



**HAL**  
open science

## Comportements sexuels problématiques : un sujet encore méconnu des professionnels de l'enfance

Charlie Simon, Morgane Ulrich

► **To cite this version:**

Charlie Simon, Morgane Ulrich. Comportements sexuels problématiques : un sujet encore méconnu des professionnels de l'enfance. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-04042737

**HAL Id: hal-04042737**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04042737>**

Submitted on 23 Mar 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**THÈSE**

Pour obtenir le diplôme de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée en psychiatrie

par

Charlie SIMON et Morgane ULRICH

Le 11 décembre 2020

**COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES : UN SUJET ENCORE MÉCONNU DES  
PROFESSIONNELS DE L'ENFANCE**

Membres du jury :

Monsieur le Professeur B. KABUTH	Président du Jury
Monsieur le Professeur B. LEHEUP	Juge
Monsieur le Professeur V. LAPREVOTE	Juge
Madame le Docteur F. LIGIER	Juge et directrice de thèse
Monsieur le Docteur P. HORRACH	Juge et directeur de thèse



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE  
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :**  
**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine**  
**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne**  
Pr Laure JOLY

#### **Assesseurs :**

*Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER  
*Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN  
*Troisième cycle* : Pr Laure JOLY  
*Formation à la recherche* : Pr Nelly AGRINIER  
*Relations Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER  
*CUESim* : Pr Stéphane ZUILY  
*SIDES* : Dr Julien BROSEUS  
*Vie Facultaire* : Dr Philippe GUERCI  
*Etudiant* : Mme Audrey MOUGEL

#### **Chargés de mission**

*Docimologie* : Dr Jacques JONAS  
*Orthophonie* : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER  
*PACES* : Pr Mathias POUSSEL  
*Relations internationales* : Pr Jacques HUBERT

*Présidente du Conseil de la Pédagogie* : Pr Louise TYVAERT  
*Président du Conseil Scientifique* : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

#### **DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

#### **PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

A. PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Gilbert FAURE – Jean-Pierre KAHN-  
Alain LE FAOU - Thierry MAY - Patrick NETTER - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Luc SCHMUTZ - Paul  
VERT -Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### 42<sup>e</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

#### 3<sup>e</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

### 43<sup>e</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

### 44<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

#### 3<sup>e</sup> sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

#### 4<sup>e</sup> sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

### 45<sup>e</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

#### 3<sup>e</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

### 46<sup>e</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

#### 4<sup>e</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

### 47<sup>e</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

#### 3<sup>e</sup> sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

#### 4<sup>e</sup> sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

### 48<sup>e</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER  
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

#### 2<sup>e</sup> sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

#### 3<sup>e</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

#### 4<sup>e</sup> sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

#### 5<sup>e</sup> sous-section : (*Médecine d'urgence*)



#### **49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

##### **2° sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

##### **3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

##### **4° sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Bernard KABUTH

##### **5° sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

#### **50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

##### **2° sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

##### **3° sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

##### **4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

#### **51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

##### **2° sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE -

Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

##### **3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

##### **4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

#### **52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

##### **2° sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

##### **3° sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

##### **4° sous-section : (Urologie)**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

#### **53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)**

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

##### **3° sous-section : (Médecine générale)**

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

#### **54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

##### **1<sup>re</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Cyril SCHWEITZER

##### **2° sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

##### **3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

##### **4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA



**55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

**2<sup>e</sup> sous-section : (*Ophthalmologie*)**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

**3<sup>e</sup> sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)**

Professeure Muriel BRIX

=====

**B. PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

**66° Section : PHYSIOLOGIE**

Professeur Nguyen TRAN

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**53° Section, 3<sup>e</sup> sous-section : (*Médecine générale*)**

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

**C. MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Anatomie*)**

Docteur Bruno GRIGNON

**2<sup>e</sup> sous-section : (*Histologie, embryologie, et cytogénétique*)**

Docteure Isabelle KOSCINSKI

**44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

**2<sup>e</sup> sous-section : (*Physiologie*)**

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

**45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2<sup>e</sup> sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE  
Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN (stagiaire)

**2<sup>e</sup> sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)**

Docteure Isabelle THAON

**47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>re</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)**

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

**2<sup>e</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)**

Docteure Lina BOLOTINE

**3<sup>e</sup> sous-section : (*Immunologie*)**

Docteure Alice AARNINK

**4<sup>e</sup> sous-section : (*Génétique*)**



**48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1° sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)**

Docteur Philippe GUERCI

**3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**2° sous-section : (Neurochirurgie)**

Docteur Fabien RECH

**3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Docteur Thomas SCHWITZER

**4° sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER (stagiaire)

**50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)**

Docteur Fabrice VANHUYSE

**4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)**

Docteure Nicla SETTEMBRE

**52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1° sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Docteur Anthony LOPEZ

**54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1° sous-section : (Pédiatrie)**

Docteure Cécile POCHON (stagiaire)

**4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)**

Docteure Eva FEIGERLOVA

**5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)**

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

**55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1° sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)**

Docteur Patrice GALLET

=====

**D. MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**

Monsieur Vincent LHUILLIER

**7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GÉNÉRALES**

Madame Christine DA SILVA-GENEST

**19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Joëlle KIVITS

**63° Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES**

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE (stagiaire)

**64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

**65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

**69° Section : NEUROSCIENCES**

Madame Sylvie MULTON

=====

## E. MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### 53° Section, 3° sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Cédric BERBE – Antoine CANTON - Jean-Charles VAUTHIER

=====

## F. DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

*Brown University, Providence (U.S.A)*

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences de  
Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

*Université d'Helsinki (FINLANDE)*

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

*Université de Montréal (Canada)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL (2007)

*Université de Dundee (Royaume-Uni)*

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

*Université de Wuhan (CHINE)*

Professeur David ALPERS (2011)

*Université de Washington (U.S.A)*

Professeur Martin EXNER (2012)

*Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

*À Notre Maître et Président de thèse,*

*Monsieur le Professeur Bernard KABUTH*

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier,*

*Professeur en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au Centre  
Psychothérapique de Nancy,*

Merci de nous faire l'honneur de présider notre thèse et de nous avoir accompagnées  
durant nos années de DES de psychiatrie.

Veillez recevoir toute notre gratitude et nos remerciements sincères pour votre pédagogie,  
votre accessibilité et la richesse de votre enseignement.

Veillez trouver dans ce travail notre profond respect et toute notre admiration.

*À Notre Maître et Juge,  
Monsieur le Professeur Bruno LEHEUP,  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Professeur de Génétique,  
Officier de l'ordre des palmes académiques*

Veillez recevoir tous nos vœux de remerciement pour avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

Merci pour votre enseignement de la génétique lors de nos premiers pas en tant qu'étudiantes en médecine.

Veillez recevoir toute notre gratitude et notre plus profond respect.

*À Notre Maître et Juge,*

*Monsieur le Professeur Vincent LAPREVOTE*

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier,*

*Professeur de Psychiatrie Adulte au Centre Psychothérapique de Nancy,*

Nous vous adressons tous nos remerciements pour avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

Veillez également recevoir toute notre reconnaissance et notre profonde considération pour votre gentillesse, votre disponibilité, votre enseignement et vos encouragements durant toute notre formation médicale.

*À Notre Juge et Directrice,*

*Madame le Docteur Fabienne LIGIER,*

*Maître de conférences des Universités - Praticien Hospitalier,*

*Docteur en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au Centre  
Psychothérapique de Nancy,*

Un immense merci, pour nous avoir fait l'honneur de nous accompagner durant tout notre travail en tant que jury et directrice de thèse. Merci pour votre encadrement tout au long de notre parcours, pour le partage de vos brillantes connaissances et intuitions ainsi que pour votre temps si précieux. Vos judicieux conseils et vos encouragements permanents ont permis l'aboutissement de ce travail, qui nous l'espérons sera à la hauteur de votre investissement. Ce travail est pour nous, le reflet de notre motivation à vous rendre fière. Avec toute notre admiration.



*À Notre Juge et Directeur,  
Monsieur le Docteur Pierre HORRACH,  
Praticien Hospitalier au SMPR de Metz,  
Docteur en Psychiatrie,*

Merci pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant d'être jury et directeur de notre projet. Nos premiers pas d'internes sont marqués par la dispensation de vos séminaires aussi intéressants que riches d'informations. Votre gentillesse, votre bienveillance et votre bonne humeur ont permis la réalisation de notre thèse dans une ambiance sécurisante teintée de légèreté et d'humour. Un très grand merci pour vos conseils et votre disponibilité, ainsi que pour avoir mobilisé le CRIAVS de Lorraine afin de nous accompagner dans nos travaux. En espérant que ce travail soit à la hauteur de vos espérances.

## *Remerciements Charlie*

*À ma famille,*

Mes parents, Claudine et Jean pour leur amour, leur éducation, leur bienveillance, leur écoute. Merci de m'avoir fait grandir pour être la femme que je suis devenue aujourd'hui, d'avoir été là pour me soutenir après tant d'années de labeur. Maman, merci pour toutes ces heures passées à me rendre la vie moins triste et plus agréable. Papa, merci pour ton humour, tes bons conseils et ton amour pour la médecine. Je vous aime.

Mes sœurs et frères. Vincent, pour avoir été dans mon clan depuis l'enfance, m'avoir fait connaître tant de choses musicalement parlant et prendre soin de tes petites sœurs. Fanny, pour avoir été la grande sœur qui nous lisait des histoires lorsque l'on était enfants et être devenue la plus belle des mères. Lisa, pour tes heures passées chez moi à me changer les idées, à rigoler, pour ton franc-parler.

Mes grands-parents, à ceux toujours présents, Monique et Michel. Pour avoir su prendre le temps lorsque j'étais enfant et le prendre toujours maintenant. Pour vos conseils, votre amour et votre générosité. À ceux partis trop tôt, Marthe, mon modèle depuis l'enfance, forte de caractère mais toujours aux petits soins pour ses petits-enfants, pour ces heures inestimables à tes côtés. Je te dédie spécialement ce travail. André, qui n'a pas pu être là assez longtemps mais qui m'aura appris à être droite et à ne pas marcher dans les radis.

Mes nièces et neveux, Albane, ma filleule la petite fille la plus belle ex-aequo de toutes sans conteste, Adèle la deuxième petite puce plus belle ex-aequo de toutes, Sacha le petit poussin parti trop tôt.

Mes tantes et oncles, Marie-Laure et Bruno, pour être toujours présents depuis tant d'années et avoir partagé votre temps avec moi depuis la naissance. Vous êtes formidables. Pierre et Maryse, malgré la distance, pour vos bonnes pensées lorsqu'il le fallait.

Mes cousines, Laura, merci pour tout, ma Kora, ma jumelle. Camille, Sophie, Marjorie.

*À mes amis,*

Cassandra pour nos moments de vacances magiques, Lucile pour toutes ces heures de rigolade, Alice depuis la 6<sup>ème</sup> et voilà où nous en sommes aujourd'hui, Docteurs ! Marion qui fait partie de ma famille, Cécile, Alex.

Nelson, Jonathan, Damien pour votre soutien tout au long de ces quatre années, Julien, pour être l'ami que tu es.

Cassandra, Doriane pour être mes amies bien plus que simplement mes collègues. Aux équipes de Jury les Metz, Horizon, l'UPM, Philia, le CMP de Lunéville, pour m'aider à devenir le médecin que je suis. Docteur BLANC pour votre savoir et votre grandeur d'âme, Docteur SOLER pour son professionnalisme, Docteur ZEYBEK pour être aussi radieuse que professionnelle, Docteur DUGNY pour votre confiance, Docteur PAREJA pour votre accompagnement en cette fin de carrière.

Nathalie ma marraine, pour avoir pris tant soin de moi à mon tour de te rendre la pareille, Yves mon parrain pour ton amour, Nico et son humour qui frise la noirceur, Hugs le Nulos, Julien, merci pour ton avis méticuleux sur notre anglais médiocre.

Morgane je souhaite tout particulièrement te remercier pour avoir accompli avec moi ce travail qui fera à jamais ma fierté. Pour tous ces moments passés ensemble qu'ils soient accompagnés de rires ou de larmes, pour tous les instants de partage avec ta famille que je porte en estime, pour ta présence à mes côtés à chaque instant précieux de la vie, un immense merci.

Laurent, pour avoir fait irruption dans ma vie et la rendre plus belle chaque jour, pour notre avenir que l'on construit pas à pas. Pour ton amour, ton soutien, ton caractère, ton ouverture d'esprit, tes peintures, ta bourse, tes plannings, tes whoogs, tes montres et j'en passe, qui me font grandir chaque jour. Pour m'avoir donné une deuxième famille du nom de Catherine, Jacques et Yo', qui ont su être présents dans les moments difficiles mais également les plus beaux. Merci d'être ce que tu es, je souhaite à chaque personne d'avoir un compagnon aussi présent que toi. Je t'aime.

## *Remerciements Morgane*

*A* mes parents, merci pour votre patience, votre soutien et pour l'amour que vous me portez quotidiennement. Vous êtes la raison pour laquelle je n'ai jamais abandonné. Je vous dédie ce travail pour vous montrer à quel point je vous estime et combien je suis fière d'être votre fille.

*A* ma sœur Laura, merci de faire partie de ma vie et d'être la personne que tu es. Tu as été mon pilier le plus solide durant toutes mes études, et continue de l'être à ce jour. Pour cela, tu pourras toujours compter sur moi.

*A* ma grand-mère Michèle, je te serais à tout jamais reconnaissante pour tout l'amour que tu portes à notre famille. Te rendre fière était une de mes premières motivations, j'espère avoir réussi. Avec tout mon amour.

*A* toute ma famille, qui fait partie de ma vie et qui m'apporte bonheur et joie à chaque instant.

*A* Charlie, co-interne devenue amie, sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour. Partenaires dans nos études et dans la vie, je souhaite que cela se poursuive dans notre future carrière professionnelle. Que notre amitié ne s'éteigne jamais.

*A* tous mes amis, je vous remercie, pour les moments de gaietés et de fêtes, pour votre soutien perpétuel, et votre présence dans les bons comme dans les mauvais moments. Je souhaite vous garder à mes côtés le plus longtemps possible.

*A* tous les professionnels de santé et à toutes les équipes que j'ai pu côtoyer durant mes années d'internats, je vous remercie pour le partage de vos connaissances et votre bienveillance qui m'ont permis de prendre confiance en moi et d'avancer avec sérénité vers l'objectif final de devenir médecin psychiatre.

*A* Dimitri, mon compagnon, qui m'a permis de repousser mes limites et de découvrir de nouveaux horizons. En espérant que notre voyage ne prenne jamais fin.

*A* tous ceux, partis trop tôt.

## SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

## LISTE DES ABREVIATIONS

CSP: Comportements sexuels problématiques

DPSA: Développement psychosexuel et affectif

CRIAVS: Centre de Ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles

TCC: Thérapie cognitivo-comportementale

SBP: Sexual behaviour problems

PSED: Psychosexual and emotional development

ATSA: Association for the Treatment of Sexual Abusers

SESSAD: Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

IME: Institut médico-éducatif

ITEP: Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

CMPP: Centre médico-psycho-pédagogique

CAMSP: Centre d'action médico-sociale précoce

CMP: Centre médico-psychologique

PMI: Protection maternelle et infantile

MECS: Maison d'Enfants à Caractère Social

CPFSE: Centre de Placement Familial Socio-Educatif

AEMO: Action éducative en milieu ouvert

# Table des matières

**INTRODUCTION**2222

**CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DES ARTICLES**266

**CHAPITRE 2 : LES ARTICLES DE RECHERCHE**299

**A. Sexual behaviour problems: Current state of knowledge and representations by medico-social professionals in France**2930

**B. Child sexuality and care of sexual behaviour problems in the medical and social institutions of Meurthe-et-Moselle**5050

**CHAPITRE 3 : DISCUSSION COMPLÉMENTAIRE ET PERSPECTIVES**622

**RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES** ..... 77

**ANNEXES**779

Chapitre 2A et Chapitre 3 présentés par Charlie Simon.  
Introduction, Chapitre 1 et Chapitre 2B présentés par Morgane Ulrich.

## INTRODUCTION

Au cours de notre formation professionnelle, nous avons pu constater que la question de la sexualité des patients est très peu abordée par les équipes, que cela soit dans les structures institutionnelles ou dans les structures ambulatoires. Lors de notre internat, nous avons eu l'opportunité de suivre une formation proposée par le « Centre de Ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles » du Centre Psychothérapique de Nancy (CRIA VS de Lorraine), qui nous a permis de nous sensibiliser à l'évaluation des auteurs de violences sexuelles. Cette formation nous a fait prendre conscience combien le thème de la sexualité reste embarrassant pour les équipes lorsqu'il est abordé avec les patients. Et pourtant, nous sommes confrontés régulièrement à ce sujet, qu'il s'agisse de patients auteurs de violences sexuelles, de victimes ou plus simplement de patients désirant aborder la sexualité dans sa généralité. Et ce aussi bien du côté des adultes que des enfants.

Si nous portons notre attention sur les enfants, il apparaît que la sexualité infantile demeure un sujet tabou. Pourtant, de nos jours, les jeunes enfants ont un accès rapide aux médias qui peuvent colporter de dangereux stéréotypes sur la sexualité et véhiculer des informations erronées sur les jalons de notre sexualité, dont l'estime de soi et l'image du corps (1)(2). De ce fait, ne pas aborder la sexualité avec ces jeunes patients durant leur prise en charge, alors même qu'ils sont, dès leur plus jeune âge, exposés à des images, des publicités, des émissions érotisées, nous semble être un manque.

Le développement psychosexuel et affectif (DPSA) d'un enfant s'inscrit à part entière dans son évolution et dans son épanouissement personnel. En effet, les différentes phases du développement des enfants, de la naissance à la période scolaire, leur permettent de



développer la conscience du soi et des autres. La chronologie du développement psychosexuel entraîne un apprentissage émotionnel et l'identification des frontières personnelles et sociales(3). Afin de bien comprendre le DPSA de l'enfant, nous proposons en annexe de notre travail, une définition de ce dernier (*Annexe 1*). La plupart des enfants traversent les différentes étapes de leur développement psychosexuel de façon saine et harmonieuse (4)(5). Cependant, il arrive que certains dévient de cette trajectoire et manifestent des comportements sexuels situés en dehors de ce qui pourrait être normalement attendu. Ces comportements sont alors qualifiés de comportements sexuels problématiques (CSP) (6)(7)(8).

Bien qu'aucune définition des CSP clairement établie ne fasse consensus, la majorité des auteurs s'accordent à utiliser la définition proposée par l'ATSA Task Force, « Association of the Treatment of Sexual Abusers » (9)(10)(11). Nommée en français comme « Association pour le traitement des abuseurs sexuels », elle se présente comme une organisation internationale multidisciplinaire de cliniciens, de chercheurs, d'éducateurs, d'avocats, de juristes, et d'associations d'usagers et de victimes. L'ATSA suggère que les CSP sont « *des comportements impliquant des parties sexuelles du corps, adoptés par des enfants de 12 ans et moins, qui sont inappropriés sur le plan du développement ou potentiellement nocifs pour eux-mêmes ou pour les autres. Bien que le terme sexuel soit utilisé, les intentions et les motivations de ces comportements peuvent ou non être liées à la gratification sexuelle ou à la stimulation sexuelle. Les comportements peuvent être liés à la curiosité, à l'anxiété, à l'imitation, à la recherche d'attention, à l'apaisement ou à d'autres raisons.* » (12).

L'ATSA précise également que les CSP ne représentent pas un syndrome médico-psychologique ou un trouble diagnostiqué spécifique, mais plutôt un ensemble de comportements qui dépassent largement les limites sociétales acceptables.

En tant que futures psychiatres, nous avons été sollicitées pour rencontrer des enfants présentant des comportements sexuels problématiques et nous nous sommes parfois retrouvées en difficulté face à ce genre de situation. Ces difficultés étaient sous-tendues, entre autres, par notre manque de connaissances sur les CSP et sur la sexualité infantile en générale, mais aussi par l'anxiété retrouvée chez les accompagnants de ces jeunes patients qui avaient souvent des projections négatives sur ces enfants.

Par conséquent, il était difficile de repérer un CSP et de proposer une prise en charge efficace pour l'enfant, l'entourage et les professionnels. Nous nous sommes senties démunies tout en ayant l'impression qu'il en était de même du côté des accompagnants, même lorsqu'ils étaient des professionnels de l'enfance.

C'est alors que nous avons questionné nos confrères du CRIAVS de Lorraine qui sont régulièrement sollicités pour intervenir auprès des équipes exprimant des interrogations dans la gestion de ce type de problématique. D'après leur expérience, il semblerait qu'il y ait de nombreuses confusions entre le DPSA sain et les CSP. Les questions telles que : « quand est-ce qu'un comportement sexuel devient problématique chez un enfant ? » et « que peut-on proposer comme accompagnement ? » sont au cœur de toutes les interrogations.

Comment expliquer que les différents acteurs exerçant auprès de la population infantile se retrouvent si souvent en la difficulté face à des jeunes enfants présentant des comportements sexuels inadaptés ou qui semblent l'être ?

Au fil des échanges avec les professionnels du médical, du sanitaire et du social, nous nous sommes rendues compte d'un manque général de connaissances théoriques sur les CSP. Ce manque d'outils sur ce sujet avait parfois pour conséquences de générer des questionnements, des incompréhensions et des attitudes de rejet face au jeune patient

présentant des CSP. Ceci nous a amené à réfléchir sur les notions que peuvent avoir chacun des professionnels accompagnant un enfant dès sa naissance, concernant le DPSA et les perceptions qu'ils se font des CSP.

Dans le but d'apporter des réponses à toutes ces questions, nous avons décidé d'orienter nos recherches sur le thème de la sexualité chez les jeunes enfants pour l'obtention de notre diplôme de docteur en médecine.

Nous avons, pour ce faire, mené une étude dont les résultats sont présentés dans deux articles soumis à publication.

Pour compléter les discussions de ces manuscrits, nous proposons des stratégies d'interventions qui pourraient être intéressantes à mettre en place afin d'accompagner au mieux les professionnels prenant en charge les enfants présentant des CSP.

## CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DES ARTICLES

L'élaboration du protocole de la recherche a requis de nombreux allers et retours. En effet, nous voulions nous concentrer sur le thème des CSP mais ne savions pas vers quel objectif tendre initialement. Pour ce faire, nous nous sommes appuyées sur plusieurs échanges avec Monsieur Baptiste ORIEZ, infirmier diplômé d'état/coordonateur du CRIAVS de Lorraine et Charlotte DEMONTE, psychologue-sexologue exerçant au CRIAVS de Lorraine et nos directeurs de thèse, ainsi que sur la littérature.

La littérature est riche sur ce sujet mais elle se focalise principalement sur les facteurs de risque, sur les principales thérapeutiques à mettre en place et sur l'évolution de ces comportements problématiques au cours du temps. De notre point de vue, ce qui semblait primordial était la qualité du repérage des CSP par les professionnels travaillant avec des mineurs. Cette question pouvait être abordée à travers plusieurs interrogations :

- Les professionnels sont-ils formés à la sexualité infantile et au DPSA ?
- Connaissent-ils les CSP et peuvent-ils bien les identifier ?
- Que proposent-ils concrètement lorsqu'ils les repèrent chez un enfant ?

Afin de répondre à ces interrogations, nous avons finalement décidé de mener une étude observationnelle transversale, descriptive et comparative sur les professionnels médico-sociaux travaillant avec des enfants de 0 à 12 ans. La période 0-12 ans correspond aux limites d'âges des enfants concernés par les CSP.

Une fois l'objectif de l'étude retenu, plusieurs étapes ont contribué à la construction du protocole de l'étude.

Tout d'abord, nous avons dû construire un auto-questionnaire car il n'existait pas, à notre connaissance, d'articles ou de recherches concernant la représentation que se font les

professionnels de l'enfance des CSP. Cette étape était cruciale, le questionnaire ayant pour vocation d'être au cœur de notre évaluation. Cela nous a demandé beaucoup de temps car il fallait élaborer un outil compréhensible par tous et le plus neutre possible afin de ne pas influencer les participants dans leurs réponses. La finalisation de notre questionnaire à nécessité environ six mois. Six mois, durant lesquels plusieurs réunions avec les membres de l'équipe du CRIAVS de Lorraine et nos directeurs de thèse ont été essentielles afin de cibler les objectifs, de créer l'architecture du questionnaire, et d'ajuster au mieux les questions. Ce questionnaire est disponible en *Annexe 2*. Nous avons choisi de réaliser le questionnaire en deux parties : la première faisant état des connaissances brutes des participants, la deuxième faisant suite à la définition des CSP et les interrogeant sur leurs prises en charge. Sur les conseils des équipes du CRIAVS Lorraine, nous avons également pris la décision de questionner aussi les professionnels sur leur pratique en institution quant à la sexualité infantile, afin d'avoir une idée globale de la sexualité en milieu institutionnel. Afin d'évaluer le temps de passation et la compréhension des questions, nous avons proposé le remplissage de cet auto-questionnaire à des professionnels de l'enfance du CPN et avons recueilli leur ressenti.

Dans un deuxième temps, la question de la population à étudier s'est posée. Du fait d'un grand nombre de structures médico-sociales en Lorraine nous nous sommes principalement concentrées sur les structures de Meurthe et Moselle. Nous avons aussi inclus les pédopsychiatres libéraux. Nous avons réalisé un tirage au sort en grappes (*Annexe 3*), imaginant que notre étude pouvait être une première ouverture à des recherches plus vastes sur le plan régional voire national.

Une fois finalisé, le questionnaire a été adressé selon le protocole décrit dans les articles ci-après.

Durant les phases de recueil des données, nous avons fait le point régulièrement avec le CRIAVS Lorraine pour analyser si les répondants faisaient partie de notre population cible dans le but d'être les plus justes possibles. Nous nous étions fixées l'objectif d'avoir une centaine de réponses in fine, ce qui est généralement attendu dans les études exploratoires.

L'analyse des résultats étant vaste, nous avons pu bénéficier de l'aide de nos directeurs de thèse afin de sélectionner quels résultats nous voulions mettre en lumière.

Notre étude a permis la réalisation de deux articles, présentant différents résultats :

- « Sexual behaviour problems: Current state of knowledge and representations by medico-social professionals in France », soumis à publication dans la revue *Child Adolescent Psychiatry and Mental Health* le 4 Novembre 2020.
- « Child sexuality and care of sexual behaviour problems in the medical and social institutions of Meurthe-et-Moselle », soumis à publication dans la revue *La Presse Médicale* le 31 Octobre 2020.

Le premier article a pour objectif de faire un état des lieux des connaissances des professionnels intervenant auprès des enfants de 0 à 12 ans en Meurthe et Moselle, sur le développement psychosexuel, et de mettre en lumière les représentations qu'ils se font des CSP.

Le deuxième article s'intéresse plus particulièrement à la prise en charge des CSP et de manière plus globale à la façon dont la sexualité est considérée et appréhendée au sein de leur institution.

## CHAPITRE 2 : LES ARTICLES DE RECHERCHE

G. Sexual behaviour problems: Current state of knowledge and representations by medico-social professionals in France

1 **Sexual behaviour problems: Current state of knowledge and**  
2 **representations by medico-social professionals in France**

3

4

Auteurs :

5

SIMON Charlie: Université de Lorraine, faculté de médecine Nancy, 9 Avenue de la Forêt de

6

Haye 54505 Vandœuvre-lès-Nancy, [charlie.simon1@etu.univ-lorraine.fr](mailto:charlie.simon1@etu.univ-lorraine.fr)

7

ULRICH Morgane: Université de Lorraine, faculté de médecine Nancy, 9 Avenue de la Forêt de

8

Haye 54505 Vandœuvre-lès-Nancy, [morgane.ulrich6@etu.univ-lorraine.fr](mailto:morgane.ulrich6@etu.univ-lorraine.fr).

9

ORIEZ Baptiste: CRIAVS de Lorraine, 1 rue du Dr Archambault 54520 [10 \[laxou.com\]\(http://laxou.com\),](mailto:baptiste.oriez@cpn-</a></p></div><div data-bbox=)

11

DEMONTE Charlotte: : CRIAVS de Lorraine, 1 rue du Dr Archambault 54520

12

[charlotte.demonte@cpn-laxou.com](mailto:charlotte.demonte@cpn-laxou.com)

13

Dr HERRACH Pierre, Centre Psychothérapique de Nancy, 1 rue du Dr Archambault 54520

14

LAXOU [pierre.herrach@cpn-laxou.com](mailto:pierre.herrach@cpn-laxou.com)

15

Dr LIGIER Fabienne, PUPEA, Centre Psychothérapique de Nancy, EA 4360 APEMAC,

16

Université de Lorraine. [fabienne.ligier@cpn-laxou.com](mailto:fabienne.ligier@cpn-laxou.com)

17

18 **Abstract**

19

**Background:** There are no studies identified that address professionals' knowledge of sexual

20

behaviour problems in children aged 0-12 years. However, it seems essential for child

21

professionals to be able to identify the healthy or pathological nature of sexual behaviour.

22

23

**Case presentation:** We proposed a cross-sectional, descriptive and comparative observational

24

study using anonymous questionnaires distributed to medico-social professionals in France.



25 They were questioned on their knowledge of normal sexual development, risk factors for  
26 developing sexual behaviour problems, and the future of minors presenting these behaviours.

27

28 **Conclusions:** Among the 93 respondents whose questionnaires were usable, there were 12  
29 men and 81 women. The majority of respondents didn't know the age at which psychosexual  
30 and emotional child development begins (73.1%) or didn't know the age limits for sexual  
31 behaviour problems (95.7%). Very often, these professionals represented children with sexual  
32 behaviour problems as "children who have been abused" (81.72% of respondents) and/or who  
33 "will become child perpetrators of sexual violence" (70.87% of respondents). All these answers  
34 highlight the lack of training of these professionals, at the risk of proposing a reply that is not  
35 adapted to children with these disorders. So, it seems essential to offer more systematic and  
36 adapted courses to professionals who take care of minors in institutions.

37

38 **Keywords:** psycho-sexual and emotional development, sexual behaviour problems, child  
39 professionals, institution

40

41

42

43

44

45

46

47

48 **Background**

49 Sexual behaviour problems (SBP) in children don't have a universal definition. It is generally  
50 accepted that SBP are neither a mental health disorder nor a diagnosis, but rather behaviour  
51 manifestations on the margins of healthy sexual development. The working group of the  
52 Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA)(1) proposed a definition in 2008 that  
53 has been used by many authors. It concerns "children ages 12 and younger who initiate  
54 behaviours involving sexual body parts (i.e. genitals, anus, buttocks or breasts) that are  
55 developmentally inappropriate or potentially harmful to themselves or others. Although the  
56 term sexual is used, the intentions and motivations for these behaviours may or may not be  
57 related to sexual gratification or sexual stimulation. The behaviors may be related to curiosity,  
58 anxiety, imitation, attention-seeking, appeasement, or other reasons". Furthermore, "sexual  
59 behaviour problems (SBP) don't represent a medical/psychological syndrome or a specific  
60 disorder, but rather a set of behaviors that are outside acceptable societal limits". Some  
61 authors have established a classification which is a continuum between healthy and  
62 pathological development that should be distinguished for a better understanding of child  
63 development(2),(3). They emphasise the importance of understanding and being able to  
64 assess minors in terms of psychosexual and emotional development(4).

65

66 In terms of the prevalence of SPB: in the field of child protection, 10 to 30% of children in the  
67 United States, (5), (6) and approximately 15% in Quebec, (7), (8) are thought to have SBP. In  
68 France, there are no epidemiological studies targeting sexual behavior problems.

69

70 In terms of care, children with SBP do not always benefit from therapies adapted to their  
71 problems, (3), (5), (8) whereas cognitive-behavioral therapies centered on the minor with the  
72 participation of families/guardians/care providers are efficient. These children are sometimes

73 even considered by professionals as future offenders, which can have an impact on their  
74 development and care. (9)

75 Since the 1990s, researchers have been interested in SBP on an etiological side. For some,  
76 having been sexually assaulted is the main risk factor for developing SBP, as it is for adult  
77 perpetrators of sexual violence (10). For others, SBP are not related to a history of sexual  
78 abuse (4). The development of SBP appears to follow multiple and complex trajectories (3),  
79 revealing multiple individual and familial risk factors. Children may thus present cognitive and  
80 language deficits, behavioural disorders, have witnessed domestic violence, been victims of  
81 sexual assault, physical abuse, psychological abuse or have grown up with parents who  
82 presented substance abuse or experienced psychological distress(3),(11).

