

h e t s

**Haute école de travail social
Genève**

Centre de formation
continue (cefoc)

DAS en Santé sexuelle : Interventions par l'éducation et le conseil 2019/2021

COMPORTEMENTS SEXUELS APPROPRIES OU INAPPROPRIES CHEZ L'ENFANT EN AGE SCOLAIRE (4-12 ans)

Travail de diplôme

Septembre 2021

Elodie Prezioso
69 rue de la Prulay
1217 Meyrin

Elodie.miranda24@gmail.com

Résumé

La sexualité infantile est encore aujourd'hui méconnue, pourtant elle fait partie d'une croissance harmonieuse de l'enfant. Les comportements sexualisés chez les enfants questionnent les adultes quant à leur normalité ou leur perversité. Ils s'inscrivent dans un continuum entre jeux exploratoires normatifs et comportements sexuels problématiques (CSP). Différencier entre ces deux entités n'est pas aisé. Pour cela, une connaissance du développement psychosexuel sain et des critères préoccupants est nécessaire. Dans les deux cas, il est essentiel de pouvoir apporter une réponse adéquate allant d'une intervention éducative positive à une prise en charge multidisciplinaire médico-psycho-sociale. Certains outils comme le Flag System ont été développés pour soutenir les adultes et les enfants dans la prise de décision quant à un comportement sexuel normal ou inquiétant. Les médias hypersexualisés, auxquels ont accès les enfants, exercent également une influence sur leur psyché. Cependant, leurs conséquences sont encore peu connues. La préservation de la sexualité infantile est un intérêt de santé publique dont les droits sexuels doivent être garantis. Dans cette optique, les spécialistes en santé sexuelle ont un rôle fondamental à jouer dans la sensibilisation, la formation, l'éducation, l'information, la prévention et la promotion de la sexualité des enfants.

Table des matières

Résumé	1
1. Introduction	3
2. La sexualité des enfants	4
3. Développement psychosexuel « normal »	5
3.1. Quelques mots sur le développement psychosexuel de l'enfant de 0 à 4 ans	5
3.2. Le développement psychosexuel des enfants en âge scolaire de 4 à 12 ans	6
4. Comportements sexuels problématiques (CSP) chez les enfants	8
4.1. La prévalence des CSP	11
4.2. L'étiologie des CSP	11
5. Les outils	12
6. Les adultes témoins	14
7. Les interventions des CSP	17
8. Les médias et les comportements sexuels infantiles	21
9. Les spécialistes en santé sexuelle et les comportements sexuels infantiles	22
10. Conclusion	23
11. Bibliographie	25
12. Annexes	28

1. Introduction

Par souci de compréhension, j'utilise le mot enfant pour caractériser les personnes de 0 à 12 ans et parfois pré-pubère ou pré-adolescent-e pour les 10 à 12 ans. J'utilise le terme d'adolescent-e pour les mineurs de 13 à 17 ans.

Lors de mon parcours professionnel en tant que médecin scolaire, puis lors de mes stages dans les services d'éducation sexuelle et de conseil en santé sexuelle, j'ai remarqué beaucoup de sollicitations concernant les comportements sexualisés d'enfants. Ces préoccupations émanent souvent des adultes : les parents, les professionnel-le-s de l'école (enseignant-e-s, directrices et directeurs, éducatrices et éducateurs, animatrices et animateurs du parascolaire, etc.) ou tout adulte en contact étroit avec des enfants (voisin-e-s, entraîneurs/euses, etc.). En effet, ils/elles sont plus à même d'être témoins de tels comportements. Parfois, les enfants se questionnent également sur leurs intérêts, curiosités et/ou expériences vécues en relation à la sexualité. La question sous-jacente est toujours « est-ce normal ? ». Un enfant de 11 ans s'inquiète de se masturber trois fois par jour, est-ce trop ? A-t-il un problème ? Une enseignante se demande que faire après avoir surpris un petit garçon et une petite fille de 5 ans dans les toilettes en train de se faire des bisous sur le sexe ?

Ces comportements soulèvent des interrogations sur l'accès de plus en plus précoce à des images non adaptées au stade de développement (ex : imitation d'une relation sexuelle adulte). Souvent, ces situations déclenchent des réactions émotionnelles fortes qui se répercutent non seulement sur les enfants mais aussi sur les adultes. En effet, les perceptions entre adultes et enfants peuvent être différentes. Le danger se concrétise lorsque l'adulte projette sa vision de la sexualité sur celle des enfants. Cela est en partie dû à une méconnaissance du développement psychosexuel des enfants.

La sexualité chez les enfants reste une notion qui met mal à l'aise, alors que celle-ci est naturelle et essentielle à leur développement. En effet, la peur de l'enfant abusé-e et/ou agresseur/euse provient souvent de l'angoisse sous-jacente aux réactions excessives des adultes. Pour remédier à cet inconfort, il est urgent que le développement psychosexuel depuis le jeune âge soit connu. Les adultes devraient pouvoir reconnaître les « redflags » qui nécessitent une prise en charge ultérieure (médico-psycho-sociale voire judiciaire). Parfois un simple recadrage éducatif est suffisant. Parfois, une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire. Il faut éviter une « médicalisation » et/ou « pathologisation » systématique des comportements exploratoires sexuels des enfants. L'école est l'endroit où les enfants en âge scolaire passent la majorité de leur temps en dehors du cadre familial, raison pour laquelle

l'école est propice à promouvoir leur santé sexuelle. Qu'est-ce qu'un jeu sexuel normal entre enfants ou un comportement sexuel approprié chez un-e enfant ? Qu'est-ce qu'un comportement sexuel problématique (CSP) ? Quand faut-il s'inquiéter et quand faut-il en référer à quelqu'un ? et à qui ?

Pour pouvoir répondre à ces questions, les personnes en charge d'enfants doivent connaître les grandes phases du développement psychosexuel de l'enfant. Une fois cela fait, il sera plus aisé de différencier les comportements sexuels appropriés faisant partie du développement normal de la sexualité, des comportements inappropriés pouvant mettre en péril cet épanouissement. Par ailleurs, il est important de pouvoir acquérir des outils et des compétences non seulement sur la gestion pertinente des jeux sexuels bénins mais aussi lors de comportements sexuels inadaptés.

Dans ce travail, j'ai fait le choix de me pencher sur les enfants âgé-e-s de 4 à 12 ans (école primaire). Bien que les adolescent-e-s soient également touché-e-s par des comportements sexuels problématiques, ils/elles sont une population bien différente de celle des enfants plus jeunes. Les aspects bio-psycho-sociaux divergent grandement entre les deux. Par exemple, certains facteurs de risque présents chez les adolescent-e-s sont absents chez les enfants, tels que les abus de substances et les prises de risques face à une grossesse.

2. La sexualité des enfants

La sexualité infantile est encore aujourd'hui un tabou. La notion selon laquelle l'enfance est une phase asexuée et « innocente » est encore bien ancrée dans les mœurs. Pourtant, au début du XXème siècle avec la naissance de la psychanalyse, Freud projette au-devant de la scène l'enfant sexué et sexuel : « La psychanalyse a enterré la fiction de l'enfance asexuelle. (...) En fait, tout individu a connu cette phase, mais l'a activement refoulée. » (Freud, 1925, cité dans Brun & Chouvier, 2010, p. ix). Selon Freud, l'enfant est un pervers polymorphe qui façonnera la sexualité adulte normale ou déviante. Pour Freud, la sexualité n'est pas uniquement à visée reproductive mais représente un souffle de vie composé de désir, pulsions et plaisir.

Il décrit plusieurs phases de la sexualité infantile qui peuvent se chevaucher. La première est la phase orale. Elle prend source dans le plaisir du nouveau-né, puis du nourrisson dû à l'allaitement, et ultérieurement dû à l'exploration des objets qu'il met à la bouche. Ensuite, aux alentours de 2 ans, la phase anale s'acquiert avec le contrôle des sphincters. L'enfant décide de retenir ou d'expulser les selles et cela lui procure une certaine jouissance. La phase

phallique centre l'intérêt de l'enfant sur les organes génitaux externes. L'enfant réalise qu'il y a présence ou absence de phallus et donc que les filles et les garçons sont différents, entraînant chez certains l'angoisse de castration. L'enfant touche et prend conscience du plaisir que cela suscite. La masturbation et la différence entre les sexes se trouvent au centre de cette phase. Les jeux exploratoires comme le jeu du « docteur » apparaissent également. L'ambivalence entre montrer ou cacher ses parties intimes surgit. Le conflit œdipien émerge entre 3 et 5 ans. Il se traduit par un « attachement de l'enfant au parent du sexe opposé et par l'hostilité envers le parent de même sexe » (Brun & Chouvier, 2010, p.57). La sexualité infantile atteint un climax lors de la phase phallique avant de décliner dans la phase de latence. Celle-ci se situe entre 6 et 12 ans. Selon Freud, avec l'avènement de la pudeur, la latence est une phase de déssexualisation avant la phase d'adolescence.

Durant le développement de la sexualité infantile, il peut se produire des « fixations » immobilisant le développement psychosexuel dans l'enfance. Le résultat de ces arrêts conduit aux différentes déviances sexuelles appelées actuellement troubles paraphiliques (Brun & Chouvier, 2010).

Depuis Freud, plusieurs psychanalystes, psychiatres, psychologues et scientifiques se sont intéressés à la sexualité infantile et ont critiqué, agrémenté, modifié les théories freudiennes au gré de leurs observations. En outre, la phase de latence ne serait pas si latente que cela mais serait plutôt volontairement cachée par les enfants.

La sexualité chez les enfants est « récréative et sociable » (Hayez, 2004, p. 10). Sa présence est signe d'un bon développement psychosocial. En effet, les autistes, les enfants carencé-e-s ou souffrant de psychoses investissent très peu la relation à l'autre et les émois sexuels y sont très pauvres (Hayez, 2004).

Le plaisir que l'enfant ressent lorsqu'il autostimule ses parties génitales lui permet de calmer certaines tensions négatives telles que l'angoisse, la peur et la colère. Ce n'est pas une pensée érotique qui motive la masturbation mais bien l'apaisement d'une tension interne. Il en va de même pour les jeux exploratoires qui ne sont pas nécessairement incités par la recherche de gratification ou excitation sexuelle. L'assouvissement de la curiosité, l'envie d'imitation des adultes et/ou le contrôle des angoisses peuvent en être des buts (Hayez, 2004).

