années 1980, il était rare que dans le champ des maltraitements, l'attention des adultes soit alertée par les paroles des enfants. Cependant, des signes physiques et/ou comportementaux alertaient sur l'éventualité de la violence physique dans leur vie. C'est dans ce contexte que la première campagne de prévention des maltraitements, lancée en 1985 par Mme Georgina Dufoix, ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, a sollicité la vigilance de tous.

L'équipe du centre médico-psychologique (CMP) s'est alors interrogée : Dans un objectif de prévention des maltraitements, y a-t-il des signes d'alerte annonciateurs d'une mise en



© Petit garçon pleurant, Paul César Hellen - © Photo : RMN-Grand Palais / René-Gabriel Ojeda

Dossier
Prévention des violences sexuelles : comment agir ?

danger et si oui, quels sont-ils ? Les rares publications de l'époque apportaient peu d'éclairage. Une réflexion a donc été engagée au sein de l'équipe du centre médico-psychologique. Elle a émis l'hypothèse que deux facteurs se conjuguèrent pour créer cette opacité des connaissances cliniques : il est certainement difficile, voire impossible pour les enfants de parler de la sexualité ; de la leur et encore plus de celle de l'auteur. Il est également difficile pour les adultes, y compris professionnels, d'y penser en termes d'abus.

L'équipe du CMP décide alors d'ouvrir le chemin de l'expression de l'enfant en veillant soigneusement à ne rien induire. Pour cela, elle intègre deux questions dans ses consultations initiales :

1. « Quelqu'un a-t-il fait quelque chose que tu n'as pas aimé ? », question ouverte sur toutes les récriminations imaginables ;

2. « Si tu es en difficulté, sais-tu à qui en parler ? »

Résultat : à l'issue d'une année de pratique, une dizaine de situations d'atteintes sexuelles ont été révélées par ces entretiens, qui ont toutes été confirmées par les enquêtes d'instruction judiciaire. Il a été douloureux, culpabilisant, de découvrir ainsi que l'équipe avait méconnu pendant des années l'un des facteurs susceptibles d'alimenter la mise en place ou l'aggravation de troubles psychiques ; mais ce fut aussi très motivant pour œuvrer en vue d'un changement.

Deuxième étape : intégrer cette dimension à la pratique

Suite à ce constat, nous, équipe du CMP, avons alors pris plusieurs décisions :

- explorer systématiquement cette dimension dans nos entretiens et inclure cette préoccupation dans notre pratique, pour tous nos patients déjà connus et tous ceux à venir ;
- prendre connaissance des quelques travaux publiés, encore peu nombreux à cette époque, et essentiellement au Canada et aux États-Unis ;
- recueillir tous les éléments cliniques susceptibles d'être significatifs ;
- partager les fruits de son expérience avec d'autres praticiens afin d'enrichir la pensée et les pratiques.

Ce partage est d'usage au sein de l'Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API). Dans un premier temps, ce thème n'a pas été retenu pour les Journées annuelles de l'API en 1994, car il soulevait les objections formulées par de nombreux psychiatres d'adultes et d'enfants. Un grand nombre de collègues ignoraient tout de la question, encadrés d'un côté par ceux qui s'y confrontaient déjà et qui se sentaient bien isolés et de l'autre par ceux qui rangeaient les atteintes sexuelles dans les fantasmes des enfants et/ou de ceux qui les écoutaient.

Troisième étape : structurer et déployer la démarche

Aussi la surprise fut-elle de taille quand, aux Journées annuelles de l'API, en 1995, portant sur l'accès aux soins, l'atelier consacré aux maltraitances et aux atteintes sexuelles a été choisi par la majorité des participants. Dès lors, les professionnels se sont mobilisés. Ils ont collecté des éléments cliniques, en particulier l'impact sur le vécu et la gestion de l'intimité, l'impact toxique de certains secrets, la confusion des places et des générations, les mécanismes de défense mobilisés. Ils ont élaboré ensemble des références théoriques portant sur les divers aspects : dépistage, diagnostic différentiel, prise en charge et, donc, implication des partenaires.