83

84 In France, children in medical or social care institutions may have a life history already marked  
85 by emotional and educational deficiencies. When these children present SBP, they sometimes  
86 cause worries to professionals who do not always know how to identify and evaluate these  
87 disorders, and even less how to react to them, according to the literature (12) and the clinical  
88 experience of the professionals of the CRIAVS (Centre de Ressource et d'intervention pour les  
89 auteurs de violences sexuelles).

90 The lack of French epidemiological data associated with the potential difficulties of  
91 professionals to identify and reply to SBP led us to conduct a descriptive observational study  
92 with the main objective of "describing, based on self-questionnaires completed by medical,  
93 health and social professionals working with children under 12 years of age in France, the  
94 current state of knowledge and representations related to SBP in this population".

95 The results of this study could be used to offer training to professionals, including tools for the  
96 care of children with SBP if needs of this kind are identified.

97

98 **Case presentation**

99 **Methods**

100 We conducted a cross-sectional, descriptive and comparative observational study.

101

102 Objectives of the study

103 The main objective was to make an inventory of knowledge and representations related to  
104 SBP, based on self-questionnaires filled in by medical, health and social professionals working  
105 with children under 12 years old in Meurthe-et-Moselle, France.

106 The secondary objectives were to analyse the practice of professionals in institutions  
107 regarding SBP and child sexuality and to investigate factors influencing the type of practice.

108 The results of this second objective will not be presented in this study and are the subject of  
109 another manuscript.

110

111 Target population

112 We targeted professionals in medical and social structures of Meurthe-et-Moselle that care  
113 for children aged 0-12 years with cluster randomization by type of institution.

114 For this purpose, we have elaborated an exhaustive list of these institutions based on two  
115 websites: [annuaire.action-sociale.org](http://annuaire.action-sociale.org) and [creai-grand-est.fr](http://creai-grand-est.fr). In total, 182 structures have  
116 been listed in the territory of Meurthe-et-Moselle. We classified the institutions into large  
117 subgroups (16 subgroups) and then proceeded to draw lots within each subgroup in order to  
118 select 2 to 3 institutions per subgroup and to select 36 in total.

119 The e-mail addresses of the directors and managers of these randomly selected organisations  
120 were collected by telephone. After explaining the objectives of our study and after an

121 agreement, the link to the questionnaire was given to the managers of the structures who  
122 then distributed it to their teams.

123 The questionnaire was published on the Drag'nSurvey® site (questionnaire available on  
124 request). For data collection, we chose to collect data by online response only, for feasibility  
125 reasons and due to the health crisis situation related to COVID-19. The questionnaire was  
126 accessible from March 25, 2020 to May 25, 2020. A systematic follow-up was carried out after  
127 three weeks.

128 According to the public health code, no prior authorization was required to carry out this  
129 study, which was intended for a voluntary, healthy public whose answers were completely  
130 anonymous.

131

#### 132 Collected data

133 All data were collected from the self-questionnaire, which was anonymous in order to reduce  
134 social desirability bias.

135 In the French literature, there was no measurement tool available to meet the objectives of  
136 the study, so we had to develop a tool consisting of 27 open-ended and close-ended questions  
137 (single choice, multiple choice). The themes addressed are the identification of SBP and the  
138 support offered to the children. The questionnaire was written based on knowledge from the  
139 current literature, mainly American and Canadian, and current recommendations on the  
140 subject.

141 The questions were developed trying to provide as little information as possible so as to not  
142 influence respondents in their choice of answers. It was not possible to return to the previous  
143 questions.

144 The self-questionnaire is composed of 27 items, grouped into 4 parts:

- 145       • The first part (questions 1 to 6) focuses on the socio-demographic characteristics of  
146           professionals (gender, profession, number of years of practice and type of practice  
147           institution, number and age range of children in care);
- 148       • The second part (questions 7 to 11) deals with the knowledge of professionals about  
149           PSED. In question 8, we gave several examples of behaviours to be qualified as either  
150           healthy sexual behaviours or problematic sexual behaviours. Questions 10 and 11  
151           focus on professionals' knowledge of SBP and their interpretation of them.

152   Between the second and third parts, the Atsa Task Force's definition of SBP is provided to  
153   ensure that all participants could understand the difference between healthy sexual  
154   behaviours and SBP: "Behavior involving sexual parts of the body, initiated by children 0-12  
155   years of age, that is developmentally inappropriate or potentially harmful to the child or  
156   others. These behaviours are motivated by curiosity, anxiety, imitation, attention-seeking,  
157   appeasement, etc. Sexuals behaviors problems occur regularly, are not mutual and are  
158   coercive when they involve other children, the behavior itself can cause emotional distress."

- 159       • The third part (questions 12 to 20) follows this definition and collects data on children  
160           with SBP that they would have encountered at their place of practice (number, types,  
161           psychiatric co-morbidities, becoming children with SBP). It also aims to provide an  
162           update on the care of these children and to invite participants to share their feelings.
- 163       • The fourth part (questions 21 to 27) concerns the level of management and tolerance  
164           of child sexuality as well as the legal framework set by the administration of their  
165           institution. Questions 26 and 27 focus more specifically on the training professionals  
166           received on SBP.

167   The third and fourth parts concern secondary objectives.



168 The questionnaire was tested on 12 professionals practicing in two child psychiatry institutions  
169 to ensure a good understanding of the questions, which could be modified if necessary. The  
170 response time was estimated at 20 to 30 minutes.

171

172 We obtained 136 respondents to the questionnaire at the end of the data collection period.  
173 After reviewing the various respondents, we chose to exclude those who had answered fewer  
174 than 12 questions, which corresponds to approximately 50% of the total number of questions,  
175 in order to ensure the reliability and continuity of the responses. Then we excluded  
176 respondents who mentioned working only with children aged 13 and over (cf target  
177 population). This left a total of 93 usable responses out of the 136 received, or approximately  
178 68.4% of the questionnaires received.

179

#### 180 Data Analysis

181 The data was collected and analysed via the Excel® spreadsheet after numerical coding.  
182 We described the quantitative data by their mean and standard deviation and qualitative data  
183 by their absolute number and percentage.

184

#### 185 **Results**

##### 186 Study population

187 Of the 93 respondents whose questionnaires were usable, there were 12 men and 81 women.

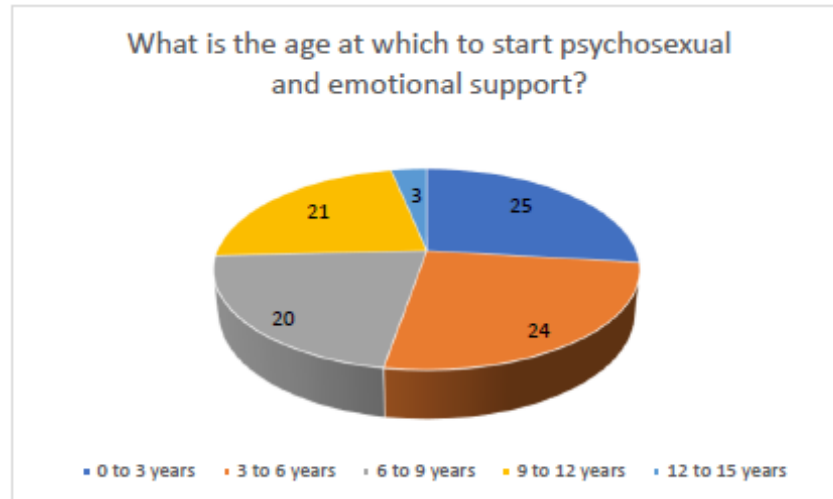
##### 188 Knowledge about PSED and SBP without introductory information

189 Representations, by professionals:

190 - of the age at which the child begins to be accompanied to the PSED are presented in  
191 figure 1.

192 - of the age concerned by SBP in figure 2.

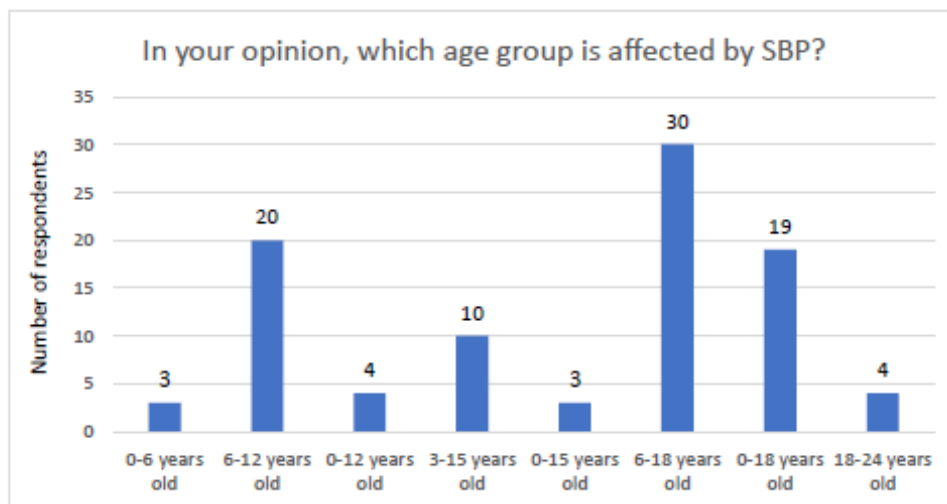
193



194

195 *Figure 1: Professional representation for the age of the beginning of PSED support (n=93)*

196



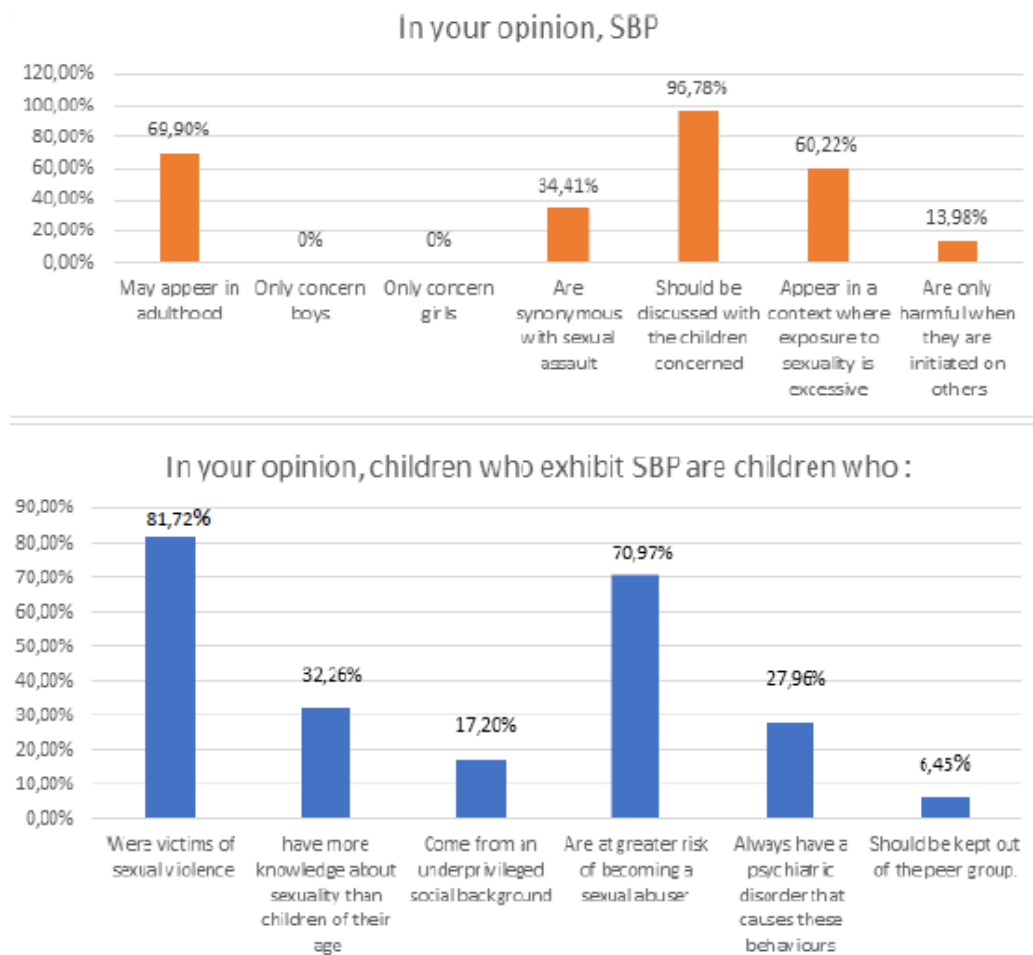
197

198 *Figure 2: Representation by Professionals for the Age Group of Children Involved by SBP (n=93)*



199

200 Figure 3 shows the representations of professionals regarding SBP and the children who  
201 present some.



202

203 *Figure 3: Representations of SBP and children with SBP by responding professionals (n=93)*

204

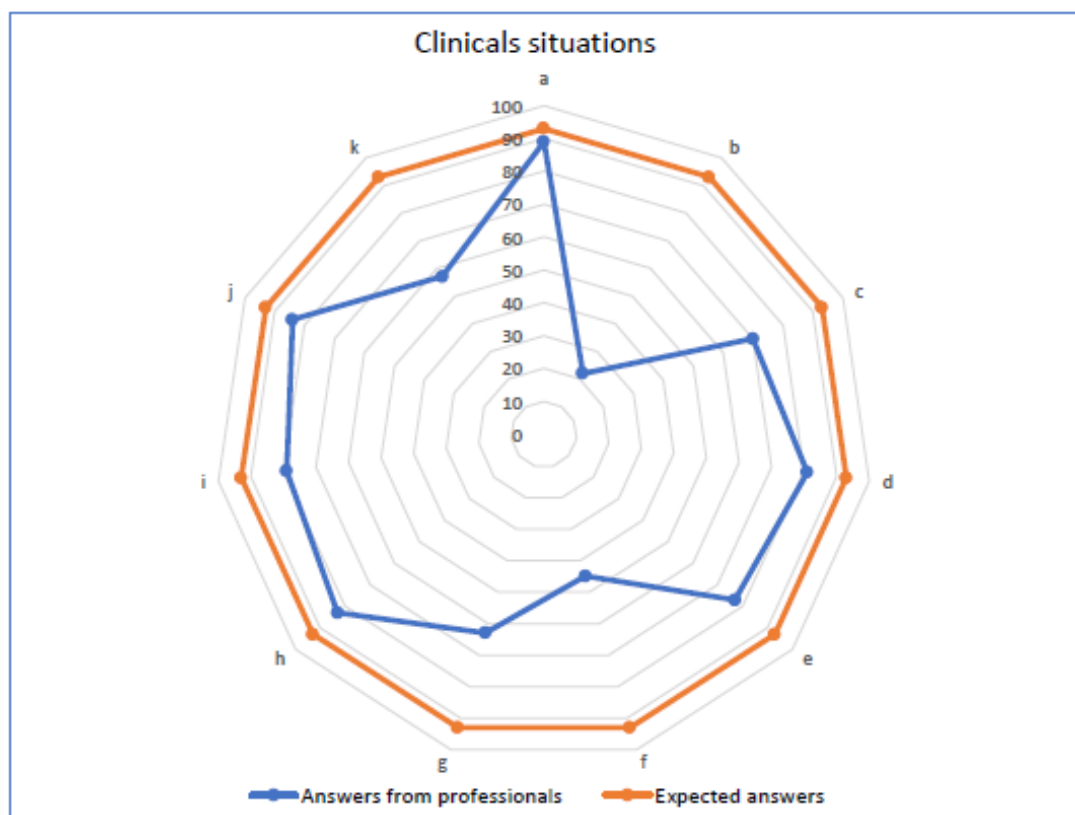
205 Thus, 69.90% of respondents believe that SBP can appear in adulthood. 81.72% of  
206 professionals make a link between SBP and having been a victim of sexual violence and 70.9%  
207 think that children with SBP are more at risk of becoming sexual abusers. Furthermore, 27.96%

208 of respondents attribute to children with SBP an underlying psychiatric pathology that causes  
209 these behaviours.

210

211 Evaluation of situations proposed in the questionnaire

212 In Figure 4, the expected responses are those represented by the orange line, with the  
213 professionals' responses to the assessment of various situations shown in the blue line.