3. Développement psychosexuel « normal »

3.1 Quelques mots sur le développement psychosexuel de l'enfant de 0 à 4 ans

Dès les premiers mois intra-utérins, les fœtus masculins expérimentent des érections et les fœtus féminins, une lubrification vaginale. Ces réflexes peuvent être une réponse à une stimulation et/ou une friction comme chez les adultes. Il n'y a pas encore de désir érotique. Rapidement, les nourrissons vont à la découverte de leur corps et de ses sensations. Ils touchent leurs parties intimes et réalisent que c'est plaisant. Les garçons découvrent leur pénis autour de 6-7 mois et les filles découvrent leur vulve vers 10-11 mois (Hayez, 2004, p.54).

Vers 2 ans, les enfants développent une curiosité plus marquée pour la nudité. La notion de pudeur s'acquérant plus tard, ils peuvent s'exhiber nus en public et continuer à manier leur sexe. Ils s'intéressent également aux parties intimes des autres. Il n'est donc pas rare, qu'ils essayent de toucher la poitrine des adultes, par exemple. Il n'est pas surprenant que ce soit à ce moment que les jeux sexuels exploratoires commencent (jouer au docteur, jouer au papa et à la maman) (Fondation Marie-Vincent, 2021; Mesman et al., 2019). Par ces comportements sexualisés, l'enfant cherche à construire son identité sexuée, à connaître son corps et celui des autres qui peuvent être différents. De plus, cela lui permet de se mettre en relation avec l'autre (Praplan Chastonay, 2004).

Les enfants en âge préscolaire ont plus volontiers des comportements sexualisés à la maison qu'en crèche (Mesman et al., 2019). Par ailleurs, ils présenteraient beaucoup plus de comportements sexualisés (visibles) que les enfants en âge scolaire (Friedrich et al., 1998).

3.2 Le développement psychosexuel des enfants en âge scolaire de 4 à 12 ans

La curiosité et la découverte sont au centre de l'exploration infantile et celle-ci ne s'arrêtera pas avec la rentrée à l'école. C'est entre 3 et 6 ans que l'attention se dirige vers les parties génitales. L'enfant s'intéresse d'abord à ses propres parties privées, puis remarque qu'il/elle est différent-e des autres. Il/elle prend alors conscience de la différence des sexes. C'est aussi à ce moment que surgit la question « comment fait-on les bébés ? ». Au travers de la vue et du toucher, l'enfant observe et caresse ses parties intimes. La pudeur n'étant pas encore acquise, il/elle peut se montrer un peu exhibitionniste et vouloir déshabiller et palper les autres (Friedrich et al., 1998; Hayez, 2004).

Cependant, après la rentrée à l'école, les enfants intègrent peu à peu les normes sociales de la pudeur et de l'intimité. Vers 6 ans, l'enfant commence à reconnaître la gêne que les parties génitales peuvent susciter chez les adultes. Ils/elles regardent avec moins d'insistance la nudité d'autrui et tripotent moins leurs parties intimes en public. Des émotions, telles que la honte et la culpabilité, émergent par rapport à l'intimité. L'enfant se détourne des adultes

proches vers ses pairs. L'âge moyen où les enfants expérimentent le plus de jeux symboliques sexuels est vers 7-8 ans. Entre 7 et 10 ans, les enfants veulent savoir à quoi servent leurs parties privées. Leurs discours se concentrent davantage sur la vie sexuelle des adultes.

Entre 10 et 12 ans, la préadolescence débute avec les premiers signes pubertaires. Il y a une intensification de la pudeur et de la gêne. Les parties intimes sont cachées en sortant de la douche ou à la piscine. L'intérêt pour le sexe opposé augmente. La curiosité scientifique autour de la sexualité continue et ce avec les premiers signaux de plaisir érotique envoyés par le corps. Les comportements exploratoires entre pairs deviennent plus fréquents et tendent vers les pratiques adultes. Le/la pré-adolescent-e prend intérêt à regarder les relations sexuelles adultes à travers la réalité ou la pornographie pour voir comment cela fonctionne (Hayez, 2004; Mesman et al., 2019)

En conclusion, avec un brin d'humour, Hayez écrit dans son livre *La Sexualité des enfants* (2004, p. 53-54) :

« Les enfants qui vont bien :

- L'enfant de 6-7 ans termine la découverte de son corps sexuel et de celui de l'autre sexe. Seul ou avec un pair qu'il affectionne, il procède aux dernières vérifications à propos de la « permanence de l'objet » et de l'inévitabilité de chaque sexualité ; ses dernières angoisses à ce propos n'ont pas disparu...

- L'enfant de 8 à 10 ans est un scientifique contemporain : le sexe l'intéresse, en vrac et sans tabous, mais à titre d'objet d'études. Il discute beaucoup de ces choses avec copains de toujours. Ils font même l'un ou l'autre exercice pratique, davantage pour savoir que pour prendre leur pied.

- Le préadolescent, lui, entrouvre la porte de la chambre sexuelle des ados et des adultes, puis s'y aventure pour son propre compte : il a envie d'essayer ses compétences et le plaisir physique l'intrigue d'abord puis l'intéresse beaucoup, en théorie et en pratique. »

La plupart du temps, les comportements sexuels sains se déroulent entre enfants qui se connaissent et dont le stade de développement psychosexuel est similaire. La différence d'âge est en général moins de 2 ans. Entre 60 à 80% des enfants expérimentent des jeux sexuels avec des enfants du même âge (Mesman et al., 2019; Welniarz & Medjdoub, 2012). Ils sont spontanés, sporadiques et s'arrêtent par eux-mêmes. Qui dit jeux sexuels adéquats avec des tiers dit consentement des participant-e-s. Il n'y a pas d'utilisation de force ou de contrainte lors de la participation d'autres enfants. En d'autres termes, les jeux sexuels adaptés sont exploratoires, consentants, occasionnels, sans détresse émotionnelle ni souffrance psychologique. De plus, le jeu s'arrête après l'intervention des adultes. Jouer au docteur ou

jouer au papa et à la maman font partie des jeux exploratoires. Les enfants jouent par imitation et s'identifient aux adultes de leur entourage. Ils peuvent donc imiter des relations sexuelles adultes (Hayez, 2004).

Cependant, bien qu'un intérêt pour les parties sexuelles, les relations sexuelles et les sensations qu'elles procurent sont admises dans le développement de l'enfant, les comportements qui en découlent peuvent être acceptés dans une certaine tranche d'âge et pas une autre, dans certaines cultures et pas d'autres (Chaffin et al., 2008).

4. Comportements sexuels problématiques (CSP) chez les enfants

Les comportements sexuels problématiques (CSP) se définissent comme des comportements chez des enfants de moins de 12 ans qui ne sont pas adéquats par rapport à leur développement et à leur âge, impliquant les parties sexuelles du corps (les parties génitales, les fesses, la poitrine) de l'enfant auteur-e ou celles des autres. Ils sont néfastes pour eux/elles-mêmes ou pour les autres (Chaffin et al., 2008). Ces comportements ne sont pas forcément initiés pour ressentir du plaisir ou de l'excitation sexuelle, mais peuvent résulter d'émotions telles que la curiosité, les angoisses, les peurs, la rage, des traumatismes ou de l'imitation. Les CSP ne sont pas un diagnostic psychiatrique mais doivent être une alerte pour des investigations ultérieures (St-Amand et al., 2017).

Une définition universelle et consensuelle des CSP n'existe pas. Cela complexifie d'autant plus leur prise en charge. Ce flou contribue à des réactions et interventions aléatoires de la part des adultes en charge de ces enfants.

En effet, la limite entre un comportement déviant/anormal/inadéquat/inapproprié se base sur les normes acceptées par la société. Celles-ci sont fluides démographiquement, géographiquement, culturellement, et à travers le temps. Pourtant, les professionnels s'accordent pour dire que les CSP appartiennent aux troubles du comportement (Moser et al., 2004). Ils engendrent des réactions émotionnelles importantes et sont rejetés par la collectivité. S'ils ne sont pas pris en charge de manière efficace et adéquate, ceux-ci peuvent provoquer une souffrance importante pour les enfants initiateurs/trices, les victimes et la famille (St-Amand et al., 2017).

Toute la difficulté et complexité se situent dans la distinction des jeux sexuels exploratoires normaux/normatifs/sains s'inscrivant dans un développement infantile psychosexuel épanouissant, des comportements étant problématiques pour ce même développement

(Moser et al., 2004). Cependant, certains comportements précis sont d'emblée considérés comme des CSP chez tous les enfants de moins de 12 ans qui les pratiquent, tels que les tentatives de relations sexuelles impliquant la pénétration, les contacts oraux-génitaux et l'insertion d'objets et/ou des doigts dans les orifices génitaux et/ou anaux (Boisvert et al., 2017). Pour d'autres comportements, la distinction est moins évidente car elle dépendra de plusieurs indicateurs. Par exemple, pour un âge donné, il peut être admis un certain degré d'exhibitionnisme et/ou de voyeurisme tant que cela ne devient pas « trop » fréquent, prend « trop » de place dans la vie de l'enfant à défaut d'autres activités développementales essentielles (jouer avec les autres enfants) et persiste malgré le rappel à l'ordre de la part des adultes (Boisvert et al., 2017; Chaffin et al., 2008; Mesman et al., 2019).

De multiples paramètres sont à prendre en compte pour déterminer un CSP dont (Chaffin et al., 2008; Friedrich et al., 1998; St-Amand et al., 2017) :

- La **rareté** du comportement sexuel par rapport à l'âge, au développement et à la culture de l'enfant (cf. image 1)
 - ◊ Se toucher les parties intimes en public à 2 ans versus à 12 ans.
- La **fréquence** élevée du comportement
 - ◊ Se toucher les parties intimes occasionnellement est moins inquiétant que le faire à chaque fois avant de sortir à l'extérieur.
- La **détresse émotionnelle**
 - ◊ Le comportement suscite une souffrance psychique importante chez l'initiateur/trice et/ou les enfants participant-e-s. Les CSP engendrent plus souvent des sentiments de honte, de culpabilité, d'anxiété et/ou de peur par rapport aux comportements sexuels normaux.
- L'utilisation de la **force, de la violence, de l'intimidation, de la coercition, de la menace**
- La présence de **blessures physiques** sur l'enfant initiateur/trice ou sur les autres
- L'implication d'enfants **d'âge et/ou de stades de développement** différents
 - ◊ Une différence d'âge de 2 ans est admise.
 - ◊ Deux enfants du même âge peuvent avoir de grosses variations de développement psycho-cognitif (ex : un-e enfant souffrant d'un trouble sévère du spectre de l'autisme et un-e enfant dont le développement est considéré dans la norme).
 - ◊ Le jeu exploratoire du docteur entre enfants de 5-6 ans n'est pas aussi inquiétant qu'un-e enfant de 12 ans faisant ce même jeu avec un-e enfant de 4 ans.

DAS Santé Sexuelle : Interventions par l'éducation et le conseil 2019/2021

Travail de Diplôme

- Le comportement interfère négativement dans **la vie sociale** de l'enfant impliqué-e.
 - ◊ Un-e enfant de 10 ans qui est rejeté-e par ses camarades car il/elle essaye de toucher leurs parties intimes.
- Persistance du comportement malgré les **recadrages** des adultes
- Le comportement est **planifié** plutôt que spontané.

Il n'existe pas de caractéristique unique permettant de discriminer un CSP d'un comportement sexuel sain. C'est la prise en considération simultanée de plusieurs des indicateurs susmentionnés qui le permet.

TABLE 1. Examples of sexual behaviors in boys		
Ages 2–5 years	Ages 6–9 years	Ages 10–12 years
>25% in normative samples		
Touches sex parts at home	Touches sex parts at home	—
Touches sex parts in public	—	—
Tries to look at others who are nude	—	—
Touches breasts	—	—
Stands too close	—	—
15%–25% in normative samples		
Very interested in opposite sex	Very interested in opposite sex	Very interested in opposite sex
Masturbates with hand	Tries to look at others who are nude	Wants to watch nudity on TV
Shows sex parts to adults	Touches sex parts in public	—
Dresses like opposite sex	Touches breasts	—
Hugs adults does not know well	Stands too close	—
5%–10% in normative samples		
Shows sex parts to other children	Tries to look at pictures of nude people	Tries to look at pictures of nude people
Touches adult's sex parts	Wants to watch nudity on TV	Knows more about sex
Kisses other children	Talks about sex acts	Talks about sex acts
Kisses adults does not know well	Touches another child's sex parts	Touches sex parts at home
Rubs body against people	Show sex parts to adults	Stands too close to others
<1% in normative samples		
Tries to have intercourse	Tries to have intercourse	Tries to have intercourse
Puts objects in vagina or rectum	Tries to put mouth on sex parts	Tries to put mouth on sex parts
Asks others to do sex acts	Asks another to do sex acts	Asks another to do sex acts
Tries to put mouth on sex parts	Inserts object into rectum or vagina	Inserts object into rectum or vagina
Makes sex sounds	Undresses adults against their will	Undresses adults against their will

Note. Dash indicates that no other behaviors occur in this age/frequency range. Source: Friedrich et al. (1998).

TABLE 2. Examples of sexual behaviors in girls		
Ages 2–5 years	Ages 6–9 years	Ages 10–12 years
>25% in normative samples		
Touches sex parts at home	—	Very interested in opposite sex
Touches breasts	—	—
Tries to look at others who are nude	—	—
Stands too close	—	—
15%–25% in normative samples		
Masturbates with hand	Touches sex parts at home	Knows more about sex
Very interested in opposite sex	Tries to look at others who are nude	Wants to watch nudity on TV
Touches sex parts in public	Stands too close	Stands too close
Shows sex parts to adults	Touches breasts	—
5%–10% in normative samples		
Touches another child's sex parts	Tries to look at pictures of nude people	Masturbates with hand
Wants to be the opposite sex	Wants to watch nudity on TV	Dresses like opposite sex
Kisses other children	Talks about sex acts	Talks about sex acts
Shows sexual parts to other children	Touches sex parts in public	Touches sex parts at home
<1% in normative samples		
Tries to have intercourse	Tries to have intercourse	Tries to have intercourse
Tries to put mouth on sex parts	Tries to put mouth on sex parts	Tries to put mouth on sex parts
Asks others to do sex acts	Asks other to do sex acts	Asks other to do sex acts
Pretends toys are having sex	Inserts object into rectum or vagina	Inserts object into rectum or vagina

Note. Dash indicates that no other behaviors occur in this age/frequency range. Source: Friedrich et al. (1998).

Image 1 : tableaux de la fréquence de certains comportements sexuels par tranche d'âge et différencié par filles et garçons. Source : Mesman et al. 2019

4.1 La prévalence des CSP

La prévalence des CSP selon l'âge n'est pas connue. Les CSP chez les enfants surviennent autant chez les filles que les garçons. En revanche, plus l'âge avance, plus il y a l'implication de violence et plus le genre masculin prévaut. C'est le cas chez les adolescent-e-s et les agresseurs/euses sexuel-le-s adultes (Mesman et al., 2019).

Certaines études montrent une augmentation des CSP ces dernières années. Cependant, une réserve doit être émise. Y a-t-il vraiment une augmentation en nombre absolu ou une plus grande tendance à signaler ces comportements (Chaffin et al., 2008) ?

4.2 L'étiologie des CSP

Les CSP présentent une palette de degrés de sévérité et de préjudices causés. Par conséquent, il n'y a pas de caractéristiques générales retrouvées chez tous les enfants avec CSP. Leurs profils sont hétérogènes et d'origines multifactorielles, si bien qu'il n'existe pas de portrait-type de l'enfant souffrant de CSP.

Parmi la constellation de facteurs de risque d'un CSP, il faut mentionner les facteurs individuels, tels que les retards de langage, cognitifs et autres troubles du comportement, les facteurs environnementaux, familiaux et socioéconomiques, tels que la précarité, les familles monoparentales, les abus de substance chez les parents, les maladies neuropsychiatriques, la maltraitance au sens large (physique, psychologique, violence conjugale, négligence) et un environnement hypersexualisé (St-Amand et al., 2017). L'environnement hypersexualisé floute les limites de l'intimité au travers de l'exposition de l'enfant à la nudité, aux relations sexuelles parentales et à la pornographie. Certain-e-s auteur-e-s se posent également la question des facteurs biologiques de type génétiques ou héréditaires (Chaffin et al., 2008). Il y a une plus grande probabilité d'avoir d'autres troubles du comportement et/ou des antécédents traumatiques associés aux CSP (Pithers et al., 1998). L'histoire traumatique, telles la victimisation sexuelle, la maltraitance et l'intimidation par les pairs semblent être des facteurs associés fréquents dans l'émergence des CSP. Ces enfants présentent des symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Allen, 2017; Johnson & Aoki, 1993). La qualité de l'attachement parent-enfant a également une influence sur les CSP. Si le parent n'a pas d'attitude positive envers l'enfant, se désintéresse complètement de lui/elle, une relation insécure risque de se construire mettant en péril la relation parent-enfant (Boisvert et al., 2017).

DAS Santé Sexuelle : Interventions par l'éducation et le conseil 2019/2021

Travail de Diplôme

De plus, les enfants ayant été abusé-e-s sexuellement par le passé sont plus susceptibles de développer un CSP. Cependant, cela reste un comportement rare chez les enfants abusé-e-s (6% des enfants abusé-e-s d'âge scolaire) (Chaffin et al., 2008; Friedrich et al., 2001; Mesman et al., 2019). Même un CSP très évocateur d'activités sexuelles adultes n'est pas suffisant pour conclure que l'enfant a été victime d'une agression sexuelle. C'est une allégation grave qu'il ne faut pas prendre à la légère.

Par conséquent, la multitude de facteurs étiologiques de l'origine des CSP rend difficile l'élaboration de lignes directrices pour leur prise en charge.

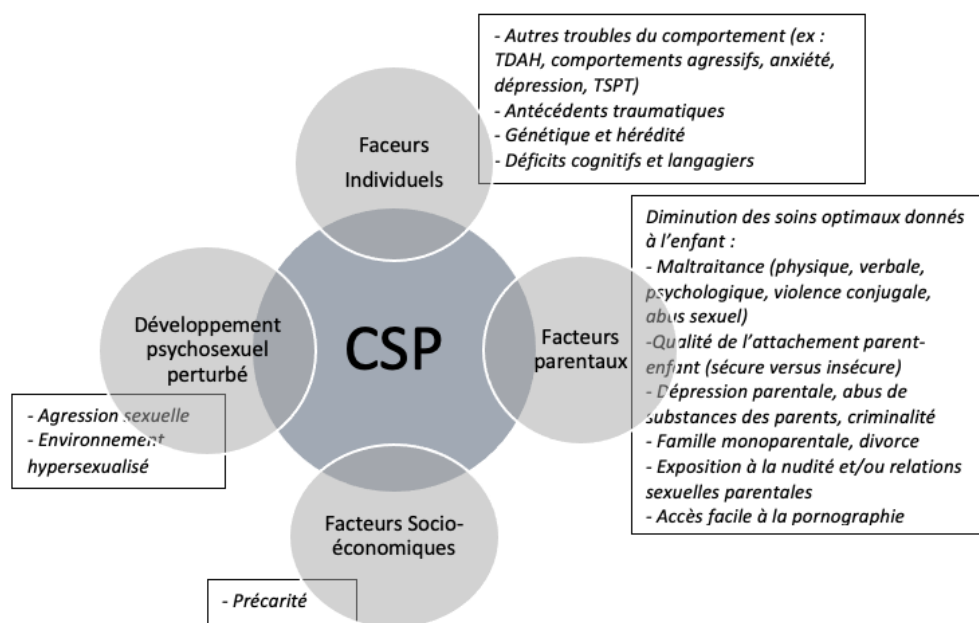


Image 2 : récapitulatif des facteurs étiologiques des CSP

5. Les outils

Les comportements sexuels infantiles s'inscrivent dans un continuum de comportements sexuels normaux à problématiques. Une des entraves à la bonne prise en charge des CSP est la distinction entre ces deux entités. Pourtant, d'un côté, une prise en charge particulière n'est pas nécessaire (sauf de l'éducation sexuelle positive et holistique) et, de l'autre, des mesures sont à prendre pour assurer le meilleur développement possible à l'enfant.

Plusieurs outils ont été développés pour pouvoir aider les adultes et notamment les professionnel-le-s de santé à reconnaître les CSP dont le Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) (cf. annexe 1) et la Child Sexual Behavior Checklist (CSBCL) (cf. annexe 2). L'outil utilisé en Suisse, reconnu et recommandé officiellement par Santé Sexuelle Suisse est le *Flag System* que je vais développer ici.

DAS Santé Sexuelle : Interventions par l'éducation et le conseil 2019/2021

Travail de Diplôme

Sensoa, le centre flamand d'expertise sur la santé sexuelle a développé le *Flag System*. Son objectif est de permettre à tout adulte ayant un rôle dans l'éducation des enfants (professionnel-le-s, parents, etc.) de déterminer si les comportements sexuels chez les enfants (de 0 à 18 ans) sont acceptables ou non, selon certains critères qui vont donner un code couleur donnant une gradation au comportement (vert, jaune, orange, et noir) allant d'un comportement sexualisé okay, légèrement problématique, problématique à totalement problématique et donc complètement inacceptable (cf. image 3). Ainsi, les professionnel-le-s pourront apporter une réponse aux enfant impliqué-e-s et/ou à leurs parents. Les 6 critères sont les suivants : le consentement mutuel, le plein gré, l'égalité, l'adéquation à l'âge/développement psychosexuel, l'adéquation au contexte et le respect de soi (cf. image 4). Le but étant également de déceler des comportements sexuels problématiques qui dépassent la limite de ce qui est permis.

La mission du *Flag system* est d'essayer d'harmoniser les pratiques face aux comportements sexuels exploratoires versus problématiques chez les enfants, de les détecter et de les prendre en charge adéquatement (cf. image 5). Par ailleurs, cet outil est fondé sur les droits sexuels et soutient une optique de santé sexuelle positive. Le *Flag System* joue un rôle dans la prévention des violences sexuelles et donne des informations sur la sexualité infantile, leurs désirs et leurs limites (Sensoa Flag System, 2021).

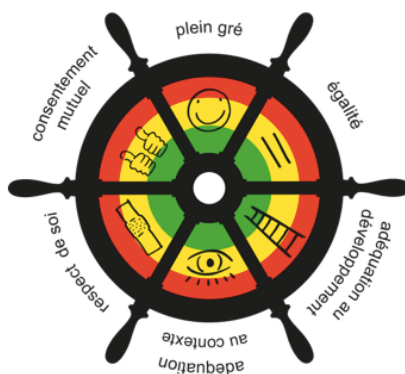


Image 3 : Le gouvernail du Flag System. Source : Sensoa Flag System, 2021

	Vert	Jaune	Rouge	Noir
Consentement mutuel	OK	+ -OK	-OK	- -OK
Plein gré	OK	+ -OK	-OK	- -OK
Égalité	OK	+ -OK	-OK	- -OK
Adéquation à l'âge ou au développement	OK	+ -OK	-OK	- -OK
Adéquation au contexte	OK	+ -OK	-OK	- -OK
Respect de soi	OK	+ -OK	-OK	- -OK

Évaluer les drapeaux

Image 4 : Évaluation de chaque critère. Source : Sensoa Flag System, 2021

DAS Santé Sexuelle : Interventions par l'éducation et le conseil 2019/2021
Travail de Diplôme

Réaction à/Objectif	Vert	Jaune	Rouge	Noir
Arrêter ou ne pas arrêter le comportement	Ne pas arrêter/ignorer le comportement	Arrêter le comportement ou offrir une distraction	Arrêter le comportement	Arrêter le comportement
Avoir le langage Clarifier Être prêt-e à débattre	Nommer/questionner	Nommer/questionner	Nommer/questionner	Nommer/questionner
Être capable de réfléchir avec empathie	Parler des émotions de toutes les personnes concernées	Parler des émotions de toutes les personnes concernées	Parler des émotions de toutes les personnes concernées	Parler des émotions de toutes les personnes concernées
Savoir quel comportement n'est pas problématique et comprendre pourquoi	Confirmer Expliquer pourquoi	Encourager un comportement positif Expliquer pourquoi	Encourager un comportement positif Expliquer pourquoi	Encourager un comportement positif Expliquer pourquoi
Savoir quel comportement est problématique et comprendre pourquoi		Isoler la partie inacceptable et expliquer pourquoi elle est problématique	Isoler la partie problématique et expliquer pourquoi elle est problématique	Isoler la partie problématique et expliquer pourquoi elle est problématique
Se mettre d'accord, décider de la suite et de l'approche à adopter		Passer des accords sur ce qu'il est possible de faire et sur l'approche à adopter	Passer des accords Intensifier l'accompagnement, faire attention au suivi et à la réparation	Passer des accords Intensifier l'accompagnement et limiter la liberté de mouvement, faire attention au suivi et à la réparation
Comprendre une interdiction et évaluer les conséquences			Confronter et interdire/expliciter les conséquences	Confronter et interdire/expliciter les conséquences et les mettre en œuvre
Connaître ses limites et agir librement				Intervenir
Faire des rapports			Rédiger un rapport	Rédiger un rapport et le transmettre

Image 5 : Recommandations d'actions par couleur de drapeaux. Source : Sensoa Flag System, 2021

6. Les adultes témoins

Les situations impliquant des comportements sexuels chez les enfants sont souvent émotionnellement chargées non seulement pour les enfants mais aussi pour les adultes témoins. Que les comportements soient adaptés ou inadaptés, ils ébranlent souvent les valeurs et les représentations de chacun. Raison pour laquelle, dans l'idéal chaque adulte en contact avec des enfants, que ce soit dans le milieu professionnel ou personnel, devrait avoir des connaissances sur le développement psychosexuel de l'enfant, ainsi que des compétences de communication pour pouvoir dialoguer.

Malgré cela, l'adulte doit se montrer conscient-e de ses limites et de ses méconnaissances. Parfois la frontière entre sain et préoccupant est incertaine car elle dépend non seulement du stade de croissance psychoaffectif de l'enfant, mais également des normes socio-culturelles

admises à un moment donné. Il y a encore bien souvent un affrontement des valeurs qui ont été inculquées depuis toujours sur l'angélisme de l'enfance.

Dans l'immédiat, il faut éviter les réponses émotionnelles excessives et, à l'autre extrême, éviter la banalisation (Bernard & Cuynet, 2014; Hayez, 2004). L'adulte doit éviter de projeter ses conceptions de la sexualité sur les enfants. Le développement et la croissance de l'enfant peuvent être engagés lorsque les comportements exploratoires sains sont trop sévèrement sanctionnés ou ne sont pas pris en charge adéquatement lorsqu'ils deviennent problématiques. Les réactions les plus souvent répertoriées face à n'importe quel comportement sexuel infantile sont la punition, le jugement et l'ignorance. La punition entraîne un sentiment de culpabilité, alors que la banalisation peut être interprétée comme une incitation. De plus, même les comportements sexuels sains nécessitent parfois des interventions adultes (purement éducatives). En effet, le contexte peut parfois être inadéquat (école, durant les cours de sport, etc.). Une attitude positive et une réponse pédagogique appropriée est nécessaire pour préserver l'intégrité sexuelle des enfants (Welniarz & Medjdoub, 2012).

L'adulte doit servir de guide. Il/elle est figure de bienveillance et d'autorité. Il/elle évite de censurer le comportement mais le recadre dans un contexte (public versus privé). Il/elle écoute les faits et essaye de les comprendre avant de juger et d'interdire. Il/elle confronte l'enfant auteur-e sans jugement, mais verbalise que le comportement est inadapté quand il l'est (Hayez, 2004). Le comportement peut être jugé mais pas l'enfant (Sensoa Flag System, 2021). L'adulte prohibe lorsqu'il y a une grande différence d'âge ou de développement psychique et émotionnel. Il/elle communique des informations claires, concises, adaptées à l'âge et à la capacité d'attention de l'enfant. Il/elle vérifie ensuite la compréhension. Si une inquiétude persiste quant au caractère problématique ou non du comportement et qu'un relai doit se faire, il faut le verbaliser à l'enfant (Hayez, 2004).

Mais concrètement que dire et quelle attitude adopter lorsqu'un-e adulte est témoin d'un comportement sexuel d'enfant troublant ?

1. Éviter les réactions émotionnelles fortes. Pour cela, il faut se laisser un petit temps pour prendre de la distance. Entretemps, le comportement doit cesser et une phrase telle que : « Peux-tu (pouvez-vous) arrêter ça tout de suite, s'il te plaît (s'il vous plaît) ... Rendez-vous dans une demi-heure pour en parler. » (Hayez, 2004, p. 237) dite avec calme et autorité. Ce temps permettra à l'adulte aussi d'anticiper certaines questions qu'il/elle va poser aux enfants.

2. Discussion avec le ou les enfants en commençant par l'enfant initiateur/trice puis les autres (s'il y en a). « Comment en es-tu arrivé-e à faire ça ? » « Qu'est-ce qui t'en a donné l'idée ? » « Comment ça a commencé ? » « Qu'est-ce que ça t'apporte ? » « Qu'as-tu fait pour qu'il/elle accepte ? » « Que lui as-tu dit ? » « As-tu réfléchi aux conséquences ? » « Que penses-tu qu'il/elle ressent-e ? ». Ci-dessus, quelques exemples de questions qui pourraient être posées dépendamment du contexte et de l'âge de l'enfant (Hayez, 2004, p. 237).

3. Au fur et à mesure des réponses de l'enfant, l'adulte peut exprimer ce qui l'inquiète ou pas et pourquoi : « Personnellement, je souhaite que tu (cesses de...). Voici pourquoi... Qu'en penses-tu ? » (Hayez, 2004, p. 234)

4. L'adulte peut terminer en exprimant ce qui est admis ou non dépendamment de la sévérité du comportement.
 - ◇ « Tu n'aurais pas dû faire cela et tu es prié de ne pas le recommencer ; nous n'avons jamais le droit de forcer quelqu'un pour trouver notre plaisir sexuel. » (Hayez, 2004)
 - ◇ « Dans notre pays (dans notre famille) les adultes ne veulent pas que (tu te conduises comme tu t'es conduit), parce que... » (Hayez, 2004)
 - ◇ « Il est ok de vouloir découvrir son corps. Mais cela fait partie de la vie privée et se déroule en privé. L'école (le parc, le centre commercial, etc.) sont des lieux publics et ne sont pas des endroits adéquats parce que... Quel endroit est privé pour toi ? »

5. S'il y a eu souffrance, physique et/ou psychologique, il peut y avoir une sanction constructive et/ou réparation (recopier des lignes n'est pas pertinent).

6. Indépendamment de ce que l'adulte décide de faire avec ce qu'il s'est passé (en parler aux parents, au reste de l'équipe éducative, signaler etc.), il peut être nécessaire de monitorer l'enfant, dans un premier temps, en augmentant la présence voire organiser un entretien après quelques jours pour faire le point : « Comment te comportes-tu maintenant avec ta sexualité ? Tu tiens toujours tes promesses ? » (Hayez, 2004)

Il est essentiel de ne pas rester seul avec des doutes et des questions concernant un comportement sexualisé chez un-e enfant. Les CSP, faisant partie des troubles du comportements, exercent une influence développementale négative.

7. Interventions des CSP

Lors des chapitres précédents, nous avons vu qu'il y a de multiples facteurs associés à la genèse des CSP (cf. image 2). Par conséquent, les prises en charge sont souvent multidisciplinaires. Elles vont d'un suivi thérapeutique psychologique simple à des sanctions pénales graves (Boisvert et al., 2017).

Parfois, le CSP est une cible secondaire du traitement, car il peut être en lien avec des troubles du comportements plus envahissants (agressivité, violence), de la santé mentale (TSPT, dépression, troubles anxieux, troubles de la personnalité), des apprentissages, cognitifs ou de la maltraitance (abus sexuel, négligence, violence conjugale). Dans ces cas, la prise en charge de la condition primaire peut avoir un effet bénéfique sur le CSP en plus d'une psychothérapie (St Amand et al., 2008).

Les interventions doivent être adaptées au cas par cas. Elles dépendent du type de CSP (p.ex. : CSP interpersonnel ou pas) et de son étiologie. En d'autres termes, elles doivent prendre en compte non seulement les caractéristiques de l'enfant (psychologiques, comportementales, développementales) mais aussi de son environnement socio-familial. Une évaluation clinique de l'enfant et une évaluation des actes commis (sévérité, souffrance commise) sont nécessaires occasionnant parfois des prises en charge diverses (Boisvert et al., 2017).

L'évaluation clinique du CSP est du ressort des spécialistes de santé (pédopsychologues, pédopsychiatres, pédiatres, spécialistes en santé sexuelle, etc.). Pour ce faire, elle exige un savoir approfondi du développement psychosexuel sain de l'enfant, des connaissances sur les troubles mentaux et les troubles du comportement des enfants (troubles des apprentissages, TDAH avec ou sans hyperactivité), sur la maltraitance et ses signes, des compétences pédagogiques et ethnopsychologiques.

Évaluation d'un comportement sexuel*Anamnèse du comportement*

- *Dynamique du jeu sexuel (cf. dommages)*
- *Age et stade de développement psychosexuel du ou des enfants impliqué-e-s*
- *Fréquence du comportement*
- *Dommages : utilisation force, violence, coercition, menaces, chantage, engendre de la peur, anxiété, honte et/ou provoque des lésions corporelles.*
- *Si l'enfant a déjà été repris et a déjà eu des interventions éducatives*

Antécédents de l'enfant

- *Trauma (violence sexuelle)*
- *Maltraitance*

Anamnèse familiale et sociale

- *Modèle éducatif (maltraitance physique, psychologique, négligence, violence conjugale)*
- *Environnement hypersexualisé (porno)*
- *Précarité*

Plusieurs modalités de thérapies ont été utilisées sur les enfants souffrant de CSP. Certaines proviennent de celles utilisées sur les agresseurs/euses sexuel-le-s comprenant des séances intensives, confrontantes, centrées sur la prévention de rechute, la responsabilité, l'empathie et le cycle d'agression (St Amand et al., 2008). D'autres dérivent de celles utilisées chez les personnes ayant des TSPT et/ou victimes d'agressions sexuelles centrées sur le trauma et d'autres encore sont psychoéducatives, moins intensives associées à de la guidance parentale (Carpentier et al., 2006).

La prise en charge psychoéducatrice comprenant une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) associée à de la guidance parentale est la plus efficace pour diminuer les CSP chez les enfants (Mesman et al., 2019). Plus l'enfant est jeune (âge préscolaire), plus l'implication des parents dans la prise en charge est essentielle, même s'ils ont influencé l'origine du CSP.

La TCC se concentre, notamment, sur le changement du comportement problématique, sur l'éducation des règles et des limites concernant la sexualité et sur des compétences de self-control. Les consignes doivent être claires et concises, ainsi que les conséquences découlant des infractions à ces règles. Par conséquent, pour assurer la compréhension de l'enfant, le développement cognitivo-psychosocial et langagier doit être pris en compte.

Les thérapies de groupe ont également montré des effets bénéfiques. Par le développement de compétences sociales à travers l'utilisation du jeu de rôle et du soutien par les pairs, elles diminuent le sentiment de stigmatisation et d'isolement. Elle permet l'observation des interactions sociales entre les enfants et à les ajuster si nécessaire. Cependant, le maintien de la confidentialité est parfois un obstacle à ce genre d'interventions. Lorsque les enfants sont mutiques, ne participent pas, ont un important retard de développement, se mettent en crise, les interventions de groupe ne sont pas indiquées (St Amand et al., 2008). De plus, lorsque le groupe d'enfants présente des CSP sévères, le risque est d'avoir un renforcement par les pairs et/ou une identification à des modèles négatifs. De plus, la TCC paraît avoir de

meilleurs résultats que la thérapie de groupe quant à la diminution des récidives de CSP sur le long terme (Carpentier et al., 2006; Mesman et al., 2019).

La guidance parentale, quant à elle, se consacre à développer des compétences parentales sur la gestion comportementale de leurs enfants, sur l'implémentation de règles et limites, sur l'encadrement et la vigilance pour un environnement sécurisé et non sexualisé tout en adoptant des méthodes de parentalité positive (Carpentier et al., 2006). Elle motive les parents à utiliser un modèle éducatif avec des récompenses en arborant des réactions favorables lorsque l'enfant a un comportement adapté. Elle vise à améliorer la communication et la relation parent-enfant et promeut la bienveillance. Les parents doivent bénéficier d'information et d'éducation concernant les étapes du développement psychosexuel. Pour ce faire, des consultations en présence des parents uniquement et/ou parents-enfants et/ou des actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) sont des pistes d'intervention (Mesman et al., 2019).

Les deux prises en charges thérapeutiques et éducatives paraissent indissociables pour l'amélioration du CSP. La prise en charge thérapeutique purement centrée sur les enfants, qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire, n'est pas aussi efficace au vu de l'influence qu'a l'environnement sur la genèse des CSP (Carpentier et al., 2006; Miragoli et al., 2017). En effet, toute la famille peut bénéficier de savoir sur les règles normatives et sociales, sur l'intimité sexuelle et la limitation des accès aux contenus sexualisés des écrans (St-Amand et al., 2017).

Certaines thérapies pour les enfants souffrant de CSP se sont inspirées des interventions utilisées pour les abuseurs/euses sexuel-le-s adolescent-e-s et adultes (Carpentier et al., 2006). Or, celles-ci ne seraient pas appropriées chez les enfants. En effet, les motivations des CSP chez les enfants et chez les agresseurs/euses sexuel-le-s de >12 ans ne sont pas les mêmes, comme l'absence de gratification sexuelle chez les enfants. Par ailleurs, l'enfant est encore en pleine croissance et son développement cognitivo-comportemental n'est pas encore terminé. En revanche, dépendamment de l'étiologie du CSP, les TCC centrées sur le trauma fonctionnent mieux que celles centrées sur le comportement sexuel problématique. C'est le cas pour les enfants souffrant de CSP ayant été abusé-e-s sexuellement (Boisvert et al., 2017).

Une des peurs des adultes concernant les enfants avec CSP réside dans le fait que ces dernier-ère-s deviennent des délinquant-e-s sexuel-le-s. Pourtant, les enfants ayant bénéficié d'une thérapie adéquate et spécifique aux CSP ne perpètrent pas plus de délits sexuels à l'adolescence ou à l'âge adulte, ce qui prouve l'importance d'intervenir (Carpentier et al., 2006).

Finalement, la flexibilité thérapeutique est nécessaire pour une adaptation optimale au profil de l'enfant auteur-e. A ce jour, il n'existe pas de guidelines communes et universelles, étant donné les caractéristiques diverses et variées des enfants avec CSP. Nous imaginons bien que la prise en charge thérapeutique ne peut pas être identique selon le type de CSP (interpersonnel versus auto-infligé), selon la gravité (blessure, utilisation de la force, violence, etc.) ou selon le background de l'enfant (familial, social et cognitif).

Dans l'idéal, les pairs, les professionnel-le-s de l'école et autres figures adultes importantes dans la vie de l'enfant ont leur place dans la prise en charge du CSP. Plus les enfants grandissent, plus ils/elles s'identifient à d'autres modèles que les parents. Cependant, la stigmatisation, le respect de la confidentialité et de la vie privée sont un obstacle parfois à l'intégration de ces acteurs/trices au projet de soins (St-Amand et al., 2017). Lorsque les CSP se déroulent en milieu scolaire, une alliance entre l'école et le/la thérapeute est primordiale (avec l'accord des parents). Le/la thérapeute conseille sur la supervision et la gestion des comportements sexuels en milieu scolaire (p.ex. : la sanction n'est pas nécessaire, imaginer des safe spaces lorsque l'enfant se sent envahi-e par ses émotions). Une visite à l'école peut être utile.

Lors de l'évaluation de l'enfant et s'il y a suspicion d'abus ou d'une autre forme de maltraitance, un signalement est inévitable. Celui-ci peut entraîner l'implication des services de protection de l'enfance et du système judiciaire. Si le comportement sexuel problématique a entraîné des actes graves sur d'autres enfants, l'enfant auteur-e pourrait être signalé-e à la brigade des mineurs ou au juge des enfants. En Suisse, le droit pénal sanctionne les actes des enfants dès l'âge de 10 ans (majorité pénale). Avant 10 ans, les enfants ne sont pas punissables pénalement mais des mesures de protection peuvent être prises. Celles-ci comprennent une surveillance, une assistance personnelle, un traitement ambulatoire et/ou un placement en foyer (ch.ch, section *Quelles peines encourent les jeunes délinquants ?*, 2021). Les signalements au service de protection des mineurs ou à la police sont des décisions lourdes de conséquences et sont à discuter au cas par cas selon les circonstances, le contexte et la sévérité du comportement et de ses répercussions.

Lors d'un CSP impliquant d'autres enfants potentiellement victimes, il faut aussi pouvoir les rediriger aux services adéquats.

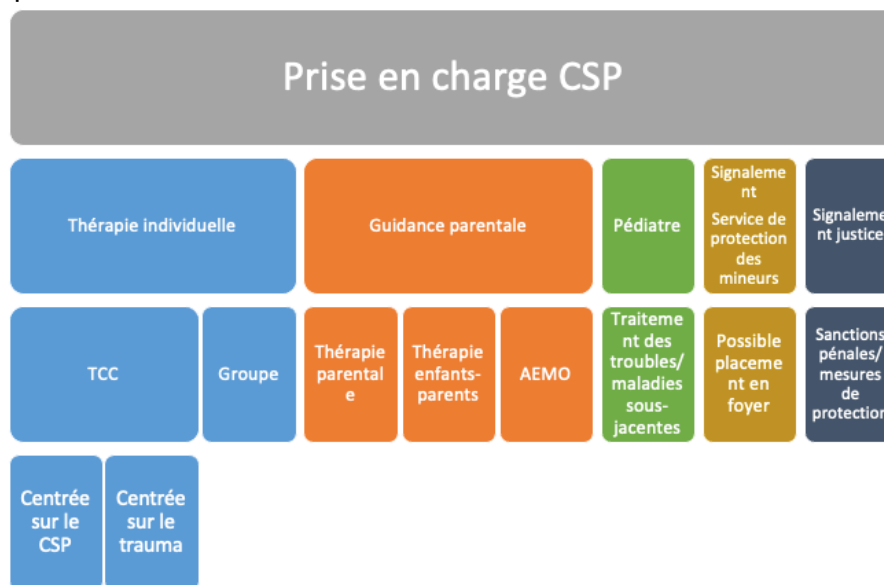


Image 6 : Prise en charge multidisciplinaire des CSP

8. Les médias et les comportements sexuels infantiles

La grande majorité des enfants de <11 ans auraient déjà vu du porno que ce soit par hasard ou intentionnellement (Collins et al., 2017). C'est si fréquent que cela en devient presque une fatalité. La pornographie se regarde d'abord par curiosité, seul-e ou à plusieurs, puis plus tard la masturbation pourra y être associée. Si la visualisation reste occasionnelle, celle-ci n'engendre pas forcément un conflit intrapsychique.

Cependant, plus un-e enfant est jeune et/ou immature émotionnellement et sexuellement, plus l'exposition à la pornographie peut générer un trauma psychique. Chez un petit groupe d'enfants dont le développement psychosexuel est fragile, cette exposition pourrait déclencher à terme des CSP (Hayez, 2004, p. 143). Plus l'enfant est jeune, moins il distingue la limite de ce qui est réel et imaginaire. Dans ce sens, chez les tous petits, l'exposition fréquente à la pornographie peut flouter les limites entre le bien et le mal. L'enfant utilise ces limites pour se construire, former ses valeurs et construire certains comportements (Collins et al., 2017).

Le message des médias est que le sexe est consommable à des fins de plaisir. « Avoir » du plaisir rapidement, le plus souvent possible, partout et quitte à enfreindre les règles. La construction de la relation avec l'autre est laborieuse et chronophage. Celle-ci n'est pas représentée dans les médias, ni la fonction de reproduction par ailleurs. Les différentes plateformes mettent des limites d'âge et clament que ces messages ne sont pas adressés aux enfants. Pourtant l'accès est si aisé qu'ils en sont facilement témoins engendrant ainsi une banalisation de ces messages. On note alors une augmentation des comportements sexuels

Lorsqu'un-e enfant se questionne sur ses désirs et ses comportements sexuels, il/elle se lance alors dans des recherches au travers des médias pour trouver une réponse. Or, sur le web tout est permis et paraît normal, alors que parfois le comportement peut déjà être problématique. Dans ce sens, les médias représentent une entrave pour les enfants à l'accès aux ressources fiables et réelles et constituent un frein à une prise en charge rapide.

Nous avons relevé qu'un des facteurs étiologiques pour développer un CSP est un environnement hypersexualisé au travers d'un accès facile et non contrôlé à la pornographie notamment. Pour réglementer cet accès, l'ordinateur et/ou la tablette est placée dans un endroit calme mais où il y a du passage. Le temps passé sur les médias est réglementé et discuté avec l'enfant. Les parents peuvent parfois participer aux cyberactivités avec leurs enfants. Finalement, les adultes peuvent discuter de leur peur concernant les médias avec les enfants (Hayez, 2004).

Malgré mes recherches, je n'ai trouvé aucune étude au sujet de l'influence de certains courants sociétaux actuels, tels que l'hypersexualisation des enfants (surtout des filles) dans les médias et l'accès facile à la pornographie, sur les CSP. Les messages des médias pourraient être des facteurs associés à des perturbations psychosexuelles chez les enfants en âge scolaire, mais cela doit encore être étudié. Par ailleurs, les tableaux des fréquences des comportements sexuels différenciés par genre et tranche d'âge (cf. image 1), sont issus de l'étude de Friedrich et al., datant de 1998. Je n'ai découvert aucune autre étude observationnelle sur les comportements sexuels des enfants depuis 1998. Or, il serait intéressant de refaire une étude similaire pour évaluer s'il y a eu une évolution et des changements sur la fréquence et la précocité de chaque comportement. En prenant en compte l'essor d'internet et des réseaux sociaux lors du XXIème siècle, cela serait un bon point de départ pour évaluer l'influence des médias sur les comportements sexuels chez les enfants depuis 1998.

La sexualité infantile commence à être connue surtout chez les adolescent-e-s qui bénéficient de ressources diverses et variées pour poser leur question (forums, sites web, livres, etc.) mais quelle ressource existe pour le/la prépubère ? Ils profitent des cours d'éducation sexuelle qui sont essentiels. Cependant, ceux-ci sont construits autour des émotions et des relations affectives et ne parlent que rarement des jeux exploratoires, exception faite de la masturbation (Hayez, 2004).

9. Les spécialistes en santé sexuelle et les comportements sexuels infantiles

Les spécialistes en santé sexuelle ont une place centrale lorsqu'on parle des comportements sexuels infantiles. Ils/elles ont bénéficié de formations spécifiques concernant le développement psychosexuel de l'enfant. Ils/elles ont des compétences pédagogiques et de communication qui leur permettent d'intervenir dans ces situations. Leur rôle en formation (de parents), conseil et éducation en santé sexuelle les place dans une position essentielle. Par leur présence dans le milieu scolaire et dans le milieu des soins, ils/elles sont à la croisée des chemins entre pédagogie et sciences. Pourtant, ils/elles sont des acteurs/trices peu sollicités lorsque des inquiétudes surgissent concernant les comportements sexuels des enfants. En milieu scolaire, je pense qu'ils/elles sont à même de procéder à la première évaluation et/ou de conseiller sur un comportement sexuel en collaboration avec le corps enseignant, et avec l'équipe médico-infirmière scolaire. Ils/elles peuvent apporter des interventions et/ou réponses éducatives lorsque le comportement sexuel fait partie du développement normal des enfants mais dans un contexte inadéquat. Ils/elles connaissent le réseau médico-socio-judiciaire leur permettant de référer si une prise en charge ultérieure est nécessaire. Durant ce travail, j'ai mentionné à plusieurs reprises le caractère urgent d'une formation à dispenser aux adultes en charge d'enfants, notamment au sujet du développement psychosexuel des enfants et leurs comportements sexualisés, d'une part, pour les aider à répondre harmonieusement aux comportements sexuels sains et, d'autre part, pour déceler les CSP. Les spécialistes en santé sexuelle ont toutes les aptitudes pour le faire. Leur formation est un gage de qualité au niveau national pour la promotion d'une santé sexuelle positive par une approche holistique (Santé Sexuelle Suisse, 2021).

10. Conclusion

Pendant longtemps, la sexualité infantile a été ignorée, pourtant elle fait partie intégrante de l'épanouissement. Quand celle-ci est vécue positivement, elle favorise une bonne estime de soi. Elle soutient le développement de compétences sociales et la mise en relation avec son propre corps et les autres, à la découverte du plaisir. Il faut la préserver car elle est également un indicateur de bonne santé. En ce sens, il faut pouvoir promouvoir les jeux sexuels exploratoires sains des enfants. Pour cela, il faut les reconnaître et y apporter des réponses bienveillantes. Bannir les interdictions et le tabou autour des comportements sexualisés est une première étape vers la promotion de la santé sexuelle des enfants.

Lorsque l'intégrité, les besoins et l'intimité des enfants ne sont pas respectés, il peut survenir des comportements sexuels problématiques. Les CSP ont été minimisés ou considérés

inexistants, soutenus par un vide scientifique et légal à ce sujet. Cependant, le témoignage de la détresse de certains enfants souffrant de CSP et des victimes des CSP ont mis en exergue l'importance d'adresser ce trouble du comportement.

Les CSP sont une préoccupation de santé publique. Ils peuvent faire partie des violences sexuelles contre les enfants et sont dommageables pour leur intégrité sexuelle et leur bien-être. Ils mettent en péril les droits de l'enfant dont *le droit à la vie et au développement* ainsi que leurs droits sexuels (Unicef, 2021). La prise en charge optimale des CSP va dans la direction du respect de l'article 3 des droits sexuels, *le droit à la vie, la liberté, la sécurité et à l'intégrité corporelle*, de l'article 7, *le droit à la santé et de bénéficier des progrès de la science* et de l'article 8, *le droit à l'éducation et à l'information* (IPPF, 2008).

La réponse des adultes à tout comportement sexuel infantile doit être adéquate, adaptée au contexte, aux besoins des enfants concerné-e-s et de leur entourage. Dans cette optique, le/la spécialiste en santé sexuelle a un rôle primordial à jouer en fournissant un encadrement et une éducation sexuelle non seulement aux enfants mais aussi à toute personne en charge d'enfants.

J'aimerais également souligner l'importance du vocabulaire, lorsque nous parlons des CSP et des comportements sexuels des enfants en général. Des mots, tels que pervers-e sexuel-le-s, obsédé-e-s, violeurs/euses et agresseurs/euses sexuel-le-s, n'ont pas leur place pour parler des enfants de < 12 ans. Ils sont auteur-e-s ou initiateurs/trices d'un comportement. En effet, l'étiquetage et la stigmatisation représentent un frein au signalement et à la prise en charge de ces enfants (Chaffin et al., 2008).

11. Bibliographie :

Allen, B. (2017). Children with Sexual Behavior Problems : Clinical Characteristics and Relationship to Child Maltreatment. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(2), 189-199. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0633-8>

Bernard, A., & Cuynet, P. (2014). Les enfants aux comportements sexuels problématiques à l'épreuve du silence institutionnel. *Le Divan familial*, 33, 61-74. <https://doi.org/10.3917/difa.033.0061>

Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N., & Lemieux, S. (2017). Comportements sexuels problématiques chez les enfants : Une recension systématique des facteurs associés. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 173-207. <https://doi.org/10.7202/1039163ar>

Brun, A., & Chouvier, B. (2010). *La sexualité infantile*. Paris : Dunod.

Carpentier, M. Y., Silovsky, J. F., & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems : Ten-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 482-488. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.482>

Ch.ch. (2021). *Quelles peines encourent les jeunes délinquants ?*. Consulté le 15.08.2021 sur <https://www.ch.ch/fr/droit-penal-mineurs/>

Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., Lyon, T. D., Page, I. J., Prescott, D. S., Silovsky, J. F., & Madden, C. (2008). Report of the ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems. *Child Maltreatment*, 13(2), 199-218. <https://doi.org/10.1177/1077559507306718>

Collins, R. L., Strasburger, V. C., Brown, J. D., Donnerstein, E., Lenhart, A., & Ward, L. M. (2017). Sexual Media and Childhood Well-being and Health. *Pediatrics*, 140(Suppl 2), S162-S166. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758X>

Fondation Marie-Vincent. (2021). *Les comportements sexuels*. Consulté le 15.08.2021 <https://marie-vincent.org/articles-prevention/les-comportements-sexuels/>

Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M., & Shafran, C. R. (1998). Normative Sexual Behavior in Children : A Contemporary Sample. *Pediatrics*, 101(4), e9-e9. <https://doi.org/10.1542/peds.101.4.e9>

Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., Davies, W. H., Gray, A., & Wright, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory : Normative,

DAS Santé Sexuelle : Interventions par l'éducation et le conseil 2019/2021
Travail de Diplôme
psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6(1), 37-49.
<https://doi.org/10.1177/1077559501006001004>

Hayez, J.-Y. (2004). *La sexualité des enfants*. Paris : Odile Jacob.

IPPF, Fédération internationale pour la planification familiale (2008). *Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*. Londres : IPPF.

Johnson, T. C., & Aoki, W. T. (1993). Sexual Behaviors of Latency Age Children in Residential Treatment. *Residential Treatment For Children & Youth*, 11(1), 1-22.
https://doi.org/10.1300/J007v11n01_01

Mesman, G. R., Harper, S. L., Edge, N. A., Brandt, T. W., & Pemberton, J. L. (2019). Problematic Sexual Behavior in Children. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 33(3), 323-331. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.002>

Miragoli, S., Camisasca, E., & Di Blasio, P. (2017). Child Sexual Behaviors in School Context : Age and Gender Differences. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(2), 213-231.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1280866>

Moser, C., Kleinplatz, P. J., Zuccarini, D., & Reiner, W. G. (2004). Situating unusual child and adolescent sexual behavior in context. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 569-589, vii. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2004.02.007>

Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998). Children with Sexual Behavior Problems : Identification of Five Distinct Child Types and Related Treatment Considerations. *Child Maltreatment*, 3(4), 384-406. <https://doi.org/10.1177/1077559598003004010>

Praplan Chastonay, B. (2004). *La revue Petite Enfance : Intimité et sexualité de l'enfant en collectivité*. Lausanne : Projuventute.

Sante Sexuelle Suisse. (2021). *Un label de qualité : Le titre professionnel de SANTÉ SEXUELLE SUISSE*. Consulté le 15.08.2021 sur <https://www.sante-sexuelle.ch/nos-activites/qualite/titre-professionnel>

Sensoa Flag System. (2021). Consulté le 15.08.2021 sur <https://www.flagsystem.org>

St Amand, A., Bard, D. E., & Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems : Practice elements and outcomes. *Child Maltreatment*, 13(2), 145-166. <https://doi.org/10.1177/1077559508315353>

DAS Santé Sexuelle : Interventions par l'éducation et le conseil 2019/2021

Travail de Diplôme

St-Amand, A., Villeneuve, M.-P., & Vaillancourt, A. (2017). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants : Pistes de réflexion pour une pratique en émergence.

Service social, 63(1), 55-72. <https://doi.org/10.7202/1040031ar>

Tourigny, M., Gagnon, M. (2007). Traduction et adaptation du *Child Sexual Behavior Checklist (CSBCL)*. Document inédit. Sherbrooke, Université de Sherbrooke

Unicef. (2021). *La Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant*. Consulté le 15.08.2021 sur <https://www.unicef.ch/fr/lunicef/international/convention-relative-aux-droits-de-lenfant>

Welniarz, B., & Medjdoub, H. (2012). Du jeu sexuel à l'agression entre enfants du même âge en « période de latence » : Réflexion à partir d'une population d'enfants hospitalisés pour troubles du comportement. *L'information psychiatrique*, 88(1), 13-20.

<https://doi.org/10.3917/inpsy.8801.0013>

12. Annexes

Annexe1 : Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) comprend 38 items pour évaluer les CSP.

Source : Friedrich et al., 2001

Please circle the number that tells how often your child has shown the following behaviors recently or in the past 6 months: 0 = never, 1 = less than once a month, 2 = one to three times a month, 3 = at least once a week.

1.	0	1	2	3	Dresses like the opposite sex
2.	0	1	2	3	Stands too close to people
3.	0	1	2	3	Talks about wanting to be the opposite sex
4.	0	1	2	3	Touches sex (private) parts when in public places
5.	0	1	2	3	Masturbates with hand
6.	0	1	2	3	Draws sex parts when drawing pictures of people
7.	0	1	2	3	Touches or tries to touch their mother's or other women's breasts
8.	0	1	2	3	Masturbates with toy or object (blanket, pillow, plastic toy)
9.	0	1	2	3	Touches another child's sex (private) parts
10.	0	1	2	3	Tries to have sexual intercourse with another child or adult
11.	0	1	2	3	Puts mouth on another child's/adult's sex parts
12.	0	1	2	3	Touches sex (private) parts when at home
13.	0	1	2	3	Touches an adult's sex (private) parts
14.	0	1	2	3	Touches animals' sex parts
15.	0	1	2	3	Makes sexual sounds (sighs, moans, heavy breathing, etc.)
16.	0	1	2	3	Asks others to engage in sexual acts with him or her
17.	0	1	2	3	Rubs body against people or furniture
18.	0	1	2	3	Puts objects in vagina or rectum
19.	0	1	2	3	Tries to look at people when they are nude or undressing
20.	0	1	2	3	Pretends that dolls or stuffed animals are having sex
21.	0	1	2	3	Shows sex (private) parts to adults
22.	0	1	2	3	Tries to look at pictures of nude or partially dressed people
23.	0	1	2	3	Talks about sexual acts
24.	0	1	2	3	Kisses adults they do not know well
25.	0	1	2	3	Gets upset when adults are kissing or hugging
26.	0	1	2	3	Overly friendly with men they don't know well
27.	0	1	2	3	Kisses other children they do not know well
28.	0	1	2	3	Talks flirtatiously
29.	0	1	2	3	Tries to undress other children against their will (opening pants, shirt, etc.)
30.	0	1	2	3	Wants to watch TV or movies that show nudity or sex
31.	0	1	2	3	When kissing, tries to put their tongue in other person's mouth
32.	0	1	2	3	Hugs adults they do not know well
33.	0	1	2	3	Shows sex (private) parts to children
34.	0	1	2	3	Tries to undress adults against their will (opening pants, shirt, etc.)
35.	0	1	2	3	Is very interested in the opposite sex
36.	0	1	2	3	Puts their mouth on mother's or other women's breasts
37.	0	1	2	3	Knows more about sex than other children their age
38.	0	1	2	3	Other sexual behaviors (please describe)
					A. _____
					B. _____

CHILD SEXUAL BEHAVIOR CHECKLIST - CSBCL

(Johnson, 1998; adaptation par Tourigny et Gagnon, 2007)

Partie A – 64 items : Liste de comportements relatifs à la sexualité (normaux et problématiques) présentés par les enfants.

Comportements sexuels verbaux

1. Pose des questions sur la sexualité
2. Utilise des mots explicites pour décrire des actes sexuels
3. Parle de sexualité et de sujets à caractère sexuel
4. Dit qu'il veut se livrer à des activités sexuelles avec des enfants
5. Possède une compréhension de la sexualité plus grande que celle à laquelle on s'attendrait chez des enfants de son âge
6. Semble trop intéressé par la sexualité

Comportements d'observation

7. Aime regarder des scènes d'activités sexuelles à la télévision, dans les vidéos ou dans les films
8. Veut que ses parents ou d'autres adultes manifestent des comportements sexuels (baisers, caresses, mots d'amour...)
9. Veut que ses parents ou d'autres adultes cessent de manifester des comportements sexuels (baisers, caresses, mots d'amour...)
10. Utilise des moyens détournés pour pouvoir observer les adultes se livrant à une activité sexuelle
11. Essaie d'observer les autres lorsqu'ils sont à la salle de bain

Comportements en lien avec les frontières physiques

12. Demande aux enfants/adultes de le prendre dans ses bras ou prends d'autres enfants/adultes dans ses bras

13. Semble être trop facilement porté vers des adultes inconnus
14. Se tient trop près des gens physiquement

Comportements liés à la nudité

15. Montre ses parties génitales aux enfants/adultes
16. Veut se déshabiller devant les enfants/adultes
17. Baisse son pantalon, montre ses fesses, son pénis ou sa vulve
18. Aime se promener en sous-vêtements dans la maison
19. Aime se promener nu dans la maison
20. Essaie de déshabiller les autres enfants/adultes
21. Essaie de voir les sous-vêtements des enfants/adultes
22. Regarde ou essaie de regarder sous la jupe ou dans le décolleté des filles
23. Essaie de voir les enfants/adultes nus
24. Regarde ou essaie de regarder furtivement les enfants/adultes lorsqu'ils sont dans la salle de bain ou la chambre
25. Regarde ou essaie de regarder des photos de personnes nues
26. Demande à des enfants/adultes de prendre des photos de ses parties génitales
27. Veut prendre un bain avec d'autres personnes
28. Refuse de prendre un bain avec d'autres personnes

Touchers sexuels envers soi

29. Se masturbe quand il est seul
30. Touche ses parties génitales à la maison, en compagnie d'autres personnes
31. Touche ses parties génitales en public
32. Frotte son corps contre les personnes ou les meubles ou d'autres objets
33. Introduit ou essaie d'introduire des objets dans son vagin ou son anus
34. Introduit ou essaie d'introduire son pénis dans des objets

Touchers dirigés vers les autres

35. Glisse ou essaie de glisser la main sous les jupes

DAS Santé Sexuelle : Interventions par l'éducation et le conseil 2019/2021
Travail de Diplôme

36. Descend ou essaie de descendre les vêtements des enfants
37. Frotte les jambes ou les cuisses des enfants/adultes
38. Aime que les femmes le tiennent contre leur poitrine*
39. Caresse les vêtements/les cheveux des adultes
40. Frotte ou essaie de frotter la poitrine des femmes
41. Touche les parties génitales des enfants/adultes avec ses mains
42. Embrasse ou essaie d'embrasser les enfants/adultes qui font partie de la famille*
43. Embrasse ou essaie d'embrasser des enfants/adultes qui ne font pas partie de la famille
44. Introduit ou essaie d'introduire sa langue dans la bouche des enfants/adultes
45. Met ou essaie de mettre sa bouche sur les parties génitales des enfants/adultes
46. Demande aux enfants / adultes de mettre leur bouche sur ses parties génitales
47. Introduit ou essaie d'introduire des objets dans le vagin ou l'anus des enfants
48. Introduit ou essaie de mettre le doigt dans le vagin ou l'anus des enfants
49. Demande à des enfants/adultes de toucher ses parties génitales
50. Introduit ou essaie d'introduire son pénis dans la bouche des enfants
51. Introduit ou essaie d'introduire son pénis dans les parties génitales des enfants

Comportements à connotation sexuelle

52. Aime danser comme un adolescent ou un adulte
53. Veut porter des vêtements sexy ou s'habiller trop vieux pour son âge
54. Adopte un comportement de séduction (gestes, démarches, etc.)
55. Émet des sons à connotation sexuelle (souples, gémissements, respiration forte, etc.)
56. Imiter des comportements sexuels avec des jouets (fusils, poupées ou d'autres objets, tels que de la nourriture, des bâtons)
57. Imiter des relations sexuelles avec des enfants

Touchers sexuels impliquant des animaux

58. Touche ou essaie de toucher les parties génitales des animaux
59. Se livre ou essaie de se livrer à des activités sexuelles avec des animaux

DAS Santé Sexuelle : Interventions par l'éducation et le conseil 2019/2021
Travail de Diplôme

11. Les comportements sexuels de l'enfant sont dirigés vers des adultes qui se sentent inconfortables à les recevoir
12. L'enfant ressent de la peur ou de l'anxiété par rapport à la sexualité ou aux comportements sexuels
13. L'enfant ressent de la culpabilité ou de la honte par rapport à la sexualité ou aux comportements sexuels
14. L'enfant ressent de la colère par rapport à la sexualité ou aux comportements sexuels
15. L'enfant se livre à des comportements sexuels adultes étendus, persistants et mutuellement réciproques avec des enfants
16. L'enfant sexualise des choses non sexuelles, des interactions avec autrui, ou des relations. Par exemple, l'enfant imagine « elle veut être ma petite amie », ou « il pense à faire un acte sexuel », sans aucune base réelle de penser cela
17. L'enfant se livre à des comportements sexuels qui causent de la douleur ou un inconfort émotionnel à soi ou aux autres
18. L'enfant utilise une logique distordue pour justifier les comportements sexuels (« Elle n'a pas dit « non. », « Il n'est pas parti à courir. »)
19. L'enfant utilise un mauvais langage ou est en colère avant, pendant ou après les comportements sexuels
20. L'enfant utilise de la force physique avant, pendant ou après les comportements sexuels
21. L'enfant utilise la sexualité pour blesser physiquement une autre personne
22. L'enfant utilise de la corruption, de la manipulation, des menaces, de la force ou d'autres moyens coercitifs pour impliquer un autre enfant dans des comportements sexuels
23. L'enfant se livre à des comportements sexuels qui deviennent plus fréquents, plus inquiétants et plus intrusifs au fil du temps
24. L'enfant manifeste un manque d'empathie ou de préoccupation envers les autres enfants impliqués dans le comportement sexuel*

* items non inclus dans l'échelle mesurant la variété des CSP

Comportements en lien avec l'identité sexuellePour les garçons

- 60. Urine en position assise*
- 61. S'amuse avec des jouets généralement considérés comme des « jouets de filles » ou préfère des activités socialement féminines*
- 62. Dit qu'il préférerait être une fille*
- 63. Aime porter des vêtements de filles ou se déguiser en personnages féminins*

Pour les filles

- 60. Urine en position debout*
- 61. S'amuse avec des jouets généralement considérés comme des « jouets de garçons » ou préfère des activités socialement masculines*
- 62. Dit qu'elle préférerait être un garçon*
- 63. Aime porter des vêtements de garçons ou se déguiser en personnages masculins*
- 64. Elle utilise un objet afin de prétendre qu'elle a un pénis*

Partie B – 24 items : Liste de caractéristiques visant à documenter la gravité des comportements sexuels normaux et problématiques présentés par les enfants.

1. Se livre à des comportements sexuels avec des enfants qui sont plus vieux ou plus jeunes
2. Se livre à des comportements sexuels avec des enfants avec qui il ne joue pas régulièrement
3. Les comportements sexuels de l'enfant envahissent ses activités quotidiennes
4. L'enfant agit davantage comme un adulte qu'un enfant par rapport à la sexualité
5. Il semble différent des enfants de son âge en ce qui concerne la sexualité
6. Se livre à des comportements sexuels en dépit des limites claires et fermes des adultes de s'arrêter
7. Se livre à des comportements sexuels avec un ou des enfants malgré les refus de ces derniers
8. L'enfant semble incapable de cesser par lui-même ses comportements sexuels
9. L'enfant se livre à des comportements sexuels en public après qu'il lui a été dit de ne pas les faire
10. D'autres enfants se plaignent des comportements sexuels ou du langage de l'enfant

TABLE 2: Practice Elements Brief Definitions for Treatments for Sexual Behavior Problems

<i>Practice Elements</i>	<i>Brief Definitions for Implementation of Practice Elements With Children</i>	<i>Brief Definitions for Implementation of Practice Elements With Parents/Caregivers</i>
Introduction to treatment	Provide an orientation to therapy including the structure, logistics, issues of confidentiality and limits of confidentiality, and rules.	Provide an orientation to therapy including the structure, logistics, issues of confidentiality and limits of confidentiality, and rules.
Rules about sexual behaviors	Teaching basic rules about private parts and sexual behavior and how to apply rules to a variety of situations.	Teaching basic rules about private parts and sexual behavior and how to apply rules to a variety of situations. Guidelines for distinguishing typical sexual behavior from SBP and origins of SBP often included.
Identifying stimuli and contexts that increase risk	Teaches strategies to improve safety for the child, and for the family to prevent reoccurrences of problematic sexual behavior.	Teaches strategies to prevent reoccurrences of problematic sexual behavior, such as supervision strategies.
Cycle of abuse/SBP	Sexual behavior is viewed as occurring in a fixed sequence. The cycle is taught with goal to help them learn how to avoid the cycle.	Sexual behavior is viewed as occurring in a fixed sequence. The cycle is taught with goal to help caregivers support their children to avoid the cycle.
Physical boundaries	Children are taught how to respect the physical boundaries of others and to protect their own physical boundaries.	Caregivers are taught strategies to reinforce the children's practicing good boundaries.
Emotional regulation skills	Feeling identification, recognition, and expression strategies are taught and practiced.	Caregivers are taught to respect children's feelings and allow negative feelings to be expressed appropriately.
Cognitive coping skills	Cognitive coping are strategies to alter the interpretations of events through examining thoughts, identifying maladaptive thoughts/unhelpful thoughts, and replacing them with counter statements and more adaptive thoughts.	Caregivers are taught the cognitive coping strategies and ways to reinforce their child's use of the strategies outside of session.
Relaxation	Relaxation is teaching and practicing specific strategies to reduce the level of physical tension experienced while stressed/feeling strong feelings. Deep/diaphragm breathing and progressive relaxation are typically included.	Caregiver's are taught the relaxation strategies and ways to reinforce their child's use of the strategies outside of session.
Sex education	Teaches children information about private parts, physical changes, and reproductive processes. Information about sexual development, sexual orientation, and puberty may be included, particularly with older children.	Caregivers are provided education and address how to promote open communication for sex education as well as addressing relationship building skills and intimacy.
Acknowledging SBP	Has child identify what SBP they have demonstrated in the past (e.g., what sexual behavior rule did they break).	The acts of SBP of the children are discussed.
Understanding the impact of SBP and making amends	Uses activities to facilitate understanding how the SBP may have impacted others (e.g., other child, family, neighbors). Goals are to facilitate empathy, moral development, make amends, and prevent future SBP.	Empathy development in children is explained and discussed, to facilitate the caregivers having appropriate expectations and not misinterpreting children's behavior.
Self-control skills	Teaches skills to control impulsive thoughts and behaviors, problems solve, and make appropriate decisions.	Caregiver's are taught the steps for self-control and helped to find ways to cue/remind the child to use these strategies in a variety of situations.
Abuse prevention skills	Teaches about potentially abusive acts and strategies of prevention and self-protection. Often children are taught simple steps to follow in potentially risky situations.	Emphasis often is placed on the role and responsibility of caregivers for protecting their children and determining who supervises and interacts with their children.
Trauma narrative - gradual exposure	Over the course of several sessions, the child expresses memories (thoughts and feelings) of aspects of the traumatic event(s), increasing in intensity over time.	Prepares the caregiver for the child to share the trauma narrative with them. Caregivers may also share their own trauma experience related to the child's trauma.
Social skills, relationship skills	Specific skills are taught and practiced related to social interactions, typically with peers.	Assisting children develop social skills in a variety of ways.

DAS Santé Sexuelle : Interventions par l'éducation et le conseil 2019/2021
Travail de Diplôme

<i>Practice Elements</i>	<i>Brief Definitions for Implementation of Practice Elements With Children</i>	<i>Brief Definitions for Implementation of Practice Elements With Parents/Caregivers</i>
Attachment among child and caregivers; positive child-caregiver interactions	Goal is to establish a relationship in which the child feels secure with caregiver(s), such that the child experiences being believed and protected and experiences unconditional affection/care.	Goal is to establish and strengthen the caregiver-child relationship such that the caregiver is available to the child, responds to distress of the child, believes and protects the child, and demonstrates unconditional affection/care for the child.
Parenting and child behavior management skills	Children may be involved in parent-child activities so that the parent may practice implementing behavior parent training skills under the guidance of the therapists.	Parenting strategies designed to reduce problematic child behaviors and increase pro-social and compliant behaviors are taught. Strategies include how to give instructions, reinforcing appropriate behaviors, behavioral charts, selective attention, and consequences, such as time out.
Self-esteem	Goal for this practice element is to identify sources that interfere with the child's self identity and self esteem and develop thoughts and strategies to improve their sense of well-being.	Goal for this practice element is to identify sources that interfere with the child's self identity and self esteem and develop thoughts and strategies to improve their sense of well-being.
Caregiver social support	Not applicable.	Goal of this practice element is to reduce the sense of social isolation and enhance the experiences of social support.
Sexual abuse and trauma	Education about the causes and impacts of sexual abuse, other trauma, and loss associated with these.	Education about the causes and impacts of sexual abuse, other trauma, and loss associated with these.
Loss and good-byes	Element focuses on the impact of loss and grief. Previous losses and impact of loss may be discussed.	Element focuses on the impact of loss and grief. Previous losses and impact of loss may be discussed.
Sexual urges and arousal and reconditioning	Focuses on awareness of sexual arousal and role in sexual behavior. Teaches strategies to manage sexual arousal to reduce risk for future SBP.	Focuses on understanding of child sexual arousal, sexual thoughts and role in sexual behavior.

NOTE: SBP = sexual behavior problems.