La nouveauté était le travail avec la justice, jusqu'ici presque toujours impliquée pour son rôle de protection, avec laquelle il était désormais admis qu'il fallait travailler sur le volet répression des infractions commises sur les victimes. Il est apparu indispensable que les missions, contraintes, pouvoirs des policiers, gendarmes, juges, procureurs et avocats soient mieux appréhendés.

Ce travail pluridisciplinaire au-delà de l'équipe – dont le compagnonnage ne suffit pas – est un facteur majeur de la qualité du service ainsi rendu dans l'ensemble du service public de pédopsychiatrie.

En 1995, le ministère en charge des Affaires sociales et de la santé, en la personne de Mme Paule Kassis, a coordonné la rédaction et assuré la publication d'un livret sur *La prise*

en charge des enfants victimes d'abus sexuels. Intervention du pédopsychiatre [1]. Le ministère voulait soutenir l'accès aux soins des enfants porteurs de troubles psychiques au décours des atteintes sexuelles : des crédits dédiés furent alors ouverts. Dans la mesure où la psychiatrie infanto-juvénile dispense des soins gratuits en centre médico-psychologique, et au vu de l'augmentation régulière des situations révélées, nous avons proposé que ces crédits soient consacrés à une formation de tous les professionnels exerçant en psychiatrie infanto-juvénile, couvrant tous les aspects de la question. Le ministère a retenu la proposition et financé l'action par le biais d'une subvention accordée à l'API. Dans les régions, des équipes de plusieurs secteurs se retrouvaient en formation commune pendant deux jours, autour des aspects cliniques ; puis quelques mois plus tard, des partenaires venaient exposer leurs pratiques, points de vue, attentes, propositions.

Cette action a été menée par l'API de 1996 à 2006, dans 16 régions sur 22 ; puis elle a été arrêtée, faute d'organismes locaux. Elle a donné lieu à la publication d'un ouvrage [2], recueil des interventions.

Pendant cette période, la notion de victime a fait irruption sur la scène publique à travers des témoignages de personnes dont la vie avait été bouleversée par les violences sexuelles qu'elles avaient subies. Le rôle de la justice comme vecteur de reconnaissance et de réparation des préjudices subis a été affirmé par les victimes et par les associations et professionnels qui les soutenaient.

En 1997, une circulaire ministérielle a soutenu la création d'unités médico-judiciaires assurant notamment la prise en charge des victimes et la procédure de recours en justice.

En 2003, la Fédération française de psychiatrie a organisé une conférence de consensus intitulée : *Conséquences des maltraitances sexuelles. Reconnaître, soigner, prévenir*. Devant la profusion de pratiques et de théories avancées, il était en effet important de fournir aux professionnels un cadre d'intervention précis.

L'ESSENTIEL

▣ **Les professionnels doivent se former pour accueillir, entendre et soutenir les enfants victimes de violences sexuelles. Cela implique de développer considérablement la formation professionnelle – initiale et continue – portant sur les atteintes sexuelles et sur leur prise en charge pluridimensionnelle. La pédopsychiatre Yvonne Coinçon revient sur l'histoire de la prise en compte, récente, de la parole des enfants par les professionnels de la petite enfance.**

Quatrième étape : la prévention des violences sexuelles

Quinze ans plus tard, force est de constater que c'est bien le domaine de la prévention qui est resté le moins travaillé par les professionnels. La démarche usuelle en prévention est initiée par la connaissance des facteurs en cause dans la genèse des troubles à prévenir. En prévention routière, les messages et les actions sont dirigés vers les conducteurs. La particularité de la prévention des atteintes sexuelles est qu'elle est essentiellement axée sur l'appel à la prudence, voire la méfiance... des enfants ! Sachant que la majorité des dommages est liée à des faits intrafamiliaux, doit-on continuer à aller dans ce sens et les inviter à se méfier de leurs proches ? Manifestement, non.

Ce chemin – emprunté par analogie aux campagnes de prévention – est par exemple en vogue au Canada avec la campagne « Mon corps, c'est mon corps », soutenue par la mise à disposition de livrets, manuels, affiches. Or ce dispositif fait reposer sur les enfants seuls leur propre protection. Il laisse dans l'ombre la question majeure du contrôle que les adultes sont censés exercer sur leurs besoins sexuels et les façons d'y répondre, au risque de protéger ces adultes.

La question doit donc être abordée différemment : les adultes sont par définition les protecteurs des enfants et ont donc en charge de les accompagner vers l'autonomie et

vers l'épanouissement à l'âge adulte. Au préalable, ils doivent trouver pour eux-mêmes les réponses les plus adaptées à leurs besoins, parmi lesquels figure la sexualité.

Il apparaît donc que la meilleure façon d'aborder la prévention de ces situations est de s'adresser aux adultes pour les inviter à penser cette question pour eux-mêmes. Bien entendu, il ne suffit pas de s'en remettre aux seuls parents sur lesquels reposeraient toute la responsabilité – et aussi toute la culpabilité en cas de défaillance. Il faut s'en remettre à l'ensemble des adultes, car nous sommes tous en contact avec des enfants qui nous entendent, nous observent et voient en nous la préfiguration de ce qu'ils seront.

Tous les professionnels de l'enfance doivent être formés sur la sexualité

Pour comprendre cette notion, voici une illustration avec un cas clinique rencontré en consultation : Une fillette demandait « *pourquoi on disait que [s]on père lui a fait du mal alors que ça [lui] a fait du bien* ». Lui donner une réponse impose – aux professionnels et à l'ensemble des adultes – d'être au clair avec la sexualité et avec la place de chacun dans une famille. Les professions destinées à approcher des enfants, trop nombreuses pour les citer ici, devraient inclure dans leur cursus initial un corpus minimal de connaissances sur cette capacité à penser la sexualité dans notre rapport aux autres, les formes et les limites de son expression dans le quotidien, la leur et celle des enfants dont la maturation est l'objet d'une lente progressivité, à penser aussi l'intimité et à admettre que des secrets sont structurants et d'autres toxiques.

À notre époque, si le corpus de connaissances à disposition est immense, il convient d'accorder une place centrale – et beaucoup plus importante – aux connaissances traitant des relations interpersonnelles : elles ont un impact et une valeur ajoutée essentiels sur l'objectif central de contribuer au vivre-ensemble harmonieux.

Soyons clairs : se former pour accueillir, entendre et soutenir ces enfants prend du temps, cela ne peut

se réduire à quelques heures dans un cursus de plusieurs années. Cela implique de développer considérablement la formation professionnelle – initiale et continue – portant sur les atteintes sexuelles et sur leur prise en charge pluridimensionnelle qui a été une des priorités en matière de santé et de médico-social : ce pilier nécessite un investissement continu. Les campagnes actuelles sur ce thème reprennent les mêmes arguments qu'il y a vingt ans, comme si rien n'avait été fait. La prévention est une culture, on ne plante pas un arbre, mais on fait un semis à renouveler sans cesse.

Par ailleurs, une formation sans une indemnisation appropriée des professionnels rencontre toutefois un obstacle auprès de certaines professions d'exercice libéral qui n'y ont accès qu'au prix d'une perte de revenus. C'est une source d'échec pour la formation indispensable de l'ensemble des professionnels.

Prévenir suppose donc un projet à multiples facettes, soutenu dans la durée, car l'avenir d'une société, quelle qu'elle soit, est toujours dans ses enfants. ■

Pour en savoir plus

● <https://www.ffcriavs.org/la-federation/audition-publique/>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Direction de l'action sociale. Direction générale de la Santé. Ministère de la Santé publique et de l'Assurance maladie. Ministère de la Solidarité entre les générations. *La Prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels. Intervention du pédopsychiatre*. Paris : éditions CFES, 1995 : 71 p.

[2] Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile. *Atteintes sexuelles sur enfants mineurs*. Paris : éditions Passage Piétons, T. 1 : 2001 ; T. 2 : 2005.