

Le consentement, une question de compétences

Le consentement sexuel est un processus complexe qui nécessite l'acquisition et la mobilisation d'habiletés que sont les compétences psychosociales (CPS). La clinique des auteurs de violences sexuelles confirme l'implication des CPS dans la réception et la prise en compte du désir de l'autre. La prévention basée sur leur développement est donc essentielle et peut s'appuyer sur des outils.

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – compétence psychosociale ; consentement ; désir ; sexualité ; violence sexuelle

Consent is a matter of competence. Sexual consent is a complex process that requires the acquisition and mobilization of psychosocial skills (PSC). The clinical experience of perpetrators of sexual violence confirms the involvement of PSCs in the reception and consideration of the desire of the other. Prevention based on their development is therefore essential and can be supported by tools.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – consent; desire; psychosocial competence; sexuality; sexual violence

Le consentement marque la frontière entre la sexualité et la violence sexuelle. Il est essentiel d'en comprendre le principe et les conditions, et de développer les compétences qui le sous-tendent pour construire une sexualité dans le respect de soi et de l'autre¹.

Définition du consentement sexuel

Évoquer l'absence de consentement dans un contexte de violences sexuelles suppose tout d'abord de bien poser la définition du consentement sexuel, et de décrire la façon dont il se manifeste à l'individu et s'exprime.

♦ **Le consentement sexuel consiste à communiquer, de façon verbale ou non verbale, sa volonté de s'engager dans une activité sexuelle [1].** Cette définition, qui fait consensus, rappelle donc que le consentement suppose une volonté de l'émetteur, qu'il doit savoir lui-même identifier, et une communication vers le récepteur par les mots, les gestes ou l'attitude corporelle. Plusieurs processus s'opèrent au niveau de l'émetteur du message mais aussi entre l'émetteur et le récepteur, et peuvent se mesurer selon des échelles validées.

♦ **L'Internal Consent Scale (ICS) mesure le consentement interne à travers différents critères :**

- réponse physique (battements du cœur, érection, etc.) ;
- sentiment de sécurité et de confort (sécuré, respecté, protégé) ;

- état d'éveil (intéressé) ;
 - volonté (désir) ;
 - disponibilité (c'est le moment, c'est sûr, etc.) [2].
- Lorsque le sujet a conscience que la volonté est présente, alors vient le temps de l'expression.

♦ **L'External Consent Scale (ECS) évalue les indicateurs du consentement externe au regard des éléments suivants :**

- comportements non verbaux (caresser par exemple) ;
- communication verbale ;
- *borderline pressure* (s'isoler avec son partenaire, fermer la porte, etc.) ;
- comportements passifs (se laisser caresser par exemple) ;
- absence de réponse.

♦ **Plusieurs études ont tenté d'établir un lien entre le consentement interne et le consentement externe afin de mettre en évidence une éventuelle correspondance entre les deux [3,4].** Mais ce que ces échelles ICS et ECS évoquent, c'est avant tout la pluralité des expressions internes et externes du consentement. Or, les travaux sur l'initiation à la relation sexuelle démontrent que l'essentiel de l'expression de l'engagement dans la relation se fait de façon indirecte, et non verbale, et que « *les initiations indirectes sont jugées plus désirables* » (figure 1) [5].

♦ **L'enfant prépubère ne peut consentir à un acte sexuel.** Il n'est pas capable d'accéder à un consentement interne. Il n'a pas le recul et la maturité pour

Cécile Miele^{a,*,b}

Psychologue sexologue,
responsable pédagogique
du diplôme interuniversitaire
de sexologie

Céline Bais^c

Psychiatre, praticienne
hospitalière, coordinatrice
du centre ressource pour
les intervenants auprès des
auteurs de violences sexuelles
du Languedoc-Roussillon

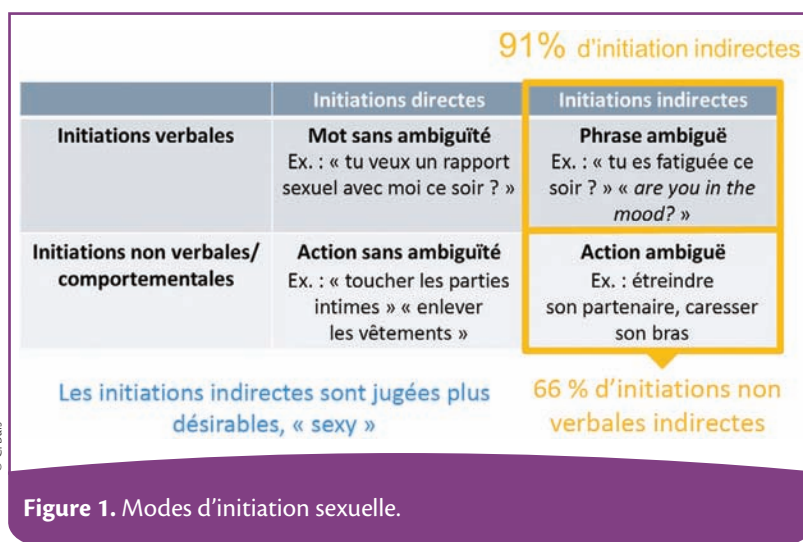
^aCentre médico-psychologique (CMP B),
centre hospitalier universitaire
de Clermont-Ferrand,
58 rue Montalembert,
63003 Clermont-Ferrand
cedex 1, France