214

215 *Figure 4: Representation of professionals in 11 situations judged to be either "healthy sexual*  
216 *behaviour" or "problematic sexual behaviour" (n=93)*

217 Legend:

218 a: At the age of 9 months, have an erection at the time of change a diaper

- 219 b: At the age of 3 years old, insert your finger into the sexual orifice of another child
- 220 c: At the age of 2 years old, lay your head on the genitals of a clothed adult
- 221 d: At the age of 3 years old, try to see your parents naked
- 222 e: At the age of 4 years old, practice sexual games such as "the Doctor" or "daddy-mommy"
- 223 with exploration of the other person's body or private parts
- 224 f: At the age of 5 years old, showing off in front of others
- 225 g: At the age of 7, masturbate several times a day
- 226 h: At the age of 8 years old, making crude sexual comments
- 227 i: At the age of 10, ask yourself about your sexual orientation
- 228 j: At the age of 12, caressing the sexual parts of an animal
- 229 k: A At the age of 14, have already had a homosexual experience (kisses, caresses, sexual
- 230 relations...)

231

232 *Evaluation of representations and SBP after the proposed definition*

233 According to this definition, out of 87 respondents, only 12 (13.79%) were able to indicate

234 that they had never been confronted with a minor with SBP.

235 Of the 75 who said they had experienced one or more minors with SBP in the previous year:

- 236 • 57 (65.52%) had met between 1 and 4 minors.
- 237 • 10 (11.49%) had met with 5 to 9 minors.
- 238 • 4 (4.60%) had met between 10 and 14 minors.
- 239 • 3 (3.45%) had met between 15 and 20 minors.
- 240 • 1 (1.15%) had met more than 20 minors.

241 **Discussion**

242 For more than twenty years, several studies have demonstrated the interest to differentiate  
243 early behaviours belonging to a child's normal PSED and SBP in order to intervene effectively  
244 and reduce this phenomenon. (12), (13), (14)

245 Our study uncovered various elements that reveal a lack of training and information for  
246 professionals working with children in institutions.

247 First of all, almost  $\frac{3}{4}$  of the medico-social professionals interviewed do not know the age at  
248 which support to the child's psychosexual and emotional life begins. Sexual and emotional  
249 support should begin at the youngest age of the child, from 0 to 3 years old (4), (12).

250 Only 26.9% of respondents held this notion.

251 However, it seems essential for professionals to know the basics of healthy sexuality in  
252 relation to the age and development of the child in order to be able to identify SBP.

253 The 11 clinical situations that we suggested to respondents corroborate professionals' lack of  
254 knowledge about PSED, since approximately one-third of them are not judged as they should  
255 be (Figure 4).

256 The ATSA(1) definition of SBP states that the term applies to children aged 0-12 years. Only  
257 4.3% of participating professionals are aware of this age limit (Figure 2). In addition, 69.9% of  
258 respondents even think that problematic sexual behaviour can appear in adulthood (Figure 3).

259 This shows us the extent to which professionals are unclear about the definition of SBP, which  
260 has implications for the care of children with SBP. It is easy to imagine that ignoring this  
261 definition would quickly put the sexual behaviour of a 16-year-old teenager on the same level  
262 as that of a much younger child. On the other hand, the term "problematic sexual behaviours"

263 is very little known and used in medical-social institutes: it is even frequently misused to  
264 explain sexual behaviours of adults. This is most certainly why, in our study, some people  
265 working only with adults still answered the questionnaire.

266 Furthermore, the responses also revealed a certain stigmatisation of children with SBP. During  
267 the 1980s and 1990s, children with SBP were automatically labelled as victims of sexual abuse  
268 and future aggressors, as already presented in the introduction (3), (4), (10). The consequence  
269 of this stigmatisation is that these children are excluded, mistrusted and even avoided rather  
270 than offered care. In our study, it is quite obvious that the representation "abused child =>  
271 child with SBP => abusive child" is very present in people's minds since the majority of  
272 professionals who responded believe that minors with SBP have been sexually abused  
273 (81.72%) and that these children are more at risk of being perpetrators of sexual violence  
274 (70.97%). However, considering children with SBP as future sexual abusers at an early age  
275 necessarily interferes with the care offered to them (9). According to the literature, (4), (15)  
276 children with SBP are at greater risk of becoming perpetrators of sexual violence when no  
277 action is taken to understand and stop SBP. Again, this study highlights the lack of knowledge  
278 on this topic.

#### 279 **Strengths and weaknesses**

280 The interest of this study is its originality since, to our knowledge, it is unique in France.

281 However, it has certain limitations. Due to the lack of existing data, we had to carry out a de  
282 novo questionnaire which is not validated and which may have some flaws. For example, it is  
283 possible that even when presented in writing, the definition of SBP may not have been fully  
284 understood because it is composed of rather complex terms. Furthermore, because of the  
285 computer tool used, we had to propose at least 3 choices of answers, which forced us to put

286 a "void" item for question 8, an item that some people still retained, which prevented them  
287 from choosing one of the 2 answers, and which generated missing data, fortunately of low  
288 volume.

289 As in any questionnaire targeting a sensitive subject and involving the respondents'  
290 professional practices, there may have been a desirability bias that we have tried to reduce as  
291 much as possible by not asking for any data that would allow us to remove the respondents'  
292 anonymity. In addition, we cannot be certain that the respondents are representative.

293 We also note the possibility of representativeness bias and we cannot extrapolate the results  
294 to all medico-social professionals in France.

#### 295 **Conclusion**

296 This study revealed that the problem of SBP was not well known by most professionals  
297 working with children, and the child sexuality was not understood. Therefore, before even  
298 talking about care, it would be judicious to train all professionals working with children in  
299 children's PSED. Under these conditions, they could acquire knowledge and tools to  
300 understand and discern a "normal" sexual attitude from the "problem".

301 Our data are corroborated by recommendations in the literature (1), (3), (12), (16), (17), (18),  
302 (9) and highlight the value of learning about PSED to better identify SBP.

303 As a second step, a practical, multi-professional approach to children with SBP could be  
304 taught, which could include:

- 305 - The approach to take with minors with SBP
- 306 - Active and direct involvement of caregivers (current and future) in treatment

- 307 - The importance of involving families/guardians in the care (biological parents, foster  
308 parents, or non-abusive relatives)  
309 - The inclusion of psychoeducation and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for the direct  
310 management of sexual behaviour.

311 It would also be interesting to carry out a survey on the representations of SBP of a broader  
312 spectrum on the French territory in order to compare the results obtained.

313

#### 314 **List of abbreviations**

315 SBP : Sexual behaviour problems

316 PSED : psychosexual and emotional development

317 ATSA : Association for the Treatment of Sexual Abusers

318

#### 319 **Declarations**

320 1. Ethics approval and consent to participate

321 According to the Public Health Code, no prior authorization was required to carry out this  
322 study, which was intended for a voluntary, healthy public whose answers were completely  
323 anonymous.

324 2. Consent for publication

325 All personal data has been made anonymous.

326 3. Availability of data and materials



327 The data sets used and/or analysed in this study are available from the corresponding author  
328 upon reasonable request.

329 4. Competing interests

330 The authors declare that they have no competing interests.

331 5. Funding

332 No funding to report.

333 6. Authors' contributions

334 CS participated in the writing of this article, the drafting of the questionnaire, the analysis of  
335 the data and the necessary bibliographical research.

336 MU participated in the writing of this article, the drafting of the questionnaire, the analysis of  
337 the data and the necessary bibliographical research.

338 BO participated in the writing of this article, the drafting of the questionnaire and the  
339 necessary bibliographical research.

340 CD participated in the writing of this article, the drafting of the questionnaire and the  
341 necessary bibliographical research.

342 PH participated in the writing of this article, the drafting of the questionnaire, the analysis of  
343 the data and the necessary bibliographical research.

344 FL participated in the writing of this article, the drafting of the questionnaire, the analysis of  
345 the data and the necessary bibliographical research.

346 All authors have read and approved the final manuscript.



347 7. Acknowledgements

348 Not applicable

349 **References**

350 1. Chaffin M, Berliner L, Block R, Johnson TC, Friedrich WN, Louis DG, et al. Report of the  
351 ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems. *Child Maltreat.* mai  
352 2008;13(2):199-218.

353 2. Essa EL, Murray CI. Sexual Play: When Should You Be Concerned? *Child Educ.* juin  
354 1999;75(4):231-4.

355 3. St-Amand A, Villeneuve M-P, Vaillancourt A. Les comportements sexuels  
356 problématiques chez les enfants : pistes de réflexion pour une pratique en émergence. *Serv*  
357 *Soc.* 6 juin 2017;63(1):55-72.

358 4. Johnson TC. Some Considerations About Sexual Abuse and Children with Sexual  
359 Behavior Problems. *J Trauma Dissociation.* sept 2002;3(4):83-105.

360 5. Baker AJL, Schneiderman M, Parker R. A Survey of Problematic Sexualized Behaviors  
361 of Children in the New York City Child Welfare System: Estimates of Problem, Impact on  
362 Services, and Need for Training. *J Child Sex Abuse.* 18 juin 2002;10(4):67-80.

363 6. Szanto L, Lyons JS, Kisiel C. Childhood Trauma Experience and the Expression of  
364 Problematic Sexual Behavior in Children and Adolescents in State Custody. *Resid Treat Child*  
365 *Youth.* juill 2012;29(3):231-49.

- 366 7. Lepage J. Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les  
367 Centres jeunesse: facteurs associés. [Ottawa]: Library and Archives Canada = Bibliothèque et  
368 Archives Canada; 2009.
- 369 8. Dufour C, Tougas A-M, Tourigny M, Paquette G, Hélie S. PROFIL PSYCHOSOCIAL DES  
370 ENFANTS PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES DANS LES  
371 SERVICES QUÉBÉCOIS DE PROTECTION DE L'ENFANCE. *Can Soc Work Rev.* 29 août  
372 2017;34(1):23-45.
- 373 9. Banbury S-A. *Working with Children with Sexual Behavior Problems*, by Jan Eliana Gil  
374 and Jennifer A. Shaw. *J Child Sex Abuse.* 3 oct 2014;23(7):861-3.
- 375 10. Hanson RK, Slater S. Sexual Victimization in the History of Sexual Abusers: A Review.  
376 *Sex Abuse J Res Treat.* 1 janv 1988;1(4):485-99.
- 377 11. Boisvert I, Tourigny M, Lanctôt N, Lemieux S. Comportements sexuels  
378 problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés. *Rev*  
379 *Psychoéducation.* 17 mars 2017;45(1):173-207.
- 380 12. Gagnon MM, Tremblay C, Bégin H. Intervention de groupe auprès d'enfants  
381 présentant des comportements sexuels problématiques : évolution comportementale,  
382 affective et sociale. *Santé Ment Au Qué.* 25 janv 2006;30(2):257-79.
- 383 13. Pithers WD, Gray A, Busconi A, Houchens P. Caregivers of children with sexual  
384 behavior problems: Psychological and familial functioning. *Child Abuse Negl.* févr  
385 1998;22(2):129-41.
- 386 14. Ryan G. Childhood sexuality: a decade of study. Part II—dissemination and future  
387 directions. *Child Abuse Negl.* janv 2000;24(1):49-61.

- 388 15. Bernard A. « *On a oublié de parler de quelque chose* » : les agirs sexuels d'enfants  
389 comme psychopathologie de la vie quotidienne des institutions. *Rev Psychothérapie*  
390 *Psychanal Groupe*. 2018;71(2):127.
- 391 16. Friedrich WN, Bakery AJL, Parker R, Schneiderman M, Gries L, Archer M. Youth with  
392 Problematic Sexualized Behaviors in the Child Welfare System: A One-Year Longitudinal  
393 Study. :16.
- 394 17. Silovsky JF, Niec L, Bard D, Hecht DB. Treatment for Preschool Children With  
395 Interpersonal Sexual Behavior Problems: A Pilot Study. :15.
- 396 18. Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, Houston M, Shafran CR. Normative Sexual  
397 Behavior in Children: A Contemporary Sample. *Pediatrics*. 1 avr 1998;101(4):e9-e9.

H. Child sexuality and care of sexual behaviour problems in the medical and social institutions of Meurthe-et-Moselle

1 **Sexualité infantile et prise en charge des comportements sexuels**  
2 **problématiques au sein des institutions médico-sociales de**  
3 **Meurthe et Moselle.**

4 **Child sexuality and care of sexual behaviour problems in the**  
5 **medical and social institutions of Meurthe-et-Moselle**

6  
7 ULRICH [Morgane](#): Université de Lorraine, faculté de médecine Nancy, 9 Avenue de la Forêt  
8 de Haye 54505 Vandœuvre-lès-Nancy, [morgane.ulrich6@etu.univ-lorraine.fr](mailto:morgane.ulrich6@etu.univ-lorraine.fr)

9 SIMON [Charlie](#): Université de Lorraine, faculté de médecine Nancy, 9 Avenue de la Forêt de  
10 Haye 54505 Vandœuvre-lès-Nancy, [charlie.simon1@etu.univ-lorraine.fr](mailto:charlie.simon1@etu.univ-lorraine.fr)

11 ORIEZ [Baptiste](#): CRIAVS de Lorraine, 1 rue du Dr Archambault 54520 [baptiste.oriez@cpn-](mailto:baptiste.oriez@cpn-laxou.com)  
12 [laxou.com](mailto:laxou.com)

13 DEMONTE [Charlotte](#): : CRIAVS de Lorraine, 1 rue du Dr Archambault 54520  
14 [charlotte.demonte@cpn-laxou.com](mailto:charlotte.demonte@cpn-laxou.com)

15 Dr HORRACH Pierre, Centre Psychothérapique de Nancy, 1 rue du Dr Archambault 54520  
16 LAXOU [pierre.horrach@cpn-laxou.com](mailto:pierre.horrach@cpn-laxou.com)

17 Dr LIGIER Fabienne, PUPEA, Centre Psychothérapique de Nancy, EA 4360 APEMAC,  
18 Université de Lorraine. [fabienne.ligier@cpn-laxou.com](mailto:fabienne.ligier@cpn-laxou.com)

19

20 The authors declare that they have no competing interests. No funding to report.

21 Acknowledgements : Not applicable

22 20630 signs.

23 **Abstract**

24 **Background:** Addressing child sexuality and evaluating the care of sexual behaviour problems  
25 in Meurthe et Moselle, France, medico-social institutions for children aged 0 to 12.

26 **Methods:** We proposed a cross-sectional, descriptive and comparative observational study  
27 using an anonymous questionnaire distributed to medico-social professionals. They were  
28 questioned about the care of children with sexual behaviour problems, their feelings about  
29 sexualised situations and about sexuality in general within their establishment.

30 **Results:** We obtained 93 usable responses out of the 136 received, with a distribution of 12  
31 men and 81 women. The majority of the respondents consider that the management of sexual  
32 behaviour problems is ideally multi-sectoral, involving the educational, parental and psychiatric  
33 sectors; a solution which is, however, difficult to implement. Moreover, in our study, 46.25%  
34 of the respondents did not know whether the issue of sexuality is addressed in the internal rules  
35 of their institutions. Despite this, 90.36% of these respondents believe that sexual relations are  
36 prohibited.

37 **Discussion:** During our study, it became clear that no real care was recommended for a child  
38 with sexual behaviour problems. Professionals spoke of the difficulties in offering appropriate  
39 care, highlighting the problem of detachment from the parent, which is sometimes difficult to  
40 involve, and the lack of a rapid response from psychiatry due to a lack of staff. This leads to a  
41 feeling of loneliness or powerlessness in the face of the child's problems.

42 **Conclusion:** This study revealed a feeling of incomprehension among professionals working  
43 with children, linked to a lack of resources and information about child sexuality and sexual  
44 behavior problems. It would be advisable to train child professionals in the healthy sexual  
45 development of children. Furthermore, it would be interesting to propose an active and direct  
46 involvement of current and future carers in the care associated with that of families/guardians.

47 As regards the rules about child sexuality in institutions, it appears that they are not well known  
48 to most professionals. It is therefore necessary to take stock of the good practices of those  
49 working on sexuality within the facilities.

50

51 **Keywords:** psycho-sexual and emotional development, children, sexual behaviour problems,  
52 children's professionals, medico-social, institutions.

53

## 54 **Background**

55 Sexual behaviour problems (SBP) in children do not have a universal definition. It is generally  
56 accepted that SBP are neither a mental health disorder nor a diagnosis, but rather behaviour  
57 manifestations on the margins of healthy sexual development. The working group of  
58 *l'Association for the Treatment of Sexual Abusers* (ATSA)[1] proposed a definition in 2008 that  
59 has been used by many authors. It concerns “children ages 12 and younger who initiate  
60 behaviour involving sexual body parts (i.e. genitals, anus, buttocks or breasts) that are  
61 developmentally inappropriate or potentially harmful to themselves or others. Although the  
62 term sexual is used, the intentions and motivations for these behaviours may or may not be  
63 related to sexual gratification or sexual stimulation. The behaviors may be related to curiosity,  
64 anxiety, imitation, attention-seeking, appeasement, or other reasons”. Furthermore, “sexual  
65 behaviour problems (SBP) don't represent a medical/psychological syndrome or a specific  
66 disorder, but rather a set of behaviors that are outside acceptable societal limits”. Some authors  
67 have established a classification which is a continuum between healthy and pathological  
68 development that should be distinguished for a better understanding of child development [2-  
69 3]. They emphasise the importance of understanding and being able to assess minors in terms  
70 of psychosexual and emotional development [4].

71 In terms of the prevalence of SPB: in the field of child protection, 10 to 30% of children in the  
72 United States, [5-6] and approximately 15% in Quebec [7-8] are thought to have SBP. In France,  
73 there are no epidemiological studies targeting sexual behavior problems.

74

75 In terms of care, children with SBP do not always benefit from therapies adapted to their  
76 problems, [3,5,8] whereas cognitive-behavioral therapies centered on the minor with the  
77 participation of families/guardians/care providers are efficient. These children are sometimes  
78 even considered by professionals as future offenders, which can have an impact on their  
79 development and care. [9]

80 Since the 1990s, researchers have been interested in SBP on an etiological side. For some,  
81 having been sexually assaulted is the main risk factor for developing SBP, as it is for adult  
82 perpetrators of sexual violence [10]. For others, SBP are not related to a history of sexual abuse  
83 [4]. The development of SBP appears to follow multiple and complex trajectories [3],, revealing  
84 multiple individual and familial risk factors. Children may thus present cognitive and language  
85 deficits, behavioural disorders, have witnessed domestic violence, been victims of sexual  
86 assault, physical abuse, psychological abuse or have grown up with parents who presented  
87 substance abuse or experienced psychological distress .[3,11]

88

89 In France, children in medical or social care institutions may have a life history already marked  
90 by emotional and educational deficiencies. When these children present SBP, they sometimes  
91 cause worries to professionals who do not always know how to identify and evaluate these  
92 disorders, and even less how to react to them, according to the literature [12] and the clinical  
93 experience of the professionals of the CRIAVS (Centre de Ressource et d'intervention pour les  
94 auteurs de violences sexuelles).



95 The lack of French epidemiological data, combined with the potential difficulties for  
96 professionals to identify and respond to SBP, led us to conduct a descriptive observational study  
97 with the main objective of "describing, on the basis of self-questionnaires completed by  
98 medical, health and social professionals working with children under the age of 12 in Meurthe-  
99 et-Moselle, their practice with regard to SBP and child sexuality".

100 The results of this study could be used to offer training to professionals, including tools for the  
101 care of children with SBP if needs of this kind are identified.

102

### 103 **Case presentation**

#### 104 **Methods**

105 We conducted a cross-sectional, descriptive and comparative observational study.

106

#### 107 Objectives of the study

108 The main objective was to make an inventory of knowledge and representations related to SBP,  
109 based on self-questionnaires completed by these same professionals. The results of this  
110 objective are presented in another article.

111 The secondary objective was to analyse the practice of medical, health and social professionals  
112 working with children under 12 years of age in Meurthe et Moselle (France) about SBP and  
113 child sexuality. The results of this objective are presented in this article.

114

#### 115 Target population

116 We targeted professionals in medical and social structures of Meurthe-et-Moselle that care for  
117 children aged 0-12 years with cluster randomization by type of institution.

118 For this purpose, we have elaborated an exhaustive list of these institutions based on two  
119 websites: [annuaire.action-sociale.org](http://annuaire.action-sociale.org) and [creai-grand-est.fr](http://creai-grand-est.fr). In total, 182 structures have been

120 listed in the territory of Meurthe-et-Moselle. We classified the institutions into large subgroups  
121 (16 subgroups) and then proceeded to draw lots within each subgroup to select 2 to 3 institutions  
122 per subgroup and to select 36 in total.

123 The e-mail addresses of the directors and managers of these randomly selected organisations  
124 were collected by telephone. After explaining the objectives of our study and after an  
125 agreement, the link to the questionnaire was given to the managers of the structures who then  
126 distributed it to their teams.

127 The questionnaire was published on the [Drag'nSurvey®](#) site (questionnaire available on  
128 request). For data collection, we chose to collect data by online response only, for feasibility  
129 reasons and due to the health crisis related to COVID-19. The questionnaire was accessible  
130 from March 25, 2020 to May 25, 2020. A systematic follow-up was carried out after three  
131 weeks.

132 According to the public health code, no prior authorization was required to carry out this study,  
133 which was intended for a voluntary, healthy public whose answers were completely  
134 anonymous.

135

### 136 Collected data

137 All data were collected from the self-questionnaire, which was anonymous to reduce social  
138 desirability bias.

139 In the French literature, there was no measurement tool available to meet the objectives of the  
140 study, so we had to develop a tool consisting of 27 open-ended and close-ended questions  
141 (single choice, multiple choice). The themes addressed are the identification of SBP and the  
142 support offered to the children. The questionnaire was written based on knowledge from the  
143 current literature, mainly American and Canadian, and current recommendations on the subject.

144 The questions were developed trying to provide as little information as possible to not influence  
145 respondents in their choice of answers. It was not possible to return to the previous questions.

146 The self-questionnaire is composed of 27 items, grouped into 4 parts:

- 147 • The first part (questions 1 to 6) focuses on the socio-demographic characteristics of  
148 professionals (gender, profession, number of years of practice and type of practice  
149 institution, number and age range of children in care);
- 150 • The second part (questions 7 to 11) deals with the knowledge of professionals about  
151 PSED. In question 8, we gave several examples of behaviours to be qualified as either  
152 healthy sexual behaviours or problematic sexual behaviours. Questions 10 and 11 focus  
153 on professionals' knowledge of SBP and their interpretation of them.

154 Between the second and third parts, the Atsa Task Force's definition of SBP is provided to  
155 ensure that all participants could understand the difference between healthy sexual behaviours  
156 and SBP: "Behavior involving sexual parts of the body, initiated by children 0-12 years of age,  
157 that is developmentally inappropriate or potentially harmful to the child or others. These  
158 behaviours are motivated by curiosity, anxiety, imitation, attention-seeking, appeasement, etc.  
159 Sexuals behaviors problems occur regularly, are not mutual and are coercive when they involve  
160 other children, the behavior itself can cause emotional distress."

- 161 • The third part (questions 12 to 20) follows this definition and collects data on children  
162 with SBP that they would have encountered at their place of practice (number, types,  
163 psychiatric co-morbidities, becoming children with SBP). It also aims to provide an  
164 update on the care of these children and to invite participants to share their feelings.
- 165 • The fourth part (questions 21 to 27) concerns the level of management and tolerance of  
166 child sexuality as well as the legal framework set by the administration of their  
167 institution. Questions 26 and 27 focus more specifically on the training professionals  
168 received on SBP.

169 The first and second parts are presented in another article.

170 The questionnaire was tested on 12 professionals practicing in two child psychiatry institutions  
171 to ensure a good understanding of the questions, which could be modified if necessary. The  
172 response time was estimated at 20 to 30 minutes.

173 |

174 We obtained 136 respondents to the questionnaire at the end of the data collection period. After  
175 reviewing the various respondents, we chose to exclude those who had answered fewer than 12  
176 questions, which corresponds to approximately 50% of the total number of questions, to ensure  
177 the reliability and continuity of the responses. Then we excluded respondents who mentioned  
178 working only with children aged 13 and over (cf target population). This left a total of 93 usable  
179 responses out of the 136 received, or approximately 68.4% of the questionnaires received.

180

#### 181 Data Analysis

182 The data was collected and analysed via the Excel® spreadsheet after numerical coding.

183 We described the quantitative data by their mean and standard deviation and qualitative data by  
184 their absolute number and percentage.

185

#### 186 **Results**

187 The socio-demographic characteristics of the professionals participating in the survey are  
188 detailed in Table I.

189 *Table I: Socio-demographic data of respondents*

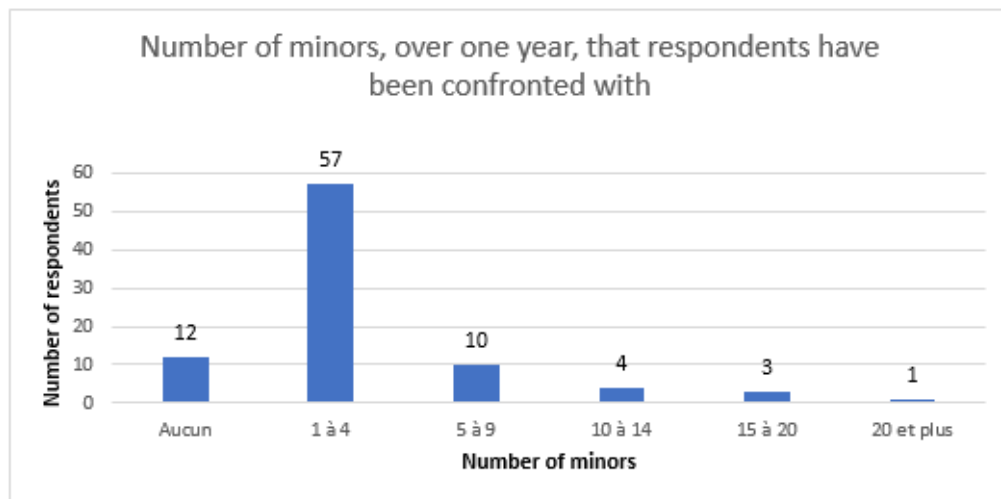
190

	<i>Number of participants(N=93)</i>	<i>%</i>
<i><b>Gender</b></i>		
<i>Male</i>	12	12,9%
<i>Feminine</i>	81	87,1%
<i><b>Number of years' experience</b></i>		
<i>+10</i>	42	45,2%
<i>-10</i>	51	54,8%
<i><b>Profession</b></i>		
<i>Educator</i>	46	49,5%
<i>Caregiver</i>	47	50,5%

192 1. SBP

193 *Evaluation of the care of children with SBP*

194 After giving respondents a definition of SBP according to ATSA, 12 out of 87 respondents  
 195 (13.79%) were able to report that they had never been confronted with a minor with SBP.  
 196 Seventy-five respondents were able to indicate that they had been confronted with more than  
 197 one minor with SBP in the previous year, according to the distribution shown in Figure 1.

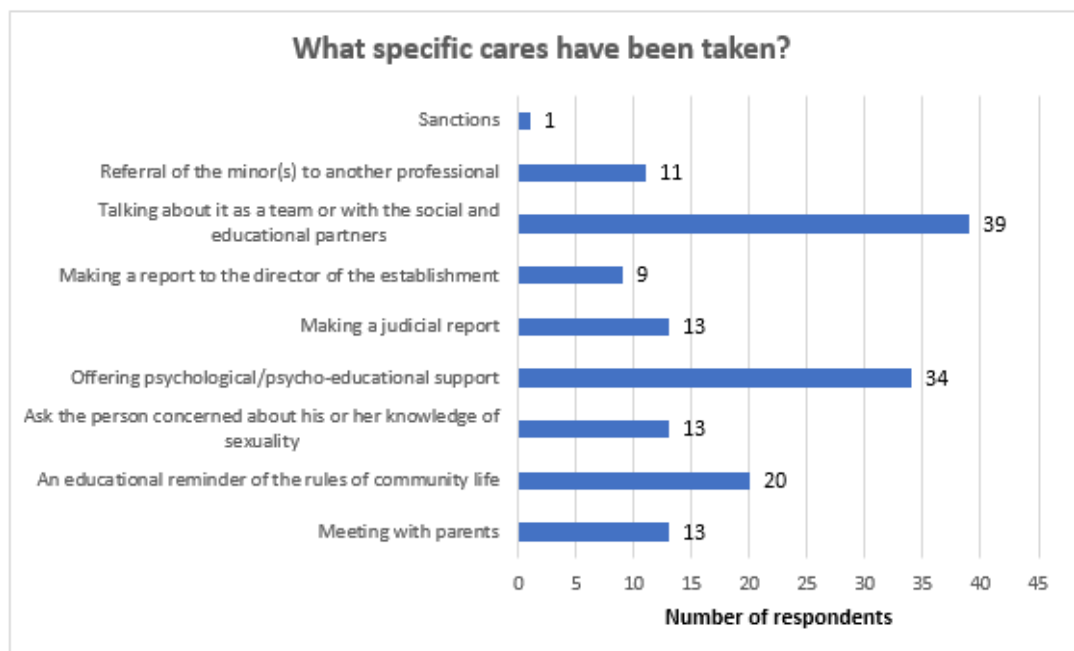


198

199 *Figure 1: Number of minors with SBP encountered by respondents over one year (n=87)*

200 Out of 81 respondents, 61 reported having provided specific care for the minors with SBP they  
 201 met. The types of care they took are detailed in Figure 2.

202



203

204 *Figure 2: Specific cares proposed for children with SBP (n=61)*

205 Comparing the carers and educators, the type of care offered is homogenous, with care that is  
206 intended to be directed by the educational, psychiatric and parental environment.

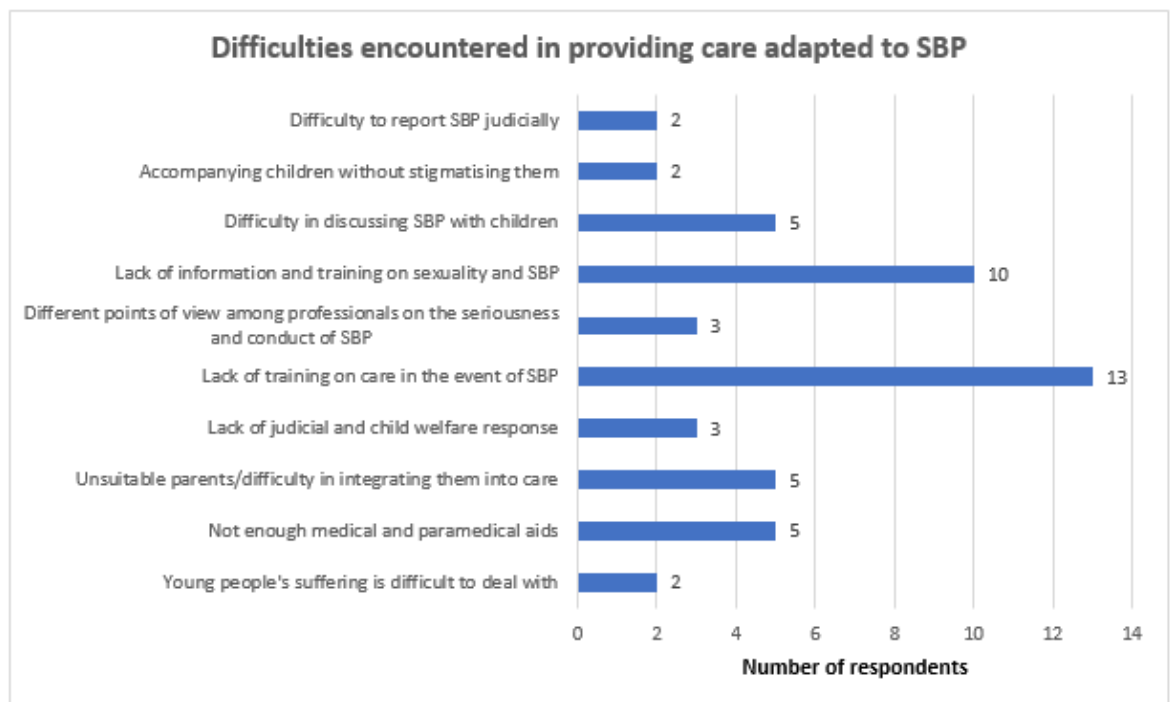
207

208 Respondents' perceptions of the management of SBP

209 Out of 72 respondents, 32 (44.44%) replied that they had encountered difficulties in caring for  
210 children with SBP, with varying degrees of difficulty, grouped into 10 significant categories  
211 presented in Figure 3.

212 An analysis was made between the two categories "less than ten years of experience" and "more  
213 than ten years of experience" concerning the level of difficulties encountered, without any  
214 significant difference ( $p = 0.46$ ).

215



216

217 *Figure 3: Difficulties encountered by professionals in caring for children with SBP (n=32)*

218

219 *Information and training on the subject of SBP*

220 Out of 82 respondents, 52 report that they have been able to become aware of the issue of SBP:

- 221 - 31 through personal research (33.70%),
- 222 - 24 via their initial training (26.09%),
- 223 - 23 via the intermediary of clinical recourse to the CRIAVS (25%)
- 224 - 14 via their continuing education (15.21%).

