

Chapitre 1

La situation dans un département français : la Marne

À LA FIN DES ANNÉES 90, j'exerce à Vitry-le-François, petite ville de 30 000 habitants aux allures d'un bourg sympathique de province, mais très fragilisée économiquement. Je suis alors médecin de protection maternelle et infantile¹ (PMI) du conseil général de la Marne ; la sexualité, parmi d'autres causes, m'apparaît déjà être responsable

1. L'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend : 1) Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants dans le cadre des consultations d'enfants de moins de 6 ans et des centres de planification. 2) Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies. 3) Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de 6 ans ainsi que le conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps. 4) La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans ainsi que des assistantes maternelles (Code de la santé publique, article L. 146). Le service de protection maternelle et infantile (PMI) des conseils généraux coordonne ces missions.

de multiples souffrances personnelles et intimes, mais aussi sociales. J'assure des consultations de jeunes enfants et je tiens une permanence au centre de planification², où se rendent de nombreuses adolescentes pour grossesse non désirée. Par ailleurs, je suis conseiller médical dans le cadre de situations de maltraitance sur enfants et adolescents et je suis confrontée à des cas de violences sexuelles sur mineurs³. À cette époque, les victimes que je rencontre sont principalement des filles, enfants ou préadolescentes.

Le département de la Marne, comme d'autres départements où j'ai travaillé antérieurement tel celui des Ardennes, est traversé par des habitudes familiales anciennes, entre repli sur soi et comportements sexuels incestueux. L'inceste⁴ peut se perpétuer de génération en génération dans un enfermement caractérisé, quels que soient les milieux ruraux ou urbains⁵. Réalité à laquelle j'ai été confrontée dès 1990, lorsque j'exerçais comme médecin de PMI dans le département de l'Essonne. De toute manière, mes diverses expériences m'ont montré que les violences sexuelles ne connaissent pas de frontières, qu'elles soient géographiques, sociales ou ethniques. Tel fut aussi mon constat lors de mon séjour à

2. Dans chaque département, les centres de planification, entités de la PMI, ont pour mission, dans chaque ville de moyenne et grande importance, d'assurer des consultations gratuites de contraception, de demande d'interruption volontaire de grossesse, de suivi gynécologique et de suivi de grossesse. Ces entités sont parfois assimilées, à tort, au planning familial, structure associative installée en milieu urbain.

3. En France, la notion de majorité sexuelle n'existe pas explicitement. Cependant, le Code pénal reconnaît implicitement une majorité sexuelle pour les plus de 15 ans. Il différencie également les personnes qui abusent de l'autorité que leur confèrent leurs fonctions. Ainsi, en tant qu'animateur, directeur ou responsable d'un groupe de jeunes, il y a une responsabilité particulière par rapport aux mineurs. Ainsi, il est important de retenir que : toute relation sexuelle entre un majeur et un mineur de 15 ans est interdite ; les relations sexuelles avec un mineur de plus de 15 ans sont interdites si la personne qui agit a autorité sur la victime ou abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions. C'est le cas par exemple s'il s'agit d'un professeur ou d'un animateur de centre de vacances. On parle là, bien sûr, de relations sans violence, ce qui exclut les relations avec violence, qui sont condamnées par d'autres articles du Code pénal avec systématiquement des conditions aggravantes lorsqu'elles ont lieu sur des mineurs.

4. Voir à ce sujet dans cette même partie, chapitre 3, paragraphe 4, « Les réponses juridiques et éducatives ».

5. Toutes les études, ainsi qu'une enquête de 2009 commandée par l'AIVI (Association internationale des victimes d'inceste), montrent que l'inceste est un phénomène très étendu qui touche toutes les catégories sociales et tous les territoires, urbains et ruraux. Trois pour cent des Français, selon cette enquête, déclarent avoir été victimes d'inceste, chiffre sans doute bien inférieur à la réalité vécue. Selon des études menées dans le monde entier, et d'après le guide de l'OMS, 20 % des femmes et 5 à 10 % des hommes déclarent avoir été victimes d'inceste durant leur enfance.

Mayotte, entre 1992 et 1994, quand je travaillais d'abord en PMI, puis à la maternité de Mamoudzou.

VIOLENCES SEXUELLES ET MINEURS VICTIMES

En 1997, à Vitry-le-François, dans les réunions de suivis des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance⁶ (ASE) du conseil général, je prends connaissance des motifs de placement, et on évoque bien sûr les abus sexuels intrafamiliaux qui entraînent le retrait d'un enfant de sa famille. Par ailleurs, lors de consultations de jeunes enfants, les mères, à travers leurs récits de vie, signalent des situations analogues ; à l'occasion des bilans de santé en écoles maternelles, je suis également interpellée par des enseignants ; c'est la même chose pour les consultations en centre de planification, au cours desquelles des mineures ou femmes adultes sont parfois amenées à me parler de ce qu'elles ont pu subir. Dans toutes ces situations, s'il n'a déjà été fait, je peux me trouver dans une obligation de signalement pour les mineurs. Cette démarche engage toute ma responsabilité et souligne la gravité de ces faits ; je suis profondément troublée et préoccupée.

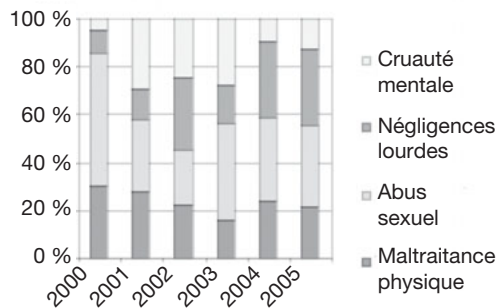


Figure 1.1. Nature de la maltraitance

6. Le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) est un service du département, placé sous l'autorité du président du conseil général et dont la mission essentielle est de venir en aide aux enfants et à leur famille par des actions de prévention individuelle ou collective, de protection et de lutte contre la maltraitance. L'ASE exerce directement la tutelle en prenant en charge les mineurs qui lui sont confiés.

Entre 2000 et 2005⁷, un observatoire mis en place au conseil général de la Marne va dans le sens des données nationales et montre que, dans le cadre de signalements judiciaires, 50 % des mineurs sont suivis pour maltraitances avérées (physiques, psychologiques, sexuelles ou négligences lourdes). Ce pourcentage est relativement stable dans le temps. Le premier motif de signalement est toujours l'abus sexuel, qui varie de 22 à 55 %. Les maltraitances, dans leur ensemble, sont infligées à 68 % par la famille proche de ces mineurs, c'est-à-dire par leurs parents ou beaux-parents. Le père est seul auteur dans 36 % des situations, la mère est impliquée dans 33 % des cas. Toutefois, les violences sexuelles des mineurs ne se produisent pas seulement dans le cadre familial, mais parfois en milieu scolaire, associatif ou amical. Au niveau national, depuis 1974, le nombre de violences sexuelles déclarées n'a cessé d'augmenter. Selon l'Observatoire national de la délinquance (OND), le nombre de viols sur les victimes mineures, en grande partie des filles, passe de 5 116 en 2000 à 5 581 en 2005, après avoir été de 6 226 en 2002, soit un accroissement compris entre 9 % et 22 % (Lameyre, 2008).

Il y a aussi des situations de violence sexuelle qui ne se caractérisent pas par l'abus d'un adulte sur un enfant. Ainsi certains mineurs subissent-ils dans leur enfance ou leur adolescence des violences sexuelles avérées de la part d'un autre mineur. Il y a également des situations connotées sexuellement et ressenties comme violentes. Certains mineurs ont des attitudes masturbatoires compulsives ; d'autres sont dans la consommation pornographique ou manifestent des déviances sexuelles de type zoophilie ; d'autres enfin présentent un comportement érotisé et prennent le risque de situations sexuelles violentes. Tous ces cas sont à l'origine d'un malaise émotionnel chez des professionnels qui manquent souvent d'expériences réflexives et de mots pour relater ces faits.

Ainsi, plus globalement, au-delà des situations de maltraitances infantiles, les professionnels de la direction de la solidarité départementale⁸ sont confrontés à des phénomènes de violence sexuelle, ni évoquée ni éclairée, facteur de mal-être social et intime. En 1997, un jour de réunion,

7. Cet observatoire était une commande nationale de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS). Depuis, la loi de mars 2007 réformant la protection de l'enfance a créé l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance renforçant le dispositif d'observation mis en place par la loi du 10 juillet 1989 confiant au Président du conseil général la mission d'organiser au niveau départemental le recueil permanent d'informations relatives aux mineurs maltraités.

8. La direction de la solidarité départementale au sein du conseil général de la Marne regroupe les services d'action médicosociale (PMI, service social et de prévention, ASE, service adoption...).

les professionnels, assistants sociaux, responsable de circonscription, éducateurs, infirmières, sages-femmes et moi-même en tant que médecin, évoquons les suivis des enfants. L'assistante sociale et l'infirmière mentionnent la situation d'un frère et d'une sœur, âgés de 8 et 6 ans, confiés à l'ASE chez une assistante familiale en raison de négligences lourdes parentales. L'assistante familiale les a surpris, à trois reprises et en quelques semaines, en train de se livrer à des gestes à type d'attouchements sexuels entre eux. Elle se dit très inquiète, dépourvue et perturbée. Il est décidé d'informer le pédopsychiatre, la psychologue et le juge des enfants pour lancer une investigation sur d'éventuels faits d'abus sexuels sur ces enfants. Les mois passent, sans grand changement ni révélation particulière. Près d'une année plus tard, lors d'une nouvelle réunion, la responsable de circonscription nous informe que la mère des enfants est hospitalisée et son mari incarcéré. Il a violenté son épouse en lui introduisant une tringle à rideau dans le vagin. Quand elle est interrogée, elle révèle qu'avant le placement des enfants, il arrivait au couple de vivre sa sexualité, qui peu à peu s'était empreinte de violence, devant eux.

Ce récit a été déterminant. Partagée entre le dégoût, l'aversion et la stupeur, je sens bien que la sexualité n'est pas suffisamment questionnée. A-t-on analysé, au-delà du comportement éducatif carencé des parents à l'égard de leurs enfants (« les négligences lourdes »), les dysfonctionnements de la sexualité d'un couple ? Comment l'irrespect de l'intégrité sexuelle de la femme n'entraîne-t-il pas le manquement à l'égard des enfants ? Comment un homme en arrive-t-il à ne pas se respecter dans sa personnalité sexuelle ? Comment ne pas établir le lien entre une sexualité parentale inadaptée et la maltraitance des enfants ? N'est-il pas nécessaire de parler de la sexualité dans l'évaluation globale des situations ? Pourquoi ne pas la considérer comme un élément incontournable quand on a pour mission la protection des enfants et des personnes ? Comment ne pas tenir compte de la sexualité pour permettre à des adultes de dévoiler des violences sexuelles survenues dans leur enfance ou leur adolescence ?

Comme j'entends parler d'une formation sur l'éducation à la sexualité, organisée dans la Marne par l'association des conseillères conjugales, proposée, entre autres, aux sages-femmes et médecins de la PMI des conseils généraux, je décide de me former, de 1997 à 1999, afin d'être en mesure de dispenser information et conseils sur la sexualité. Je continue avec un diplôme interuniversitaire de sexologie à l'université Paul Sabatier de Toulouse, que j'obtiens en 2002, pour devenir médecin sexologue, pressentant qu'il devient indispensable d'organiser un travail

approfondi autour de la sexualité, dans un conseil général qui a pour mission la protection de l'enfance⁹.

À l'issue de ma formation et à partir de 2002, des responsables des circonscriptions médicosociales du conseil général, souvent démunis, et après avoir pris connaissance de mon parcours, commencent à me solliciter sur ces questions. Ils expriment leur désarroi face à l'absence de prise en charge sexuelle au décours des signalements et face à certaines situations déroutantes. Parfois, les mots viennent à manquer. Un jour, en réunion de suivi, une assistante sociale me demande, légitime que je suis en tant que médecin sexologue, quelle attitude adopter face à la situation d'un jeune garçon âgé de 5 ans et demi qui doit retourner vivre auprès de ses parents après avoir été accueilli cinq ans en famille d'accueil pour motif d'abus sexuel. Je lui demande de m'expliquer le motif d'abus sexuel et elle me répond qu'elle ne peut pas. Je m'en étonne mais elle ne peut qu'exprimer sa profonde émotion (« C'est trop horrible. ») Je me retourne vers la responsable de circonscription, qui reste silencieuse. J'explique combien il est important de verbaliser pour adopter une réponse préventive et professionnelle adéquate. Après un temps de silence et avec mon aide, elle commence à raconter que cet enfant, à l'âge de 2 mois et demi, a été amené par ses parents aux urgences de l'hôpital car il avait « la bouche explosée ». Immédiatement, un signalement au procureur a été fait par le pédiatre hospitalier pour abus sexuel puisque le père a expliqué que, pour calmer les pleurs du bébé, il lui a mis son sexe dans sa bouche. Il s'agit de parents carencés qui, depuis la naissance de l'enfant, font l'objet d'un suivi renforcé de la PMI. À la suite de ce signalement, des suites judiciaires ont été rapidement données à cette affaire : l'enfant a été confié aux services de l'ASE et le père a été mis en examen pour infraction à caractère sexuel. Plus tard, l'affaire est judiciairement classée sans suite. L'une des magistrates m'expliquera que les juges ont eu la conviction d'être en présence d'un homme légèrement déficient, ni conscient de son acte sexuel, ni pervers *a priori*. Par la suite, dans le cadre du placement de leur enfant, lui et sa compagne, mère du bébé, ont été suivis par la psychologue de la circonscription. Je demande à cette dernière si elle est revenue sur le comportement sexuel du père. « Quel comportement sexuel ? » me répond-elle, à ma grande surprise. Elle n'a rien su de l'acte sexuel, les seules informations fournies avaient été celles des carences éducatives et des négligences lourdes. Je vais me

9. Le conseil général est l'institution publique chargée, dans chaque département français, d'organiser l'application des lois votées par le Parlement sur la protection médicosociale des mineurs.

rendre compte que seules les notes personnelles de l'infirmière de la PMI décrivent en détail cette affaire. Il n'y a aucunes traces explicites dans le dossier social. Finalement, l'enfant retourne vivre progressivement chez ses parents, sans nouveaux problèmes.

Face à de telles situations, de 2002 à 2004, je consacre une partie de mon temps, de manière effective mais non officielle au sein du conseil général, à la prise en charge sexologique de jeunes victimes, en complément des soutiens classiques, psychologiques ou psychiatriques, dont elles bénéficient parallèlement.

Cas clinique 1

Aude¹⁰ a 15 ans. Elle vit chez ses parents, elle est scolarisée. Elle bénéficie d'une prise en charge depuis qu'elle a été victime d'un viol en réunion à 13 ans dans la cave d'un immeuble, par trois garçons de son entourage. Elle déconcerte sa famille du fait de mises en danger sexuel depuis six mois. Elle m'est adressée par la psychologue.

Cas clinique 2

Élodie, jeune fille de 15 ans, vivant au foyer départemental de l'enfance, m'est adressée pour comportement provocateur à l'égard des garçons, de mise en danger sexuel, avec des fugues répétées et le recours à des conduites addictives. Elle a été abandonnée par sa mère à l'âge de 3 mois, sans père reconnu ; à l'âge de 13 ans, et durant son placement dans sa famille d'accueil, elle a été victime d'abus sexuels (qu'elle a elle-même révélés) par le mari de l'assistante familiale.

Dans son enfance, elle a bénéficié d'un suivi psychologique, repris suite à l'abus sexuel. Mais deux ans plus tard, elle se met en danger de manière permanente et inquiétante. Les professionnels, complètement dépourvus, me l'adressent.

Cas clinique 3

En 2002, **Lydie** a 15 ans et vit depuis deux ans en famille d'accueil, après avoir été accueillie quatre ans en maison d'enfants à caractère social (MECS). Elle ne connaît quasiment pas sa mère et son père s'est avéré dans l'incapacité de l'éduquer, elle et ses deux sœurs benjamines, d'où le placement.

10. Tous les noms ont été modifiés.