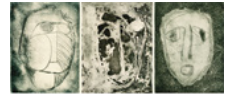


Psychiatrie et violence



Psychiatrie et violence

Les préadolescents auteurs d'abus sexuels

Martine Jacob

Numéro hors-série, 2001

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1074835ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1074835ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Jacob, M. (2001). Les préadolescents auteurs d'abus sexuels. *Psychiatrie et violence*. <https://doi.org/10.7202/1074835ar>

LES PRÉADOLESCENTS AUTEURS D'ABUS SEXUELS

Martine Jacob

Criminologue
Institut Philippe Pinel
Psychiatrie et violence.
Mai 2001. www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence

Depuis les 20 dernières années, les données relatives à l'incidence des délits sexuels commis par des adolescents et à la fréquence d'antécédents juvéniles chez les agresseurs sexuels adultes ont contribué fortement à la mise en place de stratégies d'intervention précoce et spécifique face aux adolescents agresseurs sexuels. L'augmentation du nombre des programmes de traitement en Amérique du Nord est elle aussi révélatrice de l'importance accordée à l'intervention précoce et spécifique face à ces adolescents.

Une clinique externe spécialisée auprès d'adolescents agresseurs sexuels a ainsi été mise en place en 1991 par l'Institut Philippe Pinel de Montréal afin de répondre aux besoins de plus en plus nombreux manifestés par les intervenants du réseau québécois d'aide à la jeunesse quant à ces adolescents. Plus de 500 adolescents ont été évalués et environ la moitié de ceux-ci ont été admis en traitement.

La clinique a aussi été sollicitée pour l'évaluation et le traitement de préadolescents ayant été impliqués dans des comportements sexuels abusifs à l'égard d'autrui. Les garçons de 10 à 12 ans qui y ont reçu des services ont été sélectionnés en fonction des critères suivants :

- Aucune admission d'enfants de moins de 10 ans;
- Reconnaissance minimale des gestes abusifs;
- Les comportements sexuels abusifs devaient être caractérisés par une forte fréquence, des éléments de violence, de compulsion ou une forte génitalisation;
- L'intervenant référant devait demeurer actif dans le dossier en assurant le suivi du garçon quant à son hébergement et à la liaison avec le Tribunal de la jeunesse.

Cet exposé a pour but premier de faire le point sur la littérature scientifique relative à ce sujet. Nous présenterons ensuite les données préliminaires recueillies auprès d'un groupe de 28 préadolescents en faisant ressortir les caractéristiques qui semblent associées à l'émergence précoce de comportements sexuels problématiques. Enfin, les interventions à privilégier seront brièvement abordées.

La littérature scientifique au sujet des enfants qui présentent des comportements sexuels agressifs est assez peu abondante. Même si cette problématique n'est, selon toute vraisemblance, pas récente, ce n'est que depuis peu qu'elle a été considérée comme une entité nosologique distincte, ne relevant pas à part entière de la pédo-psychiatrie et qu'elle a été décrite dans la littérature. Cette nouvelle préoccupation semble être associée à la mise en place, dans les 20 dernières années, de programmes de traitement s'adressant aux adolescents agresseurs sexuels à travers lesquels les demandes de prise en charge spécifique pour ces préadolescents ont d'abord transité.

Parmi les principaux thèmes qui ont été abordés dans la littérature, les auteurs ont d'abord montré un grand souci de faire la distinction entre les comportements sexuels normaux et problématiques chez l'enfant. Différentes grilles d'analyse ou typologies de comportement sont ainsi proposées par les auteurs. Toutefois, un certain nombre de caractéristiques des comportements sexuels dits problématiques semble faire consensus (Friedrich et al., 1991; Gil & Johnson 1993; Martinson, 1994; Ryan & Blum, 1994; Pithers et al., 1993).

- Les comportements sexuels qui ont une composante agressive où l'enfant utilise la force, la coercition ou les menaces pour soumettre l'autre;
- Les comportements sexuels qui s'aggravent avec le temps, devenant répétitifs et/ou compulsifs;
- Les comportements sexuels trop génitalisés ou élaborés pour le stade de développement ou l'âge de l'enfant;
- Les comportements sexuels qui se perpétuent malgré l'intervention de l'adulte;
- Les comportements sexuels qui se produisent entre enfants d'âge significativement différent (plus de trois ans);

- Les comportements sexuels qui dénotent un surinvestissement de la sexualité au détriment des autres aspects de la vie de l'enfant.

Les théories explicatives ont aussi fait l'objet de l'intérêt des auteurs. D'emblée, les auteurs s'entendent sur le fait qu'il serait très hasardeux de s'inspirer uniquement de la connaissance théorique et pratique acquise auprès des agresseurs sexuels adultes ou adolescents pour comprendre, évaluer et traiter ces enfants. Par exemple, la victimisation sexuelle, physique ou psychologique est souvent présentée comme le principal facteur de risque quant à l'éventuelle apparition de comportements sexuels agressifs chez l'enfant. Comme la victimisation de ces enfants est souvent très récente, sinon toujours actuelle, ce facteur doit aussi être abordé de façon différente.

Les théories du développement ont particulièrement insisté sur l'influence d'événements traumatiques associés à l'arrêt ou une perturbation du développement chez l'enfant.

Le climat et les interactions familiales sont aussi présentés comme étant d'importants déterminants des comportements sexuels problématiques chez l'enfant. Plusieurs écrits traitent d'ailleurs des environnements familiaux les plus à risque pour le développement des comportements sexuels abusifs chez les préadolescents (Gil, 1993 ; Johnson, 1993; Ryan, 1991; Larson & Maddock, 1986).

C'est donc en fonction de ces thèmes et de considérations cliniques que nous avons procédé à une première cueillette de données quant aux préadolescents qui nous étaient référés.

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Les préadolescents que nous avons rencontrés ont tous été évalués à la demande d'un intervenant de la Direction de la protection de la jeunesse. La majorité de ces enfants (65%) se sont présentés avec un de leurs parents, ce qui nous permet de collecter un certain nombre de données émanant directement du milieu familial. Les autres (35%) sont venus en compagnie d'un intervenant ou d'un parent d'accueil. Ces derniers ont été rencontrés afin de discuter de leur compréhension des comportements sexuels problématiques de l'enfant et d'obtenir des renseignements quant au développement du garçon. Les préadolescents ont ensuite été rencontrés pour une évaluation clinique par deux professionnels de l'équipe.

Antécédents personnels

Antécédents psychiatriques	60%
Antécédents de trouble de comportement	40%
Traitements antérieurs	50%

Les antécédents personnels de nos sujets révèlent d'abord une forte fréquence d'antécédents psychiatriques : 60% des préadolescents évalués. Ces jeunes sont souvent porteurs d'un diagnostic psychiatrique : trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble de la conduite, trouble oppositionnel ou syndrome de stress post-traumatique. Ils ont manifesté tôt un certain nombre de difficultés qui ont amené des consultations et/ou un suivi spécialisé : comportements agressifs, problèmes d'intégration scolaire, conflits avec les parents ou la fratrie, hyperactivité, etc... Ils ont été référés en psychiatrie après que les autres ressources d'intervention psychosociale aient été utilisées. Cette forte fréquence d'antécédents psychiatriques dans notre population (60%) semble liée à l'importance et à la précocité des difficultés manifestées par ces jeunes au cours de leur vie.

Un certain nombre de ces jeunes présente aussi des antécédents de comportements délinquants. Ainsi, 40% ont présenté des troubles sérieux de comportement depuis le début de la scolarisation. Ils présentaient aussi des antécédents documentés de violence à l'école face aux pairs ou aux enseignants et, à la maison, face aux parents ou à la fratrie.

Plusieurs de ces enfants ont été suivis dans le passé en pédopsychiatrie, notamment au niveau d'un suivi pharmacologique (50%). Parmi eux, 40% ont reçu ou reçoivent encore une médication psychostimulante afin d'améliorer leurs capacités d'attention et de diminuer leur impulsivité. Enfin une minorité (11 %) se sont vus prescrire des neuroleptiques, afin de diminuer chez eux la présence de tics.

Antécédents familiaux

Séparation des parents	85%
Abandon parental	55%

Conflits entre les parents	40%
Instabilité résidentielle	70%
Modèles criminels	30%
Modèles de violence	50%
Abus physiques	50%
Modèles sexuels inadéquats	65%
Antécédents psychiatriques	40%
Abus de drogue et/ou d'alcool	50%

Nos données indiquent que plusieurs de ces jeunes proviennent de familles passablement perturbées et que leur développement a été marqué par une certaine incohérence des modèles familiaux de même que par une grande instabilité. L'exposition répétée à des modèles sexuels inadéquats est particulièrement élevée (65%). Par exemple, il est ici question d'un membre de la famille reconnu comme abuseur sexuel, d'une promiscuité sexuelle importante à la maison ou d'une surexposition à du matériel pornographique. Le changement d'orientation sexuelle (11 %) ou d'identité sexuelle d'un parent (11%) peut aussi être considéré comme des événements perturbateurs.

Gray et Pithers (1998) notaient eux aussi dans leur échantillon des indicateurs multiples d'un haut niveau de détresse chez ces familles (pauvreté, violence conjugale, abus physique et/ou sexuel, antécédents judiciaires, exposition à des modèles sexuels inadéquats).

Agressions sexuelles en bas âge

Victimes d'abus sexuels	45%
Abus répétitifs	40%
Âge moyen de la victimisation	7 ans
Lien avec l'agresseur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Père 15% ▪ Conjoint de la mère 46% ▪ Ami de la famille 15% ▪ Gardienne 15% ▪ Adolescent de l'entourage 8%

Nos données révèlent qu'un pourcentage significatif (45%) de ces enfants ont subi une agression sexuelle à un âge moyen de 7 ans. Ainsi, 40% des sujets qui furent victimisés ont été l'objet d'agressions répétées (plus de 4 événements).

L'examen du lien entre le sujet et son agresseur montre que 61% des agresseurs avaient une relation intime avec ces enfants : 15% étaient le père du sujet et 46% étaient le conjoint de la mère. Les autres étaient des amis de la famille (15%), des gardiennes (15%) ou un adolescent de l'entourage (8%).

Adaptation sociale au moment des abus

Absence de réseau social	50%
Réseau social limité à l'école	40%
Réseau social satisfaisant	10%
Loisirs organisés	20%
Difficultés scolaires	80%

Il s'agit d'enfants qui ont un sérieux handicap au niveau de l'établissement et du maintien de relations significatives avec leurs pairs. On note ici deux profils particuliers. Le premier est composé de jeunes qui se décrivent eux-mêmes ou qui sont décrits par l'entourage comme étant **renfermés**, **timides**, n'ayant que des activités en solitaire. Ayant peu d'amis, ils demeurent à la maison, en attente par rapport à leurs parents, ou ils s'occupent en compagnie de leur fratrie souvent significativement plus jeune.

Le second est constitué d'enfants présentant eux aussi des difficultés relationnelles qui sont toutefois attribuables au fait qu'ils sont **agressifs, agités et opposants**. Étant constamment en conflit avec leur entourage, ils n'arrivent pas non plus à s'intégrer à un groupe de pairs. Les problèmes au niveau scolaire, tant sur le plan académique que comportemental, sont également très présents dans notre groupe.

Victimes

Âge de la (des) victime(s)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 - 3 ans : 20% ▪ 4 - 6 ans : 45% ▪ 7 - 9 ans : 35%
Sexe de la (des) victimes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Filles : 40% ▪ Garçons : 35% ▪ Deux sexes : 25%
Lien avec la (les) victime(s)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fratrie : 30% ▪ Enfant du conjoint d'un parent : 20% ▪ Autre lien familial : 20% ▪ Connaissance : 30%
Nombre de victimes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une victime : 55% ▪ Deux victimes : 15% ▪ Trois victimes et plus : 30%
Préadolescents/ incident unique	20%

Nos données relatives à l'âge de la victime montrent que les enfants qui sont abusés le sont précocement. On note un écart d'âge significatif (4 ans ou plus) dans 65% des cas entre le préadolescent et sa victime. La répartition quant au sexe de la victime est presque équivalente entre les garçons et les filles. On constate à l'examen du lien avec la victime que ces enfants agressent d'abord les enfants qui sont près d'eux. En effet, 100% de ces enfants connaissaient leur victime.

Enfin, un pourcentage significatif (45%) de ces enfants ont abusé sexuellement plus d'une victime tandis qu'une faible proportion (20%) d'entre eux ont présenté un seul événement abusif.

Abus sexuels

Niveau de violence

Séduction, persuasion, chantage, menaces verbales	80%
Utilisation de force, coups	20%

Types de contacts sexuels

Procéder à des attouchements	85%
Contacts oraux-génitaux	65%
Masturbation de ou par la victime	50%
Tentative de pénétration vaginale	25%
Tentative de pénétration anale	25%
Pénétration anale	25%
Pénétration vaginale	10%

Lorsqu'on s'intéresse au niveau de violence utilisée pour commettre les abus sexuels, on se rend compte qu'une majorité (80%) des préadolescents ont utilisé une force minimale, c'est-à-dire des stratégies de séduction, persuasion, promesses. Une minorité (20%) ont utilisé la force ou des coups pour soumettre la victime. Cette proportion nous apparaît quand même importante puisque la coercition requise pour soumettre un enfant significativement plus jeune est tout de même peu élevée. La violence démontrée lors de plusieurs de ces événements nous semble correspondre à un projet spécifiquement hostile. Par ailleurs, on remarque aussi une génitalisation importante quant à ces contacts sexuels qui impliquent d'aussi jeunes protagonistes. Aucun des enfants que nous avons évalués ne s'est limité à des attouchements sexuels au moment des abus.

Niveau de reconnaissance

Reconnaissance des agirs sexuels	80%
Reconnaissance partielle d'autres problèmes dans leur vie	70%
Reconnaissance minimale des parents de la problématique de leur fils	70%
Reconnaissance de la présence d'idées sexuelles en lien avec les abus	65%
Reconnaissance d'idées sexuelles abusives actuelles	25%

La reconnaissance des comportements sexuels abusifs est assez bonne chez les préadolescents que nous avons rencontrés. Ces enfants reconnaissent aussi avoir d'autres problèmes dans leur vie, avec leur famille, à l'école, face à leurs pairs, par rapport à l'autorité, avec l'agressivité, la résolution de conflits, etc... Ils sont toutefois incapables de faire le lien entre leurs difficultés multiples et les abus sexuels qu'ils ont faits.

Le niveau de reconnaissance des enfants et des parents quant à la problématique sexuelle et aux difficultés présentées par l'enfant dans les autres sphères de sa vie est en général similaire. Toutefois, bien qu'une majorité de parents reconnaissent les difficultés de leur garçon, ils ont souvent du mal à identifier ce qui, dans leur mode de vie ou dans leurs difficultés personnelles, peut être en lien avec les comportements sexuels problématiques de leur fils. Plusieurs de ces familles, malgré leurs aspects dysfonctionnels, sont aux prises avec une culpabilité réelle. Elles doivent vivre de nombreux bouleversements suite au dévoilement des abus sexuels, bouleversements face auxquels elles sont souvent mal équipées. Les parents doivent ainsi parfois composer avec deux enfants impliqués, l'un victime, l'autre abuseur, de même qu'avec les réactions de l'entourage. Ils sont aussi souvent les premiers pointés, à tort ou à raison, comme étant les responsables des difficultés de l'enfant. Comme clinicien, il ne faut pas perdre de vue que le traitement des enfants ne saurait être efficace sans la collaboration des parents. La prise en charge de leurs responsabilités nécessite autant de support que de remise en question de la part de l'intervenant auprès des parents.

Motivation

Les jeunes garçons que nous rencontrons ont souvent connu un éveil sexuel précoce lié aux abus sexuels qu'ils ont vécus ainsi qu'aux modèles sexuels auxquels ils ont été exposés. On peut parler ici de surstimulation sexuelle en bas âge. Ces enfants vivent de la confusion par rapport à la sexualité. La sexualité en vient parfois à prendre une place démesurée au détriment des autres sphères de leur vie. La proportion de nos sujets présentant une compulsivité sexuelle (30%) nous apparaît comme une indication en ce sens.

La motivation peut donc apparaître parfois comme surtout sexuelle, mais ces enfants vivent aussi dans des environnements familiaux passablement perturbés où ils vivent de nombreux malaises. Ils ont peu de mots pour les exprimer, peu d'adultes de confiance autour d'eux à qui se confier. Le réseau social est souvent trop limité pour procurer une compensation significative ou permettre l'expérimentation de nouveaux modes relationnels. Les préadolescents que nous rencontrons rapportent souvent avoir ainsi commis des abus sexuels afin de se soulager des émotions négatives qu'ils ressentaient, particulièrement la colère, la jalousie, le désir de vengeance ou encore la peur, l'angoisse, la confusion et la solitude. La motivation apparaît donc parfois plus vindicative, parfois plus liée à des facteurs d'anxiété et de dévalorisation.

SYNTHÈSE DES DONNÉES RECUEILLIES

Il semble se dessiner deux profils particuliers au sein de notre groupe. Le premier, le plus largement décrit dans la littérature scientifique sur le sujet, est constitué de jeunes garçons provenant de familles en détresse où ils ont été abandonnés par l'un de leur parent, victimes d'abus multiples et où ils ont été exposés à des modèles parentaux inappropriés. Ces enfants présentent des comportements impulsifs, une faible capacité à se contrôler et à anticiper les conséquences réelles de leurs actes. Ils sont d'ailleurs très souvent porteurs de diagnostics de trouble déficitaire de l'attention, de trouble oppositionnel ou de trouble de la conduite. Leurs difficultés relationnelles sont attribuables à l'opposition et l'agressivité manifestées face aux autres. Ces enfants présentent des comportements sexuels plus compulsifs, face à plus d'une victime. Leurs abus sont aussi caractérisés par des éléments de coercition plus manifestes.

Le deuxième profil est constitué de garçons provenant de familles moins dysfonctionnelles au niveau des modèles parentaux. Ils proviennent de familles où ils n'ont pas été victimes de violence ou d'abus sexuels. Toutefois, il s'agit de familles où les relations entre les parents sont très conflictuelles et où les conflits perdurent au delà de la séparation. Ces enfants se retrouvent dans des familles recomposées où ils ont l'impression de ne plus avoir leur place. Il s'agit de garçons souvent timides, renfermés, qui sont incapables de mettre en mots leurs insatisfactions. Ils ressentent de plus en plus de colère par rapport à leurs parents et à la fratrie. Ils sont incapables de la nommer et sont souvent alimentés dans leur colère par l'autre parent. Ces enfants ne présentaient pas de trouble du comportement antérieur aux agirs sexuels abusifs. Ils ont abusé d'enfants dans la fratrie par rapport auxquels ils vivaient de la jalousie ou présentent leur motivation comme étant un désir de se venger des parents. Les abus sexuels sont commis sur une seule victime et s'étendent souvent sur une longue période de temps puisqu'ils vivent ensemble.

INTERVENTION

L'ensemble de ces enfants (qu'ils appartiennent à l'un ou l'autre de ces profils) présentaient une détresse importante au moment de l'évaluation. Ils nécessitaient une intervention immédiate compte tenu de la gravité des gestes commis et des difficultés personnelles présentées. Les deux profils de préadolescents appelaient toutefois des interventions différentes. Les enfants correspondant au premier profil nécessitaient d'abord d'être arrêtés et encadrés soit par leurs parents ou dans un autre type de ressource. Le travail devait être axé ensuite sur le développement et/ou l'amélioration des stratégies de contrôle de la colère et de contrôle de l'impulsivité. La pharmacothérapie a aussi été utilisée afin d'améliorer les capacités d'attention, de réduire l'impulsivité et ainsi permettre l'acquisition de nouvelles compétences. L'intégration de ces enfants dans des activités avec des pairs du même âge, en fonction de leurs intérêts et avec le support d'adultes, était aussi nécessaire. Au niveau familial, il convient d'insister sur l'amélioration des capacités d'encadrement et sur l'identification des comportements à modifier et des stratégies réalistes à mettre en place pour y arriver.

Les enfants du deuxième groupe avaient d'abord besoin d'être aidés à identifier leurs besoins, leurs insatisfactions et à mettre des mots sur leur vécu. Ils avaient besoin ensuite d'être appuyés dans leurs démarches d'affirmation face à leurs parents et de développer des stratégies pour éviter de se retrouver au centre des conflits des parents ou au moins d'être en mesure de parler de leur inconfort. L'amélioration des capacités à mieux gérer la colère chez ces enfants est en lien direct avec l'amélioration des capacités à s'affirmer d'abord face aux parents. L'intégration dans des activités avec des pairs à ce moment crucial de leur vie semblait aussi incontournable.

Au niveau familial, il semblait nécessaire de rétablir et d'améliorer la communication entre les parents et l'enfant. De plus, compte tenu que la victime se trouvait presque toujours dans le milieu familial, il s'avérait nécessaire de travailler au niveau de l'encadrement afin d'éviter une récurrence d'abus sexuel tout en permettant au préadolescent d'avoir encore sa place à la maison.

CONCLUSION

Notre étude émane de notre souci de fournir une première description d'une problématique à laquelle nous avons été récemment confrontés. À partir de ces premiers résultats, il nous est apparu nécessaire d'être encore plus systématiques dans la poursuite de ces travaux. Nous avons donc mis sur pied un nouveau questionnaire qui a été informatisé afin de permettre un traitement des données plus élaboré et, éventuellement, de vérifier un certain nombre d'hypothèses plus sophistiquées. Comme ces problématiques sont relativement peu fréquentes, nous souhaitons nous associer à d'autres centres où ces préadolescents sont référés, l'utilisation partagée du questionnaire et du logiciel rendant disponibles un plus grand nombre de données pour les organisations concernées.

À l'heure actuelle, une description plus étoffée des familles d'origine nous semble être de la première importance, car les descriptions actuelles dans la littérature ne correspondent pas à l'ensemble des tableaux rencontrés en clinique. Une description plus complète et systématique permettrait peut-être de mieux comprendre l'étiologie de ces comportements en général et, plus particulièrement, la relation entre le type de familles et la nature des comportements présentés par l'enfant.