

Quelle est la place des actions relatives à la vie affective, relationnelle et sexuelle dans l'accompagnement des mineurs auteurs de violences sexuelles ou présentant des comportements sexuels problématiques (psychoéducation, soins en santé sexuelle, etc.) ?

1

Auteure : Dre GAMET Marie Laure

Médecin sexologue Praticien hospitalier

Pôle Psychiatrie Médecine Légale et Médecine et Milieu Pénitentiaire à l'Unité Régionale de Soins aux Auteurs de Violences Sexuelles

Pôle Enfants à l'Unité d'Accueil Pédiatrique Enfance en Danger

Pôle Femmes Mères Nouveaux nés en Gynécologie

Centre Hospitalier Universitaire de Lille

LILLE

Déclaration d'intérêts : oui

Membre des conseils d'administration de deux sociétés savantes de sexologie et d'une association de lutte contre les violences sexuelles.

Formatrice occasionnelle sur la santé sexuelle pour deux associations.

Remerciements

Les sexologues et tous les autres professionnels des sociétés savantes, des associations de sexologie, médecine sexuelle et de lutte contre les violences pour leur soutien toutes ces années dans cette aventure de la sexologie

Pr Pierre Thomas, Dre Tiphaine Séguret Corsi, Dre Anne Matthews, Dre Nelken, Dr Gobert, Dre Marie Bouchard, Dr Anwar Suleiman pour leur confiance, leur engagement auprès des enfants, des ados

Les équipes de l'URSAVS, l'équipe de l'UAPED et des consultations de pédiatrie de l'hôpital Jeanne de Flandre, le CMP enfant adolescents de Maubeuge, l'Institut Départemental Albert Calmette et les autres CMP du Nord Pas de Calais pour leur accueil avec tant de gentillesse, de patience, de dynamisme pour accueillir ces enfants, ces jeunes,

Les amis et amies du nord au sud, Eric Vaillant pour ses conseils précieux,

Et ma grande famille du nord au sud pour sa tendresse joyeuse.

Résumé

La santé mentale s'est rapidement impliquée sur la problématique des mineurs auteurs de violence sexuelle pour assurer des soins. Toutefois, la sexualité n'était pas abordée avec la vision intégrative du concept de santé sexuelle.

Mais les évolutions sociétales, la révolution numérique ont bousculé ce constat. Ces violences ont considérablement augmenté. L'âge des mineurs impliqués a considérablement baissé jusqu'à concerner des enfants de 12 ans et moins. Le concept de santé sexuelle ouvrait des pistes de réflexions.

Deux expériences menées sur près de 30 ans ont permis de déployer l'approche sexologique du développement sexuel pour répondre aux enjeux éducatifs et de soins de ce concept. Elles ont permis de travailler dans l'espace institutionnel médico-social puis sanitaire avec tous les professionnels concernés - social, éducatif, justice, du service public ou du secteur privé. L'objectif était de confronter cette approche à un regard interdisciplinaire et transdisciplinaire du fait des enjeux éthiques de prises en charge destinées aux mineurs.

Elle préconise de distinguer la prise en charge des adolescents et celles des enfants, pour ne pas assimiler ces derniers à des auteurs. Dans les deux cas, une intervention de médecine sexuelle doit être l'intervention de première ligne définie dans un parcours de soin.

Les sociétés savantes de sexologie se sont impliquées à développer des formations universitaires pour former des sexologues professionnels de santé. D'autres professionnels sont formés en éducation à la

sexualité pour renforcer la lutte contre les violences sexuelles par une prévention primaire centrée sur l'approche positive du concept de santé sexuelle.

Rapport

CONTEXTE EXPERIENTIEL INITIAL

En 2003, une infirmière de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) m'adresse un mineur de 16 ans auteur de faits à caractère sexuel sur sa sœur âgée de 12 ans. Médecin de Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans la Marne, formée en médecine d'urgence et de catastrophe avec un parcours en gynécologie-obstétrique notamment à Mayotte, je suis sexologue. Je prends en charge des adolescentes confiées à l'Aide Sociale à l'enfance (ASE). Malgré des suivis en santé mentale, ces filles présentent des conduites sexuelles de type sexualité précoce, grossesses précoces, multipartenariat, risque prostitutionnel. Elles suscitent inquiétude, désarroi ou rejet dans leur entourage. Toutes ont en commun des antécédents de violence sexuelle ou d'autres violences et des attachements insécures. Pourquoi ces suivis ? En 1996, face à ces filles adressées en consultation de contraception, je constate leur manque de connaissances sur la sexualité, sur le corps intime. Le concept de santé sexuelle découvert à Mayotte dans un bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS,1975) (Encart 1) résonne.

3

Encart 1 Définition santé sexuelle

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

Je me forme en éducation sexuelle, une mission d'un médecin de PMI. Mais ces jeunes ne relèvent manifestement pas d'éducation sexuelle telle que celle-ci est conçue pour la prévention primaire dans les programmes anglo-saxons (Tremblay 1992).

J'étudie la sexologie à l'université Sabatier de Toulouse. Au-delà des approches biologique, psychanalytique enseignées en France, je découvre les approches cognitives (Piaget, 1936, Kohlberg, 1971), cognitivo-sociale (Simon et Gagnon, 1970), anthropologique (Mead, [1935] 1993, Frayser, 1994), historique (Ferroul, 2002), sexologique (Ellis, 1927, Masters & Johnson, 1966). L'approche sexologique appuyée sur le modèle biopsychosocial favorise la mise en mots de cette dimension du développement. Mon bagage de médecine de catastrophe sur les traumatismes résonne dans cette période car ces adolescentes sont lourdement traumatisées (Cohen, 1998). La théorie de J.Bowlby qui abandonne la notion de pulsion et déssexualise le lien de l'enfant à sa mère, complète les connaissances (Bowlby, 1982). Cela donne des possibilités pour s'intéresser à la construction de la sexualité alors qu'il apparaît complexe en France de l'aborder. Crivillié disait en 1996 : « Parler de la sexualité à l'enfant d'autrui comporte une ingérence dans la place que la sexualité des parents prend dans celle de l'enfant. [...]. L'embarras de l'adulte dans une telle situation n'est pas la moindre preuve » (Crivillié, 1996). A partir de la réflexion de nos collègues sexologues qui prennent en charge des victimes adultes (Poudat et Jarousse, 1981, Desbarats et Bonal, 1994), je travaille sur une prise en charge centrée sur le développement sexuel de ces adolescentes, sur un modèle de thérapie cognitivo-comportementale (Ellis, 1967, Trudel, 1988) avec l'approche humaniste de Rogers (Rogers, [1968] 2005). Rapidement, il apparaît pertinent de se soucier spécifiquement du développement sexuel dans une approche sexologique pour aller vers ces patientes. Ces jeunes acceptent de revenir en consultation, des alliances thérapeutiques se créent, une amélioration de leur comportement, de leur agressivité et pour certaines, suivies par la PJJ, de leur violence. Si des filles avaient arrêté les autres soins en santé mentale, elles acceptent de les reprendre.

D'où la demande de l'infirmière de la PJJ pour un garçon auteur. Il refuse de poursuivre son suivi au Centre Médico Psychologique (CMP). Il ne présenterait pas de trouble mental et aucun handicap. Placé en foyer PJJ, il suscite du rejet du fait de ses comportements : masturbation, exhibition en public et propos connotés sexuellement. Il est violent physiquement, verbalement, en rupture scolaire du fait de son état.

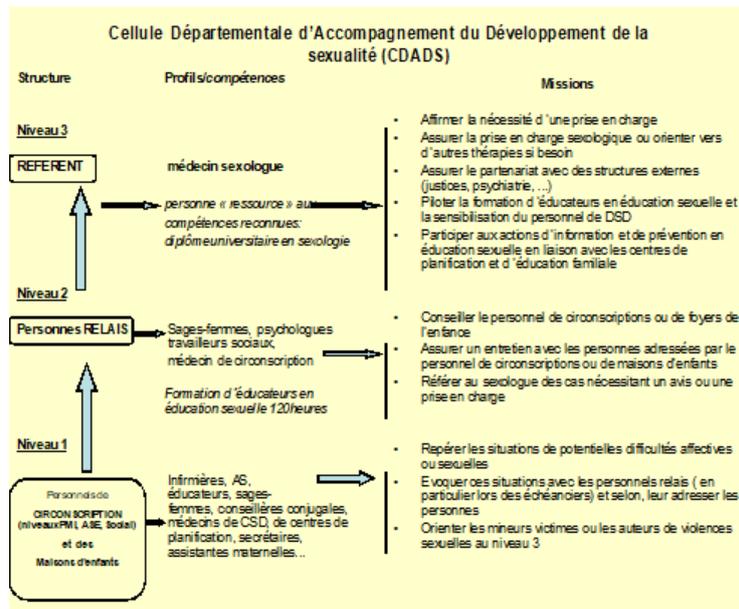
La littérature française sur ce sujet est réduite, davantage développée pour les adultes. La prise en charge de victimes apparaît incompatible avec celle des auteurs. La littérature anglo-saxonne est plus conséquente. La question de prise en charge individuelle ou groupale est débattue, l'angle sexologique questionné. Les enseignants sexologues du DIU de sexologie, M.DESBARATS psychologue et P.BLACHERE psychiatre m'encouragent à m'intéresser à cet adolescent puisque dans un souci de la convention des droits de l'enfant, je me questionne : Qu'en est-il de son développement sexuel

d'adolescent garçon alors qu'il est mis en examen avec une obligation de soin en présentiel ? Il ne reconnaît pas les faits ; il est agressif lorsqu'on lui en parle et suscite d'autant plus de rejet. Se centrer sur son développement sexuel, considérer qu'il présente des conduites sexuelles à risque permet intellectuellement en tant que sexologue de le rencontrer même en l'absence de reconnaissance des faits. Je peux tenir compte d'un élément essentiel : Il est présumé auteur.

Ensuite, je rencontrerai d'autres adolescents en moyenne âgés de 16 ans pour évaluer leur développement sexuel. Je constate que les outils sexologiques permettent d'établir un dialogue avec ces jeunes sur cette dimension et leurs parcours de vie. Ce travail favorise l'expression d'antécédents de violences sexuelles ou autres violences et/ou troubles de l'attachement. Sur un modèle de thérapie cognitivo-comportementale et humaniste, une thérapie centrée sur le développement sexuel de ces mineurs prend forme. Des professionnels de santé ou non (assistants sociaux, éducateurs, magistrats) m'indiquent que ce travail leur permet de renouer du dialogue avec ces jeunes souvent en rupture de dialogue jusqu'à la mise en place de ces consultations. Toutefois, la prudence m'invite lors de premiers articles à ne pas utiliser le terme thérapie car ce travail suscite aussi des réticences : je ne suis pas professionnelle de santé mentale (Gamet, 2009). Pourtant il m'amène à distinguer les besoins de soins ou d'éducation.

D'ailleurs, la place de l'éducation à la sexualité en prévention primaire des violences sexuelles devient une préoccupation : des chiffres montrent qu'environ 10% des violences sexuelles sont le fait de mineurs. Le département de la Marne soutient en 2007 la création d'une cellule départementale d'accompagnement du développement sexuel (CDADS) du fait des constats de terrain, s'appuyant sur des personnels formés en éducation sexuelle pour que les jeunes puissent atteindre des indicateurs de santé sexuelle à l'âge adulte. Cette prévention pour les adolescent.es s'appuie sur les apports anglo-saxons par une prévention basée sur l'approche positive de la sexualité et pas seulement par la prévention des risques.

Figure 1 : La CDADS en 2009 (Gamet & Moïse 2010)

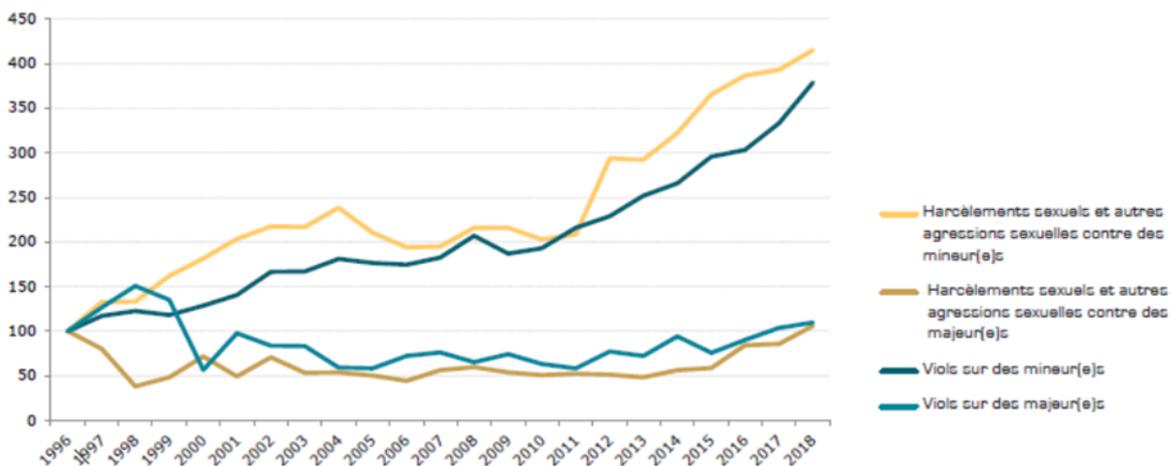


En 2010, dans un ouvrage publié avec Claudine Moïse professeure de sociolinguistique, nous alertons sur des constats observés dans mon travail :

- Augmentation du nombre de suivis de mineurs auteurs de violence sexuelle (MAVS) (Figure2)

Figure 2 Evolution du nombre de MAVS 1996-2018

③ Évolution du nombre de mineurs mis en cause pour violences sexuelles de 1996 à 2018 (base 100 en 1996)



Champ : France entière.
Source : État 4001 - Index 46, 47, 48 et 49 - traitement ONDRP.

- Exposition augmentation de ces MAVS à des contenus sexuels type pornographiques (Gamet & Moïse 2010). Cela nécessite d'adapter la thérapie car leur développement sexuel apparait impacté.

- Abaissement de l'âge des MAVS en moyenne 14 ans.
- Evolution des discours des adolescents filles et garçons sur les comportements sexuels : lors des séances d'éducation à la sexualité en collèges et lycées, les propos des jeunes changent comme : « Avec la sodomie ou la fellation, t'as pas besoin de prendre la pilule » ou « C'est encore mieux avec les animaux car eux ils ne disent rien ».

Dans cet ouvrage, je raconte aussi des situations comme en 2006 où je suis sollicitée par un médecin de PMI pour un enfant de 6 ans ayant des comportements sexualisés agressifs envers des enfants de son âge. Il est exposé à de la pornographie par sa mère qui regarde ces contenus sans s'interroger sur la présence de son enfant. La découverte en 2008 de la définition des comportements sexuels problématiques (CSP) de l'Association for the Treatment of Sexual Abusers m'interpelle (ATSA 2006) (Encart 2).

Encart 2 : Définition des comportements sexuels problématiques

Comportements impliquant des parties sexuelles du corps initiés par des enfants de 12 ans et moins qui sont inappropriés au plan développemental ou potentiellement néfastes pour eux-mêmes ou pour les autres. ATSA 2006

J'observe une augmentation des demandes de suivis pour des garçons et des filles de 12 ans et moins pour des actes sexuels agressifs sur des filles ou des garçons. Certes les personnels formés en éducation sexuelle et sur les violences sexuelles sont plus aptes à repérer précocement ces enfants. Mais des pédiatres et quelques pédopsychiatres m'adressent ces enfants. Environ la moitié est suivie en CMP depuis plusieurs mois ou années pour des états d'agitation ou autres troubles. Les CSP sont apparus secondairement et s'aggravent en l'absence de prise en charge spécifique. Considérer le développement sexuel avec l'approche sexologique apparaît rapidement pertinent pour mener une évaluation et une prise en charge adaptée. A l'instar de l'ATSA qui préconise de ne pas considérer les enfants CSP comme des auteurs, la distinction entre adolescent auteur de violence sexuelle (AAVS) et enfant à CSP allo-agressif est indispensable à considérer en raison de l'évènement majeur que constitue la puberté dans le processus de sexualisation.

Cet ouvrage me permet aussi d'attirer l'attention des sociétés savantes de sexologie, l'Association Inter disciplinaire post Universitaire de Sexologie (AIUS), la Société Française de Médecine Sexuelle (SFMS) sur ces constats. La sexologie est quasi invisible en France en l'absence de chaire universitaire. Ces associations ont créé des diplômes inter universitaires avec le soutien de quelques professeurs urologues, gynécologues principalement, réunis en collège. Elles diffusent des connaissances scientifiques sur la sexualité et soutiennent l'objectif de renforcer celles sur le développement sexuel à l'instar du diplôme de Toulouse alors que ce sujet spécifique est quasi impossible à approcher dans

les sphères universitaires. Or la révolution technologique des moyens de communication influence cette dimension du développement des jeunes et impose de réfléchir et d'agir rapidement. La sévérité de certaines situations m'amène déjà à préconiser la nécessité de soins où sexologie, pédopsychiatrie et pédiatrie ont à se coordonner dans l'intérêt des mineurs. A noter que mon activité s'est complétée d'une petite activité libérale de sexologue. Cela complète mes observations sur le rôle de la révolution numérique sur la sexualité. Et je reçois aussi des victimes adultes et mineures et des auteurs adultes et... mineurs d'autres départements adressés par la PJJ. S'il y a des résistances à ce travail, idéologiques, les bénéfices constatés par des professionnels et les jeunes eux-mêmes permettent de poursuivre la route. Des médecins de santé mentale et somatique qualifient dans la région ce travail « d'interventions de médecine sexuelle ».

En 2012, j'intègre l'Unité Régionale de Soins aux Auteurs de Violences Sexuelles (URSAVS) dirigée par le Pr THOMAS et la Dre SEGURET CORSI du pôle Psychiatrie Médecine Légale et Médecine en Milieu Pénitentiaire du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille. L'URSAVS appartient au réseau des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des auteurs de Violence Sexuelle (CRIAVS) créés en 2006. Depuis 2009, elle est unité de liaison en appui des CMP et autres services recevant des auteurs. Créée pour les adultes, ses responsables observent une augmentation des demandes pour des adolescents et quelques pré adolescents. Ils ne trouvent pas de pédopsychiatre. J'hésite à focaliser mon travail sur les MAVS. Cependant, l'évaluer dans un centre hospitalo-universitaire aurait du sens puisqu'il a concerné 96 AAVS depuis 2003 et 174 enfants avec CSP entre 2008 et 2011 dont 71 victimes de violence sexuelle. Je suis également préoccupée par l'augmentation de suivis d'adolescents filles ou garçons ayant des conduites sexuelles agressives, porteurs de pathologies ou handicaps notamment psychiques, mentaux. Quel accompagnement de leur développement sexuel avant ces troubles ? Quel impact des supports pornographiques et/ou violents constatés dans leur évaluation ? L'expérience de la Marne est-elle pertinente, reproductible pour convaincre de l'urgence ? Quelle place donner aux sexologues ?

PRISE EN CHARGE DES AAVS OU PRESUMES AUTEURS A L'URSAVS

En 2012, l'observation du terrain dans cette unité et en santé mentale dans la région me montre les constats suivants :

- Les connaissances sur le développement sexuel reposent principalement sur la théorie psychanalytique. Des travaux semblent méconnus comme ceux qui mettent en évidence le remodelage du cerveau des adolescents du fait de la puberté renforçant les travaux de Simon et Gagnon (Giedd et al., 1999, Herculano-Houze et Lent, 2002).
- La sexologie est méconnue comme le concept de santé sexuelle dans sa version 2002. Les professionnels sont préoccupés par une « hyperérotisation » de la société et l'exposition de

jeunes aux supports pornographiques. Cela renforce leurs craintes sur les sexologues. La mise en œuvre d'un dialogue sur la sexualité avec des mineurs auteurs de violence sexuelle suscite des réticences quant au risque de passages à l'acte.

- Généralement, les professionnels pensent que les violences sexuelles ne sont pas une question de sexualité.
- L'approche du psycho-traumatisme sexuel par la théorie des émotions est peu développée.
- Les antécédents de violence sexuelle subie dans l'enfance ou l'adolescence chez des MAVS sont peu questionnés comme chez les adultes.
- Les équipes expriment leurs peurs et leur désarroi face aux AAVS. Les CSP sont peu repérés des CMP enfants.
- Une partie de l'équipe URSAVS est réticente à préconiser des interventions thérapeutiques pour ces adolescents comme pour les adultes et privilégie la mission CRIAVS : former les autres soignants en charge des auteurs.

Or l'URSAVS est une unité de soins pluridisciplinaires. Et les autres professionnels sont en difficulté. Créer une dynamique de soins pour ces mineurs est indispensable. Dans un premier temps il faut :

1/Assurer des formations intégrant des connaissances sur la santé sexuelle, sur les approches du développement sexuel et ses différentes approches, la notion de comportement sexuel responsable pour cerner les enjeux de soins ou d'éducation. 2700 professionnels sont sensibilisés entre 2013 et 2016 dans la région (Figure 3).

Figure 3 : Définition développement sexuel. Approche sexologique du développement sexuel.
Comportement sexuel responsable

| | |
|---|--|
| <p>Développement sexuel dans l'approche sexologique : définition</p> <p>Le développement sexuel est un processus naturel qui commence avant la naissance. A partir de composantes innées, il consiste à acquérir progressivement dès l'enfance et en cours d'adolescence, des capacités permettant à un être humain, après les transformations/pubertaires, de s'inscrire dans le vécu d'une sexualité personnelle, relationnelle.</p> <p>Le développement sexuel des enfants et des adolescents doit être protégé et respecté dans une vision positive et cohérente avec leur processus de maturation globale physique, psychique, sociale afin d'atteindre en tant qu'adulte les objectifs de la santé sexuelle. Gamet M Laure</p> | <p>Approche sexologique : définition</p> <p>L'approche sexologique du développement sexuel est une mise en mots descriptive du développement sexuel issue de l'observation des enfants de 0 à 17 ans dans une perspective scientifique.</p> <p>Elle est particulièrement soucieuse de s'inscrire dans la finalité éthique de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) de l'ONU pour que soit respectée, protégée, assurée cette part du développement humain des enfants, des pré-adolescent.es et des adolescent.es. Son objectif est de constituer un corpus théorique narratif des étapes du processus de sexualisation humain.</p> <p>Elle tient compte des processus relatifs au sexe biologique, aux valeurs genrées, aux rôles sexuels, aux différences d'identité et d'orientation sexuelles, dans leurs aspects biologiques, affectifs, psychologiques, sociaux-culturels, éthiques.</p> <p>Elle appuie ses observations sur la connaissance réflexive du corpus scientifique issue des autres approches – cognitives, <u>cognitivo-sociale</u>, biologique, psychanalytique, historique et sur l'ensemble des connaissances du développement global des enfants renforcées par l'apport des neurosciences.</p> <p>Elle tient compte de la théorie de l'attachement de Bowlby, des approches humanistes, de la théorie des émotions, de la théorie des schémas et des recherches en matière de traumatisme. Attentive aux évolutions sociétales, elle se questionne et s'enrichit en permanence et en cohérence avec les recherches scientifiques des sciences médicales et humaines.</p> <p>Elle intègre dans son corpus théorique les vulnérabilités de l'enfance liées à des pathologies, des handicaps ou aux maltraitances comme les violences sexuelles et autres violences qui peuvent affecter le développement sexuel.</p> <p>Elle vise ainsi à être ressource au titre de l'éducation et du soin en matière de développement sexuel pour tous les enfants afin de renforcer les conditions de la promotion de leur santé sexuelle et des droits sexuels à l'âge adulte (WAS 2014). Gamet M Laure</p> |
| <p>Pan American Health Organization & World Health Organization. (2000, May 19–22). Promotion of sexual health: Recommendations for action. Regional consultation in collaboration with the World Association for Sexology.</p> <p>« Le comportement sexuel responsable est exprimé aux niveaux individuel, interpersonnel et communautaire.</p> <p>Il comprend l'autonomie, la réciprocité, l'honnêteté, le respect, le consentement, la protection et la poursuite du plaisir et du bien-être.</p> <p>Une personne qui revendique un comportement sexuel responsable ne cherche pas à nuire et s'abstient d'exploiter, de harceler, de manipuler et d'exprimer de la discrimination envers les autres.</p> <p>Une communauté favorise des comportements sexuels responsables en fournissant les connaissances, les ressources et en défendant les droits dont les individus ont besoin pour avoir une telle conduite »</p> | <p><small>Gamet M Laure copyright non autorisé FormationSensibilisation Mineurs Auteurs URSAVS CHU de Lille</small></p> |

2/Suivre des adultes condamnés, incarcérés ou suivis en CMP pour rassurer sur la façon d'aborder la sexualité de façon scientifique, éthique avec des adultes. Fin 2016, 47 auront été suivis. Les professionnels de l'URSAVS ou des CMP constatent que l'approche sexologique contribue à renforcer ou rétablir leurs alliances thérapeutiques dans leurs domaines respectifs de thérapies, psychologique, psychiatrique, criminologique, familiale.

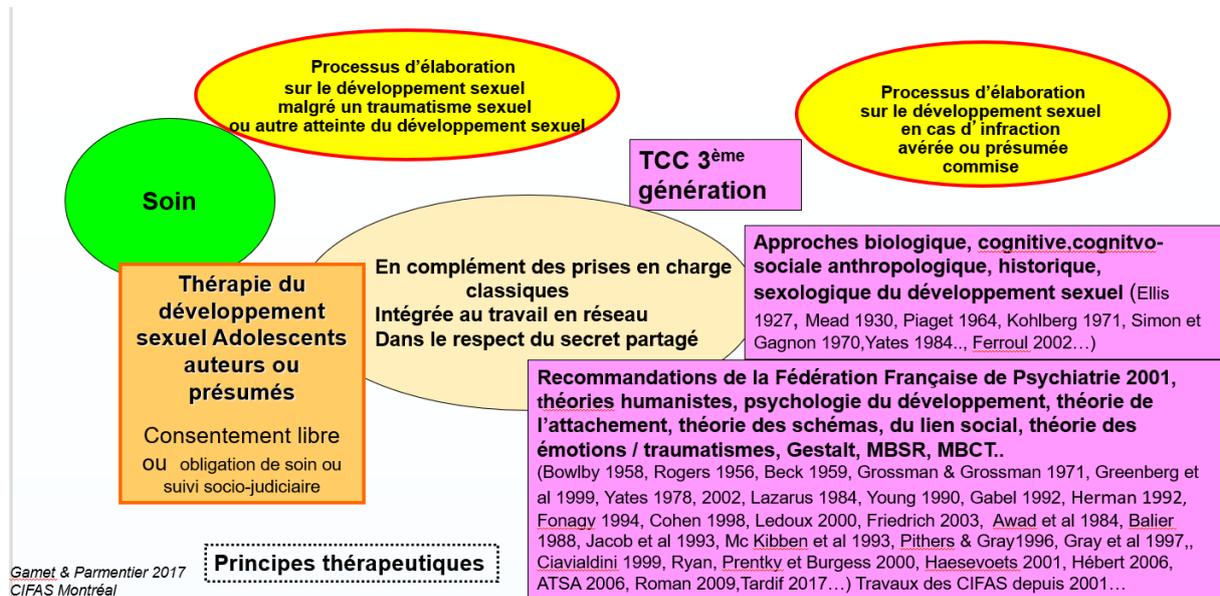
3/Demarrer des suivis d'AAVS, fin 2013. Des pédopsychiatres de CMP manifestent leur intérêt lors de synthèses, premier temps organisé suite à la réception d'une fiche de liaison à l'URSAVS. Le Dr GOBERT, responsable du pôle de Boulogne sur Mer, s'engage dans la démarche pour assister aux consultations d'AAVS qu'il suit comme les psychologues et équipes de CMP et/ou d'hospitalisation de son service. Il avait antérieurement fait appel à l'URSAVS. A présent, il souhaite observer ce que ce « maillon » sexologique pourrait apporter à ces jeunes.

Ce pédopsychiatre est particulièrement intéressé par la mise en mots qui s'opère dans ces consultations, qu'un jeune souhaite aborder ses agirs d'emblée ou pas. Elle vise à :

- Etablir un dialogue par les mots, le dessin sur le développement sexuel d'une Personne définie (tête, cœur, corps), de façon adaptée aux éléments connus de l'histoire de vie, des symptômes avec des mots qui intègrent la place de l'intime, du corps intime, d'un sujet supposé pubère ou en cours de l'être, inscrit ou non dans une sexualité présentée assumée, au-delà des faits reprochés,
- Apporter des éléments sur le développement sexuel de façon bienveillante et ouverte visant à favoriser l'expression spontanée,
- Evaluer les perceptions, compréhensions d'un adolescent sur cette dimension dans ses aspects cognitifs, émotionnels, sensoriels, psychologiques, physiques et relationnels, du statut d'enfant à celui de pré-adolescent puis d'adolescent.
- Favoriser les capacités réflexives, émotionnelles en apportant des éléments relatifs aux déterminants personnels, relationnels, sociétaux de ce développement. Signifier en quoi l'enfant n'est pas un être sexuel et comment l'adolescent le devient.
- Faciliter l'expression des difficultés d'élaboration face aux tabous du développement sexuel, des violences sexuelles ou autres violences, des carences affectives.
- Aider à « déposer » les expositions à des contenus sexuels et/ou violents virtuels qui piègent dans une auto ou une allo-agressivité sexuelle,
- Permettre la révélation des atteintes au développement sexuel devenues *normalité* d'un enfant ou d'un adolescent par violence sexuelle directe ou indirecte ou d'autres causes. Plus de 60% des jeunes suivis ont été victime de violence sexuelle.
- Encourager par cette nouvelle alliance thérapeutique le maintien ou la reprise des autres soins.

Il importe d'aller vers le patient avec authenticité et éthique avec des éléments adaptés pour qu'il perçoive rapidement des perspectives intéressantes à sa situation. C'est l'intérêt d'une sexothérapie centrée sur le développement sexuel, conçue sur le modèle cognitivo-comportemental (Figure 4).

Figure 4 : Thérapie centrée sur le développement sexuel pour les AAVS



De façon générale, ces consultations individuelles amènent assez rapidement un jeune à aborder les faits, même en cas de mutisme ou d’agressivité verbale antérieurs sur ce sujet. Des perspectives d’avenir pour la dimension développementale, sexuelle, en lien avec les faits s’envisagent. La construction intime personnelle et relationnelle s’élabore. La capacité à s’exprimer sur les faits prend le pas. Nommer les faits comme « trouble du développement sexuel » prend sens. Peur, angoisse, honte ou colère, rancœur, idées de vengeance etc. deviennent surmontables parce que l’espoir s’est installé dans les consultations. Parfois il faut attendre plus longtemps mais aucun suivi n’est arrêté au motif que les faits ne sont pas abordés par un jeune, sur 248 menés entre 2013 et 2023. Il est évidemment indispensable d’être attentif à l’apparition d’éléments anxio-dépressifs du fait même de l’élaboration progressive.

Une critique souvent faite à la consultation individuelle est : « Où est traitée la question de l’acte ? » (Romero, 2022). Il s’agit là d’un intérêt central de la prise en charge sexologique des AAVS. Les premiers magistrats de la Marne intéressés par ce travail l’avaient constaté en audience : un jeune en incapacité de s’exprimer sur les actes reprochés le devenait durant le temps de la thérapie sexuelle. Et des jeunes questionnés sur ce changement disaient : « Maintenant je peux en parler parce qu’on me parle du sexe ».

La thérapie sexuelle apporte un changement de paradigme, devenu incontournable du fait des constats observés depuis 20 ans : l’exposition répétée à des supports vidéo pornographiques, violents impacte le développement sexuel avec des confusions autour du virtuel et du réel, des états d’isolement, d’intolérance à la frustration, d’addiction au sexe, de traumatisme sexuel. L’altération des

apprentissages d'altérité sexuelle dans ces contextes devient problématique alors que la puberté impose au garçon la découverte de sa réponse sexuelle par les éjaculations, à la différence d'une fille avec l'arrivée des règles. D'où des passages à l'acte, virtuels, réels dans un désir de performance, de contrôle, de domination (Gamet 2020). C'est pourquoi, il apparaît nécessaire d'aller vers ces jeunes et de leur proposer un soin spécifique centré sur le développement sexuel même s'il ne reconnaissent pas les faits pour pouvoir aborder les faits d'agression.

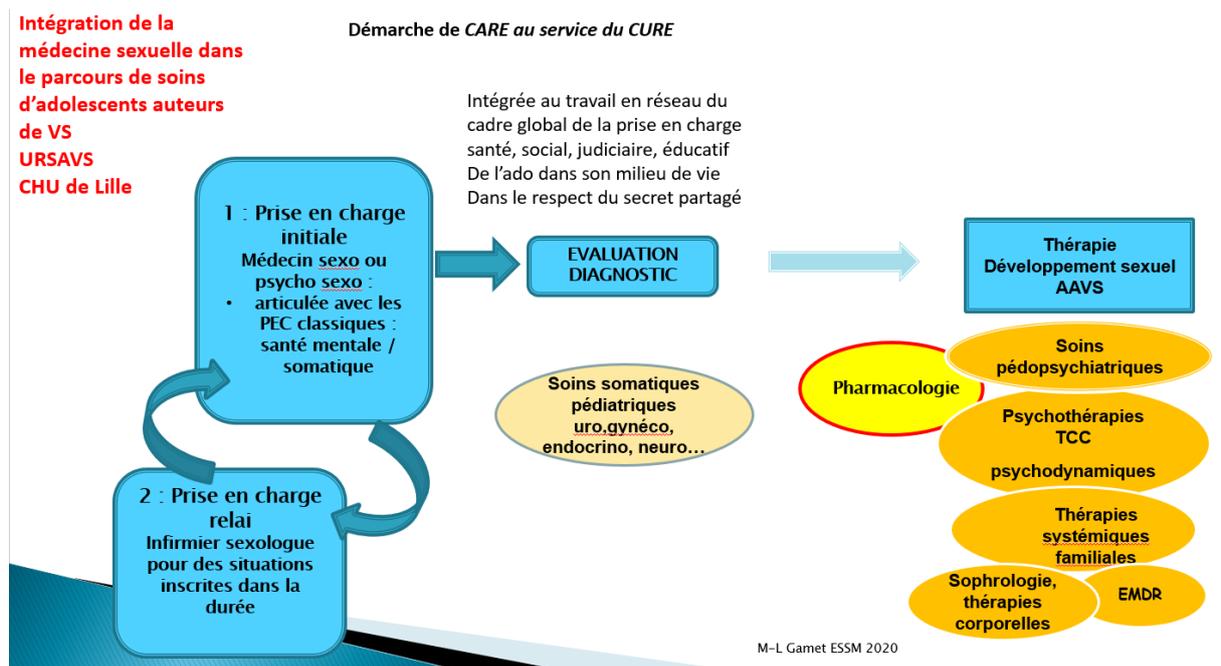
Les enjeux sexologiques seront différents face à une agression unique, un viol incestueux, des actes multiples extra familiaux ou un trouble pédophilique potentiel issus de masturbations ou des fantasmes sexuels déviants. L'objectif de la sexothérapie sera d'amener cet AAVS à se situer en tant que Personne inscrite dans la construction de son identité sexuelle dans une vision positive et responsable par la conscientisation du moteur de la sexualité, le plaisir sexuel et son partage quand elle devient relationnelle.

La sexothérapie renforce même l'adhésion aux suivis pédopsychiatriques, psychologiques y compris lorsqu'un jeune les refusaient. Dans une transdisciplinarité active, l'évaluation des éléments psycho et sexo-pathologiques contribuant au passage à l'acte est renforcée. Les jeunes disent : « On ne fait pas la même chose dans ces suivis ». La pluridisciplinarité devient rassurante ! Elle l'est aussi pour les professionnels dans une collégialité favorisant la prise de décisions comme pour évaluer, discuter les bénéfices/risques d'un traitement médicamenteux sur le développement sexuel qu'il soit à visée anxiolytique ou antidépressive etc.

Dès 2016, des pédopsychiatres, psychiatres et psychologues parleront « d'intervention de médecine sexuelle » pour qualifier l'apport sexologique auprès des AAVS.

Un parcours de soin de médecine sexuelle définit, dans le cadre de la prise en charge globale la place des différents professionnels de santé sexologues du fait des situations et d'aspects médico-légaux (Figure 5).

Figure 5 : Parcours de soin de médecine sexuelle à l'URSAVS CHU de Lille



La réforme du Code de Justice Pénale des Mineurs (CJPM) depuis 2021 raccourcit la période présententielle. Il en résulte une augmentation du recours à l'URSAVS par les CMP pour garantir les chances d'élaboration des AAVS. Les liens avec la PJJ ou avec l'ASE se renforcent autour de ces prises en charge. Toutefois l'évolution des violences sexuelles intra familiales particulièrement depuis 2016 et surtout 2020 (Rapport au Gouvernement sur la soumission chimique, 2025) entraîne une augmentation de situations complexes d'AAVS. La place de ces parcours de médecine sexuelle apparaît d'autant plus pertinente (Figure 6).

Figure 6 Exemples de cas cliniques

Louis 17 ans, vit chez ses parents. Plainte déposée par deux adolescentes pour harcèlement sexuel et agressions sexuelles. Il est pris en charge en CMP depuis quelques années pour Trouble du Spectre Autistique. Un profil dysharmonique est évoqué. Impulsivité, isolement, difficultés dans les interactions sociales, intolérance à la frustration marquent la clinique. Les troubles sexuels sont récents dans la symptomatologie. La prise en charge de médecine sexuelle est prudente sur un tel contexte.

L'évaluation sexologique permet à Louis d'évoquer qu'il est pansexuel. Elle permet aussi de mettre en évidence que les frontières entre l'humain, le non humain, les objets sont floues. Après quelques consultations très prudentes pour évaluer comment il peut élaborer sur le développement sexuel et la sexualité à son âge, dans le respect des droits sexuels, de la physiologie sexuelle, Louis parle de sa découverte de la sexualité avec un adulte, via le web durant les confinements, avec son consentement. La thérapie se poursuit avec pour objectif qu'il trouve sa liberté à être en élaborant peu à peu sur sa construction.

Gabriel 17 ans lycéen brillant, bientôt étudiant, vit chez ses parents. Sa sœur âgée de 6 ans a révélé des actes évocateurs de fellation par Gabriel. L'adolescent est compliant lors des consultations. Mais il montre des rigidités psychiques, une conviction de supériorité. L'évaluation sexologique montre des scripts sexuels issus des supports X violents, avec une pauvreté de compréhensions personnelles conscientisées sur la sexualité sans élaboration sur ses capacités d'imaginaire érotique spontané. Le signalement sera classé sans suite.

Eric 20 ans est incarcéré pour viols et agressions sexuelles vers ses 17 ans sur des filles de son âge au moment des faits et sur sa sœur de 2 ans plus jeune. Le psychologue de l'URSAVS qui le voit la première fois revient bouleversé de ce qu'Eric peut déposer sur ses activités de découverte de la sexualité durant son adolescence. L'enfance était sans histoire.

GAMET M Laure Formation Sensibilisation Mineurs auteurs de violences sexuelles 2025

Dès 2016, soutenue par nos collègues nous écrivons que ce travail se distingue d'une action de psychoéducation - plutôt sexo-éducation, à développer pour des adolescents non auteurs ou présumés auteurs ayant un trouble psychique (Gamet, 2016). Ces jeunes nécessitent un accompagnement du développement sexuel spécifique. La situation de Jean (Figure 7) renvoie à cette nécessité (Séguret et al., 2019).

Figure 7 : Jean partie 1

Jean est suivi en CMP depuis ses 3 ans pour troubles du comportement avec diagnostic de troubles envahissant du développement.
Ses parents sont séparés depuis ses 18 mois. La garde est partagée au gré de la santé de Jean.
A 12 ans ses parents appellent à l'aide car ses troubles s'aggravent avec déscolarisation. Le suivi est renforcé.
A 13 ans, il fait l'objet d'une plainte pour exhibition, d'un signalement pour attouchements sur une cousine âgée de 18 mois et sur un cousin âgé de 8 ans.
Il est hospitalisé pour troubles majeurs du comportement.
L'évaluation pédopsychiatrique montre rigidité, froideur, peu de capacités d'adaptation, un lien à l'autre agressif et sexualisé, une fascination avec envahissement par des sujets morbides et sexuels, des comportements régressifs sur fixation anale. Il menace et touche sexuellement d'autres patients et le personnel. Ses capacités cognitives sont hétérogènes sans retard intellectuel. Les tests projectifs sont peu investis avec mauvais pointage émotionnel. Le diagnostic de psychose symbiotique est posé.
Gamet M. Laure, Seguret Corsi T., Etienne C. Session Cas complexe Cifas 2019 Montpellier

Les parents de Jean comme ses premiers soignants questionnés *a posteriori* ont observé des comportements masturbatoires envahissants de Jean malgré les traitements. Les parents disent que cela a conduit à l'isolement social familial. Jean aurait-il été accessible à une action de sexéducation dans son enfance ? Au vu de l'évolution de sa situation, cette question se pose (Figure 7, Figure 8).

Figure 8 : Jean Partie 2

L'hospitalisation de Jean se prolonge bien qu'il mette à mal l'équipe et d'autres jeunes. Le traitement médicamenteux a peu d'effet sur les signes sexuels. Régulièrement il dit avoir souvent touché sa mère. Un signalement est fait pour suspicion d'inceste maternel.
L'intervention de l'URSAVS est demandée du fait de ses agissements sexuels. Une évaluation infirmière et sexologique est décidée. L'infirmière de l'équipe le voit et me dit son inquiétude. Elle poursuivra sa mission par des visites aux parents.
A ma 1^{ère} consultation en présence d'un soignant, Jean donne le ton : « c'est vous le médecin du sexe. C'est bien ; moi je pense qu'à baiser, ici il y en a des bonnes à baiser. Et le Dr L. si vous saviez comme je voudrais la violer, elle a des petits seins, elle doit être bonne. Ça fait peur ici quand je dis ça, tant mieux, j'aime bien que les gens aient peur, moi j'ai peur de rien, je l'ai dit à la juge et comme ça je vais aller en prison. Je préférerais y être plutôt qu'ici ».
M'inspirant de Becker, je dis : « Tu as des connaissances, il faudra y mettre de l'ordre » (Becker 1964). Il s'agite. J'enchaîne en dessinant une Personne. Il se moque. Je demande de quoi est faite une personne. Je reformule chaque mot obscène qu'il dit, je trace la ligne du temps pour situer Jean comme ado et les adultes. J'ajoute le mot « intime ». Il se lève, dit : « Je voudrais voir Dr L. et l'infirmière, ces deux salopes quand elles s'enculent ». Je dis : « Comme tout médecin qui prend soin des personnes, je reviendrai d'ici quelques jours. Il faut se soucier de toi. Tu n'es pas sourd. Tu as un cerveau qui réfléchit ».
Sur trois mois, une consultation hebdomadaire est menée en présence de soignants pour éviter les clivages.
L'évaluation met en évidence l'exposition massive de Jean depuis ses 7 ans à de multiples contenus pornographiques et violents. L'atteinte de son développement sexuel est massive en péri puberté avec constitution de scripts sexuels déjà violents, envahissants.
Dans ce contexte, la thérapie centrée sur le développement sexuel est initiée avec prudence pour le « déssexualiser » de ces contenus.
Gamet M. Laure, Seguret Corsi T., Etienne C. Session Cas complexe Cifas 2019 Montpellier

Figure 9 : Jean Partie 3

Après deux mois une atténuation des comportements sexuels est constatée. Le traitement est modifié avec introduction d'un antidépresseur car un fléchissement thymique est observé. En effet, il peut désormais exprimer une émotion de tristesse en verbalisant des souvenirs de scènes sexuelles des contenus X. Il verbalise aussi de la peur face aux conséquences de type envahissement sexuel compulsif et impulsif que cela peut lui provoquer.

A 3 mois, je rencontre sa mère seule. J'aborde le développement sexuel de Jean enfant. Elle parle de ses touchers génitaux récurrents sur lui depuis ses 2,5 ans. Je lui demande : « Et sur vous ? ». Elle s'effondre, dit son désarroi, ses peurs face à ses gestes. Elle a vécu de la violence intra familiale sexuelle. Ce point n'avait pas été abordé par les soignants de l'époque. A la suite, je poursuis la consultation avec Jean et sa mère pour aborder ces touchers de l'enfance, les mettre en perspective avec ce que Jean commence à élaborer sur l'intimité. Il se montre adapté et sa mère est émue de le voir attentif alors qu'il rejetait ses parents depuis des mois.

Après 4 mois la sortie est envisageable dans une structure, les comportements sexualisés ayant quasiment disparu.

Son suivi se poursuivra régulièrement à la suite de son entrée dans un établissement spécialisé où il restera jusque ses 18 ans. Il y aura des épisodes de tensions au gré de son adolescence mais sans nécessité d'hospitalisation. Il s'arrêtera après son entrée en structure d'adultes du fait de l'évolution positive de sa vie. Son lien d'attachement à son père s'est renforcé, sa mère a pris davantage de distance. Il se construit une autonomie affective et une vie personnelle, sexuelle avec son handicap. Notre infirmière a poursuivi des visites régulières lors des retours au domicile paternel.

Gamet M. Laure, Seguret Corsi T., Etienne C. Session Cas complexe Cifas 2019 Montpellier

Jean est « hypersexualisé » dès ses 7 ans en 2012, du fait de ses étonnantes capacités à se servir des moyens numériques, malgré son handicap psychique. Se soucier de l'accompagnement du développement sexuel de l'enfant porteur de handicap est un enjeu incontournable. Le plus tôt possible au 21^e siècle comme le préconise Y. Coinçon pédopsychiatre très engagée dans la lutte contre les violences sexuelles (Coinçon 2019).

LES ENFANTS DE 12 ANS ET MOINS PRESENTANT DES COMPORTEMENTS SEXUALISES PROBLEMATIQUES

En 2014 avec Dr Gobert, nous incluons des enfants souffrant de CSP dans les consultations. Ces comportements sont dirigés vers soi ou les autres, enfants le plus souvent ou adultes. Les principaux rencontrés dans notre expérience sont les suivants (Encart 3).

Encart 3 : Principaux comportements sexuels problématiques

| |
|---|
| Propos sexualisés envahissants, menaces sexualisées |
| Touchers, frottements génito-anaux récurrents, incontrôlables, envahissants |
| Exhibitions, demandes de stimulations génito-anales récurrentes, incontrôlables, envahissantes |
| Contacts oro-génitaux répétés |
| Comportements évocateurs de pratiques sexuelles d'adultes |
| Auto-mutilations, introductions d'objet génito-anales |
| Comportements sexualisés avec des animaux, des objets... |
| Exposition recherchée, récurrente envahissante à des images pédo/pornographiques |
| Mises en danger sur le web avec ses parties génito-anales ou ses seins et/ou demande de sexualité |

Confiés à la protection de l'enfance, les motifs de placement sont des violences intra familiales de type sexuelle ou conjugale, physique, psychologique. Les symptomatologies sont celles de traumatismes complexes avec des troubles du comportement sévères.

Nous voyons aussi quelques enfants non placés pour lesquels un attachement insécurisé semble avoir contribué à l'apparition de CSP.

Les expositions à des contenus numériques pornographiques sont fréquemment associées dans toutes ces situations. Elles aggravent les CSP et la sévérité des troubles du comportement avec agressivité *a fortiori* lorsqu'elles sont associées à des supports violents (GTA, Call of duty, clowns tueurs etc.). Les garçons sont un peu plus représentés, les conséquences apparaissent les mêmes pour les deux sexes. Dans la continuité des réflexions déjà menées dans la Marne, ces situations d'enfants aux comportements sexuels souvent allo-agressifs apparus précocement amènent à considérer leur développement sexuel (Tourigny et *al.*, 2017). Ces enfants nécessitent des soins pluridisciplinaires en pédopsychiatrie, des hospitalisations de jour ou complètes sont souvent utiles. Cette problématique émergente, croissante inquiète les équipes (Glomot 2018).

Il apparaîtra pertinent d'ajouter l'intervention de médecine sexuelle dans une complémentarité de soins. La clinique guide les étapes de la thérapie adaptée à l'enfant, son histoire, un handicap, avant ou en péri-pubertaire. Son objectif est de déssexualiser pour permettre à l'enfant de retrouver une trajectoire de développement sexuel « vivable » pour l'âge.

Il s'agit d'aller vers un enfant pour :

- Le re-situer en tant que petite Personne, avec son corps global d'enfant, avec ses différentes fonctions physiologiques, réflexives, émotionnelles, le situant comme important, précieux, unique, différent des grandes personnes
- Définir le corps intime - sans effracter, d'enfant non pubère ou péri-pubère évoquer les sensations plaisantes qu'il peut procurer à condition qu'elles soient le fait de l'enfant, dans le respect de lui-même. Laisser libre cours à la parole de l'enfant afin d'évaluer ce que l'approche verbale de son corps suscite de rassurant ou à l'inverse le stresse etc.
- Favoriser l'expression de l'enfant sur ses ressentis, sur ses actes en termes de stimulations répétées, envahissantes ou ce qu'il peut chercher à dire, faire aux autres avec cette partie du corps, de leur corps : les CSP sont le plus souvent l'expression de conduites dissociantes pour échapper à ce qui est ingérable, le sexuel, issu de violence sexuelle ou d'expositions à des contenus sexuels. Ce peut être aussi lorsque d'autres violences, réelles ou virtuelles, ou des troubles d'attachement l'ont tant stressé que le corps génital est utilisé par l'enfant pour échapper à son environnement.

- La remédiation cognitive adaptée autour du développement sexuel se poursuit quand l'enfant retrouve un apaisement avec diminution des CSP, de l'agitation ou de son agressivité.
- S'assurer qu'il retrouve des conditions d'attachement sécurisées pour garantir un bénéfice durable du processus de déssexualisation.

Agir avant la puberté est essentiel pour que l'enfant puisse approcher cette période dans une tranquillité d'être.

La prise en charge des CSP renforce la nécessité de porter un regard non sexuel sur l'enfant, autre changement de paradigme. Certes il a pu se construire une normalité à partir de ce qui s'est imposé à lui, au point d'être envahi. Mais il survit et ne vit pas son état d'enfant comme son droit à être un enfant l'exigerait. D'où ses troubles. C'est un intérêt majeur de l'approche sexologique d'avoir intégré les apports de Simon et Gagnon : « Les comportements extérieurs présumés sexuels des enfants ne sont pas concomitants de comportements intérieurs sexuels. Ils s'expliquent par des phénomènes de curiosité, de maîtrise de la réalité et ne doivent pas être assimilés aux préoccupations sexuelles des adultes » (Simon et Gagnon, 1970). Tardif en 2017 dit : « Le fantasme sexuel est un phénomène quasiment universel. La moyenne d'âge pour l'apparition de fantasmes sexuels se situe entre 11 et 13 ans » (Tardif, 2017). Ceci explique que les termes « comportements sexualisés problématiques » seront privilégiés.

Ces situations motivent mes collègues de l'URSAVS à rechercher des antécédents de CSP chez des AAVS. Des études confirment la gravité des CSP allo-agressifs : ils constituent un facteur de risque de comportements de violence sexuelle à l'adolescence chez des garçons dans les contextes de victimisation sexuelle (Tourigny et *al.*, 2017). L'URSAVS intègre les CSP dans les formations des professionnels de la région et connaît une demande exponentielle de demandes alors que je m'étais étonnée de leur faible nombre dans cette région à haute densité démographique.

Mais avec des pédopsychiatres, nous constaterons que cette prise en charge URSAVS étiquette durablement ces enfants comme auteurs alors que tous ont été victimes d'atteinte du développement sexuel avant leur puberté.

L'équipe URSAVS est en difficulté face aux problématiques d'enfants tandis que le nombre d'AAVS augmente. Il apparaît prioritaire de soutenir les CMP surchargés.

En France depuis 2017, les Unités d'Accueils Pédiatriques Enfance en Danger (UAPED) uniformisent sur les territoires la prise en charge des enfants victimes de violences. L'instruction ministérielle du 03/11/2021 invite les ARS à structurer une offre de soins graduée et coordonnée et des parcours de soins spécialisés en faveur de l'enfance en danger. L'objectif : repérage, constat des violences et accès à des soins pluridisciplinaires (Instruction N°2021/220, 2021) en lien avec les recommandations de la Société Française de Pédiatrie Médico-Légale.

En 2020, les Dres Nelken et Matthews responsables de l'UAPED du CHU de Lille accueillent l'idée d'une consultation de médecine sexuelle pédiatrique pour les enfants de 12 ans et moins souffrant de CSP. La confirmation du cadre juridique de la condamnation au pénal à partir de 13 ans par le Code de Justice Pénale des Mineurs en 2021 conforte l'idée.

Fin 2024, 151 enfants ont été reçus. Les figures 10, 11, 12 montrent quelques exemples et données.

Figure 10 : Exemples de situations

- Arthur 4 ans a été victime de viol par sa mère et de violences conjugales du couple parental. Adressé par la pédopsychiatre pour CSP allo-agressifs sur adultes femmes ados et enfants filles constatés depuis son placement à 2 ans. 7 lieux de placement se sont succédés dont 4 depuis 4 mois du fait des CSP.
- Alicia 5 ans présente des comportements sexualisés envers les adultes, leur demande de toucher son sexe. Violences conjugales dans le couple parental et exposée à des supports X et violents.
- Laura 11 ans. Vit avec ses deux frères chez ses parents, enseignants. A 8 ans : se touche en public, touche les autres, propos sexualisés. Suivi psychologique qui retrouve des tensions familiales suite à la maladie d'un enfant. Apaisement. Depuis l'entrée au collège, retrouvée devant des supports X, se photographie dénudée. La prise en charge UAPED lui permet de révéler l'exposition à des supports X depuis ses 7 ans quand une tablette lui est donnée pour un trouble d'apprentissage.
- Brice 11 ans. Collégien brillant élève. Milieu social aisé. Viol de sa sœur âgée de 13 ans. Les deux enfants sont placés. Froideur, mépris de Brice face aux autres jeunes et aux professionnels en charge de son placement. Ne reconnaît pas les faits. La pédopsychiatre, les référents ASE et de la PJJ demandent un suivi à l'UAPED. Brice « dépose » peu à peu sur le monde virtuel dans lequel il est. Après 2 ans, l'amélioration est notée par tous les intervenants. Brice adhère à une continuité des soins à l'URSAVS. Consolidation de la situation sans que soit noté de passage à une psychopathologie particulière au CMP.
- Matthews A., *Gamet M. L., Différences entre agressions sexuelles du virtuel et du réel sur la santé des enfants : perspectives de soins*
CIFAS|2024 LAUSANNE

Figure 11 : Nombre et sexe des enfants accueillis

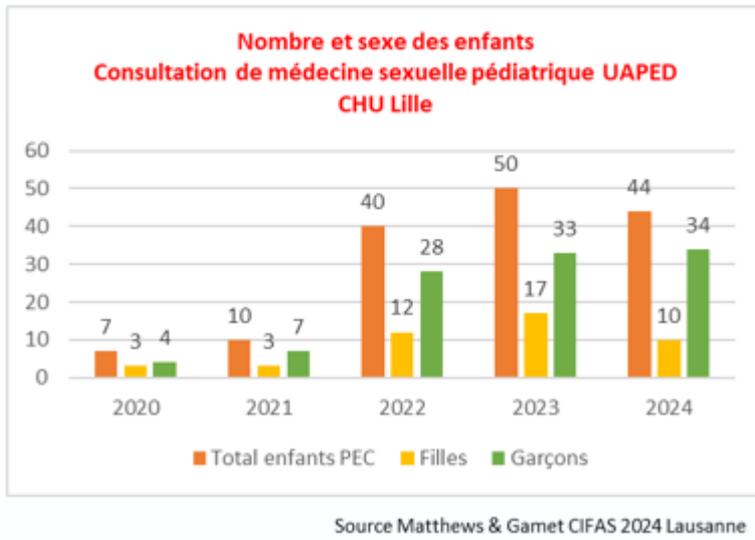


Figure 12 : Type de maltraitements de 84 enfants sur 107 accueillis fin 2023

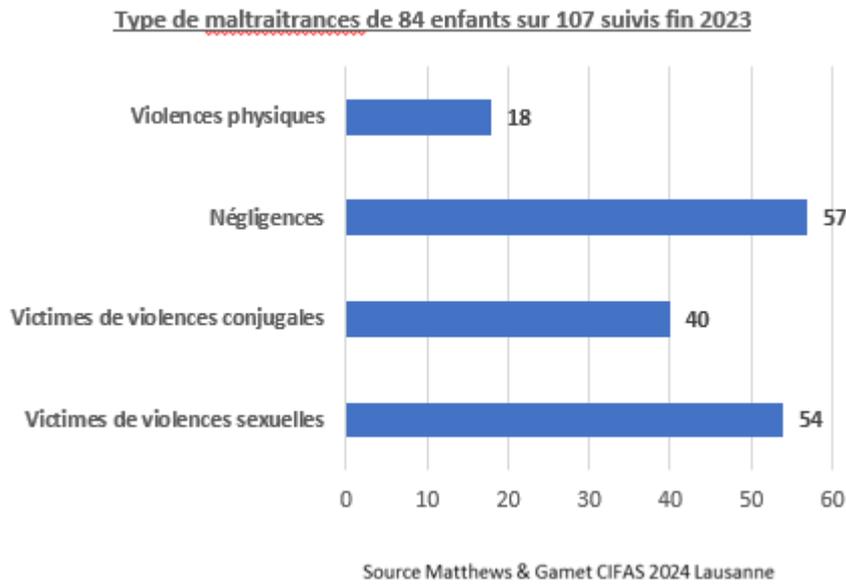
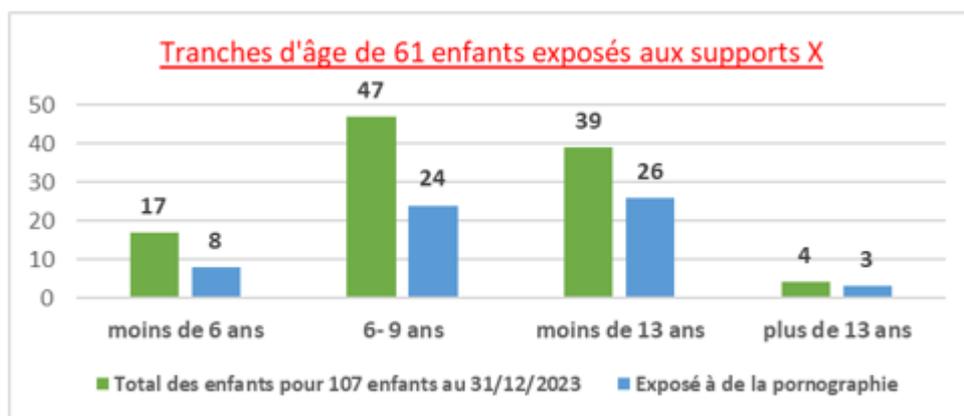


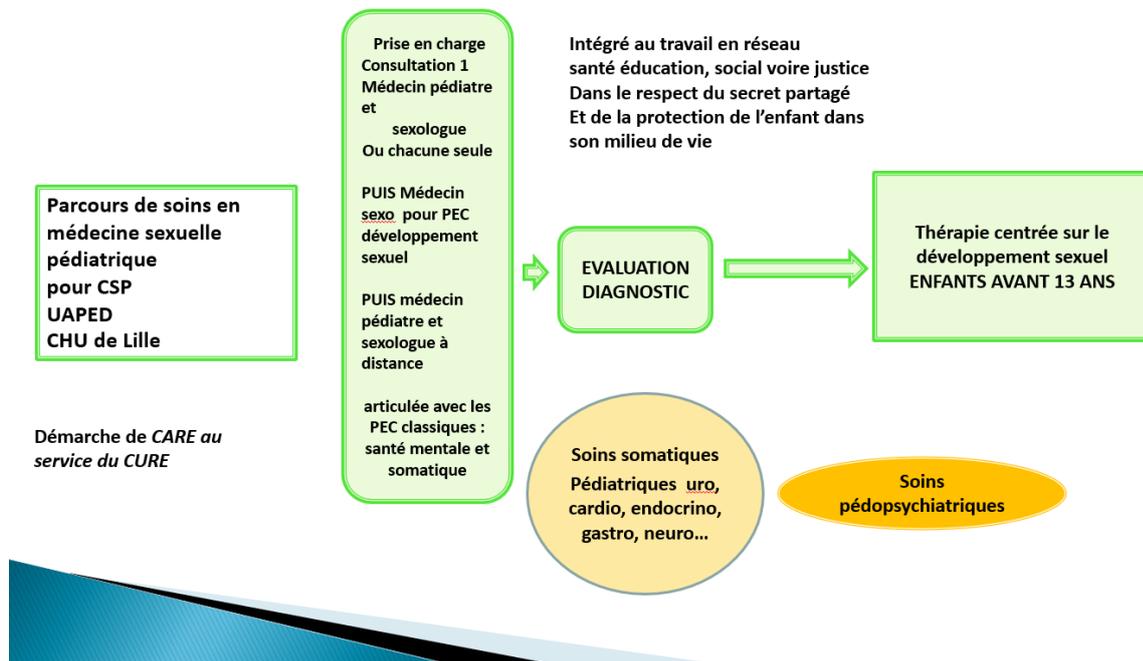
Figure 13 : Enfants exposés à des supports X par tranches d'âge



Source Matthews & Gamet CIFAS 2024 Lausanne

Les enfants sont quasi tous adressés par les pédopsychiatres ou psychologues pour des CSP au retentissement sévère. Ils adhèrent facilement aux consultations. La 1^{ère} consultation (Figure 13) se fait si possible avec la pédiatre qui propose un examen clinique incluant les parties intimes. Aux consultations suivantes, écouter son cœur au stéthoscope, être rassuré sur ses oreilles est proposé ... souvent demandé ensuite par les enfants ! La réassurance sur le corps favorise l'expression d'affects quand la globalité tête, cœur corps a été blessée par les effractions du développement sexuel. Lorsqu'ils vont mieux, ils demandent facilement l'espacement des consultations comme pour signifier que le sexuel n'est pas central dans leur vie d'enfant. Mais revenir une fois l'an, montrer qu'on grandit dans cette globalité libérée de l'étau sexuel semble avoir du sens pour ces enfants. C'est l'intérêt de cette thérapie brève avec une médiane de suivi rapproché sur 10 mois en étroite collaboration avec les autres soignants.

Figure 14 : Parcours de soins des enfants avec CSP : UAPED CHU de Lille (Matthews & Gamet 2024)



PERSPECTIVES

Dans un article à paraître en 2025 qui sera une mise au point sur l'approche sexologique avec le narratif descriptif des étapes de 0 à 17 ans, j'écris :

« Depuis près de 30 ans, l'approche sexologique m'a permis à partir d'une pratique à visée éducative dans des établissements scolaires et à visée thérapeutique dans des établissements sanitaires d'enrichir le corpus théorique qui m'avait été transmis. Aujourd'hui celui-ci amène à affirmer les éléments suivants :

- Les enfants sont inscrits dans un processus développemental à finalité sexuelle qui représente dès le début de la vie une composante fondamentale de la vie des enfants,
- Le développement sexuel doit être respecté en tant que dimension personnelle et intime des enfants et des adolescent.es,
- Les enfants ne sont pas en capacité sexuelle avant la puberté tout en acquérant des éléments fondateurs à la construction de leur identité sexuelle d'adolescent.es puis d'adultes,

- Ce développement s’inscrit dans une vision positive de la naissance à la fin de l’adolescence pour atteindre en tant qu’adulte les objectifs de la santé sexuelle pour tous les enfants y compris en situation de handicaps et/ou de pathologies congénitales ou acquises,
- La pré-adolescence est devenue une période particulièrement importante du fait de la survenue de la puberté en moyenne à 12-13 ans pour les deux sexes,
- L’adolescence est une période de maturation essentielle pour acquérir les capacités de s’approprier la découverte de la sexualité dans une temporalité qui relève de la décision personnelle, intime de chaque adolescent.e,
- La nécessité de renforcer les recherches en matière de développement sexuel du fait des évolutions des sociétés, des connaissances sans déroger au cadre éthique qu’impose la CIDE,
- L’importance de la promotion d’actions d’éducation autour du développement sexuel adaptées aux étapes du développement dans le respect de ce cadre éthique,
- La poursuite des travaux autour des thérapies et des parcours de soins adaptés aux étapes du développement sexuel dans le respect de ce cadre éthique,
- L’approche participe à lutter contre les dérives pédo-criminelles où les enfants comme les adolescent.es sont considéré.es comme doté.s de capacités sexuelles justifiant leur exploitation.
- Cette approche permet d’élaborer des soins adaptés des victimes pour leur sexualité et/ou leur développement sexuel y compris lorsque la victimation a constitué le principal facteur de risque pour être devenu auteur. Elle contribue à lutter contre les violences sexuelles intergénérationnelles intra familiales ».

En France, la loi du 26/01/2016 donne une légitimité aux sexologues professionnels de santé et une stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 est mise en œuvre (Loi n°2016-41, 2016). Les centres de santé sexuelle ont remplacé les centres de planification et d’éducation familiale ou de Planning Familial et regroupent aussi les missions des ex centres de dépistage des infections sexuellement transmissibles et VIH.

Les évolutions du concept de santé sexuelle comme la déclaration des droits sexuels dès 1999 puis 2014 (WAS, 2014) ont conforté l’approche bio psycho sociale de la sexualité avec la nécessité de mobiliser des professionnels qualifiés, en mesure de questionner des modèles de la sexualité.

Depuis 1996, la démarche réflexive à partir de l’approche sexologique du développement sexuel a été essentielle pour répondre aux enjeux éducatifs et de soins du concept de santé sexuelle.

Elle a permis de préciser des définitions comme celle du développement sexuel (Figure 3) ou de l’identité sexuelle (Figure 15).

Figure 15 : Définition de l'identité sexuelle

- **Identité sexuelle** : Ensemble des capacités personnelles permettant à une personne de vivre la sexualité en tant qu'homme, femme ou ni l'un ni l'autre. Elle est évolutive en fonction de l'histoire de vie.
 - Elle comprend l'identité sexuée, l'identité de genre, la notion de rôles sexuels, l'orientation sexuelle, les habiletés, les préférences sexuelles.
 - L'adolescence est une période charnière à partir des transformations pubertaires permettant de développer des capacités indispensables à l'acquisition de cette identité.

Gamet M Laure 2013

Cette démarche a aussi permis de travailler dans l'espace institutionnel -sanitaire, médico-social avec le social, l'éducatif, la justice, dans le service public et dans le secteur privé. L'objectif était de confronter cette approche à un regard interdisciplinaire et transdisciplinaire du fait des enjeux éthiques de prises en charge destinées aux mineurs. La démarche de *CARE de Gilligan et de Tronto*, fondamentale dans la Marne a été pleinement reproductible en Nord Pas de Calais pour organiser le *CURE* centré sur le développement sexuel (Gilligan, Tronto) (Figure 16).

Figure 16 : Démarche de CARE pour le CURE (Gamet & Carballeda 2022)

1 Les parcours de soins de médecine sexuelle dans les violences sexuelles, pour des victimes, pour des auteurs et leur déploiement sur les territoires de Nord Pas de Calais

Démarche de care Références : Gilligan 19982, Tronto 1991

☞ **Prendre soin de la sexualité et de son développement dans le dispositif de santé globale**

1-Porter attention à la sexualité, au développement sexuel : tous les professionnel·les de santé ou non!

2-Organiser l'accès au soin de médecine sexuelle : l'intégrer en complément des soins existants, dans la prise en charge globale

3-Mettre en œuvre le soin de médecine sexuelle
Evaluation structurée (grille d'évaluation de Desbarats et Gamet 2013)
 ET
Thérapie sexuelle (Gamet 2009, 2010, 2012, 2016, 2017, 2018)

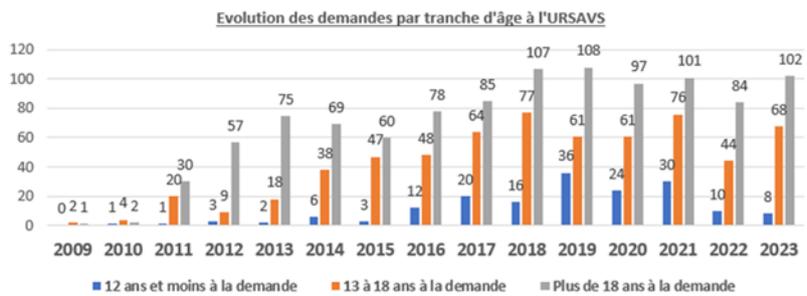
4-Evaluer le soin mis en œuvre, l'adapter : **interdisciplinarité santé somatique, mentale et sexuelle**

jf3sexo.fr Soins Région de

L'approche sexologique s'est ainsi située bien au-delà d'un simple champ d'application mais en tant qu'approche scientifique. Il s'agit alors de questionner la place même de la sexologie en tant que science à part entière, autonome (Gouvernet et Adam, 2023). En France, la pédopsychiatrie la psychiatrie et la psychologie ont été les disciplines référentes de la sexualité infantile. La sexologie n'était que très peu considérée en France (Gamet, 2018). Or l'approche sexologique est venue montrer l'intérêt du pluralisme intellectuel notamment en intégrant l'importance du corps, des cognitions et des émotions aux côtés du psychisme. Des changements de paradigme sont désormais incontournables et... sont liés à la révolution numérique.

Depuis 2005, une expérience grandeur nature a été menée dans notre pays comme ailleurs. L'exposition accessible, répétée dès le plus jeune âge à des contenus à caractère pornographique ainsi qu'aux supports violents est venu manifestement percuter le développement sexuel de nombreux jeunes. La banalisation était presque consensuelle. Les études d'exposition ont tardé à venir (Arcom 2023) et celles d'impact sont complexes. L'augmentation des violences sexuelles commises par des mineurs, elle, ne peut plus être niée.

Figure 17 : Evaluation des demandes par tranche d'âge à l'URSAVS (Séguret et al., 2024)



Source Seguret Corsi T, Dion F. & Gamet M. L. CIFAS 2024 Lausanne

Le lien potentiel avec cette exposition ne peut pas être écarté dans notre clinique. Les victimes de violence sexuelle de l'enfance sont d'autant plus vulnérables du fait de reviviscences traumatiques provoqués par les visionnages avec des conduites dissociantes vectrices de violences. Les victimes d'autres violences et les jeunes qui souffrent d'attachement insécurité sont aussi davantage en risque de s'isoler devant leurs écrans, d'être exposés. Les confinements « enfermants » tous les mineurs devant des écrans ont lourdement aggravé la situation. Les devoirs en ligne dès le collège demanderaient une réflexion d'urgence tant les paradoxes que l'on fait vivre à la jeunesse sont désarmants. A-t-on oublié que ce n'est pas à l'enfant de 3 ans de savoir qu'une casserole d'eau bouillante est dangereuse ? Les passeports internet sont une bonne chose mais ils ne suffiront pas sans la réflexion des adultes à penser le développement sexuel et à le protéger.

L'atteinte au développement sexuel engendre de telles conséquences psychiques, somatiques et sexuelles que les professionnels des CMP sont en difficulté. La santé mentale manque de moyens mais les figements en matière d'acquis théoriques sur le développement sexuel ont eu aussi leurs conséquences.

De son côté, la sexologie française s'est attachée à défendre les droits sexuels des adultes sans omettre l'urgence de protéger les adolescents et les enfants pour ne pas mettre en péril leur santé sexuelle en devenir. La chaire UNESCO Santé sexuelle & Droits humains, l'AIUS, la SFMS ou la Société Française de Sexologie Clinique ont compris l'importance d'agir, fortes des travaux de sexologues de terrain qui ont vu la catastrophe arriver. Elles ont adapté les formations des sexologues notamment aux traumatismes, soutenu les parcours de soins parce que les sexologues sont de métiers différents.

Ainsi elles ont apporté leurs constats et réflexions aux pouvoirs publics malgré l'insuffisance de visibilité des sexologues (Bondil, 2023). Les instances de santé publique ont cerné la place de la

sexologie et d'interventions de médecine sexuelle dans le domaine des violences sexuelles des mineurs. La consultation de médecine sexuelle pédiatrique à l'UAPED du pôle pédiatrie du CHU de Lille témoigne du cheminement incluant réflexions et enjeux éthiques fondamentaux.

A l'avenir, la création des comités de coordination de la santé sexuelle (CoReSS) est prometteuse pour une approche holistique de la santé sexuelle (Décret n°2024-670 du 03/07/2024, 2024). Elle devrait donner une visibilité à l'ensemble des professionnels en mesure d'éduquer et/ou de soigner en fonction des métiers, les professionnels de santé étant seuls habilités aux soins.

Cela devrait aussi créer des « ponts » entre tous les acteurs pour lutter contre les violences sexuelles.

A cette fin, l'éducation à la sexualité est indispensable car la prévention sur les risques ne peut être la seule voie. Les programmes d'éducation sexuelle ont de longue date considéré les violences sexuelles, les violences de couple (Samson 1974, Tremblay 1992).

Le programme édité par le ministère de l'Education Nationale nommé « Un programme ambitieux : éduquer à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité » (EVARS) (Programme d'éducation à la sexualité, 2025) constituera un guide destiné aux professionnels qui interviennent. Pour les classes maternelles et primaires, il s'intitule « Education à la vie affective et relationnelle ». En fin d'école primaire, ce guide recommande d'aborder la puberté, ce qui est logique. Au collège et au lycée, il s'intitule « Education à la vie affective, relationnelle et à la sexualité ». Concernant la puberté, au collège seul le terme « menstruations » figure pour étayer la puberté. Or les garçons n'ont pas de menstruations mais de premières éjaculations. Ce terme reste-t-il trop évocateur de la réponse sexuelle et donc de la sexualité au point de ne pas figurer dans EVARS ? Il apparaît ainsi particulièrement important de considérer le développement sexuel. Notons que la réponse sexuelle est abordée seulement en classe de terminale dans ce guide. Il existe manifestement des difficultés à mettre des mots sur le développement sexuel au-delà de la volonté de mettre en place un programme éducatif devenu pourtant indispensable.

Depuis quelques années, la sociologie est la science qui « monte » pour penser la sexualité et son développement. Mais ce dernier est approché surtout sous l'angle du genre. Cela ne peut suffire. Bozon confirmait en 2012 le souci des sexologues d'être attentifs aux comportements du fait des évolutions en cours sur la socialisation sexuelle :

« On est passé graduellement pour les adolescents et les jeunes à une socialisation « horizontale » et diffuse, où la construction de soi passe par les pairs, les moyens de communication et les références culturelles de génération, les expériences personnelles, les recommandations et les campagnes publiques, telles qu'elles sont interprétées par les individus » (Bozon 2012).

Les recherches sur l'utilisation des outils numériques (sites internet, applications, réseaux sociaux) dans la transmission de contenus éducatifs diversifiés sont plus que jamais indispensables pour guider les acteurs de l'éducation à la sexualité. Les jeunes plébiscitent ces contenus du fait de leur accessibilité permettant à toutes et tous au sujet de leur vie intime, sexuelle de chercher, de trouver, de discuter, de se retrouver entre pairs et/ou communautés, d'être conseillés, orientés y compris vers des acteurs de santé sexuelle.

L'outil numérique expose à de nouveaux risques : dégradation de l'image de soi, injonction au plaisir, promotion de comportements inadaptés comme *michetonnage*, *revenge porn* etc. De nombreuses études montrent désormais l'intérêt de ces outils en évaluant l'impact des technologies de communication à différents niveaux dans cette période de découverte : publics diversifiés, minorités, connaissances sur les comportements etc... Toutefois les résultats en demi-teinte sur les changements de comportement motivent à des recherches autour des communautés participatives et intégratives en ligne qui rassemblent les jeunes, les acteurs de terrain, les experts du numérique et les chercheurs comme dans le projet Sexpairs (Martin et al., 2023, Dinh et Martin, 2023). Dans ce contexte, il peut sembler anachronique de rappeler les objectifs primaires de l'éducation à la sexualité du 20^e siècle. De notre point de vue, ils restent d'actualité dans la formation à la pédagogie de l'éducation à la sexualité des éducateurs pour travailler avec un programme sans cesse actualisé (Gamet 2018). Dickson rend compte que les jeunes attribuent de l'importance à la personne qui fait cette éducation (Dickson et al., 2024).

Face à l'urgence, c'est l'organisation des moyens qui compte à condition que les moyens soient adaptés au contexte de la lutte contre les violences :

- Education à la sexualité en prévention primaire dans les établissements scolaires,
- « Sexoéducation » en situation de vulnérabilité notamment dans des établissements de soins de santé mentale ou dans des institutions comme à la PJJ avec des mineurs délinquants,
- Des soins centrés sur le développement sexuel dans une intervention de médecine sexuelle pour les victimes mineures de violences, dans les services sanitaires des UAPED aux services de gynécologie, de santé mentale,
- Des soins centrés sur le développement sexuel dans une intervention de médecine sexuelle pour les auteurs mineurs avec des URSAVS dans chaque région...voire département...

Les centres de santé sexuelle sont et seront de plus en plus un appui à ces différentes missions.

Pour modéliser ces réflexions, voici deux figures qui illustrent l'organisation de la prévention des violences sexuelles, l'une pour les adolescents auteurs (Figure 18), l'autre pour les enfants e 12 ans et moins (Figure 19).

Figure 18 : Prévention pour les AAVS (Gamet 2025)

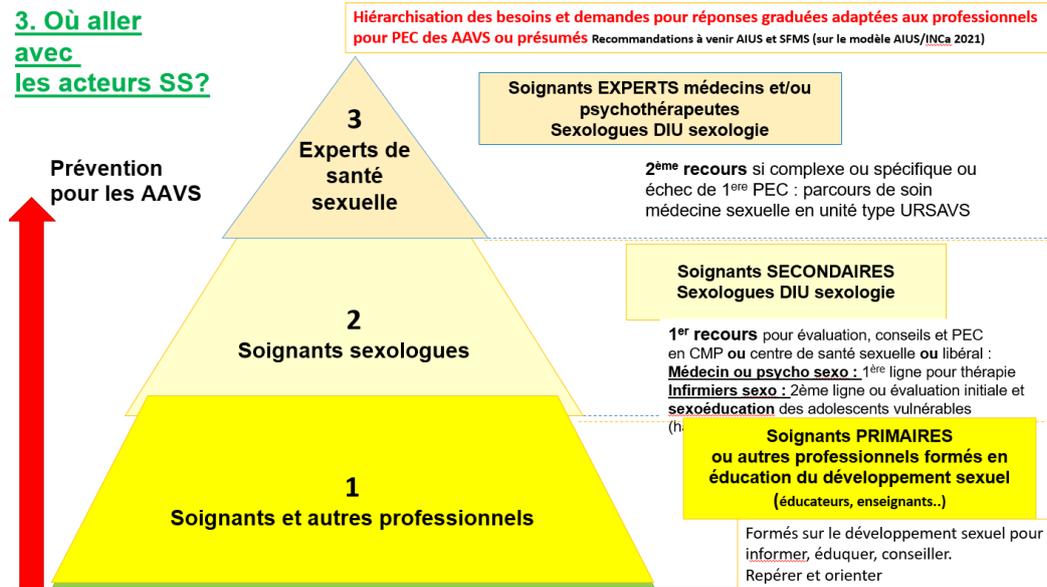
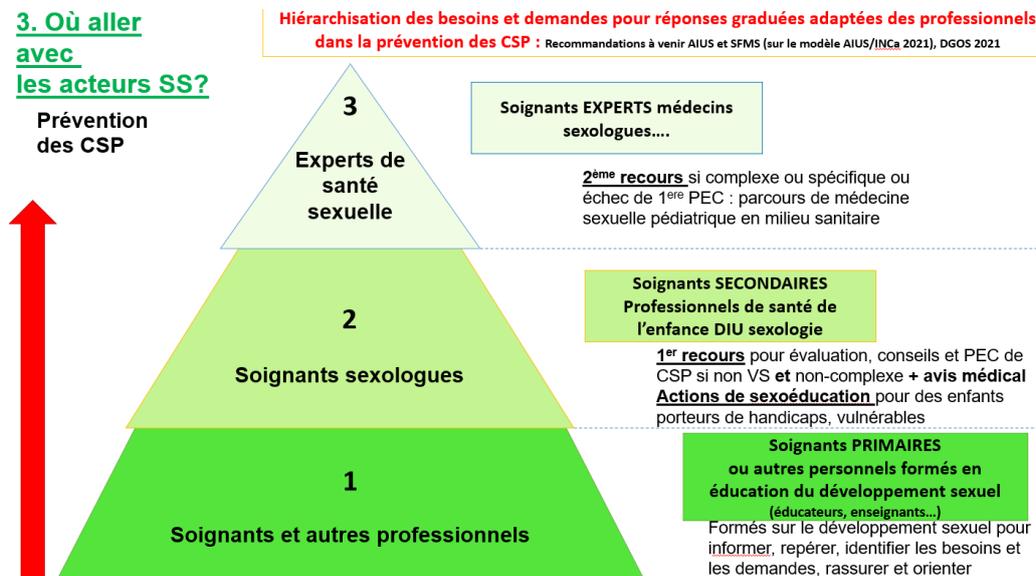


Figure 19 : Prévention pour les CSP (Gamet 2025)



Surtout, les formations sur le développement sexuel doivent se généraliser. Elles favorisent aussi la prévention des CSP et surtout leur repérage précoce pour orienter ces enfants vers des ressources adaptées en fonction du niveau de sévérité. Dans le Nord, ces formations amènent le département à penser la création d'un dispositif type CDADS pour renforcer la prévention primaire. Il tiendra compte dans ces missions de la place légitime et identifiée que le sanitaire a pris désormais pour assurer les

soins dont ont besoin les AAVS dans un travail de réseau constructif avec l'ensemble des partenaires comme la PJJ. Une association médico-sociale s'est aussi dotée de moyens pour accueillir des enfants présentant des CSP, évaluer le type et orienter les CSP sévères vers l'UAPED de Lille.

La sexologie mériterait des chaires universitaires en sciences de l'éducation, en psychologie, des chaires de médecine sexuelle dans les facultés de médecine....

Reconnaitre une approche scientifique dite « sexologique » du développement sexuel reste difficile en France. C'est aussi lié à ce qu'elle apporte fondamentalement : elle vise la simplicité dans un système complexe. La sexualité et son développement sont complexes et leurs compréhensions nécessitent de s'intéresser à de nombreuses disciplines. Or l'essence de l'approche sexologique est de mettre des mots pour narrer ce développement, simplement soit pour éduquer soit pour procéder à des soins quand délivrer des soins devient nécessaire pour améliorer le pronostic de vie. Tout enfant de 0 à 17 ans devrait s'inscrire dans les étapes de son développement sexuel, simplement, tranquillement. Nous pouvons relever ce défi.

Bibliographie

ARCOM Le régulateur de la communication audiovisuelle et numérique, (2023). *Fréquentation des sites adultes par les mineurs* [RAPPORT DE RECHERCHE] <https://www.arcom.fr/se-documenter/etudes-et-donnees/etudes-bilans-et-rapports-de-larcom/frequentation-des-sites-adultes-par-les-mineurs>

Association for the Treatment of Sexual Abusers. (2006). *Report of the Task Force on Children with Sexual Behavior Problems*. <http://www.atsa.com/pdfs/Report-TFCSBP.pdf>

Bondil, P. (2023). Acteurs en santé sexuelle. *Sexologies*, VOL. 32, N°1, 32, 9-21

Bondil, P. (2023). Acteurs en santé sexuelle. *Sexologies*, VOL.32, N°2, 96-112

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books. (Ouvrage original publié en 1969)

Bozon M. (2012). Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable. *Agora débats/jeunesse*. N°60 : 121-134.

Coinçon Y. (2019). Comment prévenir les atteintes sexuelles sur les mineurs ? Dossier Prévention des violences sexuelles : comment agir ? *La santé en action* N° 448

Cohen JA. (1998). The Work Group on Quality Issues. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Psychiatry*.37(suppl): 4S-26S.

Crivillé, A. (1996). Réflexions à propos des professionnel-le-s. Ni trop, ni trop peu, juste ce qu'il faut. In *Les enfants victimes d'abus sexuels* (p.171-185). Presses Universitaires de France.

Desbarats, M., & Bonal, M. (1994). Agressivité et sexualité. In *Violences*. Érès.

Dickson, E., Rishel Brakey, H., Wilson, P., Hackett J.M., & McWethy M., (2024). Classroom voices: youth perspectives to direct school-based sexual health education. *Sex Education*, VOL. 24, N° 4, 479–496

Ellis, H. (1927). *L'art de l'amour* (Tome 12, Études de psychologie sexuelle). Mercure de France.

Ellis, A. (1967). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.

Ferroul, Y., (2002). *Médecins et sexualité*, Paris, Ellipses.

Frayser, S. G. (1994). Defining normal childhood sexuality: An anthropological approach. *Annual Review of Sex Research*, 5, 173–217.

Gamet, M.-L. (2009). Une cellule départementale d'accompagnement du développement de la sexualité. *Sexologies*, 18, 60–74.

Gamet, M.-L. (2020). Adolescents auteurs de violences sexuelles. In P. Gerardin, B. Boudailliez & P. Duverger (Eds.), *Médecine et santé de l'adolescent : Pour une approche globale et interdisciplinaire* (Chap. 6). Elsevier Masson.

Gamet, M.-L., & Moïse, C. (2010). *Violences sexuelles des mineurs : victimes et auteurs de la parole au soin*. Dunod.

Gamet, M.-L., (2016). Prise en charge sexologique des mineurs auteurs de violences sexuelles. In *Penser les agressions sexuelles - Actualité des modèles, actualité des pratiques*. (p.187-204). Erès (Coll. Etudes, recherches, actions en santé mentale en Europe).

Gamet, M.-L. (2018). Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? Fédération française des CRIAVS. https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/88/5a/885a9f99-ea76-4b9c-a6b6-0956c6808686/expert_11_mlgamet.pdf

Gamet, M.-L., & Parmentier, V. (2017). Intégration de la médecine sexuelle en France à l'Unité Régionale de Soins aux Auteurs de Violence Sexuelle (URSAVS). Communication présentée à l'atelier du 9e Congrès International Francophone sur l'Aggression Sexuelle (CIFAS), Montréal, Québec, Canada.

Gamet, M.-L., & Carballeda, R. (2022). Parcours de soin en médecine sexuelle dans la prise en charge des violences sexuelles. Communication présentée à l'atelier des Journées Francophones de santé sexuelle et santé sexuelle (JF3S), Montpellier, France.

Giedd J.N., Blumenthal J., Jeffries N.O. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nat Neurosci*, 2:861-863.

Gilligan, C. (2008). Une voix différente. Pour une éthique du care (Œuvre originale publiée en 1982). Flammarion.

Glomot, A. (2018). *Un exemple de prise en charge en institution des enfants et adolescents présentant des troubles du développement sexuel : un travail de partenariat avec l'URSAVS/CRIAVS Nord-Pas-de-Calais* [Thèse de doctorat, Université de Lille].

34

Gouvernet B., Adam F., (2023). La sexologie, un champ d'intervention et une discipline scientifique autonome ? *Sexologies*. 3252° : 87-93. Doi : 10.1684/sexol.2023.0017

Herculano-Houzel S., Lent R., (2002). What the developing cerebral cortex tells about the adult cortex (and vice versa). *Brazilian journal of medical and biological research*, 35 : 1407-1410

Josso, S., Guillotin, V. (2025). Rapport au Gouvernement sur la soumission chimique. [RAPPORT MINISTERIEL]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations <https://www.vie-publique.fr/rapport/298533-ministere-egalite-femmes-hommes-rapport-sur-la-soumission-chimique>

Kohlberg, L. (1971). Stages of moral development as a basis for moral education. In C. M. Berth, B. S. Crittenden & E. V. Sullivan (Eds.), *Moral education: Interdisciplinary approach* (pp. 21–92). University of Toronto Press.

Legifrance. (2024, 3 juillet). Décret n°2024-670 relatif à la coordination de la santé sexuelle – <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=4N9C6lr443ZV6KsTel4OoUlqajYle0bwMRsYTZ99Ki0=>

Masters, W.H., Johnson, V.E, (1966). *Human Sexual Reponse*, Little Brown and co, Boston

Ministère de l'Éducation nationale. (2025). Programme d'éducation à la sexualité – Éduquer à la vie affective et relationnelle à l'école maternelle, élémentaire, au collège et au lycée. <https://www.education.gouv.fr/bo/2025/Hebdo6/MENE2503064A>

Ministère des Solidarités et de la Santé. Instruction N° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences. https://www.sfpediatric.com/sites/www.sfpediatric.com/files/medias/documents/2021_220_0.pdf

35

Organisation mondiale de la santé. (1975). Réunion sur l'enseignement de la sexologie et le traitement des difficultés sexuelles : programme de formation pour les professions de santé (Rapport technique n°572).

Piaget, J. (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé.

Poudat, F.-X., & Jarrousse, N. (1981). *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. FeniXX.

Rogers, C. (2005). *Le développement de la personne* (Œuvre originale publiée en 1968). Dunod.

Romero, M. (2022). *La prise en charge des mineurs auteurs d'infractions à caractère sexuel à la protection judiciaire de la jeunesse* [RAPPORT DE RECHERCHE]. Direction de la protection judiciaire de la jeunesse - MINISTERE DE LA

JUSTICE. https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/rapport_recherche_maics.pdf

Samson, J.-M. (1974). *L'éducation sexuelle*. Guérin.

Séguret, T., Gamet, M.-L., & Ponchard, M. (2015). L'URSAVS : une plate-forme sanitaire qui s'inscrit dans la politique d'offre de soins du Plan Régional de Santé. Communication présentée au 8e Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle (CIFAS), Charleroi, Belgique.

Séguret, T., Gamet, M.-L., & Dion, F. (2024). Du réel au virtuel. Prise en charge d'un auteur multi récidiviste de violence sexuelle. Stratégies d'intervention incluant l'impact du virtuel dans le passage à l'acte. Symposium présenté au 8e Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle (CIFAS), Lausanne, Suisse.

Simon, W., & Gagnon, J. H. (1970). Psychosexual development. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 733–752). MacGraw-Hill.

36

Tardif, M., Glowacz, F., & Pascuzzo, K. (2017). Les adolescents auteurs d'abus sexuels : attitudes et comportements envers la sexualité. In M. Hébert, M. Fernet & M. Blais (Eds.), *Le développement sexuel et psychosocial de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 179–202). De Boeck Supérieur.

Tourigny, M., Boisvert, I., Tougas, A.-M., & Gamet, M.-L. (2017). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de douze ans et moins. In M. Hébert, M. Fernet & M. Blais (Eds.), *Le développement sexuel et psychosocial de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 83–136). De Boeck Supérieur.

Tourigny M., Boisvert I., Tougas A.-M. & Gamet M.-L. (2017). Le développement psychosexuel à l'adolescence. In M. Hébert, M. Fernet & M. Blais (Eds.), *Le développement sexuel et psychosocial de l'enfant et de l'adolescent* (pp. xx–xx). De Boeck Supérieur.

Tremblay, R. (1992). *L'éducation sexuelle en institution*. Privat.

Tremblay, R. (1998). *Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels* (Tome 1). Erès.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable : Pour une politique du care* (Œuvre originale publiée en 1993). La Découverte.

Trudel, G. (1988). *Les dysfonctions sexuelles : évaluation et traitement* (1re éd.). Les Presses de l'Université du Québec.

World Association for Sexual Health (2014). Déclaration des droits sexuels. https://www.aius.fr/v2/data/actualite/pdf/WAS_DSR-French.pdf

Martin, P., Alberti, C., Gottot, S., Bourmaud, A., & de La Rochebrochard, E. (2023). Young people's proposals for a web-based intervention for sexual health promotion: A French qualitative study. *BMC Public Health*, 23(1), 1389.

Dinh, M., & Martin, P. (2023). Analysis of sexual health promotion online content for young people: A mixed-methods study. *Sexologies*, 1(1), 1–11.

Mead, M. (1993). *Mœurs et sexualité en Océanie* (1ère éd. 1935). Terre humaine Poche, Pocket.