^bFaculté de médecine,
université Clermont-Auvergne,
28 place Henri-Dunant,
63000 Clermont-Ferrand,
France

^cDépartement urgence
et posturgence,
centre hospitalier universitaire
de Montpellier,
371 avenue du Doyen-Gaston-Giraud,
34090 Montpellier,
France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :
cmiele@chu-clermontferrand.fr
(C. Miele).



Note

¹ D'après la 4^e journée de formation organisée, le 23 novembre 2021, sur le thème "Sexualité et consentement" par l'équipe du pôle de victimologie du centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand, la délégation départementale aux droits des femmes et l'Ordre départemental des sages-femmes, dans le cadre de la Journée internationale pour l'élimination des violences à l'égard des femmes.

prendre une décision éclairée concernant l'acte sexuel en lui-même. En ce sens, il n'a pas la capacité de dire "oui" autrement que sous la pression d'un adulte, ce qui constitue de fait une infraction à caractère sexuel (viol ou agression sexuelle selon le type d'acte).

Rôle des compétences psychosociales

Le consentement, compris comme la volonté et son expression, suppose donc que l'émetteur ait des compétences d'*insight* (conscience de soi), mais aussi de communication. Quant au récepteur, il doit pouvoir faire preuve d'écoute et d'empathie vis-à-vis de l'émetteur. L'ensemble de ces qualités peut relever des compétences psychosociales (CPS).

Les CPS correspondent à la « *capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement* » [6]. Au nombre de dix, les CPS se développent dès le plus jeune âge et tout au long de la vie (figure 2).

Quand les CPS font défaut

L'acquisition des CPS diffère selon les personnes, en fonction de l'éducation mais aussi des éventuels troubles psychiques et mentaux.

Patients porteurs d'un handicap psychique

La loi du 11 février 2005, dite loi sur le handicap, définit le handicap psychique comme la conséquence directe des troubles psychiques et des pathologies psychiatriques [7].



◆ **Les déficiences** peuvent s'exercer dans différents domaines :

- troubles de la volonté ;
- troubles de la pensée ;
- troubles de la perception ;
- troubles de la communication et du langage ;
- troubles du comportement ;
- troubles de l'humeur ;
- troubles de la conscience et de la vigilance intellectuelle ;
- troubles de la vie émotionnelle et affective.

◆ **Les personnes concernées par ces troubles** éprouvent potentiellement des difficultés dans le maniement des CPS et, donc, face au consentement dans sa double acception :

- reconnaissance d'une volonté et expression de celle-ci (pour l'émetteur) ;
- réception d'un message indirect (pour le récepteur).

◆ **Le fait de vivre avec un handicap psychique** n'empêche pas d'avoir une vie sexuelle. La sexualité est un droit fondamental, dont l'accès nécessite, dans ce cas, d'être aménagé. Aussi la protection des personnes ne doit-elle pas se faire au détriment de leur liberté individuelle d'exercer leurs droits, dont celui-ci fait partie. Sur le plan clinique, une évaluation dimensionnelle est indiquée, et non pas

une extrapolation sur la base d'un diagnostic catégoriel [8]. L'éducation et la prévention sont nécessaires pour accompagner le développement de tous vers une santé sexuelle satisfaisante.

♦ **Les violences sexuelles et les difficultés liées au consentement** concernent particulièrement les patients qui vivent avec un handicap. Mais, contrairement à certaines idées reçues, ce sont massivement des victimes et non pas des auteurs. Leur sexualité doit donc être accompagnée et ne pas nous faire peur.

Auteurs de violences sexuelles

L'évaluation des auteurs de violences sexuelles montre que les CPS sont bien au cœur de la problématique.

♦ **Elles peuvent faire défaut**, selon plusieurs registres :

- registre du défaut de CPS :
 - déficit en habiletés sociales,
 - défaut d'*insight*,
 - déficit cognitif,
 - alexithymie ;
- registre du déni : distorsions cognitives ;
- registre de la personnalité :
 - déni de l'altérité,
 - personnalités antisociales ;
- résidus d'antécédents traumatiques :
 - troubles de l'attachement,
 - mauvaise estime de soi,
 - modèles d'interaction inadaptés.

♦ **L'ensemble de ces problématiques constituent des entraves aux CPS** qu'il est fondamental de développer. Le soin est le recours privilégié pour les patients qui sont déjà passés à l'acte, notamment *via* :

- l'entraînement aux habiletés ;
- la remédiation cognitive ;
- la psychothérapie ;
- la psychoéducation.

Prévenir les violences sexuelles

Trois axes de prévention des violences sexuelles se dégagent :

- la promotion de la santé sexuelle ;
- le développement des CPS ;
- un travail sur les représentations sociales des rôles de genre, de la sexualité en particulier.

♦ **Pour l'Organisation mondiale de la santé, la santé sexuelle** « est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal en relation avec la sexualité, et non pas seulement l'absence de maladies,

de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés » [9].

♦ **Plusieurs textes de référence attestent que le développement des CPS** est un vecteur de prévention des violences sexuelles auprès d'un public tout-venant, dès le plus jeune âge. Il en va ainsi du rapport de la commission d'audition publique conduite, en 2018, par la Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles, "Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge" [10], et du dossier de la revue

La Santé en action, publiée en juin 2019, intitulé "Prévention des violences sexuelles : comment agir ?" [11].

♦ **Des outils sont proposés** pour soutenir ces démarches de prévention : le Selflife [12] et la "Boîte à outils de prévention des violences à caractères sexuel et/ou sexiste" [13], créés respectivement par le centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAIVS) Auvergne et le CRIAIVS Languedoc-Roussillon, sont recommandés pour intervenir en prévention primaire.

Conclusion

La perception du consentement, qui est une notion difficile à expliciter, repose sur la mobilisation des CPS. La prévention et la prise en charge des auteurs de violences sexuelles doivent prendre en compte cet aspect pour permettre aux individus d'avoir des relations et des expériences plaisantes, sans discrimination ni violence. •

Références

- [1] Hickman SE, Muehlenhard CL. By the semi-mystical appearance of a condom": How young women and men communicate sexual consent in heterosexual situations. *J Sex Res* 1999;36(3):258–72.
- [2] Jozkowski KN, Sanders S, Peterson ZD, et al. Consenting to sexual activity: the development and psychometric assessment of dual measures of consent. *Arch Sex Behav* 2014;43(3):437–50.
- [3] Willis M, Marcantonio TL, Jozkowski KN. Internal and external sexual consent during events that involved alcohol, cannabis, or both. *Sexual Health* 2021;18(3):260–8.
- [4] Willis M, Blunt-Vinti HD, Jozkowski KN. Associations between internal and external sexual consent in a diverse national sample of women. *Pers Individ Dif* 2019;149:37–45.
- [5] Vannier SA, O'Sullivan LF. Communicating Interest in sex: verbal and nonverbal initiation of sexual activity in young adults' romantic dating relationships. *Arch Sex Behav* 2011;40(5):961–9.
- [6] Centre de recherches et d'informations pour la santé Île-de-France. Les compétences psychosociales. 7 février 2022. www.lecrips-idf.net/competences-psychosociales.
- [7] Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647.
- [8] Miele C, Lacambre M, Moulin V. Exploration dimensionnelle des interactions sexualité/handicap psychique. Exemple d'application dans le champ de la psychose schizophrénique. *Sexologies* 2022;31(1):61–9.
- [9] Organisation mondiale de la santé. La santé sexuelle à tous les stades de la vie. Définition. www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition.
- [10] Delarue JM, Alezrah C. Auteurs de violences sexuelles: prévention, évaluation, prise en charge. Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018. Paris: Audition Publique; 14-15 juin 2018. www.ffcriavs.org/media/filer_public/01/2d/012d3270-9129-4689-8e79-ed456fd28ecf/rapport_du_17_juin_2018.pdf.
- [11] Le Lay E, Lemonnier F, Miele C. Prévention des violences sexuelles : comment agir ? *La Santé en action* 2019;(448):4–47. www.santepubliquefrance.fr/content/download/186952/2320566.
- [12] Miele M, Canale N. Intérêt de la sexologie dans la prévention primaire et secondaire des violences sexuelles. Types d'intervention. In: Coutanceau R, Damiani C, Lacambre M, editors. *Victimes et auteurs de violences sexuelles*. Paris: Dunod; 2016. p. 301–8.
- [13] Centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles du Languedoc-Roussillon. Boîte à outils de prévention des violences à caractères sexuel et/ou sexiste. <https://boat.chu-montpellier.fr/fr/>.

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

*Le développement
des CPS est un vecteur de
prévention des violences
sexuelles auprès d'un public
tout-venant*