225 As regards training organisations, we find mainly internal training in the respondents' home  
226 institution (57.5%) and CRIAVS (25%).

227 No significant difference was found between "carers" and "educators" (p=0.14) in terms of  
228 training and information resources.

229

230 2. Child sexuality in institutions

231 *Respondents' feelings about managing sexualised behaviour*

232 In five different proposals, we asked respondents about their practical response to situations of  
233 a sexualised nature. Of the 83 respondents :

- 234 - 47 (56.63%) felt that they handled it calmly and that it was part of their mission to  
235 intervene; they relied on existing procedures.
- 236 - 21 (25.30%) felt that they managed it serenely and that it was part of their intervention  
237 mission; but they felt that they acted solely on the basis of their personal values.



- 238 - 9 (10.84%) mentioned that they had the impression that they were managing it in a kind  
239 of emergency, that they were left to their own devices.
- 240 - 1 (1.20%) replied that they felt a form of guilt: this kind of situation is a sign that they  
241 may have done their job badly.
- 242 - 5 (6.02%) felt that they preferred not to intervene: they are not there to deal with the  
243 sexuality of the people taken in.

244

245 We compared the respondents' feelings when faced with a situation of a sexualised nature with  
246 the respondents' feelings when faced with the management of SBP. We find a  $p=0.10$ , so the  
247 difference is not significant. However, we can note that out of 32 people who feel they are in  
248 difficulty in front of SBP, 16 (50%) of them are among the 56.63% who feel they manage  
249 sexualised situations calmly.

250

#### 251 Sexuality in institutions

252 We checked whether the issue of sexuality was addressed in the internal rules of their  
253 professional structure, out of 80 respondents:

- 254 - 21 (26.25%) think that sexuality is allowed
- 255 - 22 (27.5%) think that sexuality is forbidden
- 256 - 37 (46.25%) do not know.

257 On the other hand, we questioned them on whether sexual relations were allowed or prohibited  
258 in their establishment, depending on their practice. Out of 83 respondents :

- 259 - None of them mentioned that sexual relations are authorised
- 260 - 8(9.64%) state that they are tolerated.

261 - 75 (90.36%) say they are prohibited.

262

## 263 Discussion

264 The results of this study underline the extent to which the response to children with SBP remains  
265 confusing for the respondents. However, it has been shown that discussing SBP with children  
266 reduces the frequency of such cases and helps them to recognise that these acts reflect  
267 psychological suffering and not simply erotic behaviour [13-14]. During our study, it became  
268 clear that no real behaviour is recommended for a child with SBP. After questioning our  
269 respondents, the majority of them considered that a multisectoral approach involving the  
270 educational, parental and psychiatric sectors would be the best solution. However, they  
271 mentioned difficulties in proposing this triad in an intervention, highlighting the problem of  
272 parental detachment - which is sometimes difficult to mobilise - and the lack of a rapid response  
273 from psychiatry due to a lack of staff or an overload of work in the Medical-psychological  
274 centre. They therefore have the feeling that they find themselves alone in having to deal with  
275 children's behaviour. behaviour for which they sometimes have no training. This can lead to  
276 defensive reactions on the part of the professional, which often results in ineffective care for  
277 children with SBP. When SBP are not taken into care in time, or when the evaluation is  
278 uncertain, this leads to a repetition of SBP in the more or less long term [12]. An article [3]  
279 offers food for thought on the importance of involving parental figures and the main non-  
280 abusive care providers as agents of support for change. These path are also found in the ATSA  
281 2008 report [1] and in other writings [15]. This includes biological parents, foster or kinship  
282 parents, or other caregivers, considering including both current and potential future caregivers.

283 To answer to our objective, we have focused on child sexuality in institutions. In medical-social  
284 institutions, it appears that sexual relations are often forbidden while legally ignoring what is

285 advocated in their institution. Indeed, in our study, 46.25% of the respondents did not know  
286 whether the issue of sexuality is addressed in the internal regulations of their institution. Despite  
287 this, 90.36% of these respondents believe that sexual relations are prohibited. However, from a  
288 legal point of view, the general principles which govern all sexuality in France should be  
289 applied: consent and respect for public order. In any event, a general and absolute ban on  
290 sexuality in institutions can only be eminently suspect from the point of view of its legality, as  
291 the courts have already had occasion to judge [16]. Furthermore, we can note a certain confusion  
292 in the management of child sexuality by professionals, with 32 (44.44%) of them reporting  
293 difficulties in managing SBP, yet 16 of these 32 professionals consider that they manage  
294 situations of a sexualised nature with serenity.

295 The sexual majority in France has been set at 15 years since an ordinance of 2 July 1945 and a  
296 law of 4 August 1982. The age of sexual majority is not the age at which a minor can have  
297 sexual relations, but rather the age at which he can have sexual relations with an adult: there is  
298 no legal provision which limits or prohibits sexual relations between minors, even in institutions  
299 or holiday centers [17].

300 It is not the responsibility of supervising staff to ensure that minors consent to sexual relations  
301 in advance, but rather to intervene after the fact if they do not consent [14]. Professionals may  
302 find it difficult to discuss the subject of sexuality with young children, fearing their reaction,  
303 brushing them off, giving them other desires or introducing them to sexuality too early. This  
304 may be what can lead to a tendency to 'not address' the issue and even to prohibit the practice  
305 of institutional sex in an arbitrary manner. Sexuality then becomes disturbing and even taboo.  
306 However, as we have mentioned, the psychosexual and emotional development starts at birth  
307 and therefore it does not seem inappropriate to explain to minors what sexuality is and the limits  
308 that they sometimes find difficult to know and understand. It should also be emphasised that  
309 children today live in a hyper-sexualised world, with, for example, rapid access to

310 pornography[18]. They are exposed to dangerous stereotypes and misinformation about the  
311 milestones of their future sexuality. It is therefore important to take back with them what  
312 'normal' sexuality is and to accompany them in the discovery of their future sexuality.

313

#### 314 **Strength and weakness**

315 The interest of this study lies in its originality, as we have not found any studies on the practices  
316 of professionals working with children in the context of SBP in France.

317 However, it does have certain limitations. In the absence of existing data, we had to carry out a  
318 de novo questionnaire, which is therefore not validated and which may be flawed. For example,  
319 the definition of SBP may not necessarily have been fully understood, even when presented in  
320 writing, due to rather complex terms. Furthermore, due to the computer tool used, we had to  
321 propose at least three choices of answers, which forced us to put a "null" item for question eight,  
322 an item which some people nevertheless retained, which prevented them from choosing one of  
323 the two answers, and generated missing data, albeit of low volume.

324 As in any questionnaire targeting a sensitive subject and involving the respondents' professional  
325 practices, there may be a desirability bias that we have tried to reduce by not asking for any  
326 data that would allow anonymity to be removed. Moreover, we cannot be sure that the  
327 respondents are representative.

328

#### 329 **Conclusion**

330 This study has shown that most of the professionals questioned do not know how to respond to  
331 children with SBP. Moreover, sexuality was little addressed by the teams within the institutions  
332 and is mostly forbidden. After ensuring that professionals have received training on the sexual

333 development of children and on SBP, a practical multi-professional approach to children with  
334 SBP could be taught. This approach could include :

- 335 - The active and direct involvement of carers (current and future) in treatment
- 336 - The importance of involving families/guardians in care (biological parents, foster  
337 parents or non-abusive relatives)
- 338 - The inclusion of psychoeducation and Cognitive Behavioural Therapy (CBT) for the  
339 direct management of sexual behaviour.

340 Secondly, it would be important to inform child care professionals about the laws concerning  
341 child sexuality and to verify the application of good practices by sexuality care providers in the  
342 different structures.

343 **Legends**

344 *Figure 1: Number of minors with SBP encountered by respondents over one year (n=87)*

345 *Figure 2: Specific cares proposed for children with SBP (n=61)*

346 *Figure 3: Difficulties encountered by professionals in caring for children with SBP (n=32)*

347 **What was known:**

- 348 - SBP are little studied.
- 349 - Sexuality in establishments is taboo.
- 350 - No obligatory training on child sexuality for professionals working with minors.

351 **What the article brings:**

- 352 - Lack of proper care when professionals take care of a minor with SBP.
- 353 - Professionals dealing with child sexuality act according to their point of view and do
- 354 not follow the legal rules.
- 355 - Bring a look at their real difficulties and propose care strategies for SBPs.

356

357 **Sources of funding**

358 No funding to report.

359 **Declaration of links of interest**

360 The authors declare that they have no links of interest.

361

362 **References** :

- 363 1. Chaffin M, Berliner L, Block R, Johnson TC, Friedrich WN, Louis DG, et al. Report of the  
364 ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems. Child Maltreatment. mai  
365 2008;13(2):199-218.
- 366 2. Essa EL, Murray CI. Sexual Play: When Should You Be Concerned? Childhood Education.  
367 juin 1999;75(4):231-4.
- 368 3. St-Amand A. Comprendre les enfants aux comportements sexuels problématiques et  
369 intervenir auprès d'eux: Bilan des connaissances. 2001;57.
- 370 4. Johnson TC. Some Considerations About Sexual Abuse and Children with Sexual  
371 Behavior Problems. Journal of Trauma & Dissociation. sept 2002;3(4):83-105.
- 372 5. Baker AJL, Schneiderman M, Parker R. A Survey of Problematic Sexualized Behaviors of  
373 Children in the New York City Child Welfare System: Estimates of Problem, Impact on Services,  
374 and Need for Training. Journal of Child Sexual Abuse. 18 juin 2002;10(4):67-80.
- 375 6. Szanto L, Lyons JS, Kisiel C. Childhood Trauma Experience and the Expression of  
376 Problematic Sexual Behavior in Children and Adolescents in State Custody. Residential  
377 Treatment For Children & Youth. juill 2012;29(3):231-49.
- 378 7. Lepage J. Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les  
379 Centres jeunesse: facteurs associés. [Ottawa]: Library and Archives Canada = Bibliothèque et  
380 Archives Canada; 2009.
- 381 8. Dufour C, Tougas A-M, Tourigny M, Paquette G, Hélie S. PROFIL PSYCHOSOCIAL DES  
382 ENFANTS PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES DANS LES  
383 SERVICES QUÉBÉCOIS DE PROTECTION DE L'ENFANCE. Canadian Social Work Review. 29 août  
384 2017;34(1):23-45.
- 385 9. Banbury S-A. *Working with Children with Sexual Behavior Problems*, by Jan Eliana Gil  
386 and Jennifer A. Shaw. Journal of Child Sexual Abuse. 3 oct 2014;23(7):861-3.
- 387 10. Hanson RK, Slater S. Sexual Victimization in the History of Sexual Abusers: A Review.  
388 Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment. 1 janv 1988;1(4):485-99.
- 389 11. Boisvert I, Tourigny M, Lanctôt N, Lemieux S. Comportements sexuels problématiques  
390 chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés. Revue de  
391 psychoéducation. 17 mars 2017;45(1):173-207.
- 392 12. Gagnon MM, Tremblay C, Bégin H. Intervention de groupe auprès d'enfants présentant  
393 des comportements sexuels problématiques : évolution comportementale, affective et  
394 sociale. Santé mentale au Québec. 25 janv 2006;30(2):257-79.
- 395 13. Bernard A. « On a oublié de parler de quelque chose » : les agirs sexuels d'enfants  
396 comme psychopathologie de la vie quotidienne des institutions. Revue de psychothérapie  
397 psychanalytique de groupe. 2018;71(2):127.



- 398 14. Bernard A, Cuyvet P. Les enfants aux comportements sexuels problématiques à  
399 l'épreuve du silence institutionnel. *Le Divan familial*. 2014;33(2):61.
- 400 15. Silovsky JF, Niec L, Bard D, Hecht DB. Treatment for Preschool Children With  
401 Interpersonal Sexual Behavior Problems: A Pilot Study. :15.
- 402 16. Vernet A, Hénin M, Alexandre C, Agboli K, Godet T, Fauville B, et al. Les relations  
403 sexuelles en service de psychiatrie. *L'information psychiatrique*. 2014;90(7):525.
- 404 17. Lebrun P-B. La sexualité en institution. *Empan*. 2017;105(1):108.
- 405 18. Pizzol D, Bertoldo A, Foresta C. Adolescents and web porn: a new era of sexuality.  
406 *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 1 mai 2016;28(2):169-73.
- 407

## CHAPITRE 3 : DISCUSSION COMPLÉMENTAIRE ET PERSPECTIVES

Comme nous avons pu le mettre en avant dans ces deux articles, les connaissances des professionnels du médico-social et du médical sur le thème de la sexualité infantile sont encore trop fragiles. C'est vraisemblablement ce qui entraîne souvent l'absence d'échange avec l'enfant concerné par une situation de nature sexualisée au sein des institutions. Les professionnels de l'enfance soulignent une absence de moyens, qu'ils soient humains ou matériels, comme difficultés premières dans la prise en charge des CSP. Cet argument vient probablement illustrer qu'ils ressentent le besoin de « passer la main » en confiant la situation à d'autres intervenants.

La représentation « enfants abusés → enfants présentant des CSP → enfants qui deviendront abuseurs » est trop largement répandue dans les esprits des différents intervenants. Ceci peut en partie être expliqué par le fait que les premières théories ont souligné qu'un antécédent de violence sexuelle était la cause prédominante, sinon unique, des problèmes de comportement sexuel chez les enfants. Selon une partie de la littérature, les enfants qui ont été abusés sexuellement adoptent une fréquence plus élevée de comportements sexuels que les enfants qui n'ont pas été abusés sexuellement (13)(14)(15) et des antécédents d'abus sexuels ont été trouvés dans des pourcentages élevés d'enfants avec CSP (16). Les théories actuelles confirment l'impact d'un antécédent d'abus sexuels dans la genèse des CSP mais soulignent aussi que les origines et le maintien des CSP infantiles comprennent d'autres facteurs qui sont des facteurs familiaux, sociaux, économiques et développementaux (12)(17)(18). Ainsi, les facteurs contributifs semblent inclure la violence sexuelle mais aussi la violence physique, la négligence, les pratiques parentales de qualité inférieure, l'exposition à

des médias sexuellement explicites, la vie dans un environnement hautement sexualisé et l'exposition à la violence familiale. L'hérédité peut également être un facteur contributif (19).

Mylène GARO, Christine PIEUCHOT et Fabienne PRESSARD, professionnelles du médico-social, exerçants en région parisienne, évoquent dans un article publié en 2012 l'importance des soignants dans l'accompagnement du DPSA et leur contribution à l'éducation à la vie affective et sexuelle des enfants et des jeunes en institution en prévision de leur devenir adulte. Elles mettent en avant leur questionnement quant au manque de réponse univoque face à des CSP, en précisant que l'interdit est surtout la règle utilisée dans les institutions.(20)

Alexandra BERNARD allègue le défaut de compréhension du ou des symptômes causant des CSP au profit de la censure chez les professionnels, impactant les enfants, la famille mais également les membres de l'équipe institutionnelle. Elle met en avant dans cette étude la réaction primaire des intervenants qui se murent dans la sanction, mettant à l'écart toute possibilité d'élaboration.(21)

D'après la littérature actuelle et les recherches récentes, il apparaît qu'évoquer les CSP avec les enfants concernés permet d'en réduire la fréquence et le risque de récurrence (22)(23)(24)(25). De plus, l'implication des parents/tuteurs, des soignants actuels et futurs dans la prise en charge des CSP est primordiale (12)(9). L'intervention individuelle auprès de l'enfant et de sa famille pourrait s'avérer utile pour aborder des problèmes concomitants et répondre à des besoins spécifiques (26)(27)(23). Plusieurs études montrent également qu'une prise en charge en groupe peut être bénéfique tant pour les parents que l'enfant, le groupe permettrait d'éviter la stigmatisation de l'intervention en normalisant les situations vécues, d'aborder le comportement sexuel directement, puis de mettre en pratique les habiletés et comportements appris avec le soutien de l'intervenant et les rétroactions des pairs (6)(26).

Notre étude nous a confortées dans notre hypothèse d'un manque de formation sur les CSP, pour les professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux. Elle nous a permis de réfléchir à des propositions de projets.

Tout d'abord, nous souhaitons suggérer la mise en place de formation obligatoire sur le DPSA de l'enfant dans le cadre du DES de psychiatrie. En ce sens, nous aimerions proposer aux prochains internes et futurs collègues, une formation sous forme de demi-journée afin de leur faire partager les connaissances que nous avons pu acquérir durant ce travail, notamment sur les CSP.

Depuis la finalisation de nos articles, nous avons recontacté les établissements dans lesquels les professionnels médico-sociaux ont été sollicités pour leur faire part de nos résultats. Nous leur avons proposé une date permettant de mettre en place une formation théorique au CRIAVS de Lorraine concernant le DPSA de l'enfant et ainsi leur apporter les informations nécessaires au bon diagnostic de CSP. Après leur avoir exposé les différentes définitions et les différents stades de développement des enfants, il nous paraît important de leur expliquer les multiples facteurs de risque de développer des CSP et l'évolution de ceux-ci lorsqu'ils sont ajustés à une thérapeutique adaptée. Nous pourrions leur proposer également, des formations incluant différentes situations cliniques à commenter et analyser dans le cadre d'une table ronde. Cependant, du fait des conditions sanitaires dues à la Covid-19, la réunion n'a pu être maintenue.

Par ailleurs, nous aimerions proposer aux professionnels de l'enfance des outils facilitant l'abord des CSP avec les enfants concernés (via le jeu, les livres, le dessin) et les sensibiliser à la nécessité d'une approche pluridisciplinaire associant le milieu familial, le milieu éducatif et la psychiatrie.

D'autres informations/formations pourraient être intéressantes à dispenser aux professionnels telles qu'une initiation à l'utilisation de l'outil CSBI-III (5)(17). Cet outil cherche à mesurer la fréquence de 38 comportements sexuels sains ou problématiques chez des enfants âgés de 2 à 12 ans. Le CSBI-III comporte trois échelles : *le CSBI Total Score* (CSBI Total), somme des réponses aux 38 items, *le Developmentally Related Sexual Behaviors* (DRSB), correspondant aux items retrouvés chez plus de 20 % des enfants donc considérés comme adaptés au développement, et *le Sexual Abuse Specific Items* (SASI), regroupant les comportements observés chez les enfants victimes d'agression sexuelle. Les items sont répartis en neuf sous-échelles (*Annexe 4*). Le CSBI-III n'est pas un outil diagnostique mais un score élevé au CSBI Total Score indique une fréquence élevée de comportements sexuels au cours des six derniers mois. Un score de 65 et plus est considéré comme « cliniquement significatif donc problématique », entre 60 et 64 il indique « des difficultés et des problèmes de comportement pouvant être significatifs », enfin, un score de 59 et moins est considéré comme « non cliniquement significatif ». Le but serait de pouvoir analyser si les comportements sont dits « normaux » ou « problématiques »

Sur le plan national, nous notons une insuffisance de l'offre de soin pour les mineurs auteurs de violences sexuelles. Une réflexion sur l'identification des structures permettant la prise en charge des cas de CSP les plus complexes pourrait être entamée en veillant à l'éviction d'une stigmatisation ou d'un isolement.

Enfin, la prévalence et l'incidence des CSP restent méconnues, l'élaboration d'études d'ampleur plus importante est donc capitale.

Pour terminer, concernant la sexualité en établissement de soins, notamment dans les instituts médico-sociaux, il apparaît que les relations sexuelles sont bien souvent interdites

tout en ignorant juridiquement ce qui est préconisé dans leur établissement. Pourtant, il y a lieu d'appliquer les principes généraux qui encadrent en France toute sexualité : le consentement et le respect de l'ordre public. En tout état de cause, une interdiction générale et absolue de la sexualité en institution ne saurait qu'être éminemment suspecte du point de vue de sa légalité, ainsi que les tribunaux ont déjà eu l'occasion de le juger (28).

De manière générale, il devrait être proposé à tout intervenant prenant en charge des enfants en institutions des formations concernant la réglementation juridique vis à vis de la sexualité en institution au moment de leur prise de fonctions.

Pour conclure, nos recherches réalisées pour la réalisation de cette thèse, nous ont permis de répondre à certains de nos questionnements, même si à ces premiers questionnements d'autres succèdent.

Ce qui est véritable, c'est combien ce travail nous aura enrichi et donné l'envie de poursuivre nos efforts afin d'améliorer sans cesse notre jugement clinique. Nous avons pris conscience qu'il était primordial de se questionner sur nos pratiques, sur nos jugements et sur nos capacités à aider nos patients. Nous espérons pouvoir le faire tout au long de notre carrière naissante.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pizzol D, Bertoldo A, Foresta C. Adolescents and web porn: a new era of sexuality. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 1 mai 2016;28(2):169-73.
2. O’Keeffe GS, Clarke-Pearson K, Council on Communications and Media. The Impact of Social Media on Children, Adolescents, and Families. *PEDIATRICS*. 1 avr 2011;127(4):800-4.
3. Teicher JD. The child’s sexual life; a consideration of clinical implications. *Calif Med*. mai 1957;86(5):321-4.
4. Rutter M. NORMAL PSYCHOSEXUAL DEVELOPMENT. *J Child Psychol & Psychiat*. oct 1970;11(4):259-83.
5. Freidrich WN, Grambsch P, Broughton D, Kuiper J, Beilke RL. Normative Sexual Behavior in Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. mars 1992;31(2):203.
6. Araji S, éditeur. *Sexually aggressive children: coming to understand them*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1997. 246 p.
7. St-Amand A. Comprendre les enfants aux comportements sexuels problématiques et intervenir auprès d’eux: Bilan des connaissances. 2001;57.
8. Mesman GR, Harper SL, Edge NA, Brandt TW, Pemberton JL. Problematic Sexual Behavior in Children. *Journal of Pediatric Health Care*. mai 2019;33(3):323-31.
9. St-Amand A, Villeneuve M-P, Vaillancourt A. Les comportements sexuels problématiques chez les enfants : pistes de réflexion pour une pratique en émergence. *Service social*. 6 juin 2017;63(1):55-72.
10. Boisvert I, Tourigny M, Lanctôt N, Lemieux S. Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés. *Revue de psychoéducation*. 17 mars 2017;45(1):173-207.
11. Lepage J. Comportements sexuels problématiques d’enfants pris en charge par les Centres jeunesse: facteurs associés. [Ottawa]: Library and Archives Canada = Bibliothèque et Archives Canada; 2009.
12. Chaffin M, Berliner L, Block R, Johnson TC, Friedrich WN, Louis DG, et al. Report of the ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems. *Child Maltreat*. mai 2008;13(2):199-218.
13. Friedrich WN. Sexual victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. *Child Abuse & Neglect*. janv 1993;17(1):59-66.
14. Chromy S. Sexually Abused Children Who Exhibit Sexual Behavior Problems: Victimization Characteristics. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. févr 2007;7(1):25-33.

15. Friedrich WN, Gully KJ, Trane ST. Re: It is a mistake to conclude that sexual abuse and sexualized behavior are not related: a reply to Drach, Wientzen, and Ricci (2001). *Child Abuse & Neglect*. avr 2005;29(4):297-302.
16. Johnson TC. Female child perpetrators: Children who molest other children. *Child Abuse & Neglect*. janv 1989;13(4):571-85.
17. Friedrich WN, Fisher JL, Dittner CA, Acton R, Berliner L, Butler J, et al. Child Sexual Behavior Inventory: Normative, Psychiatric, and Sexual Abuse Comparisons. *Child Maltreat*. févr 2001;6(1):37-49.
18. Friedrich WN, Davies WH, Feher E, Wright J. Sexual Behavior Problems in Preteen Children: Developmental, Ecological, and Behavioral Correlates. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 24 janv 2006;989(1):95-104.
19. La N. Genetic and Environmental Influences on Problematic Masturbatory Behavior in Children: A Study of Same-Sex Twins. *Archives of Sexual Behavior*. 2002;8.
20. Garo M, Pieuchot C, Pressard F. Les manifestations de la sexualité dans les établissements spécialisés: Troisième partie : Et dans les établissements ? VST - Vie sociale et traitements. 2012;116(4):120.
21. Bernard A. « *On a oublié de parler de quelque chose* » : les agirs sexuels d'enfants comme psychopathologie de la vie quotidienne des institutions. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 2018;71(2):127.
22. Gagnon MM, Tremblay C, Bégin H. Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : évolution comportementale, affective et sociale. *Santé mentale au Québec*. 25 janv 2006;30(2):257-79.
23. Pithers WD, Gray A, Busconi A, Houchens P. Caregivers of children with sexual behavior problems: Psychological and familial functioning. *Child Abuse & Neglect*. févr 1998;22(2):129-41.
24. Ryan G. Childhood sexuality: a decade of study. Part I—research and curriculum development. *Child Abuse & Neglect*. janv 2000;24(1):33-48.
25. Ryan G. Childhood sexuality: a decade of study. Part II—dissemination and future directions. *Child Abuse & Neglect*. janv 2000;24(1):49-61.
26. Silovsky JF, Niec L, Bard D, Hecht DB. Treatment for Preschool Children With Interpersonal Sexual Behavior Problems: A Pilot Study. :15.
27. Allen B. Children with Sexual Behavior Problems: Clinical Characteristics and Relationship to Child Maltreatment. *Child Psychiatry & Human Development*. avr 2017;48(2):189-99.
28. Vernet A, Hénin M, Alexandre C, Agboli K, Godet T, Fauville B, et al. Les relations sexuelles en service de psychiatrie. *L'information psychiatrique*. 2014;90(7):525.



## ANNEXES

- **Annexe 1 : Stades du DPSA de l'enfant**

Ce développement débute dès la naissance.

### **Le stade oral**

Le stade oral s'étend sur au moins la première année de vie de l'enfant. La zone de faveur, ou zone érogène, à ce stade est la zone bucco-labiale. Entrent en compte également les voies aéro-digestives voire l'estomac, ainsi que le toucher et la vision. La bouche est une zone de plaisir particulière qui est activée dès la naissance et même in-utéro (les bébés sucent déjà leur pouce dans le ventre de la mère). La zone bucco-labiale est privilégiée car c'est la partie de corps par laquelle le nourrisson entre en contact avec l'extérieur, permettant trois choses :

- L'apaisement d'un besoin alimentaire : l'enfant passe d'une situation d'inconfort générée par le besoin d'être nourri à un état de satiété
- Une expérience de plaisir : l'état de satiété induit un apaisement et une sensation positive de bien-être
- La relation à l'autre, maternel d'abord, puis à d'autres objets.

L'enfant découvre le monde d'abord par la bouche.

Dès leur plus jeune âge, on retrouve chez les enfants des manifestations du développement psychosexuel telles que des sucions de ses doigts, de ses orteils et des érections. L'exploration sexuelle se traduit par le toucher des parties de son corps, dont ses organes génitaux. Pour un nourrisson, le fait de se frotter ou de se toucher représente une activité agréable de courte durée, au même titre que toutes les autres activités d'exploration et de découverte. Les contacts physiques sont réconfortants et leur procurent du plaisir.

Par la suite, la morsure va se substituer à la succion. L'enfant ne tète plus, il mordille. Cette phase marque une transition nette vers le deuxième stade : le stade anal.

### **Le stade anal**

Le stade anal s'étend des 18 mois jusqu'à la troisième année de vie.

La zone érogène correspondante est la marge anale. Ce stade se caractérise par une focalisation de l'enfant sur la région rectale et la fonction d'excrétion. C'est le stade de l'accession à la propreté, ainsi qu'au langage. L'enfant découvre qu'il peut volontairement retenir et expulser ses fèces. Mais au-delà du simple contrôle sphinctérien, l'acquisition de propreté est un enjeu relationnel. A cet âge, l'enfant teste les adultes et veut exercer son pouvoir. Ses refus d'obéir sont une forme de rétention qui lui procure du plaisir. Il sait qu'il a le choix entre expulser les selles et ainsi satisfaire ses parents (comme s'il faisait un cadeau) ; ou bien les retenir pour montrer qu'il peut décider. Il découvre le pouvoir de maîtriser ses satisfactions. Tout ceci pose le bébé comme un moi capable d'agir.

A ce stade, ses comportements sexuels deviennent plus intentionnels. Certains enfants se touchent les parties génitales pour se bercer ou se concentrer sur les histoires qui leur sont racontées. De plus, avec l'apparition du langage, l'enfant prend plaisir à nommer les parties de son corps.

### **Le stade phallique**

Il se situe entre les âges de trois et six ans. A ce stade, les pulsions s'organisent autour du phallus, sans que l'on puisse pour autant parler d'une véritable génitalisation de la libido car le phallus n'est pas encore investi de plaisir et de satisfaction sexuelle. La zone érogène est alors génitale et urétrale. Le seul organe génital reconnu est le « masculin ». Ce stade serait marqué par le complexe d'Œdipe.

A partir de 3 ans l'enfant acquiert la notion d'identité sexuelle. Il commence alors à comprendre qu'il est une fille ou un garçon. L'enfant est curieux à propos du nom des parties génitales. En réponse à cette curiosité et à ces questionnements, on constate chez les deux sexes, des comportements d'exhibitionnisme et de ainsi que certains gestes sexuels exploratoires, comme toucher leurs parties intimes. L'enfant aime se mettre nu, se montrer nu ou refuser même de se vêtir. Il peut explorer les différents orifices de son corps en y insérant des objets.

Entre 3 et 6 ans, on remarque que les enfants deviennent familiers avec leur propre corps et curieux quant à celui des autres enfants et adultes, plus particulièrement en ce qui a trait à leurs parties génitales. Il est possible que les enfants testent les limites sociales ou familiales en utilisant des expressions reliées à la sexualité pour rire (ex. j'ai vu ton pipi en désignant un pénis, tu es un gros caca ou ma mère a de gros « tétons »).

C'est dans cette tranche d'âge que nous commençons à observer des jeux de nature sexuelle, tels que jouer « au papa et à la maman » ou jouer « au docteur ». L'exploration sexuelle n'est plus solitaire et les jeux sexuels sont fréquents. On peut toujours observer des comportements d'exhibitionnisme, de voyeurisme. Les enfants des deux sexes s'embrassent, se touchent et donnent des baisers à des adultes et à des enfants qu'ils connaissent peu ou pas.

De tous les comportements sexuels observés chez les enfants durant cette période, les comportements solitaires et d'autostimulation sont les plus fréquents. L'autostimulation fait partie des découvertes qu'un enfant fait et qui lui permet d'explorer son corps.

Avec le temps, les enfants deviennent conscients des normes et règles sociales et comprennent que certains comportements sont admissibles et d'autres ne le sont pas. Ils commencent à développer leur modestie et expriment leur désir d'intimité, ce que les parents devraient encourager.

## **Le complexe d'Œdipe**

C'est durant le stade phallique que se déploie le complexe d'Œdipe. Un complexe est un ensemble de conflits intrapsychiques organisateurs. L'idée centrale de cette hypothèse est que le jeune garçon éprouverait des sentiments tendres à l'égard de sa mère et agressifs à l'encontre de son père.

Au niveau des comportements sexualisés on remarque que l'enfant recherche les contacts physiques avec son parent de sexe opposé parce que cela lui procure du plaisir. La petite fille va embrasser son papa sur la bouche, se frotter à lui. Le petit garçon va toucher les seins de sa maman ou s'exhiber tout nu dans le salon.

Le complexe d'Œdipe correspond à la phase du développement psychique qui nous apprend à canaliser nos pulsions, à renoncer aux désirs impossibles, en intégrant l'interdit de l'inceste.

## **La période de latence**

La période de latence se situe de la fin de l'Œdipe jusqu'à la puberté, entre 6 et 12 ans environ. Comprise entre la petite enfance et l'adolescence, c'est une période de ralentissement psychoaffectif. Les manifestations sexuelles sont mises en veilleuse. L'intérêt sexuel des enfants s'apaise et laisse place aux activités sociales et intellectuelles. Cela ne signifie pas une latence sexuelle mais simplement que la sexualité s'exprime différemment.

L'enfant peut commencer à aborder avec ses parents des thèmes plus sérieux sur la sexualité. Il porte attention aux différences physiques et demande plus de détails et de précisions sur la reproduction humaine, sur le fonctionnement de son corps et sur la puberté. On commence également à assister aux comportements sexuels interpersonnels et à l'utilisation de mots ou d'expressions vulgaires pour qualifier les organes génitaux ou les activités sexuelles. Même s'ils sont observés à une fréquence moins élevée qu'avant l'âge de 6 ans, les comportements

d'autostimulation, de voyeurisme, d'exhibitionnisme et de touchers sont toujours présents et apparaissent en contexte de jeu.

### **La puberté et l'adolescence**

Entre 10 et 11 ans chez les filles et 11 et 12 ans chez les garçons.

Cette phase désigne la transition de l'enfance à l'adulte, avec la mise en place du caractère fonctionnel des organes de la reproduction. Les changements physiques, comme la maturation des organes sexuels, la poussée de croissance, l'apparition des caractères sexuels secondaires, la pilosité, la mue de la voix, etc., sont des éléments importants de cette phase.

C'est aussi durant cette période que les garçons et les filles, mais plus particulièrement les garçons, vont commencer à se masturber pour le plaisir d'atteindre l'orgasme. Bien qu'un faible nombre d'adolescents ont des relations sexuelles, la plupart vont seulement explorer la sexualité et découvrir ce qu'est une relation entre deux personnes (ex. tenir la main de leur partenaire, les embrasser et les caresser)

Ainsi, aux différents âges de l'enfant, des comportements dits sexualisés vont émerger tout au long de ce processus développemental. Ces comportements sexuels sont considérés comme sains lorsqu'ils s'intègrent de manière adaptée au développement psycho affectif et sexuel de l'enfant. L'exploration sexuelle naturelle et saine durant l'enfance est un processus de recherche d'informations où les enfants explorent leur propre corps ainsi que celui des autres en regardant et en touchant, cela étant motivé par de la curiosité. Cette exploration se fait sans peur, ni culpabilité, ni anxiété, sur une base volontaire, entre enfants de même âge et de même niveau développemental.

- **Annexe 2 : Auto-questionnaire utilisé dans le cadre de notre étude**

« Bonjour,

Nous sommes 2 internes en 5ème semestre de psychiatrie à Nancy. Dans le cadre de notre thèse d'exercice pour obtenir le diplôme de Docteur en médecine, nous aurions besoin de vos réponses concernant le développement sexuel et affectif et les comportements sexuels problématiques des enfants pris en charge dans les structures dans lesquelles vous exercez.

Il s'agit de la première étude sur les comportements sexuels problématiques des enfants en France, le but étant de s'inspirer des études déjà menées au Canada et de proposer par la suite des hypothèses de travail pour vous aider au mieux à gérer ces types de problématiques.

Pour cela, nous vous invitons à répondre au questionnaire ci-joint, qui a pour vocation à être diffusé à l'ensemble des personnes travaillant dans les structures médico-sociales de Meurthe et Moselle. Il se compose d'une première partie dans laquelle nous recensons vos connaissances et une deuxième partie qui s'intéresse à votre pratique professionnelle.

Ce questionnaire est anonyme et ne prendra que quelques minutes à remplir. Il ne sera pas possible de revenir à vos réponses précédentes.

Merci d'avance pour votre participation.

Pour toute remarque, n'hésitez pas à nous contacter par mail, à l'adresse suivante : [thesecsp@gmail.com](mailto:thesecsp@gmail.com) »

### **Généralités**

1) Êtes-vous ?

- Un homme
- Une femme

2) Quelle est votre profession ?

.....

3) Quel est le nombre d'années d'expérience dans votre domaine ?

.....

4) Dans quel type de structure travaillez-vous ?

- SESSAD
- IME
- ITEP
- CMPP/CMP
- CAMSP
- Activité libérale
- Unité d'hospitalisation
- PMI
- Centre Maternel Mère-Enfants
- Pouponnière
- UP/UAO/UAA
- MECS
- Centre de Placement Familial
- Service AEMO
- Autre, précisez :.....

5) Combien de mineurs sont pris en charge dans votre structure ?

- 0-10
- 10-20
- 20-30
- 30-40
- 40-50
- Plus de 50

6) Quelle est la tranche d'âge du public avec lequel vous travaillez ? (ex : 0-6 ans)

.....

**Votre point de vue sur le développement psychosexuel et affectif**

7) Selon vous, à quelle tranche d'âge doit-on démarrer l'accompagnement à la vie affective et sexuelle ?

- 0-3 ans
- 3-6 ans
- 6-9 ans
- 9-12 ans
- 12-15 ans
- 15 ans et plus

8) Précisez si ces comportements sexuels sont adaptés ou problématiques. Par soucis d'ordre pratique vis à vis de la construction de cette question, la proposition "." ne correspond à aucune réponse et il ne faut pas la cocher et ne pas en tenir compte. Une seule réponse par affirmation.

	Fait partie du développement sexuel et affectif	Est problématique	.
A l'âge de 9 mois avoir une érection au moment du change			
A l'âge de 3 ans, introduire son doigt dans l'orifice sexuel d'un autre enfant			
A l'âge de 2 ans, poser sa tête sur les parties génitales d'un adulte			
A l'âge de 3 ans, essayer de voir ses parents nus			
A l'âge de 4 ans, pratiquer des jeux sexuels tels que « le Docteur » ou « papa-maman » avec exploration du corps de l'autre ou des parties intimes			
A l'âge de 5 ans s'exhiber devant les autres			
A l'âge de 7 ans, se masturber plusieurs fois par jour			
A l'âge de 8 ans, tenir des propos sexuels crus			
A l'âge de 10 ans, se questionner sur son orientation sexuelle			



A l'âge de 12 ans, caresser les parties sexuelles d'un animal			
A l'âge de 14 ans, avoir déjà eu une expérience homosexuelle			

9) Selon vous, quelle tranche d'âge est concernée par les comportements sexuels problématiques ?

- 0-6 ans
- 6-12 ans
- 0-12 ans
- 3-15 ans
- 0-15 ans
- 6-18 ans
- 0-18 ans
- 18-24 ans
- 24 ans et plus

10) Selon vous, les comportements sexuels problématiques (plusieurs réponses possibles) :

- Peuvent apparaître à l'âge adulte
- Ne concernent que les garçons
- Ne concernent que les filles
- Sont synonymes d'agressions sexuelles
- Doivent être évoqués avec les enfants concernés
- Apparaissent dans un contexte où l'exposition à la sexualité est excessive
- Ne sont néfastes que lorsqu'ils sont initiés sur les autres

11) Selon vous, les enfants qui présentent des comportements sexuels problématiques sont des enfants qui (plusieurs réponses possibles)

- Ont été victimes de violences sexuelles
- Ont davantage de connaissance sur la sexualité que les enfants de leur âge

- Sont issus d'un milieu social défavorisé
- Ont plus de risque de devenir auteur de violence sexuelle
- Ont toujours un trouble psychiatrique à l'origine de ces comportements
- Doivent être mis à l'écart du groupe de pairs

Jusqu'ici, les questions identifiaient vos connaissances sur le développement sexuel et affectif et les comportements sexuels problématiques des enfants. Nous allons vous donner la définition des comportements sexuels problématiques, les questions qui s'en suivront seront basées sur cette définition dans votre pratique.

Définition comportements sexuels problématiques : Des comportements impliquant des parties sexuelles du corps, initiés par des enfants de 0 à 12 ans et qui sont inappropriés d'un point de vue développemental ou qui sont potentiellement néfastes pour l'enfant lui-même ou les autres. Ces comportements sont motivés par la curiosité, l'anxiété, l'imitation, la recherche d'attention, l'apaisement de soi, etc. Les comportements sexuels problématiques se produisent régulièrement, ne sont pas mutuels et sont coercitifs lorsqu'ils impliquent d'autres enfants, le comportement lui-même peut provoquer une détresse émotionnelle

### **Dans votre pratique**

12) Sur une année, à combien de mineur(s) présentant des comportements sexuels problématiques êtes-vous confronté ?

- Aucun
- 1-4
- 5-9
- 10-14
- 15-20
- 20 et plus

13) Quels comportements sexuels problématiques présentaient ce(s) mineur(s) ? (Plusieurs réponses possibles)

- Masturbation excessive
- Masturbation en public
- Caresses sexuelles sur des personnes

- Caresse sexuelle sur des animaux
- Pratique sexuelle incluant des objets
- Agression sexuelle sur un membre de la famille
- Agression sexuelle sur une personne extérieure à la famille
- Exhibition au-delà de 5 ans
- Voyeurisme au-delà de 5 ans
- Demande sexuelle envers un adulte
- Demande sexuelle envers un enfant
- Propos sexuels crus répétés malgré un rappel éducatif
- Autre, précisez :.....

14) Quel(s) trouble(s) psychiatrique(s) présentaient les mineurs aux comportements sexuels problématiques ? (Plusieurs réponses possibles)

- Anxiété, angoisse
- Trouble de l'attachement
- Dépression
- Troubles du comportement (agitation, agressivité, bizarrerie)
- Comportements ritualisés
- Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Trouble du spectre autistique
- Carence affective/éducative
- Déficience intellectuelle
- Victime de violences physiques/sexuelles
- Aucun
- Autre, précisez :.....

15) En réponse à ces comportements sexuels problématiques, l'équipe a-t-elle effectuée des prises en charge spécifiques ?

- Oui
- Non

16) Si oui, quelles mesures spécifiques ont été prises vis à vis du (des) enfant(s) présentant des comportements sexuels problématiques ? (Plusieurs réponses possibles)

- Rencontre avec les parents
- Rappel sur un plan éducatif des règles de vie en collectivité
- Interroger l'intéressé sur ses connaissances de la sexualité

- Proposer un accompagnement psychologique/psychoéducatif
- Procéder à un signalement judiciaire
- Procéder à un signalement au directeur de l'établissement
- En parler en équipe ou avec les partenaires sociaux et éducatifs
- Orientation du (des) mineur(s) vers un autre professionnel
- Sanctions, précisez : .....

17) Vous êtes-vous trouvé en difficulté pour gérer ce type de problématique ?

- Oui
- Non

18) Si oui, précisez quelle(s) difficulté(s) avez-vous rencontré ?

.....

.....

.....

19) Selon vous, qui devrait prendre en charge un enfant avec des comportements sexuels problématiques ? (Plusieurs réponses possibles)

- Les parents
- Le milieu éducatif
- L'éducation nationale
- Le médecin traitant
- La justice
- La psychiatrie
- Autre, précisez : .....

20) Selon vous, les comportements sexuels problématiques des mineurs devenus adultes majorent le risque de/d' (plusieurs réponses possibles) :

- Troubles psychiatriques
- Être auteur de violence sexuelle
- Être victime de violence sexuelle
- Suicide
- Dépendance
- Troubles de l'orientation sexuelle
- Comportements de délinquance
- Échec scolaire
- Isolement social

- Sexualité problématique à l'âge adulte

### **La sexualité dans votre établissement**

21) Cochez la case qui correspond le plus à votre situation « Lorsque je me trouve face à un enfant qui a des comportements de nature sexualisée » :

- Je la gère sereinement : cela fait partie de ma mission d'intervention et je m'appuie sur les procédures qui existent
- Je la gère sereinement : cela fait partie de ma mission d'intervention mais j'ai l'impression d'agir en fonction de mes seules valeurs personnelles
- J'ai l'impression de la gérer dans une forme d'urgence, d'être un peu livré(e) à moi-même
- Je ressens une forme de culpabilité : ce genre de situation est le signe que j'ai peut-être mal fait mon travail
- Je préfère ne pas intervenir : je ne suis pas là pour m'occuper de la sexualité des personnes accueillies

22) La question de la sexualité est-elle abordée dans le règlement intérieur de votre structure ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

23) Les relations sexuelles dans votre établissement sont

- Autorisées
- Tolérées
- Interdites

24) A partir de quel âge les relations sexuelles sont-elles autorisées/tolérées dans votre structure ?

- 0-3 ans
- 4-7 ans

- 8-11 ans
- 12-15 ans
- 16-18 ans
- A partir de 18 ans

25) Avez-vous déjà été sensibilisé à la question des comportements sexuels problématiques ?

- Oui
- Non

26) Si oui, par quel(s) biais avez-vous obtenu des informations ? (Plusieurs réponses possibles)

- Formation initiale
- Formation continue
- Recherches personnelles
- Recours cliniques sur une ou plusieurs situation(s)
- Autre, précisez : .....

27) Quel organisme vous a formé ?

.....

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire !

- **Annexe 3 : Structures/professionnels tirés au sort pour l'étude**

Chaque titre principal représente une grappe, par souci de respecter l'anonymat annoncé aux participants, nous ne faisons pas apparaître le nom des médecins ou des structures.

**S.E.S.S.A.D.**

2 structures tirées au sort

**I.M.E.**

2 structures tirées au sort

**I.T.E.P.**

2 structures tirées au sort

**C.M.P.P.**

2 structures tirées au sort

**C.A.M.S.P.**

2 structures tirées au sort

**C.M.P.**

4 structures tirées au sort

**Pédopsychiatres libéraux**

4 pédopsychiatres tirés au sort

**Établissement d'accueil mère-enfant**

1 établissement tiré au sort

**P.M.I.**

4 antennes de P.M.I tirées au sort

**Pouponnière**

1 pouponnière tirée au sort

### **Foyers de l'enfance**

2 structures tirées au sort

### **Village d'enfants**

1 village d'enfant tiré au sort

### **M.E.C.S.**

2 M.E.C.S. tirées au sort

### **C.P.F.S.E.**

1 structure tirée au sort

### **A.E.M.O.**

3 antennes A.E.M.O. tirées au sort



- **Annexe 4 : Items du CSBI-III**
- Les « problèmes de frontières » (non-respect des distances relationnelles et physiques socialement admises),
- L'exhibitionnisme,
- Les comportements liés à l'identité sexuelle,
- L'autostimulation,
- L'anxiété sexuelle,
- L'intérêt pour la sexualité,
- Les comportements sexuels intrusifs,
- Les connaissances sexuelles,
- Le voyeurisme.

VU

NANCY, le **22 octobre 2020**  
Le Président de Thèse

NANCY, le **22 octobre 2020**  
Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur Bernard KABUTH**

**Professeur Marc BRAUN**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11494C**

NANCY, le **27 octobre 2020**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

## **RÉSUMÉ DE LA THÈSE :**

Aucune étude recensée ne traite des connaissances des professionnels quant aux comportements sexuels problématiques (CSP) des enfants de 0 à 12 ans. Ceci nous a amené à réfléchir sur les notions que peuvent avoir les professionnels de l'enfance, concernant le développement psychosexuel et affectif et les représentations qu'ils se font des CSP. Nous avons proposé une étude observationnelle transversale, descriptive et comparative via un questionnaire anonyme, distribué aux professionnels médico-sociaux en Meurthe et Moselle, (France) prenant en charge les enfants âgés de 0 à 12 ans, qui nous a permis de rédiger et de soumettre deux articles : « *Sexual behaviour problems: Current state of knowledge and representations by medico-social professionals in France* » et « *Child sexuality and care of sexual behaviour problems in the medical and social institutions of Meurthe-et-Moselle* ». Les résultats montrent que 73,1 % des répondants ne connaissent pas l'âge auquel le développement psychosexuel et affectif de l'enfant débute ; 95,7% ne connaissent pas les limites d'âge pour les CSP. Ces professionnels se représentent très souvent les enfants présentant des CSP comme des « enfants ayant été abusés » (81,72% des répondants) et/ou qui « deviendront enfants auteurs de violence sexuelle » (70,87% des répondants). La majorité des répondants considère qu'une prise en charge des CSP se veut idéalement multisectorielle, associant le milieu éducatif, parental et psychiatrique. Parmi les répondants, 46,25% ignorent si la question de la sexualité est abordée dans le règlement intérieur de leur structure. Malgré cela, 90,36% de ces répondants estiment que les relations sexuelles y sont interdites. Cette étude a permis de mettre en évidence un sentiment d'incompréhension chez les professionnels de l'enfance vis-à-vis de la sexualité infantile. Il paraît donc primordial de proposer des formations plus systématiques et adaptées aux professionnels qui s'occupent de mineurs. Par la suite, une approche pratique pluri professionnelle concernant les enfants présentant des CSP pourrait être enseignée. Cette approche pourrait comprendre : l'implication active et directe des soignants (actuels et futurs), associée à la participation des familles/tuteurs et l'inclusion de la psychoéducation et de la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) pour la gestion directe du comportement sexuel. En ce qui concerne les règles au sujet de la sexualité infantile en institution, il s'avère qu'elles ne sont guère connues pour la plupart des professionnels. Il apparaît donc nécessaire de faire un point sur les bonnes pratiques des intervenants concernant la sexualité au sein des structures.

## **TITRE EN ANGLAIS :**

Sexual behaviour problems: A subject still unknown to child professionals

## **THÈSE :**

MEDECINE SPECIALITÉ PSYCHIATRIE ANNEE 2020

## **MOTS CLEFS :**

Comportements sexuels problématiques, développement psychosexuel et affectif, enfance, institutions, médico-social

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex