

Rapport d'expert [11]

Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ?

Marie-Laure GAMET

Praticien hospitalier à l'URSAVS du CHU de Lille, sexologue, responsable d'enseignement du DU "Prévention des violences sexuelles et éducation à la sexualité" de la Faculté de médecine Lille 2, chargée de cours aux DIU de sexologie des facultés de médecine de Lille 2, Paris Diderot et Toulouse 3, chargée de cours au DU « Violences conjugales » de la Faculté de droit Lille 2, chargée de cours au DU "Santé Mentale et Handicap psychique" de la Faculté de médecine Lille 2.

Pour citer ce document, merci d'utiliser la référence suivante : Gamet, M.L. (2018). Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.

Sommaire

1

Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ?	1
Sommaire	1
Introduction.....	3
1 ^{ère} partie : deux exemples d'expérimentation de la promotion de la santé sexuelle en matière de violence sexuelle	4
Période 1996-2012 : 1 ^{ère} expérience dans le médico-social :.....	4
L'éducation sexuelle : premier axe de travail.....	5
Le soin en santé sexuelle : 2 ^{ème} axe de promotion de la santé sexuelle	8
La CDADS dispositif institutionnel de promotion de la santé sexuelle	11
Période 2013-2017 : 2 ^{ème} expérience en Centre Hospitalo-Universitaire :	15
2 ^{ème} partie : La stratégie de santé sexuelle 2017-2030 : quels enjeux en matière de violence sexuelle ?	27
La stratégie nationale de santé sexuelle : une première étape	27
Feuille de route 2018-2020 déclinant la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 : des avancées prometteuses dans la lutte contre les violences sexuelles	29
Dans la lutte contre les violences sexuelles, pour construire l'avenir, tirons des leçons du passé, résolument !	32

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Conclusion	35
Bibliographie.....	37
Annexes	40

Introduction

Le terme « santé sexuelle » figure pour la première fois en France dans la loi du 26 janvier 2016 (1) à la suite d'un rapport du Haut-Commissariat de Santé publique (HCSP) en 2015 qui a montré la nécessité de promouvoir cet aspect de la santé. D'où la Stratégie nationale de santé sexuelle pour la période 2017-2030. L'Organisation Mondiale de la Santé a donné une première version du concept de santé sexuelle en 1974. En 1987, dans le contexte de l'épidémie de SIDA, elle s'appuie sur la déclaration Universelle des Droits de l'Homme de l'Organisation des Nations Unies de 1948 pour signifier la reconnaissance de la sexualité comme droit humain fondamental. Dans notre pays, depuis des années, ce concept de santé sexuelle a été à l'initiative de multiples actions de prévention en matière de sexualité. Des indicateurs d'objectifs de promotion de la santé sexuelle sont partiellement atteints en France pour plus de 80% des personnes interrogées sur les aspects suivants :

- L'autonomie : concevoir des enfants et liberté de décider d'en concevoir par l'utilisation d'un moyen de contraception,
- La sécurité : utiliser des préservatifs lors des premiers rapports sexuels
- La satisfaction : avoir une vie sexuelle satisfaisante.

Force est de reconnaître que les actions de promotion du concept de santé sexuelle ont essentiellement porté sur la santé reproductive et la lutte contre les IST et le SIDA. Pourtant, dès 1974, l'OMS recommandait : « L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counselling et les soins concernant la procréation et les maladies sexuellement transmissibles » (2). En 2002, l'OMS, dans son Rapport mondial sur la violence et la santé, alertait sur la réalité des conséquences des violences sexuelles : « La violence sexuelle a de profondes répercussions sur la santé physique et mentale de la victime. Outre les traumatismes physiques, elle est associée à un risque accru de nombreux problèmes de santé sexuelle et génésique, dont les conséquences se font sentir immédiatement, mais aussi des années après l'agression » (3). Ce même rapport invitait à renforcer la place de l'éducation sexuelle : « L'éducation est sans doute le principal moyen dont on dispose pour réduire l'incidence de la violence sexuelle et de l'infection à VIH ». La stratégie de santé sexuelle est issue, entre autre, des constats sur l'insuffisance des actions d'éducation à la sexualité et sur l'augmentation des violences sexuelles. Y a-t-il un lien entre ces deux constats ? Aujourd'hui, en France, les violences sexuelles restent un fléau dans notre société. Les enfants, les femmes et les personnes handicapées sont les principales victimes. Les études épidémiologiques ne laissent plus guère de place aux doutes sur la réalité de cette augmentation, au-delà du constat que la parole des victimes est de mieux en mieux écoutée favorisant les révélations.

Pourtant, la prise de conscience de la réalité des violences sexuelles n'est pas récente et depuis les années 80, les projecteurs médiatiques se sont régulièrement allumés pour en témoigner... puis éteint. Sur le terrain, de nombreux acteurs ont travaillé à lutter contre les conséquences des violences sexuelles ou à les prévenir. Alors pourquoi ces violences sont-elles en augmentation ? Est-il légitime de se soucier de promotion de la santé sexuelle et donc d'éducation sexuelle dans la lutte contre les violences sexuelles ? Le rapport de l'HCSP précisait que « la santé sexuelle est disséminée dans de nombreuses spécialités médicales et paramédicales et abordée par la pathologie et non dans la perspective d'une approche globale de la santé de la personne et qu'il est nécessaire de définir une politique nationale de santé sexuelle cohérente » (4). D'où la question : Est-il logique d'en être à ce stade dans notre pays ?

A partir de notre activité de médecin sexologue, ce rapport présente dans sa première partie deux exemples d'expérimentations de promotion de la santé sexuelle en matière de violence sexuelle, fondées sur le concept de santé sexuelle. Le premier exemple se situe sur la période 1996-2012 dans le champ médico-social et témoigne d'actions en éducation sexuelle mais aussi de soin dans la lutte contre ces violences. Le deuxième témoigne d'une expérimentation sur la période 2013-2017 dans le champ sanitaire sur deux sites : une unité dédiée à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles majeurs ou mineurs et un dispositif Maison des Adolescents. Elle met en évidence la nécessité de l'éducation sexuelle dans la prévention primaire des violences sexuelles. Elle rend compte de sa nécessité face à la prévalence des troubles sexuels observés. L'objectif de ces récits d'expériences est de montrer comment cet axe de promotion de la santé a pu devenir, malgré des obstacles certains, un maillon incontournable dans la lutte contre les violences sexuelles au carrefour des pratiques du médico-social, de la justice, de l'éducatif, du sanitaire.

La deuxième partie de ce rapport se centre sur la stratégie de santé sexuelle 2017-2030 et sur sa mise en œuvre par la feuille de route stratégie nationale santé sexuelle 2018-2030 présentée par Madame Agnès BUZYN, Ministre des Solidarités et de la Santé, le 26 mars dernier. Cette partie propose, à partir des constats de la première partie, une réflexion sur des leviers de changement indispensables à considérer dans notre société pour répondre aux ambitions de cette stratégie. En situant la promotion de la santé sexuelle au titre des droits humains fondamentaux, elle ouvre des perspectives sur les niveaux d'intervention pour promouvoir la santé sexuelle préconisés par l'OMS dès 1974 : l'information, le conseil, l'éducation mais aussi la thérapie pour les troubles sexuels. Au final, l'objectif de ce rapport est de montrer que promouvoir la santé sexuelle dans le champ des violences sexuelles, loin d'être une utopie est déjà réalité malgré d'évidentes difficultés. Les axes de la stratégie de santé sexuelle sont à n'en pas douter une opportunité dans notre pays pour que les violences sexuelles ne soient plus un fléau.

1^{ère} partie : deux exemples d'expérimentation de la promotion de la santé sexuelle en matière de violence sexuelle

Période 1996-2012 : 1^{ère} expérience dans le médico-social :

En 2008, le conseil général de la Marne inscrit dans son schéma départemental de l'enfance une Cellule Départementale d'Accompagnement du Développement de la Sexualité. Son objectif : renforcer la lutte contre les conséquences des violences sexuelles. A l'origine de ce dispositif, il y a une dynamique institutionnelle qui s'est construite depuis 1996 autour de la 1^{ère} version du concept de santé sexuelle émis par l'OMS (2) en 1974 (Encadré 1).

Encadré 1 : Définition santé sexuelle OMS 1974 : La santé sexuelle est l'intégration d'aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. Elle comprend : La capacité de jouir et de contrôler le comportement sexuel et reproductif en accord avec l'éthique personnelle et sociale, la délivrance de la peur, de la honte, la culpabilité, les fausses croyances et les autres facteurs psychologiques pouvant inhiber la réponse sexuelle et interférer sur les relations sexuelles, l'absence de troubles, de dysfonctions organiques, de maladies ou d'insuffisance interférant avec la fonction sexuelle et reproductive. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counselling et les soins concernant la procréation et les maladies sexuellement transmissibles.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Pour comprendre comment une institution publique s'est engagée jusqu'à la création de cette cellule, dans cet axe de promotion de la santé, nous allons voir les étapes de cette dynamique qui s'est structurée autour de l'éducation sexuelle pour la prévention primaire mais aussi et de façon incontournable du fait même des réalités de terrain autour du soin en santé sexuelle.

L'origine de cette dynamique remonte au milieu des années 90 lorsque des professionnels du service de Protection maternelle et Infantile font deux constats :

Le premier est fait par des conseillères conjugales : elles estiment être insuffisamment formées pour assurer leurs missions d'interventions en éducation à la sexualité dans les établissements scolaires et en centre de planification et d'éducation familiale. D'où l'organisation d'une formation en éducation sexuelle sur 120 heures menée par le Québécois Réjean Tremblay venu de l'Université de Toulouse. Les bases théoriques de cette formation reposent sur le concept de santé sexuelle à l'instar de ce qui se fait au Québec depuis plusieurs années (5, 6).

Le deuxième, je le fais dans ma mission de médecin de circonscription face à des situations d'adolescentes confiées à l'ASE pour des abus sexuels qui représente alors la 1^{ère} cause des placements. Si ces jeunes sont prises en charge en santé mentale, leur comportement sexuel reste préoccupant au point que souvent elles suscitent le rejet à cause de ces comportements. Certaines viennent au centre de planification pour mise en route d'une contraception, d'autres pour une grossesse. Mon parcours en gynéco obstétrique à Bruxelles puis à Mayotte me rend certainement sensible à la situation de ces jeunes. Je suis aussi urgentiste et j'ai été formée à la notion de traumatisme dans l'exercice de la médecine d'urgence et de catastrophe dans les SAMU parisiens à la fin des années 80. J'ai été sensibilisée à l'ampleur des conséquences physiques et psychiques des traumatismes. Mais j'ai aussi découvert par hasard alors que je travaillais à la maternité de Mamoudzou au tout début des années 90 dans un bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, un article qui commentait le concept de santé sexuelle de 1974. Son contenu a retenu mon attention. Ma formation initiale comme manifestement l'ensemble de mes collègues de PMI ne m'a pas donné d'apports théoriques au-delà des apports de la psychanalyse et de l'anatomie en matière de sexualité. Face à ces jeunes filles qui n'apparaissent pas dans un état de bien-être sexuel, je suis bien démunie et je m'engage dans la formation en éducation sexuelle pour chercher des perspectives.

L'éducation sexuelle : premier axe de travail

La formation en éducation sexuelle repose sur une approche positive de la sexualité qui intègre toutes ses dimensions, biologiques, affectives, psychologiques, sociales, culturelles. Elle nous permet de découvrir des apports théoriques comme, entre autres, les travaux de Piaget, Money, Kohlberg, Simon et Gagnon sur le développement sexuel (7). Elle alterne les outils théoriques et pratiques pour lutter contre les représentations, les tabous en matière de sexualité qu'exigent les interventions. Elle nous donne alors des outils concrets pour préparer au dialogue sur la sexualité et son développement dans une attitude respectueuse des droits humains fondamentaux. Elle témoigne en effet de l'évolution du concept de santé sexuelle (Encadré 2) qui depuis l'épidémie de Sida s'est enrichi de la notion de droits dans le cadre de la promotion de la santé pour toutes les personnes selon la charte d'Ottawa de 1986 (8).

Encadré 2 : Définition santé sexuelle OMS 1987 (9) : « Les concepts de santé sexuelle ou de bien-être sexuel reconnaissent la variété et le caractère unique de l'expérience sexuelle et des besoins sexuels individuels, affirment les droits des individus à être libre de toute exploitation, oppression ou abus

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

sexuel. Le but des politiques, des programmes et des services concernant la sexualité n'est pas d'atteindre un niveau mesurable de « santé sexuelle » dans la population mais de donner aux individus la capacité de satisfaire leurs besoins et de leur donner les ressources personnelles pour affronter leurs problèmes et difficultés ».

La problématique des violences, des discriminations liées au genre ou à l'orientation sexuelle et la nécessité d'affirmer l'égalité des sexes sont déjà des priorités du fait des fondements théoriques issus des pays anglo-saxons. Cette formation nous donne des outils de prévention en ce domaine qu'il est d'autant plus facile d'aborder puisque nous sommes d'abord formés à parler de la sexualité dans son objectif de rendre heureux, heureuse ce qui est loin de la violence.

Les objectifs primaires de cette formation en éducation sexuelle sont :

- Apprendre à savoir créer un climat propice au dialogue sur la sexualité avec les jeunes (10)
- Apprendre à savoir accompagner leur réflexion pour leur permettre de faire leurs choix dans l'autonomie (11)
- Apprendre à savoir porter à leur connaissance les moyens pour vivre leur découverte de la sexualité dans le respect de soi, de l'autre, la responsabilité et la liberté (12).

Les étapes d'intégration se situent autour du savoir mais particulièrement d'un savoir-faire et d'un savoir-être. Une charte d'éducation sexuelle complète le cadre de cette formation.

Ainsi, cette formation nous permet rapidement de réorienter nos interventions collectives auprès des collégiens et des lycéens. Elle nous donne de nouveaux axes pour sortir de pratiques informatives orientées quasi exclusivement sur la prévention des risques liées à la sexualité comme la grossesse non désirée et les maladies sexuellement transmissibles. Elle nous permet en effet d'aborder dans nos interventions la globalité de la sexualité et de pouvoir s'inscrire dans une réelle démarche éducative auprès de jeunes au titre de la promotion de leur santé sexuelle et aussi de la prévention des violences sexuelles. Toutefois, comme le service de PMI n'intervient qu'à la demande des établissements scolaires, nous constatons que certains établissements ne sont pas encore favorables à ce type d'actions avec le contenu que nous proposons.

Lorsqu'en 2005, l'éducation Nationale publie le guide d'intervention pour les collèges et lycées de 2005, suite à la loi de 2001 qui rend obligatoire l'ES dans les établissements scolaires, nous sommes déjà dans la logique exposée dans ce guide (13). Il situe l'éducation sexuelle dans une approche intégrative de la sexualité avec ses dimensions « psychologique, affective, sociale et culturelle ». Il définit les modalités de l'éducation sexuelle pour les intervenants avec des apports théoriques et pratiques dans la lignée des travaux canadiens. Il intègre la prévention des violences et de l'exploitation sexuelles sont définies. L'académie de Toulouse est citée pour ses travaux. Toutefois, le terme « santé sexuelle » n'est pas mentionné.

Sur le terrain, ce guide donne de l'essor aux propositions de séances de prévention que peuvent proposer les personnels du département formés à ce modèle intégratif d'éducation sexuelle. Exemple (Encadré 3) :

Encadré 3 : En 2007, une principale de collège téléphone au centre de planification. Elle souhaite « la contribution de l'équipe de ce centre pour organiser les 3 séances annuelles d'éducation à la sexualité pour les classes de 3^{ème} et de 4^{ème} pour la prévention des maladies et du SIDA. La conseillère conjugale

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

explique que nous sommes effectivement formés pour venir faire de l'éducation sexuelle visant à parler de sexualité dans toutes ses dimensions. La principale dit alors : « Les interventions doivent porter sur les maladies, et la contraception ». La conseillère conjugale répond : « Oui bien sûr mais aussi sur la sexualité, comment on apprend à la construire, à la vivre ». Après un temps de silence, la principale répond : « Ce n'est pas cela que nous souhaitons. Mais des interventions pour savoir se protéger des maladies ; des grossesses non désirées ». La collègue répond : « Nous avons aussi ce but mais nous intervenons en parlant de sexualité pour optimiser la prévention ». Silence puis la principale dit : « Cela ne correspond pas à ce le collège souhaite, je vais voir à trouver d'autres intervenants ». La collègue lui explique que nous restons bien sûr à disposition.

Quelques temps plus tard, la principale du collège rappelle. Elle explique ne pas avoir trouvé d'autres équipes disponibles et elle souhaite nous rencontrer. Et ce sera le début d'un partenariat efficace en termes d'éducation sexuelle dans une approche intégrative de la sexualité que cette professionnelle aura à cœur de relayer avec le lycée où elle sera ensuite mutée avec des enseignants qui s'impliqueront dans les séances organisées chaque année.

En 2011, face aux situations de violence sexuelle qui semblent augmenter, les infirmières du rectorat nous demandent de bénéficier de formations complémentaires en éducation sexuelle. Elles évoquent leur difficulté à aller au-delà de la santé reproductive. Elles connaissent le concept de santé sexuelle mais leur formation d'une vingtaine d'heures, organisée à l'interne dans l'Education Nationale, apparaît insuffisante pour aborder de nouveaux enjeux que les séances dans les collèges montrent désormais. En effet, nous nous rejoignons dans nos constats sur le fait que les propos des adolescents et des adolescentes ont évolué. Par exemple, il devient fréquent d'entendre des propos du type : « Avec la sodomie ou la fellation, t'as pas besoin de prendre la pilule » ou « C'est encore mieux avec les animaux car eux ils disent rien ». Avec les personnels du département, depuis des années nous avons constaté que les jeunes s'autorisent à réellement parler de sexualité à la condition que nous, animateurs et animatrices soyons en mesure d'engager dans les séances, un réel dialogue sur la sexualité (Annexe 1). Au fil des années, avoir appris à intégrer avec simplicité et bon sens des éléments de physiologie sexuelle capte manifestement l'attention des jeunes pour les inviter à cerner les dimensions affectives, psychologiques, sociales, biologiques, culturelles de la sexualité qui entrent en jeu dans une relation sexuelle. Evidemment, tout cela est à adapter selon les niveaux des classes puisque l'âge des jeunes est une donnée fondamentale à respecter. La tête, le cœur et le corps de la Personne sont évidemment au cœur du discours pour rebondir sur les évolutions du langage ou des comportements constatées sans juger les jeunes et pour canaliser les émotions ! L'objectif est avant tout de favoriser des compréhensions de soi, de l'autre, de l'intimité de chacun pour apprendre à se sentir prêt, prête à s'impliquer ou non dans une relation au titre du partage de plaisir dans le respect, la liberté la responsabilité et au rythme de ses capacités de discernement. Et bien sûr favoriser la prévention des risques de la sexualité par la promotion de la santé sexuelle !

Ainsi, la formation initiale suivie, issue du concept de santé sexuelle avait tenu les promesses perçues dès que nous l'avions suivie : avoir des bases solides pour s'autoriser à intervenir en éducation sexuelle en tenant compte de la globalité de la sexualité ; être capable de tenir compte des évolutions de la sexualité et son développement au fil du temps dans une logique d'évolution de notre humanité.....même si ce devait être pour lutter aussi contre les violences sexuelles. Mais sur ce plan, le concept de santé sexuelle avait tenu d'autres promesses...également pressenties avant la fin des années 90.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Le soin en santé sexuelle : 2^{ème} axe de promotion de la santé sexuelle

Dès la fin des années 90, la formation en éducation sexuelle a donné d'autres perspectives. Avec mes collègues de PMI, notamment les sages-femmes qui ont aussi suivi la formation, nous constatons qu'elle nous rend capable de nouer un dialogue sur la sexualité avec les jeunes filles et des femmes adultes en centre de planification ou dans les consultations de jeunes enfants. L'ouverture au dialogue sur la sexualité par des phrases simples libère la parole et met en évidence des problématiques de violence sexuelle subie dans l'enfance ou plus tard. De jeunes mères sont manifestement très insécurisées dans leur maternité avec des peurs réactivées par la pensée du risque de violence sexuelle potentiels pour leur enfant. Parfois, ce sont aussi des réactions physiologiques d'un bébé garçon dont elles font la toilette (réflexe d'érection) qui sidèrent ces femmes et les renvoient au souvenir de leur agresseur. La très grande majorité de ces femmes, lorsqu'elles ont eu des suivis du fait de leurs antécédents de violence, peut dire que la sexualité n'a jamais été abordée dans les prises en charge classiques.

Il en est de même des adolescentes. Toutes se montrent intéressées à aborder ce sujet lorsque j'ouvre un dialogue. Je constate que ce dialogue semble aussi bénéfique pour d'autres jeunes, confiées à l'ASE pour d'autres formes de maltraitements et qui présentent elles aussi des conduites sexuelles à risque. Des comptes rendus de la conférence de Stockholm sur l'exploitation sexuelle des enfants et un rapport de l'OMS sur la violence de 1996, renforcent notre action à nous soucier de ces violences et de la sexualité.

Ce contexte motive à suivre les cours du Diplôme Inter Universitaire de sexologie de Toulouse car la complexité des situations me laisse à penser que l'éducation sexuelle ne peut suffire. L'intuition qu'il faut réfléchir à prendre soin du développement sexuel lorsqu'il a été mis à mal par des violences sexuelles qui semblent entraîner des troubles du développement sexuel, guide cette décision. Depuis 1995, 9 universités dispensent ce diplôme. L'Ordre des Médecins reconnaît cette formation qui prépare des médecins à l'information, au conseil et au traitement de troubles sexuels. Je choisis Toulouse pour son programme ouvert aux approches anglo-saxonnes à l'instar de la formation en éducation sexuelle. Anecdote : si ma direction a accepté de financer la formation en éducation à la sexualité, lorsque je demande à me former en sexologie, la réponse est négative et accompagnée d'un commentaire surprenant : « Comment une femme respectable comme vous peut-elle souhaiter une formation en sexologie ? ». L'enseignement de la sexologie à Toulouse permet de découvrir les hommes et les femmes dits sexologues qui depuis la fin du 19^e ont chacun et chacune étudié la sexualité (14). Le concept de santé sexuelle est issu de toutes leurs réflexions. Il s'inscrit dans la continuité de l'histoire de cette science appelée la sexologie qui a manifestement trouvé son origine dès la fin du 19^e siècle. Pourquoi cette réaction d'inquiétude teintée de mépris ? Je comprendrai plus tard. Je finance donc ma formation.

A Toulouse, des enseignants comme Patrick Blachère, Maryvonne Desbarats s'emploient particulièrement à former les étudiants sur le champ des violences sexuelles des adultes pour l'évaluation et la prise en charge. Professionnelle en milieu pénitentiaire, Maryvonne développe les apports de la sexologie auprès d'auteurs de violences sexuelles et travaille aussi en libéral avec des victimes (15). Elle a participé aux réflexions sur les auteurs adultes avec Claude Balier et André Ciavaldini dans les années 90 aux débuts de l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles afin d'amener la sexologie dans ces réflexions. L'expérience de Maryvonne Desbarats, le contenu du DIU sont fondamentaux pour me conforter sur l'intuition de départ et cheminer dans l'élaboration d'une prise en charge centrée sur le soin de la sexualité ou son

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

développement en cas de troubles du développement sexuel puisque l'OMS préconise aussi le soin en matière de santé sexuelle. Certes, il apparaît indispensable de ne pas ajouter d'effractions dans le développement sexuel des jeunes mais il apparaît tout aussi important de rompre le silence sur cette dimension humaine malmenée mais aussi source d'espoir pour aimer, être aimée pour respecter l'intimité de chacune. Il va de soi qu'un tel processus de thérapie devra inclure des éléments d'éducation sexuelle mais ne peut se réduire à cela compte-tenu des situations.

A Toulouse, je découvre un autre apport théorique fondamental, la théorie de l'attachement de John Bowlby (16) qui me sensibilise à observer le développement sexuel des enfants sécurisés et celui des enfants non sécurisés affectivement.

D'autres écrits au fil du temps guident ma réflexion : S. Ferenczy (17), R.C. Summit (18), M. Gabel (19), Vila (20) puis B. Cyrulnik (21) et les recommandations de la Fédération Française de Psychiatrie pour la prise en charge des maltraitances sexuelles (22), entre autres, complètent la formation du DIU pour bâtir une prise en charge. La complexité des situations impose de travailler en réseau avec les professionnels de l'ASE en charge de ces jeunes dans le respect de nos codes professionnels. Et cela va de soi puisque les jeunes ne viendront pas d'eux-mêmes demander une consultation en sexologie à l'époque ! Dans les réunions de synthèse, les situations sont appréhendées en se souciant de la santé sexuelle. C'est d'autant plus facile que des collègues ont été eux-mêmes formés en ES. Lorsqu'une prise en charge semble indiquée, nous réfléchissons préalablement aux propos simples que ces collègues peuvent avoir pour motiver des jeunes à venir en consultation. Toujours, l'éducateur propose d'accompagner à la première consultation. Quasi toujours, les jeunes le souhaitent. Le travail collectif qui tient compte de la santé sexuelle des jeunes va ainsi montrer toute l'importance de la sécurisation de l'attachement chez ces jeunes confiés à l'ASE. Mais celle-ci ne suffit pas notamment dans les contextes de violence sexuelle.

C'est l'enjeu de la thérapie sexuelle (23, 7) bâtie sur le modèle d'une thérapie cognitivo-comportementale. Malgré la complexité des situations, des résultats sont intéressants sur le terrain : des jeunes en rupture de prise en charge éducative ou de soin reprennent un parcours de vie plus structuré quand on tente cette nouvelle approche centrée sur la santé sexuelle (Encadré 4).

Encadré 4 : Manon 15 ans

Abandonnée par sa mère à l'âge de 3 mois, sans père reconnu, confiée chez une assistante familiale. Vers 13 ans, elle est régulièrement en fugue, présente des conduites sexuelles à risque avec suspicion de prostitution. Elle a des idées suicidaires. Elle est alors placée dans de nouveaux lieux de vie avec des fugues récurrentes. Le suivi en CMP est arrêté, elle n'adhère pas aux soins. Sa référente de l'ASE, sensibilisée à la question de la santé sexuelle la convainc de venir en consultation de sexologie. Elle révélera avoir été victime vers ses 10 ans d'attouchements et viol lors de son placement par le mari de l'assistante familiale. L'enquête montrera que cet homme aurait commis d'autres faits à caractère sexuel avant même sa majorité.

Manon après 7 consultations très rapprochées en thérapie sexuelle accepte de revoir la pédopsychiatre du secteur tout en poursuivant la prise en charge.

Toutefois, un conseil général n'a pas vocation aux soins. Cela explique pour une part, l'accueil souvent mitigé en santé mentale. Lors de quelques synthèses toujours à notre initiative, la présentation succincte de quelques fondements de cette démarche en santé sexuelle suscite des réactions variées

allant de l'embarras à la colère (7). Le concept de santé sexuelle n'est manifestement pas connu. Plus étonnant est que le sujet des violences sexuelles apparait compliqué à considérer. Toutefois, quelques médecins encouragent à poursuivre du fait des résultats qu'ils constatent sur la santé des jeunes.

A partir de 2003, les référents de l'ASE commencent à adresser en sexologie des mineurs auteurs de violences sexuelles. Cette problématique émerge comme les chiffres du tribunal pour enfants de Chalons en Champagne en témoignent alors. Des évaluations m'amènent vite à considérer ces jeunes comme présentant des troubles du développement sexuel. Fin 2009, j'aurai ainsi constaté que près de 100% des 59 mineurs auteurs pris en charge présentent des troubles de l'attachement, 47% ont été victimes de violence sexuelle, près de 60% ont été exposés à d'autres formes de violences ; la violence conjugale est la plus fréquente (près de 50%). A partir de la littérature internationale sur cette problématique qui consterne et sidère plus encore que celle des victimes, considérer le développement sexuel de ces jeunes pour aller au-delà du désarroi que suscitent les faits commis va se révéler être un axe de réflexion prometteur. Il va dans le sens de la promotion de la santé sexuelle de mineurs en pleine construction, certes, auteurs de violence sexuelle mais en devenir. L'élaboration d'une thérapie sexuelle adaptée aux auteurs ou présumés auteurs sur cette part de leur développement, s'appuyant sur des recommandations de la Fédération Française de Psychiatrie de 2001 et sur des apports anglo-saxons va s'avérer pertinente (24, 25, 26). Rapidement, elle donne de nouvelles perspectives dans les offres de soins proposés à des jeunes souvent récidivistes et peu enclins à aller voir des soignants. Les éducateurs de l'ASE déjà bien rôdés à amener vers la sexologie des filles en rupture de soins vont être particulièrement efficaces avec ces jeunes auteurs pour les motiver à aller vers cette nouvelle voie de soin. Les partenariats se développent dans le respect des codes professionnels avec la PJJ mais aussi avec des magistrats intrigués par ce que leur disent les jeunes de cette prise en charge à laquelle ils adhèrent (Encadré 5).

Encadré 5 : Bertrand 15 ans

Placé à l'ASE à 11 ans pour carences éducatives, alcoolisme paternel et violences conjugales.

Mis en examen et placé sous contrôle judiciaire pour 3 agressions sexuelles survenues entre 13 et 15 ans. Il met en échec les différents placements du fait de ses comportements violents. Il refuse désormais les suivis classiques. A 16 ans, il est mis en examen pour viol présumé sur une personne majeure. Sa référente de l'ASE parvient à le convaincre de venir en consultation de sexologie 4 semaines avant une incarcération désormais probable. Celle-ci dure 9 mois. Au départ, il se masturbe devant les autres détenus et surveillants et refuse tous les suivis proposés à l'exception du suivi sexologique qui est repris. Après 4 mois, une amélioration est notable. Le médecin sexologue amène Bertrand à accepter les expertises. La référente de la PJJ qui a pris le relai de la référente ASE est particulièrement impliquée dans la situation après des sensibilisations sur l'intérêt de se soucier de la santé sexuelle d'un tel jeune. A la sortie, Bertrand est placé en Centre Educatif Fermé dans une autre région. Le suivi se poursuit compte-tenu des premiers résultats, à la demande des professionnels en charge de la situation. En l'absence de médecin sexologue dans la nouvelle région, la PJJ organise les déplacements du médecin sexologue. Plus tard, le suivi continuera dans la région d'origine tandis que Bertrand aura aussi repris d'autres soins.

Comme pour les situations de victimes de violence sexuelle, le partenariat avec la santé mentale reste compliqué. Certains pédopsychiatres expliquent avoir essayé de motiver leur équipe à s'intéresser à ce travail mais ont renoncé compte-tenu d'obstacles : la problématique des mineurs auteurs est difficilement questionnable ; la considérer sous le prisme d'une approche intégrative de la sexualité et

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

de son développement n'est pas intellectuellement acceptable. Pourtant ce partenariat avec la santé mentale serait essentiel.

La CDADS dispositif institutionnel de promotion de la santé sexuelle

En interne

Dès sa première version en 2004, la cellule comprend 3 niveaux de fonctionnement pour répondre aux besoins d'une dynamique institutionnelle indispensables pour optimiser l'objectif de prévention des violences sexuelles par la promotion de la santé sexuelle (27) :

Niveau 1 : assuré par l'ensemble des professionnels médico-sociaux de la Direction de la Solidarité Départementale. Ils ont suivi des journées de sensibilisation sur la santé sexuelle et sur l'importance de repérer les personnes en situation de difficultés sexuelles potentielles. Leur mission : pouvoir nouer les bases d'un premier dialogue se souciant de la santé sexuelle dans le respect des droits humains des personnes. Evoquer, les situations en tant que de besoin, avec les personnels du niveau 2.

Niveau 2 : assuré par des professionnels dits « relais », formés en éducation de la sexualité sur 120 heures. Leur rôle se situe dans le cadre de la prévention primaire et secondaire puisqu'ils sont en mesure de dispenser informations, conseils sur la sexualité. Ils conseillent les professionnels du niveau 1, évaluent les situations, reçoivent les personnes dans une démarche d'information ou de conseil ou d'éducation. Orientent les victimes ou les mineurs auteurs en sexologie. Ils ont des missions d'éducation à la sexualité en séances collectives auprès de publics diversifiés : milieu scolaire, dans les lieux de vie de l'ASE, dans les quartiers en lien avec les éducateurs de rue, dans les établissements d'accueil de personnes handicapées, auprès des parents ...

Niveau 3 : concerne les consultations médicales spécialisées en sexologie pour les situations relevant de prise en charge thérapeutique (victimes mineures ou adultes de violences sexuelles, auteurs mineurs de violences sexuelles, troubles sévères de l'attachement) ou d'évaluation des troubles du développement sexuel.

En 2006, l'OMS publie la consolidation du concept de santé sexuelle élaborée en 2002 (Encadré 6) :

Encadré 6 : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social concernant la sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Elle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles constituées de plaisir, d'expériences sexuelles sans contraintes, ni discriminations ni violences.

Pour atteindre et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, les droits humains et les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés » (28).

La promotion de la santé sexuelle dans un conseil général va manifestement dans le sens de cette évolution du concept qui rend nos actions légitimes. La dynamique collective à se soucier de développement sexuel et de sexualité particulièrement pour des ados confiés à l'ASE ou à la PJJ qui n'ont pas choisi leurs situations de placement, est une voie en accord avec les objectifs de l'OMS en termes de droits humains malgré les obstacles !

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Cette dynamique crée au conseil général aura pour effet de créer d'autres dynamiques comme par exemple au sein de la PJJ : le partenariat instauré pour les situations de mineurs auteurs favorise les échanges entre professionnels du conseil général et de la PJJ sur les besoins de formation autour de la sexualité. Début 2005, l'infirmière départementale de la PJJ de la Marne, interpelle sa direction sur les besoins d'éducation sexuelle formulés par des éducateurs, des infirmiers et des psychologues. La direction de la PJJ est très réactive dans ce contexte où la réalité des mineurs auteurs commence à s'imposer.

En 2006, avec le Pôle Territorial de la PJJ Grand Est basé à Nancy et son responsable Christian Simon, nous proposons une formation de 120 heures à l'instar de celle de R. Tremblay puisque j'ai complété ma formation avec celui-ci en pédagogie de l'éducation sexuelle. La particularité de cette nouvelle formation est de renforcer le rôle de l'éducation sexuelle pour prévenir les violences sexuelles, de savoir dépister ces violences et orienter les victimes ou les auteurs vers les réseaux de soin de santé globale dont la santé sexuelle. L'approche positive de la sexualité qui motive à l'éducation est évidemment au cœur de cette formation dans la continuité des travaux québécois. Tous les deux ans, une vingtaine de professionnels d'abord de la Marne puis de la région et enfin du Grand Est de la PJJ mais aussi d'autres secteurs professionnels pour favoriser le partage d'expériences et leurs motivations viennent à Chalons en Champagne se former en éducation sexuelle jusqu'en 2012.

Cette dynamique nous permet de questionner nos pratiques professionnelles et de les adapter aux évolutions de la société : C'est le cas pour adapter le contenu des séances d'éducation sexuelle collectives en milieu scolaire. Ce sera aussi le cas face à l'abaissement de l'âge des mineurs qui présentent des TDS. Au-delà des émotions que cela suscite pour nous tous professionnels, force est de constater que les personnels du service de la Solidarité Départementale ont des ressources (Encadré 7) :

Encadré 7 : Tom 6 ans

En 2007, Tom est adressé pour évaluation en sexologie, amené par sa mère. A l'école, des enfants se sont plaints plusieurs fois, depuis environ 6 mois, que Tom veut sans cesse toucher leurs organes génitaux. Il est rejeté par les autres enfants. Son comportement s'est empreint d'agressivité depuis 2 ans et un suivi au Centre Médico Psychologique de secteur a débuté depuis 18 mois. La mère a rencontré une assistante sociale de la circonscription qui a parlé de la situation au professionnel relai de la cellule. Celui-ci a fait une première évaluation et a orienté l'enfant auprès du médecin sexologue. L'évaluation sexologique de Tom sur 5 consultations permet de mettre en évidence une exposition répétée à la pornographie lorsqu'il passe les week-end chez son père. De plus, sa demi sœur âgée de 17 ans et son petit ami du même âge se servent aussi de lui comme objet sexuel. L'enfant sera orienté vers la cellule maltraitance du CHU. Un signalement sera rédigé. Tom sera revu en consultation sur une dizaine de consultations et devant une amélioration confirmée par les professionnels du CMP, le suivi sera arrêté.

Ce type de situations va donc se multiplier témoin, entre autre, d'évolutions notables dans la société en termes de comportements et d'attitudes sexuels des ados mais aussi des enfants, en lien, entre autre, avec une accessibilité aux nouveaux moyens de communication qui permettent une diffusion considérable de supports pornographiques et autres connotés de violence. Il va être d'autant plus important de pouvoir mettre des mots sur le développement sexuel pour favoriser la parole d'enfants exposés. Cela permettra de voir que les professionnels formés ou même sensibilisés sont déjà à cette époque en capacité de s'adapter à ces évolutions pour favoriser des prises en charge le plus

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

précocement possible (Annexe 2). Fin 2009, 436 mineurs ont été pris en charge dont 216 victimes de violence sexuelle et 59 auteurs mineurs. 70% des victimes de violence sexuelle présentent des troubles du développement sexuel qui sont principalement des mises en danger sexuel pour soi ou des comportements sexuels allo-agressifs. Les autres situations sont celles d'enfants ou d'adolescents qui posent des TDS allo-agressifs aux conséquences suffisamment inquiétantes pour nécessiter une évaluation sexologique. Ils ne sont ni victimes ni auteurs sur le plan juridique : les évaluations retrouvent dans la majorité des cas des effractions indirectes via l'exposition à la pornographie combinée à d'autres supports violents ou à la sexualité adulte. Plus de doute que le développement sexuel est fragile. Cela motive à renforcer les ressources de soin en santé sexuelle et la prévention primaire par l'éducation sexuelle au-delà du conseil général.

En externe

La CDADS du fait de ses objectifs est un dispositif ouvert sur l'extérieur. Cela favorise la diversification des actions en éducation sexuelle devenues nécessaires du fait des évolutions de terrain et des circulaires renforçant la légitimité de ces actions. Des interventions ciblent de nouveaux établissements :

- Les Instituts médico-éducatifs, les instituts accueillants des infirmes moteurs cérébraux, des foyers de vie d'adultes handicapés, des ESAT,
- les centres sociaux des quartiers
- Les établissements accueillants des jeunes atteints de déficits sensoriels visuel ou auditifs

13

Les moyens de communication vont avoir un rôle important dans la capacité d'ouverture de la CDADS. Ils vont favoriser notre accès à la littérature internationale. Cela permet de réaliser que l'organisation de la CDADS se rapproche d'une démarche de CARE avec ses étapes décrites par C. Gilligan et J.Tronto (29).

La théorie des émotions (30,31,32) explique des conséquences des traumatismes notamment sexuels sur la sexualité et son développement. Elle permet de comprendre comment l'intégration des approches cognitives, sociales, biologiques du développement sexuel dans les fondements de la thérapie sexuelle pour ces situations de violence sexuelle, favorise l'alliance thérapeutique des jeunes patients et des résultats. Au fil du temps, la thérapie sexuelle s'enrichit dans ses principes thérapeutiques avec des apports de l'approche humaniste de C.Rodgers ou de la pleine conscience et des recommandations de la Haute Autorité de Santé (33). La littérature montre que les anglo-saxons nomment comportements sexuels problématiques les troubles du développement sexuels des enfants de 12 ans et moins (34). La prise en charge est recommandée sans bien sûr considérer ces enfants comme des auteurs. a présentation au CIFAS 2007 d'une communication sur la CDADS avec la présidente du tribunal pour Enfants de Chalons en Champagne, Marie-Laurence Janel est le début des travaux d'écriture ! Les sociétés savantes de sexologie soutiennent ce travail mais je constate que le développement sexuel dans ses différentes approches et les violences sexuelles sont trop peu considérés y compris dans la communauté sexologique. Et cela m'interroge lorsque je rejoindrai l'équipe d'enseignants du diplôme inter universitaire de sexologie de Metz, Reims Dijon. La santé reproductive, la prise en charge des IST/SIDA, les troubles fonctionnels comme la dysfonction érectile mais aussi les troubles du désir des adultes sont bien davantage questionnés. En 2009, le conseil général, la PJJ et trois sociétés savantes (la Société Française de Sexologie Clinique, l'Association inter Hospitalo Universitaire de Sexologie et la Société Pluridisciplinaire des Etudes Sexologiques de l'Est), organisent un colloque à Reims sur les mineurs victimes ou auteurs de violences sexuelles. Il réunit

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

plus de 400 personnes et s'il pointe la nécessité de la prévention primaire, il en ressort la nécessité de renforcer la mise en évidence de la réalité des violences sexuelles, de former les professionnels pour la prévention et le dépistage, mais aussi de créer des espaces se préoccupant de la santé sexuelle des victimes et des auteurs (35).

Ce colloque aura des conséquences sur l'activité d'une consultation libérale hebdomadaire de sexologie créée en 2006 : Les services de la PJJ et de l'ASE des départements de l'est mais aussi quelques pédopsychiatres vont adresser dans cette consultation des mineurs présentant des TDS. Il renforcera les liens que j'ai déjà établis avec des psychiatres dans cette activité libérale.

En effet, j'y reçois des patients adultes venus d'eux-mêmes pour des difficultés sexuelles. Au fil du temps, force est de constater que souvent, l'évaluation prudente de la sexualité et de son développement libère la mémoire ou la parole pour mettre en évidence des antécédents de violences sexuelles, dans l'enfance, l'adolescence très souvent ou dans la sexualité adulte. Comme ces personnes sont assez souvent suivies par des psychiatres, cela va instaurer une dynamique d'échanges cliniques avec quelques-uns de ces collègues qui s'interrogeront sur des symptômes sexuels au-delà de syndromes anxio-dépressifs, de troubles bi-polaires, de troubles obsessionnels compulsifs etc.... Nous observons que le soin sexologique dégage de nouvelles perspectives à ces patients pour leur santé sexuelle même si le temps a passé avec son cortège de souffrances intimes : d'une part, il apporte de nouvelles compréhensions de soi au travers de la compréhension des conséquences des violences sur le développement sexuel et sur la sexualité adulte, amenées avec tact et prudence ; d'autre part, au-delà de toute idée de performance, il redonne à cette dimension humaine, une visibilité accessible et bienfaisante qui complète les processus de réparation engagés, souvent depuis longtemps sans que jamais la sexualité n'ait été abordée. Les collègues psychiatres se réjouissent des résultats qu'ils observent chez leurs patients à partir de nos réflexions sur les situations, les diagnostics qui parfois évoluent à la lumière de ce que le soin de la sexualité peut apporter. Evidemment la question des traitements se pose et amène à se concerter comme je peux le faire avec l'urologue, l'endocrinologue, le cardiologue ou le gynécologue et à travailler dans cette approche médicale pluridisciplinaire qui s'entoure aussi d'autres professionnels de santé et de psychologues bien sûr.

Je vais aussi recevoir dans cette consultation des auteurs adultes de violence sexuelle. Les premiers viendront à l'initiative de conseillers d'insertion et de probation informés par des professionnels du réseau de la justice déjà actif (magistrat et PJJ) de cette nouvelle possibilité de prise en charge. Puis ce seront des psychiatres qui adresseront ces auteurs sensibles à la possibilité de soin des troubles sexuels particulièrement dans le cas de troubles mentaux (Encadré 8).

Encadré 8 : Mr D, 45 ans. Il est adressé en sexologie par le psychiatre qui le suit depuis plusieurs années pour des troubles psychotiques apparus vers ses 20 ans. Ce médecin constate que la situation se dégrade depuis un an avec recrudescences de symptômes d'où arrêt de travail. Il vit en couple, stable, mais son épouse est épuisée et demande de l'aide car son mari s'est mis à la frapper depuis environ 18 mois de plus en plus fréquemment notamment le soir quand ils regardent la télé dans leur chambre. Le psychiatre pense qu'il a pu être violent dans la sexualité. L'évaluation mettra en évidence une dépendance aux images pornographiques, une dysfonction érectile et des tentatives d'agressions sexuelles sur sa compagne. A la suite, d'une consultation où sont parlés les liens d'attachement, le développement de la sexualité, Mr D trouve les mots pour la première fois, pour exprimer, « ses peurs d'enfants » quand son père l'agressait sexuellement et comment « il s'est s'habitué à la situation jusque ses 17 ans ».

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Les évolutions constatées sur des situations comme celle-ci, pour un homme, pour une femme et pour un couple, amènent ces psychiatres à employer le terme de médecine sexuelle... Si au final, la CDADS a ouvert des perspectives dans la promotion de la santé sexuelle, elle amène à s'interroger sur les cadres et niveaux de cette action en termes d'éducation sexuelle et de soin en santé sexuelle dans les violences sexuelles. Comme un collègue me présente à une personnalité de la santé mentale en 2010 en tant que médecin sexologue qui travaille avec des jeunes victimes ou auteurs de violence sexuelle, celui-ci du tac au tac dit : « Ce n'est pas aux médecins de faire de l'éducation sexuelle mais aux artistes, aux chanteurs » et il passe son chemin. Conscients des difficultés à promouvoir la santé sexuelle dans leur champ, ce sont ces collègues qui m'encourageront en 2012 à aller la développer en santé mentale et en milieu hospitalo-universitaire pour être évaluée.

Période 2013-2017 : 2ème expérience en Centre Hospitalo-Universitaire :

A l'automne 2012, je prends un poste de médecin contractuel au Pôle Psychiatrie, Médecine Légale et Médecine en Milieu Pénitentiaire du CHU de Lille placé sous la responsabilité du Professeur Pierre Thomas. Je suis affectée d'abord à l'Unité Régionale de Soins aux Auteurs de Violence Sexuelle dirigée par le Dr Tiphaine Séguret- Corsi puis fin 2013, à la Maison des Adolescents de Lille pour 20% de mon temps.

A l'origine de mon recrutement, des constats portés par le Dr Séguret-Corsi : augmentation des demandes pour mineurs à l'URSAVS et impossibilité à trouver un pédopsychiatre intéressé par ce sujet. Ma présentation dans un colloque en 2010 à Douai de l'activité de la CDADS l'a intriguée notamment pour ce qui concerne ses fondements théoriques. L'objectif de ma mission est de mener une recherche sur le repérage de besoins en santé sexuelle et sur la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. L'URSAVS se prête d'emblée à cet objectif car c'est un service original : elle est le CRIAVS Nord Pas de Calais c'est-à-dire ce service régional issue de la loi de 2006 pour favoriser dans chaque région française le soutien, le conseil et la formation des professionnels qui travaillent à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, mais aussi la documentation et la recherche sur ce sujet. Mais la particularité de l'URSAVS est d'être devenue en 2009 unité de soin pour les auteurs de violence sexuelle, en complément des secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie, pour soutenir et motiver les équipes professionnelles souvent en difficulté face aux auteurs. Le rôle de l'URSAVS n'est pas de se substituer aux secteurs ou aux services hospitaliers de psychiatrie mais d'impulser le soin ou de le compléter si nécessaire. C'est une aussi une équipe de liaison entre milieu intra et extra pénitentiaire.

Mise en œuvre de la recherche

L'observation du terrain

Cette étape s'avère indispensable puisque tous les membres expriment, de façon nuancée leur étonnement de voir arriver un médecin non psychiatre missionné pour travailler sur la question de la sexualité. Manifestement, la sexologie est méconnue et n'a pas de caution intellectuelle sérieuse. Elle dure deux mois : consulter des dossiers, assister aux interventions organisées pour des nouvelles situations, aux réunions de synthèses sur les dossiers en cours, assister aux consultations ou entretiens des différents membres de l'équipe, assister aux formations dispensées. Les principaux constats sont :

- L'idée de mettre en œuvre un dialogue sur la sexualité avec des auteurs de violence sexuelle suscite des réticences, des peurs quant aux risques d'une telle action d'autant que les situations des adultes sont complexes avec une majorité de situations de récidives. Ces peurs

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

sont encore plus affirmées pour des mineurs surtout s'ils présentent une déficience intellectuelle ou un trouble mental.

- Les professionnels en majorité s'appuient sur l'idée que les violences sexuelles ne sont pas une question de sexualité expliquant qu'il n'est de ce fait pas nécessaire de questionner cette dimension. Toutefois, certains professionnel-les expriment que la sexualité est « parlée » du fait même de leur formation en psychanalyse.
- L'ensemble des professionnel-les ne connaît pas le concept de santé sexuelle.
- Les connaissances sur la sexualité et son développement sont quasi exclusivement issues de la théorie psychanalytique.
- En consultation, la sexualité n'est pas abordée en dehors de la passation des questionnaires QICPASS adulte et adolescent qui comportent quelques questions qui se rapportent à la sexualité. Mais les professionnels ont remarqué que les personnes répondent peu à ces questions et ce de façon plus notable encore pour les mineurs interrogés.
- La plupart des professionnels est préoccupée par le sentiment d'une « hyperérotisation » de la société qui complexifie la confrontation aux auteurs de violence sexuelle a fortiori s'ils sont mineurs. Ces préoccupations renforcent les craintes sur la sexologie et les sexologues.
- La pornographie est très peu questionnée dans les entretiens avec des auteurs de violence sexuelle.
- L'approche du psychotraumatisme sexuel par la théorie des émotions est méconnue de la plupart des professionnels. Les antécédents de violence sexuelle subie dans l'enfance ou l'adolescence d'auteurs adultes ne sont pas questionnés.
- Pour des mineurs, la crainte qu'ils ne soient avant tout considérés comme auteurs plutôt qu'adolescents semble aussi contribuer à limiter l'intervention de la pédopsychiatrie. Ce point est d'autant plus évident que l'âge s'abaisse dans la pré-adolescence. Toutefois, de véritables peurs des équipes soignantes existent face à des jeunes qui présentent des comportements sexuels allo-agressifs. Au final, entre le poids du tabou sur la sexualité et celui sur cette violence, c'est un véritable malaise que suscite ces jeunes.

16

Le Dr Séguret-Corsi favorise d'autres constats parce qu'elle propose d'emblée d'intervenir lors de ses consultations avec des adultes auteurs. Cela permet de nouer un dialogue qui cible la santé sexuelle et de mettre en évidence des insuffisances d'éducation sexuelle et surtout de possibles troubles sexuels (Encadré 9). Si ces hommes manifestent tous leur étonnement de voir ce sujet abordé, ils s'impliquent quasiment dans tous les cas au dialogue proposé.

Encadré 9 : Mr R 38 ans vient de sortir d'incarcération pour des faits d'agression sexuelle sur sa fille âgée alors de 14 ans. Il vit chez ses parents. Qu'en est-il de sa sexualité ? Il répond ne pas y penser car il n'a pas de compagne et ne voudrait pas retourner en prison. Je demande s'il est nécessaire d'être avec quelqu'un pour avoir une vie sexuelle, il répond par l'affirmative. Comme je demande s'il lui arrive de prendre du plaisir seul, il dit que cela ne sert à rien. J'ouvre la réflexion sur la notion de plaisir et de plaisir dans la sexualité. Il dit que « ça n'a jamais marché cette histoire ». Je dis que c'est compliqué pour beaucoup de gens cette histoire avec des conséquences plus ou moins sévères. A-t-il cherché des solutions ? Il répond qu'il regardait des films X. Je demande si depuis sa sortie il en regarde du fait de sa solitude. Il hésite puis répond par l'affirmative à demi-mots. Encouragé à pouvoir parler de ces supports, il pourra préciser avoir besoin de regarder de 2 à 4 films par jour.

Ainsi des besoins d'actions en santé sexuelle sont rapidement repérés.

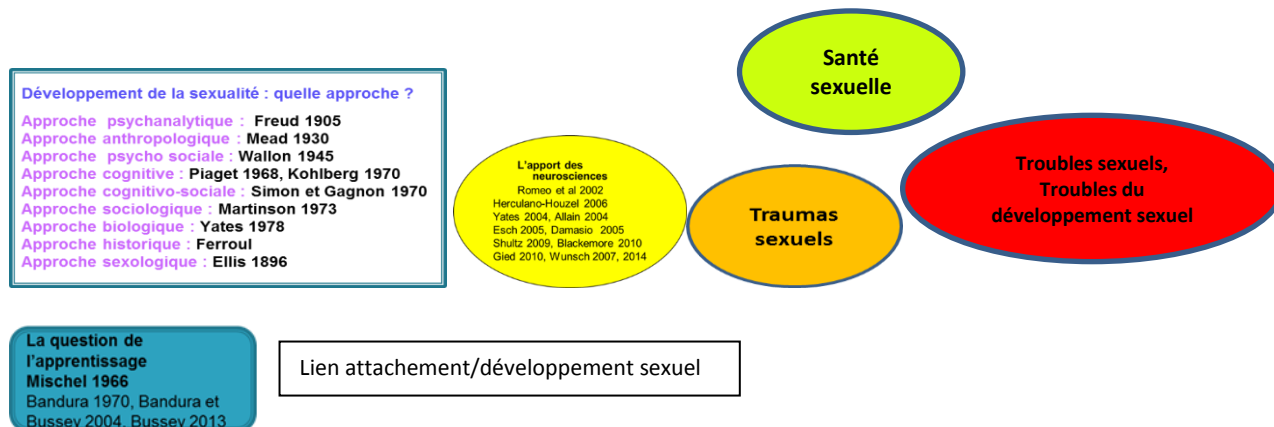
AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Méthode d'intégration de la promotion de la santé sexuelle

Compte-tenu des constats du temps d'observation et de certaines similitudes avec les constats portés dans la Marne. Deux outils sont déployés pour « aller vers » les AVS :

La formation des professionnels :



Ces éléments sont inclus dans les formations dispensées concernant les AVS adultes ou mineurs afin de sensibiliser les professionnels de tous les champs concernés. Les premières formations seront parfois difficiles. Claudine Moïse et Maryvonne Desbarats viendront soutenir cette étape fondamentale pour légitimer qu'il est indispensable de s'ouvrir à de nouveaux apports théoriques concernant la sexualité, son développement et les traumatismes sexuels pour travailler sur les violences sexuelles.

La démarche de CARE : elle apparaît judicieuse puisque l'organisation de la CDADS a fonctionné au-delà d'obstacles, en impliquant tous les professionnels pour porter attention aux situations, organiser « le prendre soin » de la santé sexuelle, le mettre en œuvre et l'évaluer. Quelques soit les résultats, le prendre soin de la santé sexuelle est à considérer au sens large car dans une démarche de promotion de la santé sexuelle, il s'agit bien de prendre soin comme l'indique le CARE.

Porter attention à la sexualité, à son développement : lors d'interventions c'est-à-dire de rencontres avec tous les professionnel-les de la prise en charge globale -santé, justice, social, éducation-, il s'agit de les sensibiliser par des questions, des apports théoriques simples sur ce sujet pour cibler d'éventuels besoins en matière de santé sexuelle

Organiser le prendre soin : l'intégrer dans la prise en charge de l'AVS en sollicitant les professionnels déjà impliqués pour qu'ils proposent à un AVS de rencontrer le médecin sexologue qui propose d'aller rencontrer ces AVS dans les unités sanitaires pénitentiaires ou dans les secteurs de psychiatrie/pédopsychiatrie ou dans les services hospitaliers.

Mettre en œuvre le prendre soin :

Il est réalisé au moyen d'une évaluation structurée (36) pour contribuer au diagnostic d'un trouble sexuel ayant pu avoir un impact dans la situation. Il permet de proposer un temps de thérapie sexuelle en tant que de besoin identifié pour promouvoir l'action de santé sexuelle.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Evaluer l'action mise en œuvre, l'adapter : Par des rencontres régulières avec l'ensemble des professionnels pour échanger sur l'intérêt ou non à considérer la santé sexuelle

Dans la plupart des situations, cette démarche va permettre d'identifier des besoins dès la 1ère étape notamment pour des situations estimées complexes. Elle sera d'abord menée surtout pour des AVS adultes. Des résistances peuvent s'exprimer à ouvrir des perspectives autour de la sexualité. La présence de médecin lors de ces synthèses va s'avérer fondamentale pour gagner du temps lorsque celui-ci se montre favorable. Ce sont ensuite des collègues de l'URSAVS, particulièrement les infirmiers qui vont s'impliquer pour faciliter la 2ème étape en relayant la démarche auprès des professionnels de secteurs ou de détention pour organiser la venue du médecin sexologue. Le 3ème temps d'évaluation est proposé en individuel. Près de 100% des AVS acceptent la rencontre avec le médecin sexologue lorsqu'elle leur est proposée. A la question « Pourquoi avez-vous souhaité cette consultation ? », la réponse est dans plus de 80% des cas : « Parce que plus tard, je veux retrouver une vie sexuelle ». En 2013 et 2014, ce temps est le plus souvent mené seule ou avec des professionnels de l'URSAVS et les internes du service depuis 2015. Le 4ème temps d'évaluation de la démarche sera soit un temps de restitution soit un temps intermédiaire en cours de thérapie sexuelle.

Les résultats

Ils sont ici présentés au niveau des patients à partir de cas cliniques puis au niveau institutionnel pour situer les enjeux de la promotion de la santé sexuelle en santé mentale.

Cas cliniques

Encadré 10 : Mr T 58 ans en injonction de soin pour actes en récidive d'exhibition et agressions sexuelles sur des mineurs garçons de 15 ans. Sans père reconnu, il est adopté par une tante vers ses 6 ans. Marié à 25 ans, il a eu des enfants. Enseignant de son métier. Début des problèmes judiciaires vers ses 40 ans. Séparation du couple à la suite des faits. Il se travestit depuis ses 34 ans. Les soins en secteur sont rendus complexes. Il est décrit comme pervers avec des comportements inadaptés notamment envers les professionnelles (attitudes séductrices et de provocation avec ses vêtements...). D'où prise en charge à l'URSAVS pour évaluation complémentaire. Une indication d'hormonothérapie est posée. Le secteur demande l'appui de l'URSAVS pour la mise en œuvre du traitement. Mr T s'avère peu compliant et manifeste les mêmes comportements avec l'équipe URSAVS. D'où proposition de la démarche en santé sexuelle.

Mr T dit d'emblée avoir accepté mais ne pas en attendre grand-chose. Les consultations portent d'abord sur le vécu de la sexualité adulte avec mise en évidence de difficultés sexuelles après la naissance du 2^{ème} enfant (éjaculation rapide puis dysfonction érectile) qui sont terrées dans le silence puisque Mr T dit : « Que vouliez-vous qu'on fasse de ce problème ? ». Elles portent sur le développement sexuel avec mise en évidence qu'il est habillé de ses 6 à 12 ans avec les habits des 3 filles de sa tante a priori pour des raisons d'économie. Il dit ne pas avoir manqué d'affection dans cette famille. Il a été deux fois amoureux de filles de son âge. A ses 11 ans, il est victime d'exhibition répétée par un homme adulte qui lui demande des fellations. Mr T ne révèle pas ces faits spontanément qu'il présente comme « normaux » d'autant que ce voisin est « bienveillant » et que Mr T, devenu adulte, a lu les ouvrages de R Peyrefitte qui ont renforcé l'idée « d'une normalité pour l'enfant à être initié à la sexualité de cette façon ». L'adolescence est décrite comme une période de difficultés relationnelles avec les autres jeunes du fait de ses différences : mal habillé, goût pour la littérature etc.. Il pense alors être attiré par les garçons. Il s'investit dans ses études. A 22 ans, il rencontre celle qui sera son épouse.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

14 consultations seront menées avec la prudence qui s'impose compte-tenu du risque de récurrence. Elles mettent en évidence des troubles sexuels dont l'analyse (apparition, sémiologie et impact dans la sexualité du couple) permet la mise en lien avec les vulnérabilités liées au développement sexuel pré et post pubertaire, par l'apport concomitant d'éléments de compréhension sur le développement sexuel des enfants puis des adolescents et sur la sexualité adulte. Cela amène Mr T à une nouvelle élaboration sur sa vie sexuelle et sa vie globale. Cela permet peu à peu de l'aider à tisser de nouvelles perspectives pour interroger son besoin et ses désirs sexuels sous l'angle de sa santé sexuelle, en termes de bien-être dans le respect de soi, des autres et de la loi. Comme il s'affirme alors dans son choix d'identité sexuelle masculine, il verbalise ses craintes sur les conséquences de l'hormonothérapie (« impuissance »). On peut alors l'amener à se décentrer de sa vision de la virilité érection dépendante et Autre dépendante. Mais il s'avèrera tout aussi important de le libérer du souvenir de l'érection de son agresseur, premier homme à lui donner de la tendresse, pour qu'il puisse accéder au choix libre d'auto sexualité. Un travail de repérage sur l'authenticité nécessaire au bien-être sexuel permet par la suite à Mr T de comprendre l'intérêt de l'hormonothérapie pour l'apaiser tout en lui permettant de poursuivre son élaboration autour des notions de responsabilité, plaisir et liberté.

Une telle situation témoigne de carences en termes d'éducation sexuelle et des conséquences d'un développement sexuel et d'une sexualité adulte laissée au hasard et à la fatalité. Elle témoigne aussi que l'inscription redoutable au rang d'homme pervers isolé qui fait tout pour s'isoler ne relève pas d'éducation sexuelle. Reste qu'il va se montrer capable de mobiliser une réflexion, une implication lorsqu'on l'invite à penser sa santé sexuelle et celles des autres, qui, tout en lui donnant les moyens d'exprimer une colère de ne pas avoir choisi son enfance, l'amène à entrevoir de nouvelles perspectives.

Il en sera de même pour les situations de mineurs. Elles permettront de confirmer l'intérêt de la démarche de CARE pour lutter contre le manque d'espoir dans les équipes (Encadré 11).

Encadré 11 : Alex 14 ans. Mis en examen pour agressions et viols sur sa sœur et sur un demi-frère. Les faits se seraient passés depuis l'enfance des deux enfants entre les 7 et 12 ans d'Alex. Placé en foyer lorsque sa sœur révèle les faits, il commet vers 13 ans des agressions sexuelles sur un jeune de son âge. Il ne reconnaît pas les faits. Le milieu familial est carencé et incestueux. Les parents sont séparés. Alex est suivi en secteur de pédopsychiatrie. Il est scolarisé en ITEP. Il inquiète son entourage car il suit des adolescentes dans les transports en commun. Il commet des vols. Il est mis à l'écart du fait de son manque d'hygiène.

Alex s'implique dans les deux 1ères consultations. A la 3ème, comme je lui demande s'il a repensé au contenu de la 2ème consultation ? Alexandre dit qu'« on lui aurait coupé un bout du zizi », se reprend et dit « vous vous appelez ça avec un autre nom ». Je dis que c'est le pénis. Il dit que c'est cela et que cela le tracasse. Je demande s'il en a déjà parlé à un médecin. Alex dit non. Je demande si cela le tracasse depuis la dernière consultation ou avant déjà. Il dit : « oui avant mais je n'osais pas le dire ». Je lui demande ce qu'il le tracasse. Il dit que son pénis n'est pas fait pareil et n'ose pas en dire davantage. Je lui demande s'il veut dire « pas pareil que les pénis qu'il voit dans les vidéos (il a pu dans la consultation précédente parler des films X qu'il regarde dès qu'il peut sur internet) ou s'il a déjà vu celui d'autres garçons ou jeunes hommes. Il dit qu'il y a les vidéos mais aussi quand il a fait fait des trucs à l'autre garçon. Il expliquera ensuite qu'il s'agit du garçon qu'il a agressé sexuellement au foyer peu de temps après son arrivée. Puis je reviens sur ce qu'il trouve différent dans son anatomie. Il dit : « il est pas droit c'est peut être parce qu'on m'a coupé le bout du zizi quand j'étais petit, heu du

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

pénis ». Je lui dis qu'il peut exister des courbures du pénis et que les hommes ou jeunes hommes peuvent être gênés quand ils sont en érection ; Alexandre dit alors : « c'est quand on bande ? ». Je dis : « oui exactement et cela s'appelle aussi l'érection ». Il ajoute : « c'est ça qu'il faut pour mettre son pénis chez la fille ». J'explique : « Les érections ne viennent pas que quand l'homme peut avoir une relation sexuelle avec une femme ». Je parle alors des érections qui viennent souvent quand l'enfant arrive à la période des transformations pour devenir un adolescent qui deviendra prêt à vivre la sexualité. Alexandre dit : « Moi j'avais plein d'érections même quand j'étais petit ». Je dis : « Tu voyais des images comme on déjà parlé ou tu voyais aussi des personnes autour de toi qui faisaient des choses avec leurs corps d'ici (je montre sur le dessin les parties génitales) ? Alexandre dit : « les deux ». Je demande s'il s'agissait de personnes de sa famille. Il parle alors de frères et sœurs aînés. Je lui explique qu'en tant que petite personne son cerveau n'était pas fait pour voir ça. Je demande si ces personnes lui faisaient des choses à son corps des parties intimes. Il dit : « non mais moi je faisais des trucs avec ma petite sœur ».

Cette prise en charge vise à laisser libre cours à la parole sur le développement sexuel à partir d'éléments de réflexion proposé par le thérapeute, adaptés à un jeune, à son histoire, en se gardant d'interprétation. Au fil des consultations, il s'agit de voir comment le jeune s'approprie ces éléments, nourrit ses capacités d'élaboration sur son développement sexuel (Encadré 12).

Encadré 12 : Laurent a 13 ans. Il est adressé à l'URSAVS par la pédopsychiatre et la psychologue du Sessad qui l'accueille depuis 2 ans. Il est scolarisé en 5ème. Il inquiète les professionnels du Sessad et du collège parce qu'il a des comportements de mal-être et d'agressivité. Du harcèlement, notamment sexuel est suspecté à son encontre. Il a eu des idées suicidaires. Il dit vouloir partir à Paris rencontrer des hommes avec lesquels il discute sur le web. Laurent affirme son orientation homosexuelle. Depuis plusieurs mois, il adopte des comportements plutôt féminins et dit ne plus être sûr de son identité masculine.

Il a agressé sexuellement son frère âgé de 9 ans à ses 12 ans. Un signalement a été fait par la pédopsychiatre suite aux révélations de la mère sur ces faits.

Laurent parle peu, il a une expression figée à la 1^{ère} consultation. Il s'implique davantage dans les deux consultations suivantes. Le repérage d'idées suicidaires amène à demander une évaluation en milieu hospitalier dès la 4ème consultation. Il demande à revenir rapidement en consultation. Il peut lors verbaliser que sa mère aurait préféré avant sa naissance qu'il soit une fille et que son père qui a quitté le domicile préférerait les filles. Après 12 consultations, Laurent a pu parler d'une exposition dès 9 ans à des supports pornographiques avec des jeux sexuels avec un garçon de son âge avec des pénétrations sexuelles. Des faits d'agression sexuelle par un homme adulte à ses 7 ans lui sont revenus en mémoire. Il avait eu un suivi en CMP à la suite de cet épisode rapidement révélé, judiciairisé mais arrêté après quelques mois devant son état clinique laissant à penser qu'il n'y avait pas de conséquence. A noter que sa mère victime d'inceste dans son enfance pourra alors exprimer son mal-être au moment de cette révélation qu'elle omet de signaler par la suite. Des éléments de réflexion apportés sur l'attachement, sur le développement sexuel et la violence sexuelle ont été mis en perspective. Par la suite, Laurent dit se sentir heureux d'être un garçon. Il affirme avec quiétude son orientation homosexuelle et son entourage constate un apaisement global ainsi qu'une attitude plus sereine au domicile avec sa mère et son frère tout en ayant pu s'exprimer sur les faits commis à l'encontre de celui-ci.

20

Au niveau institutionnel

A l'URSAVS

Ces exemples cliniques mettent en évidence la dynamique qui s'installe peu à peu pour promouvoir la santé sexuelle. Elle est impulsée par l'équipe de l'URSAVS et s'implante dans les territoires du fait des formations organisées par cette unité où se rencontrent les professionnels de la santé, de la justice, du social et de l'éducatif et bien sûr des synthèses organisées pour les situations cliniques. Cela va contribuer à une augmentation importante des situations de mineurs pris en charge à l'URSAVS (Annexe 3). Toutefois, cette dynamique est rendue possible parce que dans ce champ de la santé mentale, la sexologie permet d'amener une nouvelle offre de soin pour les personnes. Le rôle des médecins qui vont s'engager à assister aux consultations du médecin sexologue sera fondamental pour évaluer cette offre de soin.

Un premier pédopsychiatre, le Dr Gobert, responsable du pôle de Boulogne sur Mer, va particulièrement soutenir la démarche de 2013 à 2017 en assistant à toutes les consultations d'adolescents puis d'enfants qu'il suit déjà pour lesquels il pose une indication de prise en charge. Ce médecin et le Dr Ducq qui va lui succéder, l'équipe médicale de l'URSAVS qui dans l'intervalle s'est enrichie d'un assistant et d'internes vont impulser un mouvement d'intérêt de leurs collègues pour cette action. Leur rôle sera ainsi particulièrement important pour évaluer la thérapie sexuelle dans certaines situations complexes d'enfants ou adolescents hospitalisés avec des signes de déstructuration psychique où des comportements sexuels allo-agressifs sont au premier plan du tableau clinique. La mise en mots du développement sexuel adaptée à leur problématique va contribuer à un apaisement évident permettant d'interagir dans l'adaptation des traitements médicamenteux et des autres soins.

Encadré 13 : Line 12 ans

Hospitalisée en pédopsychiatrie pour décompensation psychotique. Elle présente avant l'hospitalisation des comportements sexuels allo-agressifs qui sont aussi observés envers les autres jeunes hospitalisés. Les soignants sont aussi très mal à l'aise du fait de ses propos ou geste à leur rencontre. Le traitement médicamenteux n'empêche pas la nécessité de contention quasi quotidienne. Les 1ères consultations de sexologie sont difficiles mais la proposition d'outils thérapeutiques sur le développement sexuel adaptés à la situation de Line s'avère rapidement intéressante : Line commence à s'impliquer dans les temps de consultation dans une élaboration autour des repères humains et relationnels en tant que Personne sexuée, avec son corps, sa tête, et son cœur. Un apaisement est observé, son traitement est réajusté du fait d'une mise en évidence d'éléments traumatiques, les périodes de contention s'espacent. L'arrivée de ses premières règles se fait tranquillement. Elle intégrera dans l'année un nouveau lieu de vie. La prise en charge s'est poursuivie dans le temps en complément de la prise en charge pédopsychiatrique et psychologique.

Encadré 14 : Bastien 14 ans

En Soins à la Demande du Représentant de l'Etat dans un service de psychiatrie adulte.

L'hospitalisation fait suite à une expertise en garde à vue pour suspicion d'agression sexuelle. Depuis un an, il présente des troubles du comportement, a fait des révélations et s'est rétracté. La symptomatologie polymorphe est marquée d'idées obsessionnelles envahissantes à connotation

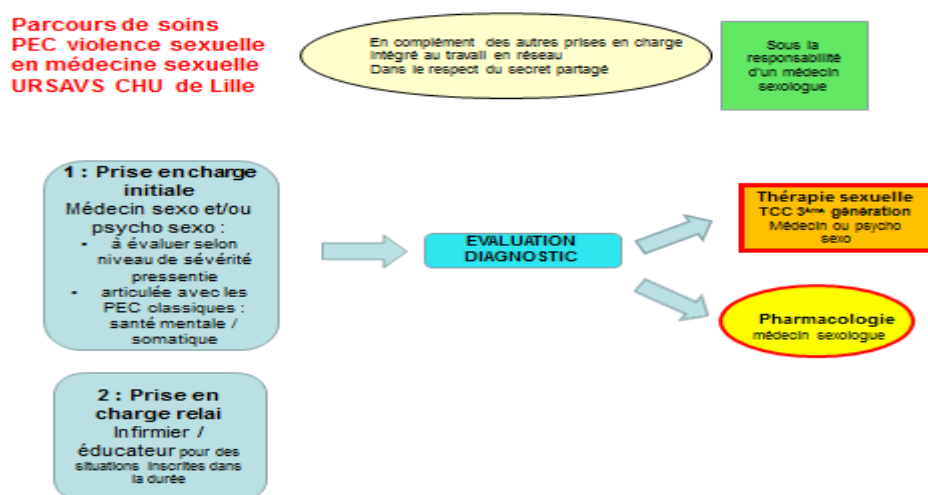
AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

sexuelle agressive y compris vis-à-vis du personnel hospitalier. L'appui de l'URSAVS est demandé par la psychiatre. Le psychiatre de l'URSAVS pose l'indication d'une prise en charge sexologique. Celle-ci est prudente dans une telle situation. Elle vise à nouer un dialogue sur la globalité humaine amenant ce jeune dans une élaboration sur sa Personne, son histoire. Un apaisement est observé, il semble retrouver le fil de sa vie, s'inscrit alors dans une continuité d'élaboration sur son développement sexuel lui permettant de reconnaître des faits agis et des faits subis. Après quelques semaines, les consultations de sexologie peuvent être menées en individuel. A sa sortie, après 8 mois, Bastien a demandé à poursuivre ce suivi en complément du suivi pédopsychiatrique et psychologique. Les troubles sexuels ne réapparaissent pas même si la vie peut rester compliquée.

A chaque fois, il est nécessaire d'impliquer le personnel par une connaissance de la notion de santé sexuelle. C'est indispensable pour que la démarche soit comprise et soutenue particulièrement quand le personnel est mis à mal par ces enfants affectés de troubles sévères de l'attachement, afin qu'ils puissent retrouver une sécurité dans le regard des équipes professionnelles.

Pour les praticiens, de telles situations rendent compte que la prise en charge en thérapie sexuelle telle qu'elle est conçue pour ce niveau d'intervention constitue effectivement une nouvelle offre de soin dans le champ des violences sexuelles. Ces praticiens se mettent à la nommer « médecine sexuelle ». C'est sous ce nom que quatre d'entre eux se joindront à moi pour la présenter au Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle à Charleroi en 2015 et à Montréal en 2017. Cette action qui s'inscrit dans le champ de la prévention secondaire et tertiaire met aussi en évidence l'importance de définir un parcours de soin en santé sexuelle pour les AVS compte-tenu du manque de visibilité de la santé sexuelle et du rôle des sexologues en France. Actuellement, à l'URSAVS du CHU de Lille, ce parcours de soin est ainsi défini :



Cette action renforce également l'importance de se soucier des autres actions de santé sexuelle en prévention primaire compte-tenu des besoins observés sur le terrain que la dynamique institutionnelle met en avant. Cela permet l'organisation de séances sur « le thème de la santé sexuelle » en milieu pénitentiaire auprès de mineurs ou d'adultes incarcérés. La prise de conscience par les équipes que les

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

AVS ont besoin de soin en santé sexuelle favorise la motivation des professionnels à se soucier de la santé sexuelle des autres détenus au-delà des actions classiques sur la santé reproductive et la prise en charge des IST. L'organisation des séances, par exemple, dans un quartier de mineurs implique la coopération de la PJJ. Dans un centre de détention, elle nécessite celle de professionnels du service pénitentiaire d'insertion et de probation et de l'unité sanitaire.

Ces séances permettent d'observer les besoins d'éducation sexuelle de populations particulièrement exposés aux problématiques de violences (Encadré 15).

Encadré 15 : Une séance sur le thème de la santé sexuelle en centre de détention : Aujourd'hui, un médecin, un externe de médecine générale et une psychiatre de l'unité sanitaire assiste à une séance face à un groupe de 8 détenus. Le médecin sexologue lance la question. « Qu'est-ce que la santé sexuelle ? ». La réponse comme le plus souvent ne tarde pas : « Ici on est en prison, c'est pas le sujet ». Comme toujours, au moins un des hommes s'exprime facilement, d'autres sont dans la retenue. Deux disent être venus parce que d'autres détenus leur ont parlé de ces séances.. Peu à peu, tous vont s'impliquer à leur façon. Le vocabulaire est grossier mais il est clair...les mots sont retravaillés avec souplesse et bon sens pour aller vers un enrichissement des connaissances. Accueillir tous les points de vue, avec chaleur et ouverture au dialogue, est un enjeu au-delà des discours sexistes, discriminants, des points de vue moralistes, religieux, de la violence verbale, entre autres. Le schéma au tableau sur la ligne du temps avec les grandes étapes du développement sexuel des enfants libèrent les propos. Exemple : « Face à un petit garçon qui se touche le zizi, que faire ? » demande la sexologue : « Une baffe dans la gueule » répond l'un des hommes. Le comportement des enfants est expliqué, le corps de l'enfant est parlé, celui de l'adulte mis en perspective avec ses capacités sexuelles d'adulte qui s'est transformé à l'adolescence. L'idée que l'enfant serait déjà « obsédé de sexe » est discutée. Le bon sens et l'émotion s'invitent quand, l'un d'eux dit : « Alors l'enfant, il n'a pas à vivre des choses du sexe ? ». Par la suite, c'est la sexualité des hommes avec la pornographie, « l'allumer le feu à tout va » la performance ou les incertitudes, les difficultés face aux peurs de « débandades », d'aller trop vite. Les différences d'identités, d'orientations sexuelles soulèvent des rires ironiques puis se questionnent, se parlent. Le schéma au tableau sur la réponse sexuelle étonne, renforce l'ouverture au dialogue. En découlent les questions sur le préservatif, celui pour la femme et le plaisir de la femme, clitoridienne mais aussi vaginale avec son corps à elle, sa courbe de réponse sexuelle comme l'homme, avec ses différences.... Et ainsi de rebondir autour des objectifs de la santé sexuelle sur la joie du plaisir de l'un, de l'autre au nom du partage de plaisir....conditionné par le respect, la liberté à consentir au nom des droits sexuels humains quel que soit le sexe ou l'orientation sexuelle. La violence sexuelle est alors définie. En fin de séance, ces hommes sont invités à aller rencontrer les médecins présents de l'unité sanitaire ou d'autres professionnels de cette unité si la séance amène des questions, des préoccupations d'ici la prochaine séance qu'ils demandent spontanément. Elle est programmée dans un mois. Un des hommes particulièrement virulents pendant la séance pour affirmer des interdits pour la femme dans la sexualité au nom de la religion qui, au fil de la séance s'est fait plus discret mais attentif, dit alors : « Il faut que je le dise, ma femme, elle m'a trompé, je lui en veux, je suis obsédé avec ça, tout le temps et je me dis qu'en sortant de prison, j'irai la tuer. J'ai entendu tout ce que vous dites, dites-moi ce que je peux faire ? ». Nous lui proposons d'aller en consultation avec la psychiatre. Il accepte. Celle-ci dira ensuite, l'avoir reconnu : elle l'a vu une fois dans un état d'agressivité ingérable.

23

La séance a duré près d'une heure et demie, quelques silences ont ponctué une discussion continue. Les 3 objectifs primaires de l'éducation sexuelle (cf partie 1) sont indispensables pour garder le rythme

et veiller à nouer un dialogue authentique sur la sexualité. Nous n'avons pas parlé à ces hommes de notre objectif de promotion de la santé sexuelle pour la prévention des violences mais nous avons parlé à ces hommes du concept de santé sexuelle pour asseoir notre légitimité à leur parler de sexualité...pour contribuer à prévenir les violences.

A La Maison des Adolescents (MDA) de Lille

Dans cette équipe pluridisciplinaire qui se structure sur le maillage du social et du sanitaire, l'arrivée de la sexologie en tant que discipline transversale s'est avérée innovante. La MDA est un lieu de premiers recours pour les jeunes de 11 à 21 ans mais aussi pour les parents ou les professionnels. C'est aussi un lieu de formations. Les accueillants de formation initiale éducateurs ou psychologues sont au premier plan pour recevoir les jeunes. Leur sensibilisation et leur formation autour de la santé sexuelle et des violences sexuelles a été indispensable puisque ces professionnels orientent les jeunes vers les autres professionnels –médecins pédopsychiatres, généralistes à orientation gynéco et nutrition et infirmières. Leur rôle est de repérer des besoins en santé sexuelle et d'orienter les jeunes vers le médecin sexologue. Rapidement, l'évaluation médicale de 1ères situations a montré que les besoins ne relèveraient pas exclusivement d'informations, de conseils ou d'éducation sexuelle. Si des jeunes arrivaient d'eux-mêmes pour des difficultés a priori relevant de la santé psychique ou somatique, les questions des accueillants ont contribué à mettre en évidence d'autres difficultés (Encadré 16).

Encadré 16 : Lydie 14 ans

Elle vient à la MDA pour difficultés relationnelles avec les autres jeunes et ses parents. Elle dit ne plus supporter les autres adolescents au collège. L'accueillante va plus loin dans l'évaluation de l'aspect relationnel. Lydie dit se sentir bien avec son petit copain actuel mais qu'elle en change souvent. Comme elle semble gênée en évoquant cet aspect de sa vie, l'accueillante la rassure quant à l'importance de se sentir en sécurité dans tous les types de relation à construire durant l'adolescence. Lors du 2^{ème} entretien avec cette accueillante, Lydie parle d'attouchements de ses 8 à 11 ans par un ami de la famille. Elle en aurait parlé à ses parents vers 11 ans. Elle aurait été suivie en pédopsychiatrie et dit « ne plus vouloir voir de psys ». L'accueillante oriente alors Lydie vers le médecin sexologue. L'évaluation sexologique de Lydie permet de constater des éléments cliniques évocateurs de psycho traumatisme. Elle recueille aussi des comportements d'attouchements de Lydie sur une cousine de 3 ans plus jeune qu'elle à ses 11 ans puis des mises en danger sexuel depuis ses 12 ans. Enfin, cette évaluation met en évidence une banalisation de la situation à plusieurs niveaux : pas de plainte déposée, le comportement de Lydie rattachée à la réactivation de fantasmes œdipiens expliquant son entrée dans la crise d'adolescence. La prise en charge sexologique amène un apaisement et favorise l'adhésion de Lydie à accepter une prise en charge pluridisciplinaire.

Le réseau de professionnels constitués par l'URSAVS en ouvrant à la prise en compte de la santé sexuelle a motivé des professionnels à adresser des jeunes à la MDA (Encadré 17).

Encadré 17 : Jean 20 ans est adressé par la psychiatre qui l'a évalué pour des signes de dépression. Il semble être préoccupé par des « choses » sexuelles et ne souhaite pas en dire plus. Elle l'envoie pour évaluation au médecin sexologue. Jean peut alors faire part de son attirance pour des enfants de 8-10 ans.

Un médecin généraliste adresse Léo 15 ans pour avis. Léo a fait une tentative de suicide. Il a été pris en charge et son état semble satisfaisant. Récemment, les parents de Léo l'ont surpris devant une

vidéo pédopornographique. Ils ont demandé conseil à leur médecin traitant qui conseille un avis du médecin sexologue.

Les parents de Pierre 12 ans l'ont surpris en train de commettre des attouchements sur son jeune frère âgé de 7 ans. Le pédopsychiatre du CMP infanto-juvénile de secteur adresse Pierre en évaluation sexologique face à son refus d'aborder les faits.

De ce fait, on a constaté une montée en charge de situations relevant d'une évaluation sexologique médicale. Après 3 ans et demi d'activité, 130 jeunes ont ainsi été évalués. La démarche de CARE s'est aussi avérée pertinente sur ce terrain. 22% des situations concernent de la violence sexuelle agie et 35% concerne de la violence sexuelle subie. Parmi celle-ci, 40% sont de type harcèlement sexuel.

Bilan d'expérience

Après 5 ans, cette expérimentation de la sexologie pour promouvoir la santé sexuelle dans ce pôle de santé mentale a relevé le défi proposé en 2012 par le CHU de Lille. D'abord, elle a pu être menée. Elle a pris une place évidente au sein des services promoteurs motivant à la poursuivre et à favoriser la mise en place de nouvelles actions pour étendre l'offre en santé sexuelle. Certes, il est nécessaire de poursuivre son évaluation mais on peut dresser les constats suivants :

Elle s'est inscrite aisément dans le plan d'actions stratégiques 2010/2014 « politique de santé pour les Personnes Placées Sous Main de Justice (PPSMJ) » puis dans le cadre de la Stratégie santé des PPSMJ défini en 2017 alors que le concept de santé sexuelle était encore peu développé dans les territoires concernés.

Elle a renforcé la visibilité de la sexologie au sein de la Fédération Française des CRIAVS.

Des besoins de prise en compte de la promotion de la santé sexuelle ont été identifiés à partir de l'expérimentation à l'URSAVS et à la MDA. Ils sont considérables.

La question des violences sexuelles est la plus représentée dans les situations qui témoignent de ces besoins.

Dans ce pôle, des indicateurs prometteurs sont évidents à ce jour lorsque des évaluations sexologiques couplées à de la thérapie sexuelle ont été déployés pour répondre à ces besoins dans la prise en charge d'auteurs de violence sexuelle adultes ou mineurs :

- la proposition de prise en charge de la santé sexuelle s'est montrée particulièrement efficace pour établir une alliance thérapeutique ou la consolider lorsque les suivis classiques étaient en difficultés, particulièrement avec des jeunes hommes adultes ou mineurs incarcérés pour des infractions à caractère sexuel.
- Elles permettent la mise en évidence de troubles du fonctionnement sexuel (37) et l'efficacité de leur traitement par des outils spécifiques centrés sur la santé sexuelle.
- L'offre de soins en santé sexuelle doit répondre aux besoins identifiés lors de rencontres avec les professionnels et avec le patient. La formation initiale des sexologues et leur formation en santé sexuelle doit leur permettre de poser les indications ou des contre-indications à une prise en charge en santé sexuelle. La proposition d'indication ou de contre-indication de thérapie sexuelle pour les auteurs, les précautions d'utilisation ainsi que ses risques et limites

AUDITION PUBLIQUE

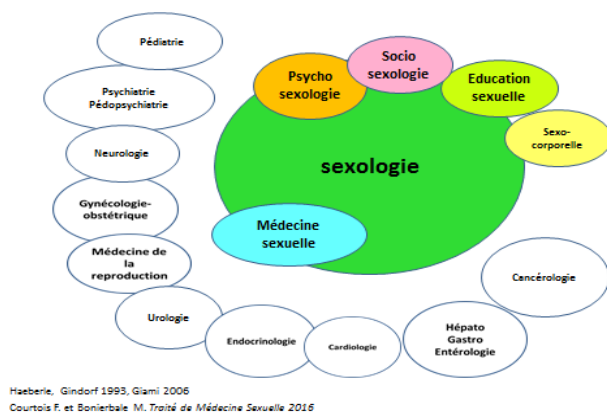
Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

motive à ce jour les équipes à préconiser qu'elle soit du ressort d'un médecin compte-tenu de la complexité des situations qui nécessitent souvent une évaluation de comorbidités. Elle favorise particulièrement le travail du pédopsychiatre/psychiatre pour les indications thérapeutiques notamment pharmacologiques. Elle renforce la mise en évidence d'effets indésirables de traitement médical et/ou psychiatrique. Elle doit permettre à court ou moyen terme d'être relayé par un psychothérapeute formé en sexologie. Pour des situations nécessitant un travail dans la durée, le recours à des infirmiers ou éducateurs sexologues est indispensable.

Plus largement, cette expérimentation, au vu des effets de sa dynamique actuelle, indique la nécessité de se soucier de la santé sexuelle des patients en santé mentale pour dépister des violences sexuelles subies passées inaperçues. Face à des tableaux psychiatriques atypiques ou résistants, *a fortiori* avec des signes sexuels et de la violence sexuelle agie, il apparait efficient pour les professionnels de la santé mentale d'être formés à savoir proposer le recours au sexologue pour une évaluation rigoureuse. Elle montre aussi que tenir compte de la santé sexuelle favorise en santé mentale une meilleure prise en compte de la santé somatique par les professionnels en leur permettant d'apprendre à « parler du corps ».

D'où au final, l'emploi du terme médecine sexuelle pour désigner cette action de promotion de la santé sexuelle y compris dans la prise en charge d'auteurs de violence sexuelle (38).

26



Enfin, ces résultats permettent d'avancer l'intérêt de la promotion de la santé sexuelle dans la prévention primaire des violences sexuelles.

Des obstacles ont été observés. Ils sont principalement liés :

- aux tabous sur la sexualité. Ils sont à l'origine de difficultés par les réactions émotionnelles qu'ils suscitent. Mais ils témoignent surtout du manque de formations puisque lorsque les professionnels se sentent « équipés » pour questionner la sexualité, dans la très grande majorité, ils participent activement à la démarche de CARE en parvenant à mettre des mots sur la sexualité.
- à l'insuffisance de formations sur la sexualité et son développement : sur un échantillon de 2700 personnes constitué à partir de professionnels venus en formation à l'URSAVS et à la

MDA, on constate que 1% des personnes interrogées connaissent le concept de santé sexuelle, 90% citent uniquement approche psychanalytique comme référence théorique sur le développement sexuel, 10% citent aussi l'approche biologique. Il est arrivé que dans un travail de tutorat pour la thérapie sexuelle, mené avec un professionnel, ce travail soit interrompu du fait de cet obstacle à penser d'autres façons d'approcher la sexualité et son développement.

- à l'idée pour certains professionnels de la santé mentale, que les violences sexuelles ne relèvent pas de la psychiatrie ou de la pédopsychiatrie. Le travail de CARE peut alors être mis en échec. Il est intéressant de voir que la dynamique institutionnelle rend alors les professionnels créatifs pour trouver d'autres solutions !
- à la résistance de certains pour considérer la réalité des violences sexuelles. Lorsqu'en 2014, je me présente à une reconnaissance du titre de psychothérapeute, devant un jury à l'ARS Nord Pas de Calais, les questions et commentaires sont pour le moins ubuesques et violents : « Pour qui vous prenez vous pour parler de santé sexuelle, d'où sortez-vous cette histoire ? Ce sont des gens comme vous qui fabriquez des victimes. Quant à aller parler de sexualité aux auteurs, c'est une hérésie ». Je me raccroche alors au fait que 20 ans plus tôt, la Direction Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (avant les ARS) de Châlons en Champagne a soutenu le projet de ma 1^{ère} formation sur ce concept. Suite à cet événement, je vais réfléchir à reprendre des études pour devenir psychiatre. Et puis finalement je déciderai de continuer la route en gardant mon identité de médecin sexologue puisque mes collègues pédo/psychiatres qui accompagnent la démarche reconnaissent que la thérapie sexuelle a toute sa place dans le dispositif des thérapies à proposer à ces personnes du fait des résultats obtenus.

Pour répondre aux besoins identifiés en prévention 1^{re}, la poursuite de la formation de 120 heures en éducation sexuelle menée dans la 1^{ère} expérience au sein du Pôle Territorial Formation de la PJJ Nord a été importante d'autant qu'elle a été ouverte au niveau national du fait de son succès. L'impact de cette formation dans les pratiques professionnelles des personnels de la PJJ a été constaté : renforcement d'actions de prévention en santé sexuelle en milieu ouvert et fermé, ateliers d'éducation sexuelle auprès de jeunes en mesure de réparation, par exemple. D'où la transformation de cette formation en diplôme universitaire « Prévention des violences sexuelles et éducation à la sexualité » à la faculté de Médecine de l'université Lille 2 depuis 2016. Il était devenu utile de valoriser l'engagement des professionnels dans cet axe de prévention par une reconnaissance universitaire utile à la légitimité de leurs actions.

Pour répondre aux besoins en prévention 2^{re} et 3^{re} dans le champ des violences sexuelles, de nouvelles perspectives de formations pour la promotion de la santé sexuelle des soignants en santé mentale sont en cours de réflexions.

2^{ème} partie : La stratégie de santé sexuelle 2017-2030 : quels enjeux en matière de violence sexuelle ?

La stratégie nationale de santé sexuelle : une première étape

Partout en France ces dernières années, des expériences de promotion de la santé sexuelle ont vu le jour, soutenues par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Le Haut-Commissariat de Santé Publique dans son rapport de 2015 a décrit la nécessité de poursuivre la mise en place de telles actions, de les développer au-delà de la santé reproductive et de la lutte contre les IST et le SIDA et de les coordonner pour les rendre visibles. Avec la stratégie nationale de santé sexuelle

qui voit le jour en mars 2017, le concept de santé sexuelle est reconnu comme un des aspects fondamentaux de la promotion de la santé dans notre pays (39). Mais c'est aussi une avancée considérable au titre des droits humains puisque dès 1987, l'OMS dans sa 2ème version du concept de santé sexuelle affirmait « les droits des individus à être libre de toute exploitation, oppression ou abus sexuel (9) ».

La Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 a précisé le droit fondamental de l'enfant à être protégé par les états contre toute forme d'exploitation sexuelle, contre les abus sexuels, qui se doivent de promouvoir la réadaptation physique et psychologique ainsi que la réinsertion sociale des enfants qui en ont été victimes.

En 2000, l'OMS, la Pan Américan Health Organization, la WAS (World Association of Sexology) renforcent la notion de droits sexuels : « Les droits de l'Homme sont propres à tout être humain. Cependant leur reconnaissance ne crée pas de droits en soi. Les droits de l'Homme sont au-delà des valeurs culturelles. Si une culture particulière a des pratiques qui vont à l'encontre des droits de l'Homme, elle doit être modifiée, comme dans le cas des mutilations génitales des femmes. [...]L'approche en termes de droits de l'Homme a déjà été développée à propos de la promotion de la santé reproductive. La protection de la santé étant un droit de l'Homme fondamental, il en découle que la santé sexuelle repose sur des droits sexuels.» (40).

En 2014, la WAS devenue "World Association for Sexual Health" émet la Déclaration des Droits Sexuels (41, 42).

Les acteurs de terrain qui se sont préoccupés de violence sexuelle et de santé sexuelle dans notre pays depuis des années se sont réjouis de l'avancée que représente la stratégie nationale de santé sexuelle tout en regrettant que cette stratégie ne mette pas plus en avant l'intérêt de promouvoir la santé sexuelle pour lutter contre les conséquences des violences sexuelles. Les victimes de traumatismes sexuels sont en risque de développer des troubles psychiques. Les évolutions du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders en témoignent (43). Les publications sur les conséquences somatiques ont été plus tardivement considérées particulièrement dans notre pays ; elles sont à présent étayées dans la littérature (44, 45, 46, 47). Mais il est aussi nécessaire de considérer les conséquences sexuelles des traumatismes sexuels (7, 48, 49). Elles sont aussi à l'origine de troubles psychiques et somatiques en lien avec la double peine pour de nombreuses victimes d'être en difficulté sexuelle et ne pouvoir bénéficier des indicateurs de base de la santé sexuelle que sont la satisfaction, la sécurité, l'autonomie. Mais il apparaît évident que des victimisations précoces dans la vie mettent en risque des enfants, notamment des garçons à présenter avant 12 ans des comportements sexuels allo-agressifs et plus tard à devenir auteurs de violences sexuelles (50, 51, 52). La prévalence de victimisation sexuelle est 5 fois plus élevée chez les adolescents auteurs de ces violences que chez d'autres adolescents délinquants (53).

Les enquêtes épidémiologiques montrent la prévalence de ce fléau social. Mais elles attestent aussi que la majorité des victimes a été victimisée avant l'âge de 18 ans (54). Dans le déferlement médiatique de ces derniers mois en France, on a vu comme ce fléau est encore difficile à admettre en France lorsqu'il frappe des femmes mais particulièrement quand il concerne les enfants.

Pourtant dans notre pays, régulièrement depuis les années 80, les projecteurs médiatiques se sont allumés sur les violences sexuelles. Dans le même temps, des voix de professionnels de santé notamment de la santé mentale ont commencé à s'élever pour dénoncer les actions de prévention en

matière de sexualité s'inscrivant dans le concept de santé sexuelle (Annexe 4). Dans ce contexte, il est particulièrement important d'essayer de comprendre les enjeux de la nouvelle « Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020 », du 26 mars 2018 dont le but est de conduire des actions visant à améliorer l'offre en santé sexuelle.

Feuille de route 2018-2020 déclinant la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 : des avancées prometteuses dans la lutte contre les violences sexuelles

La stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) 2017-2030 s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, en particulier avec son objectif : « Promouvoir la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité ». Elle propose une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Elle est reconnue comme « visant à faire évoluer les représentations sociales, et leur traduction dans l'offre de santé, liées à l'identité de genre, à l'orientation sexuelle, à l'âge ou au handicap, ou au statut sérologique. Elle vise également à prévenir les comportements de violence, notamment sexuelle » (39).

Les orientations stratégiques s'articulent autour de 6 axes :

- AXE I : Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive ;
- AXE II : Améliorer le parcours de santé en matière d'IST, dont le VIH et les hépatites virales ;
- AXE III : Améliorer la santé reproductive ;
- AXE IV : Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables ;
- AXE V : Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle ;
- AXE VI : Prendre en compte les spécificités de l'outre-mer pour mettre en œuvre

29

La SNSS décline une ambition par axe à l'horizon 2030 :

- 1) Agir précocement auprès des jeunes pour permettre à chacun de prendre des décisions éclairées et responsables quant à leur santé sexuelle
- 2) Zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au Sida et zéro discrimination ; éliminer les épidémies d'IST en tant que problèmes majeurs de santé publique ; garantir l'accès à une prise en charge rapide de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH
- 3) Garantir la possibilité pour les personnes de choisir de concevoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent, dans le cadre d'une sexualité satisfaisante, responsable et sûre ; permettre aux femmes et aux hommes de choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, acceptables et accessibles
- 4) Garantir à tous les mêmes droits dans le domaine de la santé sexuelle et répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables et les plus exposées aux IST dont le VIH et les hépatites virales
- 5) Développer la recherche et promouvoir l'utilisation des résultats de la recherche et des données dans le processus de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle

6) Garantir à toutes les populations ultra-marines les conditions les plus favorables au développement de la santé sexuelle, par la prévention, l'accès aux soins et aux prises en charge

La feuille de route 2018-2020 (55) décline les premières actions de mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle d'ici 2020. Elle prévoit d'adapter les objectifs et priorités en fonction des résultats.

Ces actions, au nombre de 26, sont en cohérence avec d'autres stratégies et dispositifs impactant la santé sexuelle en particulier le 5^{ème} plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2017-2019, le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019, la stratégie santé des personnes placées sous-main de justice, le Comité interministériel du handicap », le plan étudiants. Ces différents plans concourent à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes affirmée par le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes.

Les 26 actions sont présentées autour de 5 objectifs. Ces derniers sont particulièrement intéressants en matière de prévention des violences sexuelles. Ici, nous listons certaines des actions qui leur sont rattachées qui pourraient renforcer à court terme la place de la promotion de la santé sexuelle dans la prévention des violences sexuelles au vu des expérimentations menées qui en montrent déjà toute la pertinence :

- Améliorer l'information et la formation dans le domaine de la santé sexuelle :

Action 1 : Produire un plaidoyer interministériel pour promouvoir l'éducation à la santé sexuelle »

Action 2 : Former les professionnels de santé à la santé sexuelle dans une approche interdisciplinaire »

Action 3 : Produire des outils sur les questions de santé sexuelle pour les personnels qui interviennent auprès des enfants et des jeunes en dehors du cursus scolaire ou universitaire

Action 5 : Mettre à disposition des professionnels de santé de premier recours des ressources documentaires en matière de santé sexuelle ». Si cette action vise la prévention, vaccination, dépistage des IST, il serait intéressant d'y inclure la prévention, le dépistage des violences sexuelles »

Ces actions seront importantes pour rendre compte des enjeux éthiques en matière d'éducation sexuelle notamment auprès des enfants et des adolescents particulièrement lorsqu'ils sont en situation de vulnérabilité du fait de handicap (psychique, intellectuelle, sensoriel..) ou d'autres problématiques (mineurs confiés aux services de protection de l'enfance, de la justice...) notamment dans le contexte actuel qui nécessite de multiplier les actions de prévention. Des garanties sont indispensables concernant la formation des professionnels puisque l'éducation sexuelle dans une approche intégrative telle que définie dans l'action 1 ne peut pas s'improviser et que les professionnels désireux de s'y impliquer doivent en cerner les enjeux éthiques. Les garanties doivent aussi concerner les supports utilisés. Les outils de la communication brève sont utiles pour sensibiliser le maximum de personnes (professionnels, parents...). Pour les éducateurs et éducatrices en éducation sexuelle, il est indispensable de renforcer les durées de leur formation et d'organiser de la formation continue et de l'analyse des pratiques.

- Améliorer l'offre générale en santé sexuelle

Action 9 : Encourager les projets de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) intégrant les problématiques de santé sexuelle.

Action 14 : Améliorer l'efficience de l'offre gratuite de santé sexuelle dans les territoires

- Renforcer et adapter l'offre en matière de santé sexuelle pour les populations et territoires prioritaires

Action 15 : expérimenter dans des villes à forte prévalence du VIH et des IST des centres de santé sexuelle, d'approche communautaire, sur le modèle anglo-saxon.

Action 17 : Mettre en œuvre, à titre expérimental, une proposition systématique d'un bilan global, intégrant la santé sexuelle pour les migrants primo-arrivants.

L'expérience à la MDA de Lille permet d'ores et déjà de rendre compte que ces populations sont en risque de présenter des conséquences sévères de violences dont sexuelles, subies et ont particulièrement besoin de lieux de 1^{er} recours.

Action 19 : Promouvoir la santé sexuelle des personnes vivant avec des troubles psychiques, prises en charge par les équipes sanitaires, sociales, ou médico-sociales ». Dans le champ de la prévention primaire, c'est un aspect essentiel qui va renforcer les actions déjà menées en santé mentale mais aussi dans d'autres structures sociales ou médico-sociales déjà impliquées (action 20). A terme, cela permettra de renforcer la prévention secondaire et tertiaire. L'organisation des soins en santé sexuelle est de toute évidence un enjeu qui devra mobiliser les acteurs de la santé mentale, sexuelle et somatique.

Action 20 : Mieux prendre en compte la thématique vie privée, affective et sexuelle pour les personnes handicapées ».

Action 21 : Adapter la planification de l'offre en santé sexuelle et reproductive à destination des jeunes en tenant compte des besoins spécifiques ultra-marins et des ressources existantes ». Cette spécificité est évidente en matière de violence sexuelle. Toutefois, au vu des constats de mes deux séjours de 2015 et 2017 à Mayotte pour former les professionnels de la PJJ sur la santé sexuelle, elle témoigne des besoins de formation des professionnels pour être en mesure de s'approprier l'approche intégrative de la sexualité qui favorise la possibilité de nouer des dialogues au-delà de seuls repères métropolitains.

- Coordonner et promouvoir la recherche en santé sexuelle :

Action 22 : Structurer la recherche en santé sexuelle. Des thématiques de recherche prioritaires sont identifiées :

- Mesurer, comprendre, agir dans le champ des violences sexuelles.
- Rattraper le retard de la recherche sur la santé sexuelle des minorités sexuelles et de genre
- Comprendre les changements dans la sexualité et leur retentissement en termes de santé sexuelle

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

- Développer la recherche sur les nouvelles pratiques professionnelles au regard de l'élargissement des besoins en santé sexuelle.

Ces thématiques sont essentielles pour renforcer les travaux déjà menés en matière de violences sexuelles.

- Accompagner et développer les projets innovants :

Action 24 : Créer le volet « santé sexuelle » de la Boussole des jeunes : cette action favorisera les lieux de premier recours comme dans l'expérience à la MDA de Lille.

Action 25 : créer une charte d'engagement contre les stéréotypes sexistes.

Au final, lutter contre les violences sexuelles en intégrant la promotion de la santé sexuelle dans notre pays n'est plus utopique aujourd'hui : la feuille de route affiche des avancées évidentes pour agir concrètement et soutenir la recherche de solutions qui pourront s'appuyer sur les travaux de terrain, nombreux, déjà menés dans notre pays. Elle renforce l'idée de dynamique nécessaire pour améliorer l'offre en santé sexuelle ce qui est indispensable pour la prévention globale des violences sexuelles. Les expérimentations décrites en 1^{ère} partie invitent à être optimistes puisqu'elles montrent la faisabilité de promouvoir la santé sexuelle y compris en santé mentale. Mais il sera encore nécessaire de rassurer des professionnels de ce secteur du sanitaire. A cette fin, les enjeux de la formation en santé sexuelle sont considérables. Les travaux des sociétés savantes de sexologie sont précieux puisque ce sont elles qui en majorité, ont impulsé des enseignements, des formations continues de qualité qui ont permis d'avancer. Elles ont aussi concouru à la réflexion sur l'éthique en santé sexuelle (56, 57, 58, 59) indispensables pour rassurer sur le fait qu'il faut se préoccuper de cet aspect de la santé. Mais des questions sont incontournables : Pourquoi cette discipline apparaît-elle en marge alors qu'elle a déjà fait preuve de rigueur scientifique et de dynamisme dans notre pays ?

Dans la lutte contre les violences sexuelles, pour construire l'avenir, tirons des leçons du passé, résolument !

Face au déferlement médiatique de ces derniers mois en France, il faut s'interroger. Pourquoi a-t-il semblé que « l'on découvrait ces violences » ? Pourquoi paraît-il si difficile en France d'admettre la réalité de ce fléau ? Parce que ce sont des violences sexuelles, insupportables à penser ? A cause du tabou sur la sexualité ? De mon point de vue, cette explication n'est pas suffisante. Dans les deux expérimentations décrites, il est particulièrement notable que les professionnels ont pu se mettre « à aller vers » des mineurs présentant des troubles du développement sexuel dès lors qu'on leur donnait d'autres pistes pour penser ce développement. C'est un levier de changement indispensable dans les pratiques professionnelles pour affronter la réalité des violences sexuelles et leurs conséquences afin de créer la dynamique indispensable à leur prise en charge. Tant que leurs apports théoriques sur le développement sexuel reposent sur la seule théorie psychanalytique, les professionnels sont en difficulté. Pour cette raison, depuis 2014, en s'appuyant sur l'expérimentation de prise en charge du développement sexuel menée dans la Marne, les enseignements de sexologie doivent avoir intégré l'enseignement des différentes approches du développement sexuel à l'instar de l'université de Toulouse qui dès la fin des années 90 a choisi la pluralité des approches et a intégré rapidement des modules d'enseignement sur la prise en charge des victimes et des auteurs. S'autoriser à aborder ces constats n'est pas mener une guerre contre la psychanalyse. L'urgence sur le terrain décrite en 1^{ère} partie de ce rapport, le désarroi des professionnels en santé mentale demandent de former le plus

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

rapidement possible des professionnels en s'appuyant sur les avancées scientifiques pour comprendre le développement sexuel, repérer les violences sexuelles et affronter cette réalité.

A titre d'exemple, un élève éducateur qui assistait à une formation que je donnais sur le développement sexuel a parlé du cas d'un adolescent de 14 ans qui présentait des troubles du comportement global avec des propos qualifiés de sexiste à l'égard des filles et des femmes et avait posé deux actes d'exhibition. Ce futur éducateur nous a raconté que dans son école quand cette situation a été abordée en cours, alors qu'un étudiant demandait pourquoi cet ado pouvait présenter de tels troubles, la réponse apportée par un enseignant fut seulement celle-ci : « il réactive ses fantasmes oedipiens à désirer sa mère ».

Simon et Gagnon disaient qu'un des enjeux du développement sexuel dans l'enfance est de permettre à l'enfant de s'installer dans la reconnaissance de son corps dont son corps génital en quiétude, qui peut lui donner des sensations de plaisir lorsque l'enfant le touche (le système de plaisir est déjà opérationnel dès la grossesse), l'attitude des adultes étant de poser un regard bienveillant face à cette découverte sans l'interpréter puisque c'est au fil de son développement et particulièrement à partir de la puberté que des scripts sexuels viendront investir de valeurs érotiques les comportements des enfants. Pour ces chercheurs, les comportements extérieurs présumés sexuels des enfants ne sont pas concomitants de comportements intérieurs sexuels. Ils s'expliquent par des phénomènes de curiosité, de maîtrise de la réalité et ne doivent pas être assimilés aux préoccupations sexuelles des adultes ». « Il y aurait tellement de différences dans les manifestations sexuelles comportementales dès l'origine, qu'il est impossible d'expliquer la sexualité humaine par une seule force libidinale. La sexualité humaine est différente selon les âges, les sexes, les cultures, les groupes sociaux » (60). Piaget soulignait l'importance de l'imitation. Les neurosciences confirment l'importance des phénomènes d'imitation, d'adaptation dans les processus développementaux humains.

33

La clinique d'enfants victimes est particulièrement éloquente pour nous montrer comment des enfants sont en risque d'inscrire les comportements sexuels vécus, dans leur réalité de vie sous couvert d'une pseudo normalité, sans cesse alimentés par des reviviscences qui enclenchent des conduites dissociantes auto agressives ou allo agressives d'où leurs comportements sexuels problématiques ou leurs conduites sexuelles à risque de violences sexuelles. S'ajoutent souvent des expositions à d'autres formes de violence qui aggravent les situations. Les répercussions sur leur vie, sur leur santé globale doivent être appréhendées au plus vite pour inscrire ces enfants, dans un parcours de soins pluridisciplinaires dont la promotion de leur santé sexuelle en devenir, au nom du droit de ces enfants à grandir dans leur globalité.

La réponse des enseignants dans cette école d'éducateurs est affligeante. Le jeune adolescent en question peut avoir été éduqué, comme nous le rencontrons de plus en plus souvent, dans un contexte où des intégrismes quel qu'ils soient, laissent peu de place à favoriser une image positive de la sexualité et notamment de la femme et de sa sexualité. Ne rajoutons pas des problèmes à des problèmes en conditionnant des futurs professionnels à poser un regard inadapté sur les causes des problèmes, en sexualisant ce qui n'a pas lieu d'être. A fortiori si de tels jeunes ont pu être victimes de violence sexuelle y compris par des femmes de leur entourage ou effrayés par de la pornographie. Au-delà de ce qu'ils donnent à voir qui peut révolter, ce sont des jeunes en risque et il faut leur porter l'attention qui s'impose au nom de 3 mots fondamentaux pour œuvrer autour du concept de santé sexuelle : liberté, respect de soi, de l'autre, de la société et enfin responsabilité.

Havelock Ellis décrivait à la fin du 19^e siècle, pourquoi il ne fallait pas considérer comme malsains des enfants qui touchaient leurs attributs, dans ce siècle marqué par le puritanisme où l'on a procédé à des mutilations génitales d'enfants présentant ce type de comportement. Plus globalement, avec d'autres chercheurs, Mylott, Eulenburg, Adler Furbringer, Kisch, Forel, Albert Moll, Hirschfeld et Freud, il s'impliquât européens à dénoncer de la violence sexuelle y compris celles survenant pendant les nuits de noces. Ainsi, Ellis dans son 12^{ème} tome intitulé *l'Art de l'Amour* de ses *Etudes de Psychologie sexuelle* (61) parle des nuits de noce en termes de viol. Il s'appuie sur les écrits de tous ces collègues : il cite Breuer et Freud dans leur *studien Uber Hysterie* de 1895 qui remarquent que dans l'immense majorité des cas, le coït de la nuit de noces n'est pas autre chose qu'un viol qui détermine l'hystérie. Surtout, il s'appuie sur les travaux de tous ses autres collègues pour dénoncer comment les hommes et les femmes sont préparés à la sexualité : « L'ignorance des femmes dans tout ce qui concerne l'art de l'amour et leur manque total de préparation à l'exercice des actes naturels de la vie sexuelle seraient sans doute moins dangereux pour le ménage s'ils étaient toujours compensés par la connaissance, l'adresse et la délicatesse du mari ». Et d'ajouter : « Or soit les hommes se comportent avec leur épouse comme avec des prostituées soit ils se révèlent incapables d'éveiller et de comprendre les besoins érotiques de leurs femmes, les hommes en effet ne découvrent la sexualité que dans la pratique considérée comme secrète et honteuse de la masturbation ou avec les prostituées ». D'où pour Ellis et ses collègues notamment Albert Moll, l'importance d'éduquer les enfants et particulièrement les jeunes filles et les jeunes hommes. Mais par la suite, entre tous ces chercheurs, la route diverge. Si Freud a écrit sa théorie de la séduction et du traumatisme en 1896, il l'abandonne rapidement au profit de sa théorie de la sexualité infantile de 1905 et en 1908 critique vigoureusement Moll qui a écrit *La vie sexuelle des enfants* dans une approche qui se base sur les observations des comportements des enfants. Ainsi au début du 20^e siècle, s'est joué quelque chose de très important : Le psychanalyste Paul Laurent Assoun en 2007 dit (62) : « « Pourrait-on dire de Freud qu'il mène le même combat que les sexologues dans l'édification d'une science du sexuel et d'une réforme sociale appropriée ? Assoun dit alors : « De cet examen de la question des rapports entre psychanalyse et sexologie ressort un fait aussi révélateur que paradoxal auquel il faut donner relief sous la forme suivante : réaction contre le déni social et scientifique dominant de la sexualité, la sexologie après une avancée dans sa reconnaissance, reproduit ce déni par une méconnaissance radicale de la sexualité infantile. Et Assoun poursuit : « Freud l'a formulé à l'emporte pièce en 1908 au moment où il examine le livre de Moll *La vie sexuelle de l'enfant* en disant que « La sexualité a été découverte par lui, Freud » ».

La suite de l'histoire de la sexologie est celle d'un courant qui se déploie surtout en Allemagne avec Hirschfeld, Moll notamment. En France, La «sexologie française» de l'entre-deux guerres oscille entre les enseignements de la psychanalyse et les enjeux démographiques, sans tirer parti de l'essor des pionniers d'outre-Rhin (63).

André Lorulot dans son livre *La véritable éducation sexuelle* en 1926, s'élève contre le pansexualisme freudien à partir de travaux comme ceux d'Ellis pour décrire ce que peuvent être les besoins en matière d'éducation sexuelle (64). Lorsque S. Ferenczy attire l'attention sur les violences sexuelles dont les enfants peuvent être victimes, de sa place même de psychanalyste, il n'est pas écouté au début des années 30. Et puis la sexologie sera anéantie avec la montée du nazisme notamment le 6 mai 1933 lors de la Nuit Brune. L'étude de la sexualité va se poursuivre surtout Outre Atlantique. La biologie gagne du terrain pour percevoir les mystères de la sexualité avec notamment les travaux de Master et Johnson. Des chercheurs continueront de réfléchir à la question du développement de la sexualité mais pas toujours facilement puisque n'oublions pas que la part du tabou sévit partout rendant l'évolution de cette science complexe. Arrive alors la révolution dite sexuelle des années 60 dans le monde occidental. Un français, le Dr Valensin publie en 1964 un livre au titre visionnaire : *La santé*

sexuelle (65). En 1974 : 1ère version du concept de santé sexuelle. Dans ces années 60-70, c'est aussi la période dite de pédophilie culturelle ; on assiste à une rupture culturelle où certains n'hésitent pas à vivre et à exprimer clairement leurs désirs envers des enfants, en France : « [L'enfant] est défini, par ceux qui défendent la pédophilie comme un être autonome et conscient, brimé par les lois qui lui dénie toute autonomie sexuelle, présenté, abusée, souffrante voire détruite par ceux qui condamnent la pédophilie ; et surtout habitée de désirs. Se réappropriant la découverte de Freud, les nouveaux pédophiles ont attiré l'attention sur l'existence de désirs sexuels précoces chez les enfants [...] (66). Dans ce contexte mouvementé avec des procès, peu à peu, la sexologie avancera en France mais dans une certaine cacophonie parce qu'elle est aussi confrontée au tabou qui pèse sur la sexualité et aux difficultés dans la reconnaissance des droits des femmes notamment pour leur droit à la maîtrise de leur fécondité (67). Des pionniers de la sexologie créent de premiers enseignements universitaires de sexologie dès 1974 mais il sera nécessaire qu'ils créent de dynamiques sociétés savantes - dont certaines sont à présent regroupées dans la Fédération Française de Santé sexuelle et de sexologie - pour soutenir la recherche, de l'enseignement en matière de sexualité. Certains de ces enseignements ont été davantage marqués par les apports psychanalytiques, incontournables en France. Mais la pluralité, le dynamisme de la sexologie française a su questionner d'autres approches essentielles. Elle a donné à des professionnels de terrain de nouveaux ressorts scientifiques de compréhension et de lutte contre les violences sexuelles par la promotion de la santé sexuelle. Et pourtant malgré tout cela, s'affirmer sexologue est resté jusqu'à ce début des années 2000, une démarche d'extra-terrestre tandis que la santé sexuelle restait inconnue des enseignements classiques dans la plupart des disciplines formant des professionnels du sanitaire, du social, de l'éducation ou de la justice. Les réalités sociétales et la révolution numérique transforment manifestement le monde dont la sexualité et son développement. Mais les violences sexuelles restent un fléau. Cela ne laisse plus d'autre choix que d'avancer, en tirant des leçons du passé, avec cette discipline, la sexologie, qui sait aller vers les personnes pour prendre soin de la sexualité y compris pour lutter contre les violences sexuelles.

Conclusion

Les violences sexuelles sont un fléau de santé publique en France. Deux expérimentations autour de la santé sexuelle menées successivement dans deux régions montrent que l'apport de la sexologie est légitime dans la prise en charge pluridisciplinaire d'auteurs de violence sexuelle. Conçue au titre du soin en médecine sexuelle pour des adultes et des mineurs, c'est une nouvelle voie de soin. La prise en charge sexologique de mineurs a été particulièrement éclairante pour montrer que lorsqu'ils sont affectés de comportements sexuels allo-agressifs au point de devenir des adolescents auteurs, se soucier de cette part de leur développement, accroît leurs chances de voir ces troubles s'apaiser et disparaître. Chez les adultes, c'est le développement sexuel puis le vécu de la sexualité qu'il apparaît indispensable à considérer dans une approche sexologique en complément des autres approches, pour favoriser de nouveaux processus d'élaboration sur la violence sexuelle agie.

La légitimité de cette action s'est construite avec les professionnels de terrain qui ne se résignaient pas face à ces situations notamment d'adolescents aux parcours de vie souvent chaotiques marqués par l'exposition à des violences et des troubles de l'attachement. En s'impliquant à questionner de nouveaux apports théoriques sur la sexualité et son développement, en adaptant à la suite leurs pratiques professionnelles pour aller vers ces jeunes autrement, ils ont soutenu la démarche globale de promotion de la santé sexuelle. En effet, ces expériences renforcent au final ce que les sexologues apprennent depuis des décennies en s'appuyant sur les données des sciences dans une approche intégrative : Se soucier du bien-être sexuel tel que décrit par l'Organisation Mondiale de la Santé dans

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

le concept de santé sexuelle, par l'information, le conseil et surtout par l'éducation sexuelle a aussi pour objectif de prévenir les troubles sexuels.

Ces expériences attestent de l'importance de l'éducation sexuelle en prévention primaire des violences sexuelles. Ses objectifs sont d'apporter durant l'enfance puis l'adolescence, les éléments nécessaires à un développement sexuel en quiétude, respectueux du droit de l'enfant à grandir en tant qu'enfant puis pré-adolescent puis adolescent sans être assimilé à un adulte en miniature ! Ses objectifs sont aussi de se soucier de favoriser l'élaboration de la capacité de parole sur cette dimension de l'intime en cas de difficulté et surtout d'effraction sexuelle en cas de violence sexuelle. Elle nécessite une formation rigoureuse des personnes concernées par cette mission que ce soit tous les parents ou les adultes en charge de ces jeunes en l'absence de parents ou les professionnels dans leurs missions éducatives, pour favoriser le bien-être sexuel des générations à venir.

Malgré l'obligation d'éducation sexuelle dans notre pays, il est resté difficile de mener une politique de promotion de la santé sexuelle. La feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020 est prometteuse d'avancées pour que la sexualité et son développement soit reconnus comme indispensables à considérer dans la prévention globale des violences sexuelles.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Bibliographie

1. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Article 10.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
2. Organisation Mondiale de la Santé 1975. Réunion sur l'enseignement de la sexologie et le traitement des difficultés sexuelles : programme de formation pour les professions de santé. Rapport Technique n°572
3. Rapport mondial sur la violence et la santé/sous la direction de Etienne G. Krug [et al.]. Organisation mondiale de la Santé, 2002, Genève
4. Mansour Z., Billaud E, 2016. Santé sexuelle : définitions, concepts, droits fondamentaux. La santé en action. n°438, Déc 2016. p14-17.
5. Tremblay R. 1992. L'éducation sexuelle en institution : un outil d'analyse, de réflexion et d'action. Pratiques sociales. Ed Privat, Paris
6. Tremblay R. Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels. Tome 1. Toulouse-Erès Ed. 1998.
7. Gamet M.-L. et Moïse C. 2010. Les violences sexuelles des mineurs. Victimes et auteurs. De la parole au soin. Editions Dunod. Paris
8. Charte d'OTTAWA pour la promotion de la santé. Texte intégral. OMS - Organisation mondiale de la santé - 1986.
http://coreps.npdc.fnes.fr/presentation/pdf/charte_ottawa.pdf
9. World Health Organization, Regional Office for Europe, "Concepts of sexual health : Report of a working group", 1987
10. Becker W.C., 1964, « Consequences of Different Kinds of Parental Discipline », Review of Child Development Research, volume 1, Hoffman and Hoffman Editors, Russell sage foundation, New York : 169-208
11. Kohlberg L., 1971, « Stages of Moral Development as a Basis for Moral Education », in Berth C.M., Crittenden B.S et Sullivan E.V. (Eds), Moral Education : Interdisciplinarity Approach, Toronto, University of Toronto Press : 21-92
12. Lemert E. 1951, Déviance primaire et déviance secondaire Traduction par H. Mandras « Primary and secondary deviation » in Etienne J. et Mandras H., les grands thèmes de la sociologie par les grands sociologues. A. Colin 2002, p 152-155
13. Education à la sexualité. Guide d'intervention pour les collèges et les lycées. Ministère de l'éducation. CNDP, Décembre 2015.
14. Brecher E.M., 1971, Les sexologues, Paris, Robert Laffont
15. Desbarats, M. ; Bonal, M. 1994. « Agressivité et sexualité », dans Violences, Toulouse, érès.
16. Bowlby J. 1988, A secure Base. New York, Basic Books
17. Ferenczi S., [1932], 2004, Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, Petite édition Payot
18. Summit R.C.1983. "The child sexual abuse accommodation syndrome", Child Abuse and Neglect, vol.7, p.177-193
19. Gabel, M. (dir.) (1992). Les enfants victimes d'abus sexuels. Paris, France
20. Vila G., Bertrand C., Friedman S., Porche L.M., Mouren-Simeoni M.C., 2000, « Trauma par exposition indirecte, implication objective et subjective », Annales Médico-psychologiques, 158 : 677-86
21. Cyrulnik B. Le murmure des fantômes. Odile Jacob; 2002.
22. « Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir » 7ème conférence de Consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 6 – 7 novembre 2003
23. Gamet M.-L. 2009. Une cellule départementale d'accompagnement du développement de la sexualité. Sexologies, Revue européenne de santé sexuelle, volume 18, numéro 1: 60-74
24. « Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles », 5ème conférence de Consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 22 novembre 2001
25. Gamet M.-L. 2009. Accompagner les mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuel ». Les Cahiers Dynamiques. Revue professionnelle de la Protection Judiciaire de la Jeunesse N°44 sept. 2009
26. Gamet M.-L. 2016. « Prise en charge sexologique des mineurs auteurs de violences sexuelles » : dans P. Roman & B. Gravier Eds, Penser les agressions sexuelles - Actualité des modèles, actualité des pratiques, Toulouse : Erès (Coll. Etudes, recherches, actions en santé mentale en Europe)
27. Carpentier S. 2011, Délinquance juvénile et discrimination sexuelle. Comprendre, prévenir et lutter contre le sexisme et l'homophobie à l'adolescence. Ed Buenos Books International.
28. OMS/WHO (2006). Defining Sexual Health : Report of a Technical Consultation on Sexual

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

- Health, January 2002, Geneva.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
29. Gamet M.-L. 2013. Violences sexuelles des mineurs : comment les médecins peuvent devenir des interlocuteurs privilégiés des victimes ? *Sexologies Revue européenne de santé sexuelle*. 22 : 112-23
30. Zajonc R.B, 1984, « On primacy of affect », in Scherer C.E. K. R. et Ekman P. (Eds.), *Approaches to émotion* : 259-270
31. Ledoux J.E., 2000, « Emotions circuit in the brain », *Annual Review of Neuroscience*, volume 23 : 155-184
32. Damasio A., 2003, *Spinoza avait raison : joie et tristesse, le cerveau des émotions*, Paris, Odile Jacob
33. Haute Autorité de Santé 2009, *Recommandation pour la pratique clinique, « Prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles à l'encontre des mineurs de moins de quinze ans »*, www.has-sante.fr
34. Gagnon, M.M., Bégin, H. et Tremblay, C. (2005). Profil psychosocial d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Étude descriptive. *Revue québécoise de psychologie*, 26(1),1-14.
35. Bonierbale M. 2009 Communication « *Apport de la sexologie dans l'approche des violences sexuelles des mineurs* » lors du congrès « Prévenir et prendre en charge les violences sexuelles des mineurs : quel dialogue sur la sexualité ? » Reims 15 et 16 octobre 2009
36. Seguret T. Gamet M. L. Ponchard M. 2015. Communication « *L'URSAVS : une plate-forme sanitaire qui s'inscrit dans la politique d'offre de soins du Plan Régional de Santé* ». 8^e Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle. Charleroi.
37. Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : CIM-10. 10^e ed. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010
38. Giami A. 2006. Santé sexuelle, droits sexuels, médecine sexuelle : un champ en mouvement. dans *Sexologos N°25, Revue de la Société Française de Sexologie Clinique*, juillet 2006
39. Stratégie nationale de santé sexuelle : agenda 2017-2030. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé (éditeur), 2017, 74 p., FRA.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
40. Pan American Health Organization/World Health Organization, Promotion of sexual health: Recommendations for action. Proceedings of a regional consultation convened by Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (AIDS), (In collaboration with the World Association for Sexology), 2000, May 19-22, <http://www2.rz.hu-berlin.de/sexology/>.
41. World Association for Sexual Health (2014). Déclaration des droits sexuels.
www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/DSR-French.pdf
- www.aius.fr/v2/data/actualite/pdf/WAS_DSR-French.pdf
42. Troussier T., Mignot J. 2015. Santé sexuelle et droits humains. Un enjeu pour l'humanité. De Boeck-Solal
43. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
44. Cour F., Robain G., Claudon B., Chartier-Kästler E., Abus sexuels dans l'enfance : intérêt de leur diagnostic pour la compréhension et la prise en charge des troubles sexuels, ano-rectaux et vésico-sphinctériens. *Progrès en urologie* (2013) 23, 780—792
45. Thomas J.L. 2015 « Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature » *Revue française du dommage corporel* 2015, 3, p 253-69
46. Daigneault I., Hébert M., Bourgeois C., Dargan S., Frappier J.-Y. "Santé mentale et physique des filles et des garçons agressés sexuellement : Une étude de cas contrôle apparié avec un suivi de cohortes sur 10 ans. *Criminologie* 501 (2017): 99–125.
47. Thomas J.L., V. Guérin, P. Lévy, et al. 2017. The impact of a history of sexual abuse on health: data from a self-reported questionnaire from a sample of French victims. *Journal of General Practice*, 2017, 5 :6
48. Fernet M., Hébert M., Gascon S., Lacelle C., 2012 ; Agression et comportements sexuels à risque à l'adolescence. Dans M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (Dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome II* (pp. 131-170). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
49. Hébert M., Berthelot N., Gamet M.-L. 2016 *Victimisation sexuelle chez les mineurs : Modèles explicatifs des conséquences associées et pratiques d'intervention et de prévention dans Traité de Médecine Sexuelle*, sous la direction de Courtois F. et Bonierbale M. (Eds), Presses Universitaires de Montréal
50. Tourigny M., Boisvert I., Tougas A.-M., Gamet M.-L. 2017. « Les comportements sexuels problématiques chez les enfants de moins de 12 ans ». Dans *Le développement sexuel et psychosocial de l'enfant et de l'adolescent, sous*

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

- la direction de Hébert M., Fernet M. et Blais M. (Eds), DeBoeck supérieur
51. Tardif M., Glowacz F., Pascuzzo K. 2017. « Les adolescents auteurs d'abus sexuels : attitudes et comportements envers la sexualité ». Dans *Le développement sexuel et psychosocial de l'enfant et de l'adolescent, sous la direction de Hébert M., Fernet M. et Blais M.* (Eds), DeBoeck supérieur
52. Tardif M., (Dir) 2015. La délinquance sexuelle des mineurs : Théories et recherches Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
53. Seto M.-C., Lalumière M.-L. 2010. What is so special about male adolescent sexual offending ? A review and test of explanations through a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575
54. Debauche A., Lebugle A., Brown E., et al. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Documents de travail n° 229, 2017, 67 p. https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/20838/doc.travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.virage_1.fr.fr.pdf
55. Feuille de route : Stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé (éditeur), 50 p., FRA. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf
56. Lehmann P. Respecter l'éthique: cela s'apprend et cela s'entraîne ! Outils d'un sexologue tranquille. *Revu francophone de clinique comportementaliste et cognitive* 2005:3:i7-24.
57. Collier F. 2016. Reparer d'éthique de la sexologie ? *Sexologies* (2016) 25, 1-6
58. Code éthique du Syndicat des Médecins Sexologues. <http://www.google.fr/search?q=syndicat+des+medecins+sexologues&oq=syndicat+des+medecins+sexologues&aqs=chrome..69i57j0.9851j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
59. Association des sexologues cliniciens francophones. Code éthique. <http://asclif.com/v2/data/presentation/pdf/co-de-ethique-asclif-2016.pdf>
60. Simon W., Gagnon J.H., 1970, « Psychosexual Development », in D. A. Goslin A (Ed.), *Handbook of Socialization Theory Research*, New York, Mac Graw Hill : 733-752
61. Ellis H., 1927, *L'Art de l'Amour*, 12ème tome *Etudes de Psychologie sexuelle*, Mercure de France
62. Assoun P.-L. 2007. *Psychanalyse*. 2ème édition. Puf. Quadrige.
63. Béjin A. Giami, A. - *Histoire de la sexologie française*. Sexologies. *Revue Européenne de Sexologie et de Santé Sexuelle*. Paris: Elsevier vol 16 n° 3 (2007) p.169
64. Lorulot A. La véritable éducation sexuelle bréviaire complet de la santé et du bonheur en amour. Édition : Paris EDITIONS (1 janvier 1947)
65. Valensin G. *Santé sexuelle*. Paris: La Table Ronde, 1964.
66. Ambroise-Rendu A.-C., 2005, « Le pédophile, le juge et le journaliste », dans *L'Histoire* no 296 : 62 à 67
67. Bonierbale M. Waynberg J., 2007, « 70 ans sexologie française », *Sexologies*, Volume 16, 3 : 238-258

Annexes

Annexe 1 : Une séance d'éducation à la sexualité (Extrait référence 7)

Me voici dans un lycée face à 25 jeunes, filles et garçons, âgés de 15 à 17 ans, à la demande de l'infirmière et du proviseur. Quelles sont leurs préoccupations, comment parlent-ils de sexualité ? Ces élèves de lycée que je vois pour la première fois ont eu en classe de 4e des cours de biologie sur l'appareil génital et reproducteur et, en 3e, une séance de deux heures sur les moyens de contraception, les Infections Sexuellement Transmissibles et le SIDA. Jusqu'à présent, tous les élèves de lycée que j'ai rencontrés n'avaient pas davantage bénéficié de cours d'éducation à la sexualité, ce qui est bien inférieur au nombre d'heures obligatoires. Je vais les rencontrer pendant une heure et demie et l'infirmière a prévu de les revoir après mon intervention. Evidemment, je ne pars pas avec l'idée de rattraper les heures manquées mais j'ai un objectif précis : les sensibiliser à l'idée d'une sexualité responsable et heureuse ou autrement dit, être à même d'envisager l'idée de leur responsabilité pour vivre la sexualité dans le respect de soi et de l'autre. Pour préparer ma venue, l'infirmière scolaire a demandé aux jeunes d'écrire sur papier anonyme ce dont ils aimeraient entendre parler. Les mots « préservatifs », « pilule », « sodomie », « fellations », « jouir », « débandades », « IVG », « grossesse » sont les plus fréquemment évoqués. J'ai au préalable informé l'infirmière du but que je me fixais et expliqué que, compte tenu de l'âge de ces jeunes, je ferai un rappel des connaissances sur « leur état » d'adolescents pour les amener à mieux comprendre ce que sont la réponse sexuelle humaine et le partage de plaisir. À partir d'une évaluation de leurs savoirs, forme de « photographie instantanée », je m'engage à leur apporter de nouveaux éléments en cohérence avec leurs propres perceptions. C'est pourquoi, il est essentiel qu'ils puissent s'exprimer ; il ne s'agit ni de dispenser un cours magistral ni d'attendre qu'ils me posent des questions mais d'amener de la matière pour susciter le dialogue. Ainsi, ce type d'intervention en lycée me permet de voir les représentations des jeunes sur la sexualité et leur façon d'en parler. La séance comporte un premier moment, que je vais évoquer ici, consacré à ce qu'ils sont, de grands adolescents enclins à construire leur sexualité.

Je commence donc par définir l'être humain en tant que Personne dotée d'une tête qui réfléchit et qui pense, d'un cœur qui ressent des émotions et d'un corps qui vibre ; je dessine, à ma manière qui n'est malheureusement guère artistique, une représentation de cette Personne .

A partir de la puberté, cette personne devenue adolescent(e) se transforme dans sa globalité, tête, cœur et corps. J'interroge : « que signifie la puberté ? ». S'il y a quelques années, les réponses étaient centrées sur l'arrivée des règles, désormais la plus fréquente est devenue : « c'est quand on peut baiser ». J'annonce que dans un premier temps, nous parlerons d'abord de la personne avec son corps génital, sa tête et son cœur pour envisager ensuite la sexualité à partir de leurs questions, écrites sur les papiers. Je précise ce que j'entends par sexualité (je résume ici mais j'y reviendrai) : être en mesure de nouer un tête à tête, un cœur à cœur et un corps à corps avec l'autre que l'on choisit, qui nous choisit. Etre en mesure implique l'idée de temps, de prendre le temps, chacun à sa manière, plus ou moins rapide, pour se lancer dans ce lien humain que l'adolescence permet. Et qui suppose de se connaître soi-même dans cette période de l'adolescence.

Concernant les règles, filles et garçons en parlent sans difficulté. Les garçons, documentés en 4e et par les publicités vues à la télévision sur les tampons et protections hygiéniques, en profitent pour exposer leur vision de cette singularité féminine. Ils le font avec humour ou, pour certains, avec dégoût. Certaines filles n'hésitent pas à leur dire que c'est pénible ce qui étonne les garçons. Je fais un rappel (je suppose du moins) pour expliquer que le sang des règles n'est pas sale en lui-même et qu'il

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

témoigne « du travail » mensuel de l'utérus, ce qui suscite de l'étonnement et du silence. Puis j'encourage les jeunes à nommer les caractères sexuels secondaires ; les garçons sont globalement plus loquaces que les filles : ils nomment les seins des filles avec des mots comme « les seins, les nichons, les lolos » et du respect ; la voix qui mue des garçons ou la barbe sont exclusivement citées par eux. Ils s'attardent sur leur taille et leur force physique, plus rarement sur l'augmentation de taille des organes génitaux. Les filles sourient de les entendre parler facilement ; quelques-unes soulignent l'arrondissement des hanches pour faire les enfants. Les poils en revanche sont cités par les filles et les garçons mais toujours accompagnés de commentaires du type « beurk, c'est nul, c'est dégoûtant ». Je dessine un bonhomme au tableau avec leur implantation. Les poils pubiens déclenchent hilarité et/ou dégoût. J'explique l'intérêt du poil tout en précisant que nous ne sommes évidemment pas des animaux mais que pour favoriser le tête à tête, le cœur à cœur et le corps à corps, ils jouent leur rôle. Ils traduisent que l'on devient une « moyenne personne », c'est-à-dire une personne sortant de l'enfance. Une personne pubère qui devient peu à peu capable de choisir d'aimer avec son corps. Pour cela, il ne faut pas avoir un corps d'enfant et le poil signifie cette capacité. Et il protège. Les filles manifestent leur désaccord car « c'est moche, les garçons veulent qu'on se rase ». Je parle des jeunes filles vues en centre de planification lors des examens gynécologiques qui se rasent intensivement la vulve elle-même (grandes et petites lèvres que je dessine au tableau) déclenchant ainsi des irritations parfois sévères. Je continue mes explications : filles et garçons doivent comprendre que les poils participent du corps adulte, importants dans leur faculté olfactive et attractive. Cela ne signifie pas toutefois devenir poilu(e) comme des singes puisque nous sommes des personnes. J'en profite, au passage, pour dire que les images à caractère pornographique que certains ont pu voir ne montrent jamais de poils....mais que ces images n'ont pas pour objectif de refléter le tête à tête, cœur à cœur et corps à corps c'est-à-dire la rencontre sexuelle dont je parle dans cette séance. Dans la salle le silence se fait, brefs instants accompagnés de regards amusés et de signes de soulagement.

41

Mais revenons à la puberté : « qu'avons-nous oublié ? ». Un garçon lance : « Les érections ». Je dis « Les érections existent depuis que vous êtes nés ». Hilarité dans la classe quand je raconte qu'un bébé sur une planche à langer a souvent son zizi en érection. Certains disent : « Les petits vicieux ». Alors j'explique que l'enfant n'est pas dans l'idée de vouloir vivre la sexualité. D'ailleurs, il n'est pas, en tant que petite personne capable ni de choisir ni de désirer la sexualité que l'on vit à deux, comme ils peuvent désormais commencer à le faire en tant que moyennes personnes. Je parle des érections qui accompagnent la vie des garçons puisqu'ils sont amenés, du fait de leur anatomie, à toucher et à découvrir ce zizi qui est entre leurs jambes : je suscite encore rires des garçons comme des filles qui parfois vont lancer : « Ils le font tout le temps ». J'amène l'idée qu'ils le font parce qu'ils se rendent compte que cela fait des chatouilles agréables comme d'ailleurs les filles peuvent se rendre compte que toucher leur bout du nez ou leur corps là en bas (et je montre sur le dessin la vulve en la nommant), cela est différent. Mais les filles ne découvrent pas toujours cette sensation car le petit organe pourvoyeur de plaisir est plutôt caché ; et je cite le clitoris qui chez les embryons a la même origine que le gland chez les garçons. En cours de biologie, ce petit organe des filles n'a pas été nommé me disent certains jeunes, filles et garçons, à moins, ce qui est possible, qu'ils ne s'en rappellent plus.

Mais revenons aux garçons : « Qu'avons-nous encore oublié ? ». « Les spermatozoïdes » dit un garçon. Le mot spermatozoïde déclenche le rire à l'inverse du mot ovule lorsque je l'ai prononcé quelques minutes avant. « Les couilles, on a oublié d'en parler », dit un garçon. Le mot « testicules » déclenche le rire mais plus encore quand j'explique que chaque testicule produit 200 millions de spermatozoïdes chaque jour à partir de la puberté. Alors j'interroge : « quel est le phénomène chez les garçons qui correspond aux règles chez les filles ? ». Silence. Parfois, un garçon courageux lance. « Les éjaculations ». Sinon, c'est à moi qu'il revient de nommer cette manifestation physiologique, si difficile à évoquer encore. Quoiqu'ensuite des expressions fusent : « c'est quand on se branle », « quand on se vide les

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

couilles », signes de leur connaissance sur la question. Je demande aux jeunes garçons s'ils ont reçu de l'information dans leur famille sur ce sujet : sur 14 garçons, aucun. Je n'ai jamais vu un grand nombre de mains se lever à cette question, ces six dernières années lors de mes interventions en lycée. Je demande si le mot a été prononcé dans les cours de 4e ou de 3e mais ils ne savent pas me dire.

Parce qu'elle est liée à leur fonctionnement sexuel, l'arrivée des éjaculations chez les garçons est fondamentale à expliquer pour aborder la rencontre sexuelle. Chez les filles, et c'est une différence majeure entre les deux sexes, la venue des règles se situe ailleurs, dans l'avènement d'une procréation possible. Et j'explique. Un garçon a eu ses premières éjaculations. Un jour, alors qu'il se promène dans la rue, son regard est attiré par une autre ou un autre, peu importe : l'orientation sexuelle appartient à chacun ; elle n'est pas toujours claire et précise quand on est adolescent ; la notion de temps pour se construire et faire les choix qui conviennent est important. Certains sont sûrs de leur orientation sexuelle, d'autres hésitent dans leur choix : il n'y a pas de normes ; il en est de même pour se lancer dans l'aventure de la sexualité. C'est pourquoi, ce jeune garçon dans la rue, attiré par l'autre, s'il a été éduqué, s'il a une idée du respect, sait qu'il ne peut « courir » vers cette autre personne. Toutefois, le soir dans sa chambre et dans son intimité, puisque notre personne sexuelle a besoin de se construire dans l'intimité, en repensant à cet autre, il peut ressentir une émotion particulière avec une tension croissante et très forte dans sa personne se traduisant par une érection. Tout à coup il est submergé comme par « un raz de marée », dans ce qui correspond à un soulagement de la tension devenue extrême et à une possible et intense sensation de plaisir. Etonnement et culpabilité peuvent accompagner cette découverte mais aussi fierté de sentir son corps vivant.

Dans la salle de classe, si le silence s'est fait, l'attention des filles comme des garçons est très soutenue. Puis les visages des garçons se détendent et j'entends : « c'est vrai que ça fait drôle » ou « ça fait du bien » ; les filles sourient ou parfois semblent choquées. Je renchéris sur leur particularités à elles : les règles procurent parfois de la fierté aux filles – changement de statut, possibilité de devenir mère - mais souvent aussi de la douleur (je précise que les règles ne doivent pas être une souffrance mensuelle récurrente et que les médecins existent pour apporter de l'aide). Les règles ne permettent pas pour la majorité des filles de découvrir un possible plaisir ; elles trouvent leur corps sale et ne le toucheront qu'avec réticence, à la différence des garçons qui, du fait de leur découverte, vont être adeptes de la masturbation, qui consiste à éprouver du plaisir sexuel seul avant de se lancer dans le partage de plaisir. Pour certaines filles c'est toutefois à l'occasion de l'arrivée des règles et avec l'utilisation des serviettes et des protections périodiques ou par la toilette vulvaire plus fréquente qu'elles vont mieux découvrir leur corps. Chez les jeunes, ainsi amené, le mot masturbation fait sourire et j'ai le sentiment que son évocation soulage les garçons. Et rassure aussi les filles. Je vais alors expliquer que les filles sont tout aussi capables de découvrir leur personne sexuelle et donc leur réponse sexuelle avec du désir, de l'excitation, du plaisir et de la jouissance. J'évoque la physiologie sexuelle féminine avec le rôle du clitoris et du vagin. Ces mots sont aussi des oubliés des cours de biologie.

Ce premier temps d'une séance d'éducation à la sexualité permet souvent de voir qu'un ajustement des connaissances est nécessaire : ces jeunes n'ont quasiment pas entendu parler de leur « personne sexuelle » ni vraiment de leur corps génital dans sa fonctionnalité sexuelle. Comment peuvent-ils mettre un préservatif alors que le mystère continue à planer sur la sexualité ? Comment les garçons peuvent-ils s'approprier ce geste ? Comment les filles peuvent-elles les encourager alors que manifestement ces mots suscitent de la gêne ? Comment peuvent-ils se regarder, se comprendre ?

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Et souvent à ce moment-là, comme ils perçoivent que le dialogue est possible sur la sexualité, les élèves se mettent à poser des questions plus directes : « Madame, il faut que nous les garçons on en ait une comme ça pour que les filles aient du plaisir ? ». Il n'est alors pas rare que filles et garçons se tournent vers les plus jeunes de la classe, généralement pas du genre Malabar, qui piquent leur fard tandis que les autres sourient malicieusement. Les filles aussi s'expriment par des questions : « Madame, pourquoi les garçons n'arrivent pas à nous faire jouir ? » ou « Pourquoi les garçons ils ont l'air de ne penser qu'à jouir, eux ? » ou encore comme lors d'une de mes récentes interventions avec un ton de lassitude que je trouve terrifiant : « Madame, pourquoi les garçons nous demandent-ils tout le temps des sodomies ? ». Ces garçons ont ainsi intégré des représentations sur la sexualité : un homme est seul responsable du plaisir de sa partenaire par son seul pénis. Evidemment, ce type de représentation a traversé les siècles quoique des écrits du Moyen-Age révèlent l'importance du plaisir de la femme (Ferroul 2002). Mais le puritanisme du 19e siècle, la domination masculine et le regard scientifique sur la sexualité féminine, exclusivement porté par des hommes pendant une grande partie du 20e siècle, ont favorisé de telles visions. Les filles s'autorisent aussi à poser des questions sur leur sexualité et c'est, à mon sens, un progrès. Plus réservées sur ce sujet, sans doute parce qu'elles s'approprient moins facilement leur réponse sexuelle que les garçons, des filles, assez jeunes d'ailleurs, se sentent désormais autorisées à intervenir après ces temps de discussion, ou même spontanément.

L'âge, la maturité ou les expériences sexuelles jouent sur les prises de parole comme on le voit notamment à travers la question de la lycéenne au sujet de la sodomie : j'avais très peu de questions sur ce type de pratiques sexuelles, il y a une dizaine d'années. Face à ces nouvelles attitudes, on peut penser à la force de la pornographie sur les représentations sexuelles. Si ce n'est déjà fait pour un certain nombre d'entre eux, les garçons risquent fort de voir un ou plusieurs films pornographiques avant seize ans, ce qui conforte l'idée qu'ils vont devoir « faire jouir les filles », et demander des pratiques sexuelles de tout ordre pour tenter d'y arriver. Et la sexualité devient a fortiori violence pour des filles, des jeunes femmes qui ne comprennent pas et sont dégoûtées devant les demandes de leurs copains qui, de leur côté et dans une forme de malentendu manifeste, entraînés par les normes pornographiques, croient être dans leur bon droit.

Dernièrement, une jeune fille de 13 ans en consultation de centre de planification me disait : « Je ne jouis pas lors des rapports avec mon copain ». Il y a encore quatre ans, je ne recueillais pas ce type de constat de si jeunes filles, alors que depuis plus de 10 années dans les consultations de contraception, je prends le temps de leur demander si elles sont heureuses dans leur vie sexuelle, ouvrant ainsi un possible dialogue sur la sexualité. La réflexion de cette jeune fille est d'une certaine façon positive puisqu'elle s'autorise à questionner le médecin mais, en même temps, elle soulève d'autres interrogations : est-ce que des étapes ne sont pas brûlées dans le développement de la sexualité puisque je me trouve devant une adolescente. Elle souhaite être femme mais est-elle déjà en capacité de penser une sexualité responsable dans un plaisir partagé ? Manifestement, le développement de la sexualité évolue ; ou plutôt n'est ce pas les normes sociales qui poussent à parler ainsi avec des conséquences certaines sur les plus jeunes des adolescents ? Si les lycéens sont plus enclins à la pudeur, il n'en est pas toujours de même de certains collégiens. C'est ainsi que l'on peut saisir des conversations de ce type entendues dans le bus. Le garçon : « Tu dois avoir une belle chatte, je te baiserais bien ». La fille : « Et bien, moi, je ne te baiserais pas car tu dois avoir une petite bite et je n'aime que les grosses qui font mal ». Dans les séances d'éducation à la sexualité au collège, il est indispensable de susciter le dialogue sur la sexualité et non sur le sexe. Aujourd'hui le silence ne peut plus être de mise, puisque le sexe s'affiche et se parle. Mais il s'agit de contrer certaines représentations pour accéder à une démarche éducative sur la sexualité, loin de toute violence. Evaluer les connaissances sur la sexualité, dire que les réponses sexuelles ne sont pas les mêmes chez

les filles et les garçons, apprendre l'écoute mutuelle affective et physique participe d'un réel apprentissage adolescent qui peut désarmer de potentielles violences sexuelles.

Annexe 2 : L'implication des professionnels à la CDADS (extrait référence 7)

Au bout du compte tous ces professionnels formés dans le cadre du fonctionnement de la CDADS jouent un rôle central dans le dépistage et l'évaluation des troubles du développement sexuel (ce qui implique d'être aussi capable d'identifier ce qui n'est pas trouble) et dans l'accompagnement des personnes en difficultés, comme le montrent les exemples suivants.

La circonscription médico-sociale reçoit une information préoccupante¹. Une petite fille de 5 ans a été surprise par l'assistante de vie scolaire à l'école maternelle en train de faire une fellation à un garçonnet du même âge à la sieste. Faut-il signaler ? Le personnel relais va déjà apaiser l'émoi suscité par cette situation en utilisant un langage différent puisqu'il s'agit d'une « petite personne » en disant : « La petite fille a été surprise en train de sucer le zizi d'un garçonnet du même âge » ; le mot « fellation » serait adapté pour une personne qui agresse alors qu'elle est en capacité de choix et de consentement dans sa vie sexuelle. Le langage ainsi précisé, le personnel relais indique que ce comportement chez une petite de 5 ans n'est pas adapté à cet âge et nécessite un signalement au procureur au titre de l'article 375. De plus, l'assistante de vie scolaire a précisé que l'enfant lui a dit : « C'est maman qui m'a montré en le faisant à papa ». Seule une enquête judiciaire permettra de savoir si cette enfant est « seulement » exposée à la sexualité des adultes ou si elle-même subit des violences sexuelles. Il est nécessaire de ne pas convoquer les parents comme cela peut se voir pour parler du comportement inadapté de cette enfant avec le risque qu'elle ne puisse plus parler de ce qu'elle voit ou subit si le père ou la mère minimisent ou se défendent de quoi que ce soit.

44

Une assistante familiale explique que la petite fille de 6 ans qui lui est confiée ne veut pas fermer la porte des toilettes à l'école : cela pose des problèmes car les autres enfants viennent la regarder et l'instituteur a expliqué à l'assistante familiale que « le comportement de cette enfant, qui s'exhibe aux toilettes devant tous les enfants, n'est pas normal ». Bien sûr on peut se demander si cette petite tire une jouissance à être regardée. Le professionnel formé en éducation de la sexualité (relais de la CDADS) doit être capable d'aller plus loin dans l'analyse d'une telle situation. Il peut procéder à une évaluation globale avant de conseiller ou d'orienter. Il va ainsi apprendre que cette petite au début de son placement, deux ans auparavant, ne voulait jamais fermer la porte des toilettes et hurlait quand on le faisait. L'assistante familiale pendant plusieurs mois a dû la rassurer sur le fait qu'elle ne risquait rien ; désormais, l'enfant n'a plus peur si la porte est juste poussée. Le professionnel apprend également que l'enfant, avant d'être confiée à l'ASE, était régulièrement enfermée dans la maison de sa mère lorsque celle-ci sortait durant de longues heures. L'assistante familiale interrogée sur le développement de cette enfant dit n'avoir remarqué aucun signe évocateur de troubles du développement sexuel excepté ce qui lui a été signalé par l'instituteur. Le personnel relais va d'abord rassurer l'assistante familiale qui se sent déstabilisée par les propos tenus à l'école. Puis il s'entretiendra avec l'instituteur pour le rassurer également sur le développement de la sexualité de

AUDITION PUBLIQUE

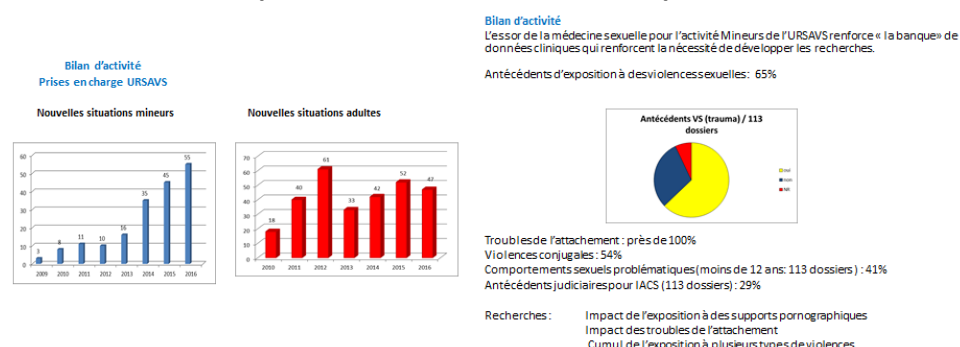
Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

cette enfant et signaler la vigilance des professionnels en charge de l'enfant ; il l'aidera à trouver des solutions au problème de sa petite élève qui doit pouvoir comme tout enfant aller aux toilettes sereinement. Et ne pas être stigmatisée comme « vilaine » du fait de sa différence, conséquence de son passé malheureux.

L'assistante sociale qui rédige le signalement de Mme T (cas clinique 15) est un personnel relais de la CDADS . La situation est très préoccupante du fait de l'alcoolisation du père qui refuse les soins, de la violence conjugale et de la détresse de la mère des enfants, en grande détresse. Dans la rédaction du signalement, l'assistante sociale apporte des éléments de compréhension au magistrat sur la question de la violence sexuelle subie par cette femme, sur les incompréhensions qui ont pu en résulter dans un couple avec en conséquence la spirale de souffrance : violences, alcoolisation, perte d'emploi, difficultés avec les enfants etc.... Elle informe aussi le magistrat de la mise en route d'un travail sexologique qui vise à redonner un apaisement au couple. Cette mère sera orientée en foyer maternel avec ses enfants afin de préserver les liens familiaux ; le père acceptera de se soigner. La prise en charge sexologique sera reprise. Après quelques mois, la famille se retrouve et le couple repart sur d'autres bases intégrant la santé sexuelle....pour la santé globale de la famille. Evidemment, une issue favorable est liée à l'intervention de plusieurs professionnels. Mais le rôle de l'assistante sociale formée en éducation à la sexualité est à souligner : parce qu'elle a acquis des éléments de réflexion pour considérer la sexualité selon les situations, elle pense à interroger le vécu sexuel de cette femme avec le tact qui s'impose. Elle adresse rapidement cette dame en consultation de sexologie puis elle parvient à convaincre le mari de venir comme je le lui ai suggéré...et elle l'amène en consultation. Enfin, elle impulse un travail d'équipe tenant compte de la question de la santé sexuelle du couple. Sa responsable est bien sûr sensibilisée....ce qui a facilité sa nouvelle mission en tant que personnel relais de la CDADS. Les enfants retrouveront leurs parents et leur domicile, le père un travail dès amélioration de son état de santé. Le suivi social se poursuit sereinement.

45

Annexe 3 : Quelques résultats à l'URSAVS présentés au CIFAS 2017 à Montréal



AUDITION PUBLIQUE

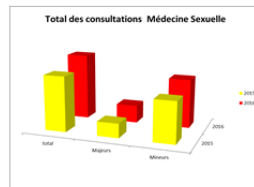
Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Bilan d'activité

Activité médecine sexuelle

331 consultations en 2016 / 275 en 2015

77% in situ



Nombre de CMP impliqués :

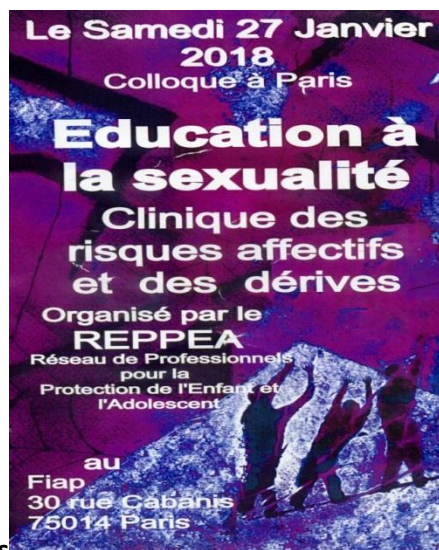
39/67 Centre Médico Psychologique enfants-ado

27/73 Centre Médico Psychologique adulte

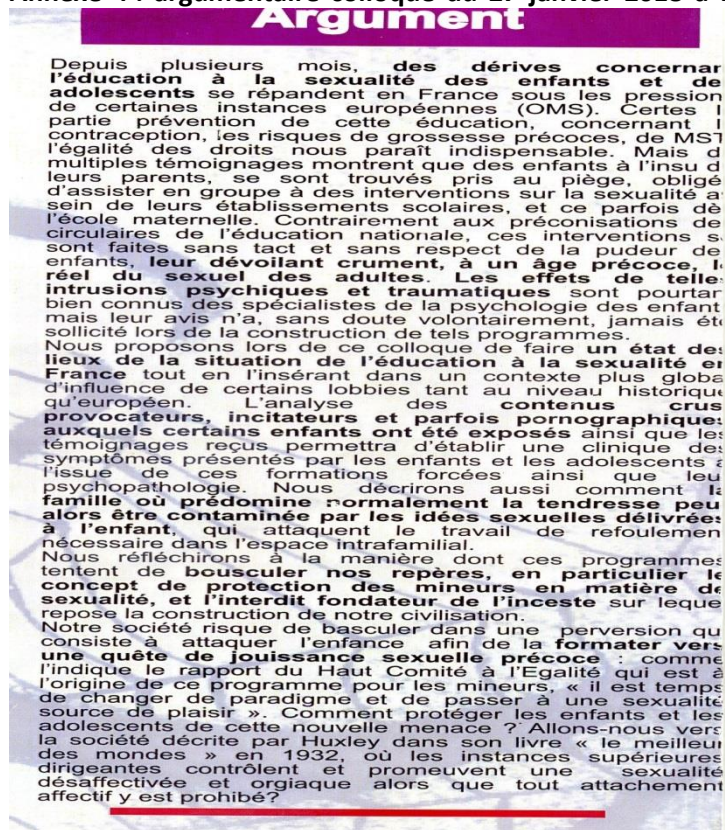
Nombre de co-consultations : 65% au total dont 80% avec des pédopsychiatres et psychiatres

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge



Annexe 4 : argumentaire colloque du 27 janvier 2018 à Paris



47

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge