



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

*De la curiosité à l'agression :
le comportement sexuel et ses troubles chez l'enfant et l'adolescent.*

**Présentée et soutenue publiquement le 24 juin à 14h
au Pôle Recherche**

Par Audrey TANGUY-STIEVENARD

Jury

Président : Monsieur le Professeur Pierre DELION
Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS
Monsieur le Docteur Renaud JARDRI
Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Gérard GOBERT

INTRODUCTION	3
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES	5
REVUE DE LITTERATURE	6
DEVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL	7
A. PETITE HISTOIRE DE LA SEXUALITE INFANTILE	7
B. ASPECTS ORGANIQUES	10
1) Génétiques.....	10
2) Neuro-anatomiques et neurobiologiques.....	11
3) Endocrinologiques	12
C. THEORIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE ET THEORIE DE L'APPRENTISSAGE SOCIAL	14
D. THEORIES SOCIOLOGIQUES	16
E. THEORIE PSYCHANALYTIQUE.....	18
1) Le stade oral.....	20
2) Le stade anal.....	21
3) Le stade urétral ou phallique	22
4) Le complexe d'Œdipe	23
5) La période de latence	25
6) La puberté et l'adolescence.....	25
F. THEORIE DE L'ATTACHEMENT.....	27
CAS CLINIQUE : ADRIEN	30
NORMAL OU PATHOLOGIQUE ?	32
A. ENJEUX.....	32
B. LES ETUDES DEDIEES AUX COMPORTEMENTS SEXUELS DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	35
1) Comportements fréquents	35
a. Chez l'enfant.....	36
b. Chez l'adolescent	42
2) Comportements troublés	44
C. LES OUTILS D'EVALUATION.....	48
D. LES CLASSIFICATIONS	50
CAS CLINIQUES : NICOLAS ET LOIC	53
FACTEURS ETIOLOGIQUES ET ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES	57
A. FACTEURS DE RISQUE ET ETIOPATHOGENIQUES.....	57
1) Facteurs environnementaux	57
2) Maltraitance et antécédents d'abus sexuel	59
3) Sexualité, média et pornographie.....	62
4) Facteurs individuels	65

a. Age et sexe.....	65
b. Comorbidités psychiatriques	67
B. MODELES DE COMPREHENSION THEORIQUES	69
1) Théorie de l’attachement et approche cognitive	69
2) Théorie psychodynamique	73
a. L’enfant	73
i. Une immaturité psychoaffective	73
ii. Angoisses et névroses	74
iii. « Hypersexualisation ».....	74
iv. Actes pervers.....	75
b. La période de latence.....	76
c. L’adolescent.....	77
i. Fonction du passage à l’acte.....	77
ii. Selon le type d’agression	78
iii. Selon la victime.....	79
CAS CLINIQUE : ALEXANDRE	81
JUSTICE ET COMPORTEMENT SEXUEL DE L’ENFANT ET DE L’ADOLESCENT	83
A. LES INFRACTIONS SEXUELLES	84
B. LA JUSTICE DES MINEURS	86
1) Rappels généraux	86
2) La minorité pénale	86
3) Mineurs et infractions sexuelles.....	88
4) Statistiques	89
a. Statistiques des violences sexuelles, mineurs et majeurs confondus.....	89
b. Statistiques de la délinquance sexuelle des mineurs	92
C. PSYCHOCRIMINOLOGIE	97
CONCLUSION.....	104
ANNEXES.....	108
BIBLIOGRAPHIE.....	113

INTRODUCTION

J'ai été frappée pendant mon premier semestre de pédopsychiatrie, et dans les suivants, par la place particulière du comportement sexuel des enfants ou des adolescents accueillis en consultation ou en hospitalisation. Leurs parents formulaient parfois une simple demande de guidance vis-à-vis de « jeux » surpris, d'une masturbation, de connaissances un peu trop « avancées ». Mais, dans la majorité des situations que j'ai été amenée à rencontrer, des comportements sexuels problématiques suscitaient une prise en charge en urgence, dans un contexte de crise majeure, suite à un passage à l'acte sur un autre enfant. La question de faire appel à la justice intervenait systématiquement à un moment ou à un autre, ce d'autant que la suspicion d'un abus sexuel n'était jamais très éloignée.

Et, alors que j'ai pu percevoir la multiplicité des tableaux psychologiques, familiaux et des parcours de ces jeunes, je n'ai pu me départir, à certaines occasions, d'une impression de réduction de la problématique à la symptomatologie sexuelle et de m'interroger sur ce fait.

Quels que soient les conditions de vie, les antécédents psychologiques et l'éventuelle symptomatologie psychiatrique contemporaine, la clinique des comportements sexuels semblait s'imposer aux intervenants soignants et non soignants. Elle estompait les autres signes de souffrance psychique ou apparaissait comme le summum des difficultés, résumé dans un « et, *en plus*, il a des comportements sexualisés ».

Premier motif de consultation ou « cerise sur le gâteau », ces troubles réclamaient une énergie considérable de la part des équipes médico-psychologiques, paramédicales, sociales et judiciaires. Des actes répétés, leurs conséquences judiciaires et traumatiques, mais également le risque infectieux, et de grossesse, associé, justifiaient amplement l'investissement et l'inquiétude des professionnels. Mais, en tant que futur praticien dans le Nord-Pas-de-Calais, tristement victime de préjugés sur la prévalence régionale des violences sexuelles, et en tant qu'interne sur l'intersecteur de pédopsychiatrie ayant vécu de près l'affaire dite « d'Outreau » (affaire qui a laissé des traces sur le plan local et national, au point de parler dans de nombreux domaines d'un « avant » et d'un « après » Outreau), je me suis questionnée sur l'originalité de situations qui mobilisaient si fortement l'environnement et suscitaient des réactions aussi diverses et surtout rarement modérées.

Un début de réponse est apparu devant la quasi inexistence d'études réalisées en France, devant la sensibilité des équipes mais leur faible formation à ce sujet, face à la quotidienneté des difficultés rencontrées et à l'insatisfaction des réponses apportées, puis,

tout simplement devant mon ignorance des aspects normaux ou pathologiques du comportement sexuel durant l'enfance et l'adolescence.

Quatre histoires de patients illustrent ce travail de thèse et ont largement contribué aux questions suivantes : Que connaît-on de la sexualité de l'enfant ? Qu'entend-on par comportement sexuel chez l'enfant ? Que dit la loi ? Qu'est-ce qui pousse un enfant ou un adolescent vers un autre, à la recherche d'une interaction dans le registre de l'intime et du corps ? A quel moment devient-elle problématique ? Les passages à l'acte sexuels présentent-ils des caractéristiques différentes des violences non sexuelles en particulier chez l'adolescent ? Jusqu'à quel point le plaisir sexuel s'y associe-t-il ? Quels sont les facteurs d'apparition des troubles ? Existe-t-il des traits communs aux enfants et adolescents concernés ? Quels sont les processus à l'œuvre et la place de l'agir sexuel dans la dynamique psychique ? Que sait-on de la délinquance sexuelle des adolescents ?

On pressent que derrière ces questions ne se trouvent pas de réponses simples et univoques, ce d'autant que le sujet est sensible à l'heure actuelle, en témoignent les discours politiques et les modifications législatives récents.

Pour tenter d'y répondre, j'ai souhaité exposer dans une première partie les différents modèles théoriques du développement psychosexuel et des processus qui sous-tendent les conduites sexuelles de l'enfant et l'adolescent. Je me suis intéressée dans un second temps à ce que peuvent être les comportements considérés comme classiques et ceux dits « problématiques » ainsi que les critères justifiant une intervention. Dans un troisième chapitre, seront présentées quelques clés de compréhension psychopathologique de ces troubles. Enfin et parce qu'ils constituent une bonne partie des consultations, nous nous pencherons sur les comportements sexuels qui tombent sous le coup de la loi, ainsi que le traitement judiciaire et l'approche psychocriminologique de la violence sexuelle chez les mineurs.

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

ACSBI : Adolescent Clinical Sexual Behavior Inventory

ADN : Acide Désoxyribonucléique

CESDIP: Centre de Recherches sur le Droit et les Institutions Pénales

CFTMEA : Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

CIM 10 : Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision

CRISAVS : Centre de Ressources pour le Suivi des Auteurs de Violence Sexuelle

CSBI : Child Sexual Behavior Inventory

DHEA: Déhydroépioandrostérone

DSM- IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} révision

ESAT: Etablissement et service d'aide par le travail

FSH: Hormone folliculo-stimulante

GnRH: Gonadotropin Releasing hormon

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LH: Hormone lutéinisante

MIO : Modèles Internes Opérants

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

ONU : Organisation des Nations Unies

SNATEM : Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée

TCS : Troubles du Comportement Sexuel

REVUE DE LITTÉRATURE

La recherche bibliographique a été menée dans les bases de données informatiques Medline [Pubmed], Science-Direct et Pascal-Biomed [Cat/Inist]. Elle comprend des articles publiés de 1984 à 2012. Les mots-clés et termes MeSH suivants ont été utilisés :

- Développement psychosexuel
- Comportement sexuel
- Troubles du comportement sexuel
- Abus sexuel
- Sexualité infantile
- Théorie de l'attachement
- Child sexual abuse
- Sexual behavior
- Sex offense
- Child behavior disorder
- Sexual development
- Juvenile sex offender
- Peer offense

Ont été sélectionnés les articles en langue anglaise et française répondant directement aux problématiques de ce travail et présentant un niveau de qualité méthodologique suffisant.

DEVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL

A. PETITE HISTOIRE DE LA SEXUALITE INFANTILE

L'intérêt scientifique porté à l'observation de l'enfant et à son développement psycho-affectif est récent. Au XIX^{ème} siècle, émergent les premières conceptions théoriques de l'enfance. La psychanalyse y contribue largement mais, outre cette dernière, l'anthropologie, la sociologie, la psychologie de manière générale et bien sûr la pédiatrie, s'y penchent également. Les mutations sociologiques de la famille, l'essor de la culture médicale et scientifique et, enfin, plus généralement l'essor des sciences humaines ont constitué un carrefour propice à ce nouveau paradigme (1).

La reconnaissance du particularisme de l'enfant serait apparue après le Moyen-Âge(2). Elle a suscité des préoccupations spécifiques vis-à-vis du bien-être et du devenir de la descendance, vis-à-vis de la pédagogie ou des rapports affectifs au sein de la famille moderne. Les progrès de la médecine, la baisse de la mortalité infantile, la maîtrise des naissances ainsi que la perte de l'organisation collective au profit de l'intimité et du noyau familial ont participé à la concentration de l'attention sur les plus jeunes. Celle-ci a été croissante par la suite, comme en témoigne la déclaration internationale de l'ONU en 1989 avec la volonté de fixer une éthique en faveur de l'enfant (3).

Par ailleurs, la sexualité a tenu, selon les époques, une place plus ou moins manifeste dans la culture et les mœurs des peuples d'Occident. Durant l'antiquité gréco-romaine, l'enfant est avant tout un futur citoyen de la « Res Publica », défini par son immaturité physique. L'enseignement tient une place importante dans son quotidien et peut être institutionnalisé. Sans pour autant parler d'éducation sexuelle, le passage d'un âge à l'autre est l'occasion de cérémonies avec rites sexuels où les symboles phalliques et les rapports intimes avec un enfant plus âgé ou un adulte sont fréquents (1). Ainsi, sexualité, mythologie et culte religieux sont indissociables.

Le Moyen-Age voit l'avènement de la religion chrétienne, catholique et des grandes épidémies, peste, choléra et famines. D'une part les principes édictés par l'Eglise dictent une sexualité au sein du mariage et conduisent à la réprobation de l'acte sexuel qualifié de « fornication » et « acte de péché ». De l'autre, la mortalité infantile est à son acmé. Pour Saint-Augustin et de nombreux auteurs de cette époque, l'enfance est alors idéalisée comme âge d'or de l'innocence, de la candeur et de la pureté(1). Dans ce contexte, la sexualité de

l'enfant n'a pas lieu d'être. Bien que mieux connus à cette période que dans l'antiquité, le statut de l'enfant, sa vie et son développement affectif sont peu rapportés dans les écrits.

A la Renaissance, s'installe une plus grande liberté de mœurs. Un texte de près de 3000 pages relate l'enfance de Louis XIII, au jour le jour. Dans celui-ci, le médecin personnel du Dauphin consigne des observations très précises sur le développement psychique et affectif du futur roi. La curiosité sexuelle et les expériences décrites semblent proches de celles que nous connaissons actuellement, sans toutefois que Jean Hérouard ne s'attache à des interprétations(4).

Par la suite, l'opinion publique et les milieux intellectuels du XIX^{ème} siècle seront partagés entre la conception rousseauiste d'un enfant pur, dont l'ingénuité est à préserver, et l'accès aux sciences, au désir de compréhension du vivant (5).

Les précurseurs de la sexologie sont Krafft-Ebing, psychiatre légiste allemand et Havelock Ellis, médecin anglais. Ils vont briser un des tabous de la société contemporaine, puritaine, en amenant le sexuel dans le champ de la science et en l'accompagnant d'un vocabulaire nouveau et spécifique. Krafft-Ebing (1840-1902) écrit en plusieurs volumes la *Psychopathia Sexualis* (6), la sexualité y est abordée surtout sur le versant médico-légal, il contribuera à l'entrée des troubles sexuels dans les classifications psychiatriques. Havelock Ellis (1859-1939) élaborera les concepts modernes de la sexologie dans *Studies in the psychology of sex* (7) à travers une vision clinique et comportementaliste de la toute récente « psychologie sexuelle ».

Ainsi, Sigmund Freud (1856-1939), médecin, neurologue allemand, fondateur de la psychanalyse, n'est pas en soi « l'inventeur » des termes « narcissisme », « autoérotisme » et « inconscient ». Ces concepts existaient avant Freud, en revanche, il est le premier à les avoir définis au sein d'une théorie dépassant la sexualité purement génitale. L'originalité de ses travaux est d'avoir pu penser autrement que par le prisme de la répression et du moralisme. Il est alors en décalage à cette époque avec, entre autres, l'étude du Docteur Tissot, médecin, auteur d'un répertoire des maladies engendrées par la masturbation et inventeur de machines interdisant toute pratique sexuelle autoérotique. Celle-ci ainsi que le désir sexuel en excès sont à l'époque associés à la dégénérescence et à la folie. Daniel Marcelli, pédopsychiatre, constate qu'« un des grands mérites de Freud est d'avoir pu parler de la sexualité sans honte ni agressivité ni refoulement »(8).

Freud se démarque également des premiers sexologues par la mise en évidence de la dimension relationnelle et psychoaffective du symptôme sexuel. *Les Trois essais sur la*

théorie sexuelle en 1905 seront les fondements de la théorie psychosexuelle et de la pulsionnalité infantile (9). Freud y présente l'appareil psychique organisé autour de l'énergie libidinale, à l'origine du développement psychoaffectif. Il distingue la fonction reproductive et l'aspect symbolique, relationnel, deux composantes censées se rejoindre harmonieusement à l'âge adulte. Dans le vocabulaire psychanalytique, la sexualité ne représente plus seulement les manifestations et activités centrées sur les organes génitaux mais également un ensemble de processus dynamiques, organisateurs de la psyché, de la personnalité et des relations à l'autre.

A l'époque, ces théories font scandale et leur application à l'enfant paraît inacceptable. L'une des critiques faites à la psychanalyse est la reconstruction de vécus sexuels a posteriori et à partir de cures d'adultes, plus rarement d'enfants, névrosés (10). Les résistances sont d'autant plus fortes que Freud estompe ainsi les limites entre normal et pathologique : la « névrose » devient « infantile » et « physiologique ». Il en fait un phénomène universel et pas seulement lié aux états pathologiques. Il va à l'encontre de siècles de conceptions moralistes et angélistes en faisant de l'enfant, un être de désir, à la sexualité « pervers[e] polymorphe ».

Par la suite, les successeurs de Freud n'auront de cesse d'enrichir les fondamentaux sexuels psychanalytiques. D'ailleurs, certains sexologues postfreudiens dénonceront une monopolisation de la sexualité par la psychiatrie et notamment par la psychanalyse(5). Celle-ci sera popularisée par des auteurs comme Françoise Dolto et restera en France le modèle principal de compréhension, favorisé en cela par le faible nombre d'études sur ce sujet.

Aux XX^{ème} et XXI^{ème} siècles, la société est bien différente de celle où ont été conçues les théories freudiennes [11]. La « libération sexuelle » des années 1960-1970 a accentué l'espoir d'une sexualité libre, accessible à tous. Celle-ci se vit désormais en dehors des codes sociaux du mariage, les individus ont le choix de leurs pratiques sexuelles, l'accès à une contraception et à l'IVG pour les femmes. Les enfants, eux aussi, se voient reconnaître un droit à la jouissance. Autre temps, autre mœurs, certains courants de pensée, vont jusqu'à approuver l'initiation des enfants à la sexualité et le libre choix des partenaires parmi les pairs ou même les adultes. La prise de conscience des risques d'infections sexuellement transmissibles et les scandales de pédophilie mettront un frein à cette révolution culturelle.

Paradoxalement, jamais les parents n'ont été aussi préoccupés par le bien-être et le désir de préserver une sexualité apaisée, non traumatique chez leur fils ou leur fille tout en méconnaissant sa mise en place. Ils hésitent bien souvent entre des sur-réactions de banalisation ou de dramatisation des scènes de la vie sexuelle de l'enfant.

Enfin, la médiatisation de scandales sexuels à tous niveaux de la société est devenue habituelle. La région Nord-Pas-de-Calais et la Belgique n'en ont pas été épargnées. La judiciarisation des affaires sexuelles est croissante et la reconnaissance des préjudices occasionnés par les agressions sexuelles est une avancée majeure. La pédophilie est heureusement reconnue et lourdement condamnée, mais une certaine obsession des déviances et la recherche d'une normativité sociale en matière de sexualité amènent parfois à des excès inverses.

En dehors de ses aspects « techniques », biologiques, la sexualité semble rester un tabou dans le monde occidental. Certains viennent alors, pour de multiples raisons, à remettre en cause la pérennité de cette « libération sexuelle ».

Ainsi, nous présentons dans ce chapitre, les multiples facettes du développement psychosexuel de l'enfant et de l'adolescent ainsi que les processus sous-tendant les comportements qui y sont attachés, à partir des approches biologique, neurologique, cognitivo-comportementale, sociologique et bien sûr psychanalytique.

B. ASPECTS ORGANIQUES

1) Génétiques

Les généticiens se sont depuis longtemps intéressés au développement sexuel humain. Situés sur les chromosomes autosomiques et gonosomiques, les gènes intervenant dans l'embryogénèse et la différenciation gonadique sont relativement bien connus. Ils codent entre autres pour les hormones stéroïdes, les œstrogènes, la testostérone et ses métabolites, déterminant également les caractères sexuels primaires et secondaires du phénotype anatomomorphologique masculin ou féminin.

En revanche, l'origine génétique du développement psychique et comportemental sexuel est beaucoup plus complexe à mettre en évidence (11). Des chercheurs se penchent sur les polymorphismes et phénomènes épigénétiques, comme la méthylation de l'ADN, des gènes des neurotransmetteurs (dopamine, sérotonine), ou des gènes de l'ocytocine ou de la vasopressine, participant aux systèmes neurologiques de récompense. Ils pourraient être corrélés aux types d'interactions sexuelles établies, au choix du partenaire ainsi qu'à la différenciation sexuée des jeux d'enfants (12).

Cependant, un grand nombre d'études étant réalisé chez l'animal, la généralisation des résultats à l'homme est donc incertaine. Le déterminisme génétique de ces phénomènes serait, de plus, tout à fait relatif au regard de la pression hormonale, environnementale sur leur expression et ce dès les stades pré et postnataux (13).

2) Neuro-anatomiques et neurobiologiques

Durant l'enfance et l'adolescence, il existe une dissociation de la maturation neurologique fonctionnelle et anatomique. En effet, tandis que l'évolution fonctionnelle et la structure neuronale se complexifient, les régions cérébrales suivent une trajectoire volumétrique en U inversé. Le volume de la substance grise est croissant de la naissance jusqu'à l'âge de 10 à 16 ans selon les structures et le sexe du sujet (lobe frontal jusqu'à 11 ans chez la fille, 12 ans chez le garçon, lobe temporal jusqu'à 16,7 ans et 16,2 ans respectivement). Puis, une réduction de cette masse est observée jusqu'à une stabilisation chez le jeune adulte. Ce phénomène correspondrait à des modifications en termes de densité et d'épaisseur de la matière avec un accroissement de la synaptogénèse puis à une sélection synaptique et neuronale. L'augmentation du volume de la substance blanche est quant à elle linéaire et ce quelle que soit la région concernée. Elle est due à la croissance du calibre des neurones et une myélinisation progressive dont l'extension se fait préférentiellement vers le lobe frontal(14).

Par ailleurs, l'hippocampe et l'amygdale sont particulièrement impliqués dans le dimorphisme sexuel et à la puberté car ils comportent de nombreux récepteurs hormonaux aux androgènes et œstrogènes. Ils font également partie des systèmes neurologiques du plaisir et de reconnaissance du contenu émotionnel de stimuli sensoriels. L'amygdale est plus développée chez les sujets masculins que chez les sujets féminins contrairement à l'hippocampe. Ainsi, dès la naissance puis avec l'avancée en âge, il existe une différenciation sexuelle de l'anatomie cérébrale(15).

Malgré tout, les liens entre la maturation cérébrale et le développement psychosexuel sont difficiles à établir. L'imagerie fonctionnelle a fait progresser les connaissances mais les cognitions et les conduites sexuelles mettent en jeu une multitude de structures neurologiques non spécifiques. La sexualité est un concept sous lequel sont rassemblés divers processus et comportements, ce qui est de l'ordre du sexuel et ce qui n'en est pas a été déterminé selon des représentations culturelles et ne correspond pas un circuit anatomique distinct.

Ainsi, les phénomènes neurobiologiques, identifiés comme relatifs à la sexualité, ont été attachés par Serge Wunsch, chercheur en neurosciences, à quatre composantes(16) :

- La reproduction : du point de vue neurologique, elle implique des réflexes spécifiques du système nerveux autonome (érection, lubrification), innés et des séquences comportementales, acquises avec la reconnaissance de l'appartenance à une espèce, l'apprentissage dans l'enfance des modalités d'interactions entre individus et partenaires et les « techniques » conduisant au coït.
- Le « comportement érotique » : Il serait spécifique à la sexualité humaine, issu d'apprentissages et d'expériences de plaisir provoqué par la stimulation du système somato-sensoriel au niveau des zones érogènes. Le cortex orbito-frontal et plus particulièrement le septum, situé à la face interne du lobe frontal traitent ces informations liées au plaisir, au renforcement positif et à l'adaptation comportementale. L'ensemble des régions cérébrales traitant les informations olfactives, visuelles, tactiles sont également mises en jeu.
- L' « attachement » : les systèmes neurobiologiques à son origine sont innés : sont concernées les régions cérébrales du système limbique dont l'hippocampe, l'hypothalamus et l'insula, les molécules d'ocytocine et de vasopressine ainsi que dans les processus de renforcement. En revanche, les différentes formes que prend l'attachement (filial, amoureux, gestes,...) seraient acquises.
- Les processus cognitifs : Les capacités de représentation, d'élaboration et de symbolisation dépendent du néocortex. Cette structure, dont la maturation est la plus tardive constitue près de 80% du système nerveux chez l'adulte. Ses fonctions influencent considérablement la sexualité de l'homme.

3) Endocrinologiques

En comparaison avec d'autres mammifères, les phéromones et les hormones ont perdu une partie de leur pouvoir directement inducteur des conduites sexuelles chez les humains. Elles sont également à l'origine de la différenciation sexuelle de certaines structures anatomiques et du déclenchement pubertaire.

Durant la période pré et postnatale immédiate, le nouveau-né est soumis à l'action des stéroïdes sexuels maternels. Ceux-ci permettent une première organisation cérébrale, masculinisée sous l'effet de la testostérone ou féminisée en son absence et rendent certaines régions, notamment l'amygdale et l'hypothalamus capables de répondre à une stimulation ultérieure par ces mêmes hormones (17,18). Le développement sexuel de l'organisme entre par la suite en quiescence, les taux des stéroïdes sexuels sont bas et l'activité est essentiellement liée aux hormones de croissance.

La puberté est marquée par trois évènements(14) :

- La *gonadarche* : Elle correspond à ce que l'on nomme puberté en règle générale. Elle survient entre 8 et 14 ans chez les filles, entre 9 et 15 ans chez les garçons. Elle débute par l'activation de l'axe hypothalamo-pituitaire-gonadique avec la production de GnRH, LH et FSH permettant la maturation gonadique. Testicules et ovaires deviennent alors capables de synthétiser en grande quantité de testostérone et d'œstrogènes.
- L'*adrénarche* : Le système hypothalamo-pituitaire stimule les glandes surrénales et la production de DHEA. Elle contribue à l'acquisition des caractères sexuels secondaires (pilosité axillaire, pubienne, glandes sébacées, croissance des organes génitaux) dont l'évolution chronologique est mesurée par l'échelle de Tanner d'un stade pubertaire 1 à 5. Elle survient vers 8 ans chez la fille et un an plus tard chez le garçon.
- L'activation de l'*axe de croissance* : Elle modifie notamment la taille, la composition corporelle et les traits du visage. La poussée de croissance se situe vers l'âge de 12 ans pour les sujets féminins et 14 ans pour les sujets masculins.

Ces trois évènements ont un effet direct sur le système nerveux central. Ils réactivent une restructuration et une plasticité neuronale à partir de l'organisation initiale fœtale et néonatale.

Les études sur les animaux montrent une facilitation des comportements directement reproductifs via l'hypothalamus ainsi qu'une réorganisation sensorielle et des aires associatives au niveau du cortex visuel. La stimulation de l'amygdale et de l'hippocampe entraîne des changements attentionnels et motivationnels des comportements sexuels. Des modifications des systèmes de récompense, par exemple les voies dopaminergiques du cortex préfrontal ont été également constatées. Ainsi, la survenue de la gonadarche semble participer aux modifications cérébrales évoquées précédemment. Des études mettent en évidence une corrélation entre le taux sanguin des hormones gonadiques, hypophysaires et le volume, la densité de la substance grise et de la substance blanche, suggérant leur impact direct sur les structures (14,18).

Tous ces remaniements neurologiques et hormonaux pourraient influencer directement les comportements sexuels par l'augmentation de l'impulsivité, de la motivation, des perceptions sensorielles et hédoniques mais également indirectement par les réponses cognitives et émotionnelles aux changements physiques et de statut social.

C. THEORIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE ET THEORIE DE L'APPRENTISSAGE SOCIAL

Les conduites sexuelles, même si elles sont sous-tendues par des processus neurobiologiques innés, ont été, dès le début du XXème siècle, pensées également comme des constructions issues d'un apprentissage qui débute dès la naissance.

Les comportementalistes affirment que les comportements sexuels, au même titre que tout autre comportement humain, répondent au conditionnement classique d'Ivan Pavlov : à un stimulus sexuel inconditionné (par exemple les toutes premières expériences sexuelles) peut être associé un stimulus neutre (une situation particulière, un objet, une personne ou parfois la violence) qui devient alors stimulus conditionnel à l'origine d'une réponse stéréotypée d'excitation. Ceci expliquerait l'association, chez l'homme et la femme, de l'excitation sexuelle à des stimuli extrêmement variés, y compris a priori non sexuels, processus d'ailleurs fréquemment employés par les publicitaires pour l'achat de cuisines ou de voitures ! Le conditionnement opérant, d'abord décrit par Burrhus F. Skinner, détermine le maintien ou l'extinction d'un comportement en fonction de ses conséquences. Les expériences sexuelles positives, amenant par exemple un plaisir physique, seront amenées à se répéter. Les conséquences négatives et les punitions n'ont d'effet que lorsqu'elles sont immédiates, intenses et inévitables. Si leur intensité est faible, les effets seront faibles et à courte échéance. A long terme, et même si l'intensité de la punition augmente, il existe une habituation et une incapacité à modifier le comportement. C'est bien souvent le cas de comportements sexuels chez l'enfant ou l'adolescent pour lesquels la gratification physique immédiate est importante alors que l'intervention parentale n'intervient que dans un second temps. Le comportement répréhensible risque de se répéter mais, à long terme, sera systématiquement associé aux affects négatifs associés à la punition, même en son absence. Il est rare que l'effet de cette dernière surpasse les effets positifs du comportement sexuel en lui-même, ainsi la sanction n'a jamais montré d'efficacité en matière de sexualité et entraîne surtout des effets délétères tels qu'une inhibition et des dysfonctions sexuelles. En revanche, récompenser un comportement incompatible avec la conduite qui pose problème a une efficacité supérieure sur l'extinction de celle-ci. C'est le cas, par exemple, de l'incitation d'un enfant à pratiquer la masturbation dans un lieu intime (19).

Cependant, il est difficile d'extraire les comportements sexuels de leur contexte social et des processus cognitifs sous-jacents au regard même de la place des interactions, de

l'observation, des perceptions, des croyances et de leur variabilité interindividuelle dans la sexualité humaine.

Les processus cognitifs (pensées, mémorisation, images mentales, attention, croyances) influencent les émotions et les actes. Ils peuvent être inscrits :

- au niveau de « schémas cognitifs », inconscients, fonctionnant de manière automatique, acquis et résultant de la conjonction d'évènements de vie et du fonctionnement cérébral.

- Au niveau préconscient, là où se situent les « pensées automatiques » ou « dialogue interne ». Reflets des émotions, elles surviennent sans contrôle de l'individu mais sont accessibles si ce dernier se focalise dessus.

- Le niveau des « erreurs logiques » est intermédiaire entre l'inconscient et le préconscient. Elles consistent en une lecture inadéquate de l'environnement et des propres dispositions du sujet par la généralisation, l'« inférence arbitraire », la « maximalisation » (exagération) ou « minimalisation » (amoindrissement). L'émotion est considérée comme une manifestation physique, qui se déclenche au cours d'un évènement et qui est associée à une interprétation cognitive donnée (20).

A tous ces niveaux, peuvent survenir des « distorsions » qui résultent des expériences antérieures de vie. Ces schémas erronés ont pu représenter un mécanisme d'adaptation à un moment de l'histoire de vie. Ils se sont fixés et n'ont pas évolué, amenant des transformations de la réalité et des comportements inadaptés dans un environnement et des circonstances différentes(21). Les cognitions et conduites sexuelles subissent tout au long de la vie ce même traitement où comportements et évènements vont confirmer ou modifier les schémas cognitifs. C'est le cas par exemple des traumatismes sexuels et de l'association violence-excitation sexuelle.

Enfin, Albert Bandura, psychologue anglais a élaboré la « théorie de l'apprentissage social » dans les années 1970. Il a expliqué que le seul fait de l'observation d'autres individus (« apprentissage vicariant par imitation ») ou de situations amenant une récompense, en l'absence même de renforcement positif direct, incite à la reproduction de comportements identiques. Ces mécanismes sont à l'œuvre lorsqu'un enfant est confronté à la sexualité parentale, aux interactions sexualisées entre enfants mais également à des images érotiques télévisuelles voire pornographiques. Associé aux processus cognitifs, cet

apprentissage tient une place majeure dans l' « autorégulation » des comportements chez l'homme (20).

Cependant, la société ayant distingué le « sexuel » du « non sexuel » selon des références culturelles, les cognitions et comportements qui y sont attachés seront considérés appropriés ou non en fonction des normes sociales établies. Les théories sociologiques ont donc également tenté de modéliser la sexualité.

D. THEORIES SOCIOLOGIQUES

En 1973, John Gagnon et William Simon, deux sociologues relativement peu connus en France, remettent en cause les approches traditionnelles psychanalytique et neurobiologique. Les comportements sexuels résulteraient uniquement d'un apprentissage social. Cependant, tandis que les cognitivo-comportementalistes s'y penchent à l'échelle individuelle, les sociologues considèrent le groupe social dans son ensemble, les relations interpersonnelles et les valeurs communes.

Ils réfutent l'hypothèse d'une sexualité innée, biologique et choisissent de traiter la sexualité comme n'importe quel phénomène social(19). Ils renversent la démarche psychanalytique, à savoir la recherche des processus sexuels derrière tout comportement ou mouvement affectif, et s'interrogent sur les objectifs non sexuels que la sexualité peut atteindre (relationnels, artistiques). Dans leur conception, la société n'est plus le facteur limitant mais le milieu nécessaire à son expression.

L'individu mettrait en scène ses comportements sexuels, Gagnon et Simon parlent de « scripts sexuels », selon trois niveaux organisationnels (22):

- *Individuel, subjectif* : Ce sont les « scripts intrapsychiques », schémas cognitifs issus des expériences passées, de la mémorisation de séquences d'évènements, d'émotions qui se structurent en « récits » ou fantasmes. A l'occasion d'une situation sexuelle ou identifiée comme telle par le sujet, ils induisent un certain nombre de comportements en adéquation avec les représentations individuelles.
- *Interactionnel* : Il s'agit des « scripts interpersonnels ». Ils ne s'établissent que sur accord entre les partenaires de la scène sexuelle et assurent la mise en œuvre des actes selon des séquences déjà connues et ritualisées, issues de l'histoire de chacun mais pouvant se rejoindre.

- *Social* : Gagnon et Simon les nomment « scénarios culturels ». Ils sont communs à un groupe social, ils déterminent les séquences comportementales, émotionnelles, le contexte, les acteurs, dans une situation sexuelle ou non sexuelle donnée. Ils vont bien au-delà de ce qui est autorisé ou non d'un point de vue légal et prescrivent l'organisation culturellement attendue des interactions sexuelles. Ils sont implicites ou diffusés, par exemple, dans les médias (magazines, internet, cinéma, musique, télévision,...).

Les « scénarios culturels » peuvent varier avec les mutations historiques d'un même ensemble social (par exemple : en Occident, la sexualité hors mariage, le droit à la jouissance, images et nudité) ou d'un groupe à l'autre. Dans certaines communautés, les petites filles sont élevées dans l'ignorance du plaisir sexuel féminin, dans d'autres, les enfants sont incités à multiplier les expériences même proches d'une sexualité mature. Mais les comportements sexuels ne s'établissent jamais exactement selon ces « scénarios », ces derniers subissent une réinterprétation par les scripts interpersonnels et intrapsychiques. Malgré tout, l'excitation sexuelle, en règle générale, est le produit de connaissances et d'acquisitions de séquences sexuelles plus que de circonstances inattendues nécessitant une adaptation de ces scripts(23).

Ainsi, les « scripts intrapsychiques » s'élaboreraient à partir de la répétition d'expériences sexuelles, d'intériorisation de séquences comportementales et émotionnelles plus encore que l'apprentissage d'interdits. Alain Giami et Michel Bozon, sociologues, affirment, qu'à l'heure actuelle, la part de ces scripts s'est majorée dans la réalisation des actes sexuels, favorisant « l'individualisation psychique » et « une perte d'homogénéité des scénarios sexuels ». Pour les enfants et adolescents d'aujourd'hui, cela complexifierait l'interprétation des situations, les rapports entre les différents niveaux de scripts et donc les choix sexuels à faire en fonction de leur signification et de leur impact sur soi, sur le partenaire et sur les pairs. De plus, par le passé, les « scénarios culturels » bannissaient tout contact avant le mariage. L'accès à une sexualité génitale se faisait via des rites (nuit de noce, initiation des jeunes hommes), ce n'est plus le cas. A notre époque, la transition serait plus progressive et passerait par des explorations, une sensibilisation corporelle, émotionnelle socialement autorisée avant l'âge adulte (23). Ceci expliquerait peut être l'impression d'augmentation des manifestations sexuelles chez les plus jeunes.

E. THEORIE PSYCHANALYTIQUE

Selon Sigmund Freud, père de la psychanalyse, la « sexualité infantile » est l'ensemble des processus dynamiques, débutant dès la naissance, au cours duquel l'enfant vit des expériences somatiques, sensorielles, psychiques et affectives, aboutissant à la structuration de la personnalité, à la vie relationnelle et à la sexualité génitale adulte (9,24,25).

Freud affirmera après 1920, le caractère indissociable de la sexualité infantile et de la mise en place de l'appareil psychique avec sa seconde topique introduisant le Moi, le Ça et le Surmoi(26,27) - la première décrivant le Conscient, le Subconscient et l'Inconscient- (28). Ces trois premières instances psychiques se différencieraient sous l'action de conflits intrapsychiques, résultats d'exigences internes contradictoires, sous le poids de la réalité et des processus de maturation. Le Moi s'élabore progressivement à partir du Ça, « pôle pulsionnel de la personnalité ». Le Surmoi est né de l'intériorisation des interdits fondamentaux (inceste, parricide issus du complexe d'Œdipe) et de l'identification aux idéaux parentaux. Le Moi apparaît comme l'instance régulatrice entre les exigences du Surmoi, la réalité et les pulsions émanant du Ça. C'est à partir de lui que se constituent le « narcissisme », littéralement l'amour porté à soi comme à un objet sexuel (25) et l'estime de soi. L'Idéal du Moi est ce vers quoi tente de tendre le Moi sous l'influence du Surmoi.

Par ailleurs, le développement psychoaffectif dépendrait principalement des « pulsions » dont la source d'énergie est la libido, entité non mesurable. Celles-ci tendent à la conservation de l'espèce par l'acte reproductif final. Elles s'opposent aux pulsions d'autoconservation ou pulsion du Moi, visant à la survie de l'individu. Plus tard, Freud introduira, en regard des pulsions de vie, la pulsion de mort alimentée par la destrudo (26).

Chaque pulsion est définie par : une *motion*, indiquant son sens et sa direction, une *source*, lieu d'excitation et de résolution de la pulsion, un *but*, l'action à laquelle pousse la pulsion et qui amènera le soulagement de la tension interne provoquée par l'excitation, et enfin un *objet*, « ce en quoi et par quoi [la pulsion] cherche à atteindre son but » qui peut être « partiel », correspondant à une partie du corps ou son équivalent symbolique, ou « total » et concerner une personne dans son ensemble (9,29,30). L'excitation peut provenir de la stimulation d'origine externe d'un organe mais également d'affects négatifs tels que la peur, l'angoisse ou même le travail intellectuel. Freud affirme alors qu'« il est possible que rien ne se passe dans l'organisme sans qu'une excitation sexuelle en soit une composante »(9).

Ainsi, dès le plus jeune âge, la pulsion sexuelle existe, et initialement les fonctions de l'organisme telles que l'alimentation, l'émission d'urine et la défécation sont associées au

plaisir de la satisfaction pulsionnelle. Freud en dégage une « théorie de l'étayage » où les fonctions organiques servent de support initial pour l'investissement libidinal secondaire de l'objet porteur de ces fonctions. Ces expériences font le lit de l'attachement du bébé au premier objet d'amour, la mère et des relations à l'objet partiel puis total.

La sexualité infantile est fondamentalement différente de la sexualité adulte : elle est initialement désorganisée, partielle et autoérotique, Freud la décrit ainsi « perverse polymorphe ». Son but n'est pas la réalisation pleine et complète de l'acte sexuel à visée reproductrice et le plaisir d'organe y est clivé des aspects psychoaffectifs. La durée de l'immaturation génitale est propre à l'homme tout comme l'est la mise en place diphasique de la sexualité. La phase de latence, séparant la phase pré-génitale du stade génital, lui est spécifique. Elle serait à l'origine des capacités intellectuelles et sociales de l'homme. Sans elle, il n'y aurait qu'une fonction reproductrice, instinctuelle(8,25).

Freud identifie six stades développementaux successifs déterminés sur le plan chronologique. Chacun est défini par une zone érogène, un mode de satisfaction, et une relation d'objet ou mode relationnel et laisse progressivement la place au suivant sans totalement disparaître. A l'âge adulte et en l'absence de pathologie, ils restent à l'œuvre comme fondement de tout processus psychique, relationnel et dans les préliminaires au coït.

Cette évolution n'est pas linéaire et chacune des phases peut être le siège de fixations, régressions, de brusques incursions dans la phase ultérieure. A la suite de son père, Anna Freud parlera de « lignes de développement ». Cette conception est plus dynamique que descriptive et souligne d'autant plus le continuum entre normal et pathologique. Les différents stades par lesquels passe l'enfant doivent être transitoires et cohérents avec les autres axes de développement (intellectuel, langagier et moteur) (31).

Les fantasmes, théories infantiles et affects qui sont associés au développement cognitif et affectif seront soumis à un « refoulement » massif (fait de repousser hors de la conscience des représentations liées à une pulsion dont la satisfaction est incompatible vis-à-vis d'autres exigences) à l'origine de l'« amnésie infantile » des toutes premières années de vie. Les aspects psychoaffectifs seront accessibles pour certains lors de la cure analytique ou sous forme de symptômes chez les névrosés, en revanche les aspects cognitifs le sont rarement (32).

Freud décrit :

1. Les phases pré-génitales :
 - De la naissance à douze mois : phase orale
 - De douze à vingt-quatre mois approximativement : phase anale
 - De deux à sept ans environ: phase urétrale ou phallique caractérisée par le complexe d'Œdipe.

Les pulsions sexuelles qui y sont à l'œuvre sont dites « partielles » car leur satisfaction est atteinte via le plaisir d'organe au niveau buccal, anal ou urétral correspondant à des zones cutanéomuqueuses, en dehors de la sphère génitale, ayant des propriétés d'excitation sexuelle et constituant les *zones érogènes*.

2. La période de latence
3. La puberté et le processus adolescent : c'est la phase de génitalisation de la sexualité.

Le développement s'achève lorsque « l'acquisition de plaisir est entré au service de la fonction de reproduction et où les pulsions partielles, sous le primat d'une unique zone érogène, ont constitué une solide organisation afin d'atteindre le but sexuel dans un objet sexuel étranger »(9). Au niveau relationnel et objectal, l'individu passe de l'« autoérotisme » à l'« amour d'objet ». La satisfaction, tirée de l'autostimulation devenant insuffisante, le sujet se tourne vers autrui, devenu « objet total » alors source de plaisirs nouveaux. A l'issue d'un parcours chaotique, la sexualité infantile aboutit ainsi au primat génital et à la sexualité adulte.

Cependant, les individus seraient inégaux devant la force pulsionnelle. L'importance des reliquats sexuels infantiles est variable. Le primat génital peut ne jamais être totalement abouti mais une sexualité épanouie passe par la dominance du génital sur les autres zones érogènes. En aucun cas les pulsions partielles ne pourraient s'y substituer dans une sexualité dite non déviante(9,25).

Les différentes phases du développement psychosexuel sont détaillées ci-après.

1) Le stade oral

Le stade oral est déterminé par la zone érogène bucco-labiale mais également par les voies aéro-digestives voire les poumons et l'estomac. Le toucher et la vision en font également partie (32). Première zone érogène investie, la bouche sert de structure à

l'édification ultérieure des problématiques psycho-sexuelles qui s'enrichiront et se complexifieront.

L'objet partiel associé est le sein ou la tétine. Le plaisir oral sera tiré de la satisfaction alimentaire, de l'apaisement de la tension interne produite par la faim dans un premier temps puis par le suçotement. Ce plaisir oral deviendra but sexuel en lui-même. Il peut s'accompagner de contacts cutanés amenant à la découverte d'autres zones érogènes(9). Les « identifications » et les « introjections » parentales, du substitut parental ou d'autres objets proviennent de cette période où le premier objet est réellement incorporé (32).

Le Soi et le Non-Soi ne sont pas encore distingués, l'objet fait partie du nourrisson. Il est « objet partiel », indistinct de soi et de l'environnement. L'objet existe lorsqu'il intervient dans le soulagement de la tension et n'est plus lorsque la satisfaction est obtenue. Le nourrisson se vit alors comme omnipotent car capable de faire apparaître et exister l'objet. Il conserve cette illusion longtemps, et longtemps la satisfaction sexuelle est indépendante de l'objet externe, autoérotique.

A cette époque, les angoisses sont de type engloutissement et dévoration. Les angoisses de dévoration et les pulsions de l'enfant se rejouent au travers des jeux de faire semblant entre la mère et le bébé, pondérant l'agressivité de l'enfant.

A chaque étape, à chaque zone érogène, des phénomènes identiques surviennent mais la période orale joue un rôle fondamental dans l'instauration des limites du Soi, Non-Soi et entre le besoin et le plaisir. C'est une période particulière de construction des affects et de la relation à l'autre.

2) Le stade anal

Le stade anal s'étaye sur la fonction d'excrétion. La zone érogène correspondante est la marge anale et la muqueuse digestive. Elle peut s'étendre jusqu'à l'estomac et y associer l'ensemble de l'appareil musculo-squelettique(32). Le plaisir sexuel est tiré de la stimulation anale, du remplissage et de la tension du rectum(9).

Le « boudin fécal », issu d'objets incorporés, conservés à l'intérieur puis expulsés après destruction, est un moyen d'échange avec l'environnement. Il est d'abord une partie du corps, détachable, et un présent fait aux parents. La rétention peut être une attitude narcissique, préservation de l'autoérotisme et l'expulsion, une attitude d'amour d'objet, satisfaction du désir des parents. Les enjeux des conflits propres à ce stade sont : la maîtrise du corps par les sphincters, la verticalisation et l'acquisition de la marche, l'emprise sur

l'environnement avec le choix de la rétention ou de l'expulsion et son effet sur l'entourage (26,32).

Ce stade est également celui de l'expérimentation du dedans et du dehors, affermissant la distinction du Soi et du Non-Soi, et de la perte de l'illusion de totipotence suite à l'expérience d'un objet différent de soi (33).

C'est aussi le stade de l'ambivalence, entre activité et passivité, expulsion et rétention, bon et mauvais objet, amour et haine, sadisme et masochisme (32).

3) Le stade urétral ou phallique

Le stade phallique assure l'unification des pulsions partielles sous le primat génital. On ne parle cependant pas encore de « génitalisation » de la libido car le phallus n'est pas encore investi d'une dimension de plaisir d'organe et de satisfaction sexuelle. Il est un instrument de puissance et de reconnaissance, objet narcissique, car la satisfaction vient de sa possession. L'avoir ou ne pas l'avoir chez la petite fille ou le petit garçon participe à la construction de l'identité sexuée(32). C'est donc l'âge de la curiosité sexuelle avec l'observation des différences anatomiques par l'enfant.

La zone érogène est celle de l'urètre. La satisfaction de la pulsion vient de la miction et, comme à la phase anale, de la rétention comme plaisir narcissique. La masturbation s'étaye sur ces deux fonctions et est proche de qu'elle sera chez l'adulte.

Dans un premier temps, la théorie psychanalytique affirme que l'absence de pénis fait l'objet d'un déni avec de nombreuses hypothèses cherchant à expliquer sa disparition plutôt qu'une absence originelle. Pour le garçon, sa mère est dotée d'un pénis, c'est la mère « pénienne ». En dehors de celle-ci, tous les êtres féminins ont été privés de sexe à la suite d'un acte coupable, puni et non connu de l'enfant, ce qui engendre l'angoisse de castration. Celle-ci sera confirmée ou non dans la réalité en fonction de l'attitude parentale plus ou moins restrictive vis-à-vis de la masturbation (25). De son côté, la fille manifeste un désir de possession du pénis qu'elle n'a pas. Elle imagine la future croissance de celui-ci puis, ce phénomène ne survenant jamais, elle y renoncera au profit du désir du père et d'un enfant de celui-ci. La castration est ainsi le point de départ de l'Œdipe chez la fille contrairement au garçon chez qui l'angoisse de castration y met fin brutalement.

Les théories sexuelles infantiles sont l'apanage du stade urétral, Freud leur attribue un caractère universel et transgénérationnel. Elles aménagent la réalité non appréhendable pour le niveau développemental de l'enfant et n'empêchent pas une perception relativement juste

de la sexualité mature et le vécu libidinal qui y est attaché. Tout enfant élabore des théories autour des problématiques sexuelles sous l'influence de ses seules pulsions ou de ce qui a été découvert des activités sexuelles adultes. Elles évoluent selon le degré de maturité physiologique et psychologique. Elles abordent : les différences sexuelles, la « scène primitive », conception sadique du coït parental, les processus de fécondation - par ingestion, par miction-, la naissance - digestive tant que le vagin n'est pas connu-, ainsi que le « roman familial » dans lequel l'enfant s'imagine issu d'un autre couple parental, idéal celui-ci(25).

Les théories sexuelles donnent lieu à une certaine excitation, élaborées par l'enfant seul, elles sont souvent à l'origine d'un désir de vérification « pratique » sur son propre corps ou celui de l'autre par curiosité sexuelle. L'enfant y renoncera et elles feront l'objet d'un refoulement devant l'absence de confirmation ou le risque trop important à pousser des recherches, de peur qu'elles ne se réalisent. Elles laisseront place à la curiosité intellectuelle, à une recherche quasi scientifique, aux pulsions épistémophiliques d'abord sexuelles puis détournées du but sexuel par la « sublimation », mécanisme spécifique de transformation de la pulsion en activités socialement acceptables(29).

Dans la période pré-pubertaire, Freud décrit une nouvelle recherche sexuelle lancée à partir des traces laissées par les théories précédentes. La part de connaissance « scientifique » est plus importante chez ces futurs adolescents, leurs recherches sont alors moins intenses, les effets pathogènes seraient moindres et subissent de plus grandes inhibitions et transformations. Elles sont alors pour Freud moins dignes d'intérêt psychanalytique (25).

4) Le complexe d'Œdipe (9,25,29,32)

Un complexe est un ensemble de conflits intrapsychiques organisateurs. Le complexe d'Œdipe est le plus connu. Il est tiré du mythe grec d'Œdipe-Roi. Une prophétie livra le destin d'un nouveau-né, amené à tuer son père et épouser sa mère. Malgré un abandon, Œdipe blessera mortellement, à l'âge adulte, son géniteur, au cours d'une querelle, et deviendra Roi de Corinthe, il épousera alors sa mère et aura des enfants de celle-ci. Son histoire se termine tragiquement avec la mort de sa mère, Œdipe se crevant les yeux puis errant éternellement.

Selon Freud, le complexe d'Œdipe est le pivot de l'organisation sociale humaine et de la famille, à partir des interdits fondamentaux du parricide et de l'inceste, il est universel. Ainsi, en psychanalyse, il correspond à une attirance pour le sexe opposé, à une haine et des sentiments de rivalité envers le parent du même sexe. L'Œdipe « inversé » est la situation où l'enfant aime le parent du même sexe et rejette le parent de sexe opposé. En général, l'enfant

oscille entre ces deux positions. Chaque enfant est concevoir ces désirs interdits et à les abandonner devant l'angoisse suscitée(25).

Ce complexe assure la génitalisation, le désinvestissement de l'autoérotisme et l'accès aux objets externes. Il se déroule entre 4 et 7 ans et ne peut intervenir qu'une fois le primat génital installé pour que naisse l'angoisse de castration. En absence de cette dernière, l'Œdipe n'a pas lieu.

La distinction masculin/féminin est acquise à ce stade et séparée de la question de possession ou non du pénis. Ce n'est plus seulement renoncer au pénis mais également au mode relationnel où l'autre n'a pas de place et où l'enfant est le seul amour de la mère. Le tiers que représente le père, dont l'enfant et la mère reconnaissent l'autorité, vient séparer la dyade. Dans le cas contraire, peuvent émerger une intolérance à la frustration, des troubles du comportement, une incapacité à la sublimation voire au refoulement de l'excitation sexuelle, de grandes difficultés à gérer des conflits affectifs ou des difficultés d'apprentissage.

Ainsi, la phase précœdipienne et notamment phallique est d'une importance majeure dans la préparation à l'Œdipe. La fillette n'a pas accès très longtemps au déni de l'absence de pénis car elle vit cette castration dans la réalité. De cette blessure narcissique naîtra la recherche d'amour du père puis, son renoncement, et la substitution par le désir d'enfant comme symbole phallique (25). La liquidation de l'Œdipe dont il ne restera rien et qui n'est pas « simplement » refoulé, est un processus dont la fin n'est pas aussi abrupte chez la fille que chez le garçon et peut être longtemps différée. Elle permet à la femme d'accéder au désir d'un homme, autre que son père, également porteur du « phallus ». Le garçon, lui, termine l'Œdipe avec l'angoisse de castration et le renoncement à la mère.

Le complexe d'Œdipe est également marqué par un changement d'objet identificatoire pour le garçon et d'objet d'amour chez la fille. Ce processus est aux antipodes pour chacun des deux sexes et son devenir est tout à fait différent, notamment en cas d'écueil, expliquant peut-être de plus fréquents troubles identitaires chez le garçon (32).

L'Œdipe énonce l'interdit fondamental de l'inceste, un des principes établissant le Surmoi définitivement ainsi que l'Idéal du Moi. La culpabilité, les mouvements anxieux et dépressifs qui y sont associés, sont le résultat d'une tension entre le Moi et le Surmoi. Ils permettront l'accès au symbolisme adulte par mutation de l'investissement libidinal des parents en identification. Les « motions sexuelles » seront en partie transformées en « motion tendres ». La curiosité sexuelle sera détournée au profit d'intérêts intellectuels par le

mécanisme de « sublimation ». La sexualité entrera en période de latence mais l'Œdipe et sa résolution laisseront des traces cruciales dans l'histoire psychique de l'individu.

5) La période de latence

La période de latence a été isolée par Freud en 1905. La définition qu'en donnent Laplanche et Pontalis dans *Vocabulaire de la psychanalyse* correspond au « temps d'arrêt dans l'évolution de la sexualité, du déclin de la sexualité infantile (5 – 6 ans) jusqu'à la puberté. La fin de la latence est déterminée par la poussée pubertaire »(30).

Freud évoque initialement une étape programmée par la phylogénétique, sous l'influence de facteurs externes. Il la décrira secondairement comme une période de renoncement, s'installant faute de réalisation des désirs œdipiens. Ainsi, la latence serait un passage obligé pour la sexualité infantile, car sous sa forme pré-génitale et sans maturation sociale, celle-ci serait invivable pour l'individu et le groupe. Il y aurait donc congruence entre les exigences internes (interdit de l'inceste et du parricide) et celles imposées par la société. La latence n'existerait alors qu'à la condition d'une répression de la sexualité infantile commandée par la société (34).

Pendant cette période, la curiosité sexuelle persiste mais l'expérimentation sensorielle s'associe à la pensée formelle et au raisonnement logique. La sexualité infantile a une expression atténuée et moins archaïque. Des « formations réactionnelles » transforment l'agressivité envers les parents en motions tendres, la pudeur remplace l'exhibitionnisme et le voyeurisme. Les pulsions « partielles » et « perverses » n'apportant plus le même plaisir et l'appareil reproductif génital n'étant pas encore fonctionnel (9), l'enfant se tourne vers les apprentissages et activités sociales, avec ses pairs, généralement du même sexe en début de latence. La satisfaction vient maintenant de l'autre, de la relation aux objets externes et celle-ci est supérieure aux activités d'autostimulation.

Ainsi, la période de latence n'est pas un arrêt du développement psychoaffectif et les remaniements structuraux de l'adolescence ne reprendront pas exactement là où ils avaient été interrompus.

6) La puberté et l'adolescence

La puberté et ses transformations physiques majeures mettent fin brutalement à la période de latence. L'instinct sexuel réapparaît et, avec lui, les problématiques pré-génitales et œdipiennes. Le Moi voit le retour d'angoisses pulsionnelles mises à distance les années précédentes et les rapports entre les instances intrapsychiques sont de nouveau bousculés. Les

processus psychiques oscillent de manière anarchique entre régression et poursuite développementale au risque de fixations aux stades antérieurs (35).

L'autonomisation, l'individuation, vers lesquelles tend l'adolescent, passent par une période de deuil et de mouvements anxio-dépressifs face à la réactualisation de fantasmes infantiles incompatibles avec les potentialités physiques sexuelles émergentes. Le constat du décalage entre Moi et Idéal du Moi tout comme les désillusions vis-à-vis des images parentales y contribuent également. Dans cette crise identitaire et relationnelle, le jeune pubère va se tourner tout d'abord vers des pairs du même sexe à la recherche d'un « identique » et d'une réassurance narcissique puis, le choix d'objet homo ou hétérosexuel se fixera définitivement.

Durant ce temps de l'adolescence, les mécanismes de défense les plus archaïques (clivage, déni, idéalisation) sont réutilisés. Les conflits intrapsychiques, à l'origine de vécus insupportables, sont évacués par ces procédés. L'« agir » apparaît alors comme une solution pour shunter l'étape d'élaboration et mentalisation de ces conflits.

A côté de cela, un autre mécanisme de défense, qu'Anna Freud nomme « intellectualisation », est mis en place grâce à l'accès à la pensée formelle, à l'abstrait et au symbolique. Il correspond à la possibilité de maintenir des représentations pulsionnelles dans la conscience par la maîtrise des affects qui y sont associés(36). La satisfaction tirée de la pensée en elle-même détournera les mouvements libidinaux de la relation aux parents.

Enfin, la puberté « contraint » les organes génitaux à se mettre au service de la reproduction par les modifications physiques et physiologiques qu'elle entraîne (9). La sexualité prend sa forme mature. Les pulsions partielles ne disparaissent pas, chacune indépendamment n'amène plus l'intensité de plaisir des phases précédentes mais se retrouve dans le plaisir préliminaire préparatoire à l'acte sexuel et sous-tend les processus psychiques. Ainsi, la « génitalisation » s'achève avec le rassemblement des pulsions sous le « primat génital », la rencontre des motions sensuelles et tendres dans le même objet sexuel ainsi qu'avec l'association de l'activité fantasmatique, l'apparition de scénarios et du plaisir d'organe. De légères variations à la normale existent parfois mais ne sont pas nécessairement le présage d'une évolution défavorable.

F. THEORIE DE L'ATTACHEMENT (35,37,38)

Bien que la théorie de l'attachement se soit éloignée des conceptions freudiennes de la théorie pulsionnelle, de l'« étayage corporel » et de la composante sexuelle des relations humaines, elle apporte cependant un autre éclairage sur les mécanismes relationnels et affectifs à l'œuvre, souvent au premier plan, dans la survenue d'interactions sexualisées entre enfants ou adolescents. Un lien singulier se crée au cours de ces interactions et, que l'expérience corporelle ou le plaisir sexuel « d'organe » y tienne une place centrale ou non, il fait appel à la capacité et à la qualité d'attachement ainsi qu'aux compétences sociales qui en résultent.

Après la seconde guerre mondiale et à partir de travaux sur la séparation des parents et des jeunes enfants, John Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais, élabore la « théorie de l'attachement » en collaboration initiale avec une psychologue, Mary Ainsworth. Les concepts sur lesquels ils s'appuient sont issus de l'éthologie, des théories cognitives, biologiques et de la cybernétique. Cette nouvelle approche aura un succès retentissant dans les pays anglo-saxons.

Bowlby et Ainsworth affirment que, dès la naissance, le bébé possède un besoin primaire d'« attachement », biologiquement et génétiquement déterminé auquel répond la capacité parentale de « caregiving », c'est-à-dire de dispenser des soins physiques, relationnels et de s'investir émotionnellement (37). L'enfant est apte, de manière innée puis acquise, à produire des comportements adaptés à la situation dans laquelle il se trouve et qui lui assurent la proximité du « caregiver », c'est le « système d'attachement ». La personne apportant une réponse régulière à ces appels sera distinguée, progressivement lorsque le bébé aura entre trois et six mois, et deviendra la « figure primaire d'attachement ». En général, il s'agit de la mère, à laquelle ce dernier s'adresse ensuite préférentiellement.

Du sixième mois à la troisième année, la proximité physique immédiate n'est plus aussi nécessaire et le « système exploratoire » permet l'éloignement grâce à la simple disponibilité de la mère comme « base de sécurité » si l'enfant perçoit un danger externe (une distance trop importante, la rencontre d'un inconnu) ou interne (la faim, la douleur). L'apparition des capacités de mentalisation et de représentation permet l'intériorisation de la permanence du lien à la mère et la diversification des stratégies du système d'attachement, la découverte du monde environnant et des étrangers peut alors se poursuivre toujours plus loin.

Les premières expériences participent à la mise en place des « modèles internes opérant » (MIO), séquences cognitives et émotionnelles acquises, mémorisées à partir

d'évènements puis de leurs représentations. Ils permettent une adaptation comportementale selon les circonstances et les interactions avec l'environnement. Initialement, ils sont modelés et remaniés en fonction des vécus, par la suite, c'est l'information elle-même qui sera triée par un mécanisme de « défense exclusive » afin de la rendre congruente aux MIO, elle peut, à cette occasion, être biaisée. L'efficacité des MIO ne se maintient qu'au prix de réajustements réguliers, or ceux-ci ne sont pas toujours possibles. Les erreurs d'interprétation et l'inadéquation d'une réponse peuvent provenir du filtrage d'une situation donnée au travers de MIO dysfonctionnels.

L'attachement dit « sécure » est bâti sur des expériences positives répétées. Il assure un système d'attachement efficace, des représentations positives de soi et des autres. Il permet donc une homéostasie des émotions, l'acquisition de compétences interactionnelles et la gestion des conflits et vécus négatifs (35). Dans le cas contraire, il s'agit d'un attachement « insécure ».

Parallèlement au « système d'attachement » et 4 et 12 ans, s'active plus particulièrement le système dit « affiliatif ». Il permet l'ouverture à la relation aux pairs, l'enfant peut se mettre à penser au sujet des autres et des relations interpersonnelles. Ces dernières ne dépendent plus uniquement de ses propres motivations mais également de celles des autres qui peuvent être bien différentes. Les « relations affiliatives » reposent sur une réciprocité contrairement aux relations d'attachement. Par ailleurs chez le jeune enfant, elles sont sources de stimulation et d'excitation plutôt que d'apaisement. Le système affiliatif repose ainsi en grande partie sur la qualité du système d'attachement initial(38) (37).

Il apparaît que les enfants « sécures » répondent de manière plus appropriée aux partenaires de jeu, vivent plus d'échanges positifs. Marie Ainsworth distingue, en revanche, différents types d'attachements « insécures » selon que les stratégies mises en place sont dites de « maximalisation » (amplification des manifestations de besoin, de soin et d'attention) chez les sujets « ambivalents », ou, de « minimalisation » (évitement des demandes et indépendance) chez les « évitants ». Elles attirent ou éloignent, selon le cas, la figure d'attachement défaillante. Lorsque l'attachement est dit « désorganisé », il résulte du lien à des parents dont les réponses aux besoins du bébé sont insatisfaisantes, inappropriées, discontinues et incohérentes alternant avec des attitudes menaçantes voire effrayantes. L'enfant se sent incapable de produire des signaux efficaces au maintien des relations. Dans le système affiliatif, ces enfants utiliseront alors les mêmes stratégies entraînant des distorsions dans la relation aux pairs et des compétences sociales pauvres.

Les enfants « évitants » sont plus fréquemment dans des comportements agressifs. Les enfants « ambivalents » ont des exigences élevées et une intolérance à la frustration. Les enfants « désorganisés » tenteront des comportements de maîtrise de l'autre.

La sensibilité à l'environnement psychosocial est cependant majeure. Un attachement « sécure » bien que stable dans le temps peut être remis en question au gré des événements de vie négatifs. De la même manière, un attachement « insécure » ne suffit pas à expliquer à lui seul la survenue de troubles du comportement.

Enfin, à l'adolescence, l'autonomisation se poursuit avec le remaniement du système d'attachement et des modèles internes opérants. Les parents restent une voie de recours en cas de déstabilisation émotionnelle majeure. En revanche, pour des problèmes moins cruciaux, d'autres figures d'attachement hors cadre familial (les amis) apparaissent. Les MIO s'intègrent dans un « méta-modèle » s'appuyant en cela sur les capacités d'opération formelle, de symbolisation et de généralisation. Ils se dégagent de leur spécificité à une relation donnée enfant-« caregiver » pour permettre l'élargissement des figures d'attachement. Les relations qui s'instaurent sont alors marquées par la réciprocité, la négociation, l'assouplissement et, par une certaine instabilité.

C'est à partir de cette période que les théoriciens de l'attachement abordent la question de la sexualité dans les relations humaines mais dans une perspective de reproduction et de survie de l'espèce au travers du « système sexuel ». Celui-ci émerge avec les modifications biologiques et hormonales, il constitue un des systèmes « motivationnels » d'établissement des relations avec les pairs. Associé au système affiliatif, il autorise une intimité, favorise des expériences et affects vécus intensément dans une recherche de statut ou de relations récréatives ne perdurant pas. Par le système d'attachement et de reproduction, les relations amoureuses se détacheront des relations affiliatives. Et, de nouvelles figures d'attachement, cette fois-ci durables, apparaîtront. Le style d'attachement et la régulation émotionnelle modulent cette évolution. C'est ainsi que l'adolescent « sécure » s'engage plus tardivement dans des relations sexuelles, avec moins de partenaires et de prise de risque que l'adolescent « insécure ».

CAS CLINIQUE : ADRIEN

Adrien est âgé de 11 ans 8 mois, suivi depuis 3 ans en gastro-pédiatrie pour une encoprésie secondaire associée à une énurésie primaire. Il est rencontré dans le cadre de la pédopsychiatrie de liaison lors d'une hospitalisation. Sa mère avait évoqué, à la dernière consultation avec son pédiatre référent, un « abus sexuel », « un attouchement » d'Adrien sur son petit frère de 8 ans. Ce sont les termes employés par la mère qui semble extrêmement bouleversée et démunie. Le pédiatre a donc souhaité une évaluation de la famille sur le plan pédopsychiatrique.

Adrien est l'aîné d'une fratrie de trois garçons. Il est en CM2 avec un an de retard scolaire suite à des difficultés d'apprentissage de l'écriture et des troubles d'attention. Les explorations n'ont montré aucune organicité à l'origine de l'encoprésie et de l'énurésie et aucun facteur déclenchant. Un suivi pédopsychiatrique depuis un an et demi avait permis l'évolution favorable de la symptomatologie : sur les derniers 6 mois, il persistait de très rares accidents encoprétiques et l'énurésie avait disparue. De plus, Adrien avait beaucoup progressé quant à son développement psycho-affectif. Il ne présentait plus de troubles du comportement à type d'hétéro-agressivité, opposition ou instabilité psychomotrice. L'évolution développementale semblait reprendre harmonieusement dans l'ensemble.

Durant l'hospitalisation, la mère d'Adrien explique qu'il n'y a plus d'accident encoprétique, seule persiste l'énurésie nocturne et des conflits avec son petit frère de 8 ans qui sont réguliers et épuisent la mère. Le père refusera les rendez-vous de consultation durant l'hospitalisation, jugeant que sa femme a « dramatisé ».

Les deux enfants seront reçus par deux professionnels différents. Rapidement, ils donneront les mêmes versions de ce qui s'est passé en s'accusant mutuellement. Les faits se déroulent en l'absence des parents, le matin, avant de partir à l'école au moment où les garçons ont l'autorisation de s'installer dans le lit parental et de regarder la télévision. Adrien m'expliquera avec difficulté et pleurs que son frère aurait « touché son zizi », il fait le geste de pincer son pantalon au niveau de la braguette, aurait « tiré dessus », sous son pantalon et l'aurait touché au niveau de l'anus. Il finira par dire qu'il a « un peu fait pareil ». Les faits se seraient répétés à plusieurs reprises depuis quelques semaines.

Adrien présente une immaturité psychoaffective et physique (aucun signe pubertaire) au regard de l'âge chronologique. Il existe des angoisses de séparation importantes et des

troubles d'endormissement. Son frère âgé de huit ans présente des comportements d'opposition et une instabilité psychomotrice. Adrien peut montrer des affects dépressifs et une culpabilité vis-à-vis de ce qu'il s'est passé bien que celle-ci soit teintée d'une colère contre son frère. La rivalité avec ce dernier est au premier plan. Le père intervient peu dans les conflits et le respect des règles éducatives au domicile. On notera également que les trois garçons échangent régulièrement leurs chambres et leurs places dans les lits. Les échanges intrafamiliaux se font essentiellement autour du matériel (télévision, jeux vidéo, ordinateur) dont chacun dispose dans sa chambre et pour lesquels on peut s'interroger sur la régulation de l'accès à des images et contenus potentiellement inadaptés pour l'âge des trois garçons.

La question de la sexualité n'avait jamais été abordée entre Adrien et sa mère qui ne se souvient pas avoir observé de manifestations en rapport. Cependant la problématique oedipienne et les théories sexuelles semblaient bien d'actualité chez ce jeune garçon au travers de dessins et d'échanges que nous avons eu.

Nous nous sommes interrogés sur la lecture d' « abus sexuel » qu'a eu cette mère vis-à-vis des faits et la rapidité avec laquelle elle a sollicité de l'aide hors cadre familial. Il n'y avait pas d'antécédents d'abus sexuel chez les enfants, nous n'avons pu savoir s'il en existait chez l'un ou l'autre des parents. Les rôles initiaux de « victime » pour le petit frère et d' « agresseur » pour Adrien n'apparaissaient plus aussi déterminés après exploration et il a paru important de ne pas conforter la famille dans cette conviction potentiellement traumatogène.

L'évaluation d'accusation d'abus sexuel dans une fratrie est toujours délicate au regard des enjeux relationnels. Il n'est pas exclu que dans le cas d'Adrien et son frère des « jeux » aient dérivé vers une pente plus transgressive et agressive dans le cadre d'une rivalité et d'un certain laxisme éducatif, la souffrance familiale engendrée était telle que nous avons orienté les soins vers un travail familial.

Je me donc demandée, dans cette situation, quels étaient les éléments déterminants le caractère habituel ou inquiétant d'une interaction sexualisé chez ces enfants. Le chapitre suivant tente amène des éléments de réponse.

NORMAL OU PATHOLOGIQUE ?

Après avoir exposé les différents modèles théoriques et processus qui sous-tendent les conduites sexuelles dans l'enfance et à l'adolescence, nous tentons de discerner les comportements habituels et les plus préoccupants, soit, de distinguer ceux qui participent d'un développement psychosexuel harmonieux de ceux qui déterminent souvent une intervention éducative, thérapeutique, sociale et/ou judiciaire.

A. ENJEUX

Dans la littérature, nombreux sont les adjectifs désignant le caractère pathologique des comportements sexuels de l'enfant ou de l'adolescent : « problématique », « abusif », « anormal », « déviant », « transgressif ». Lorsqu'ils impliquent des pairs ou une violence, les termes d'« abus », « agression », « passage à l'acte » sexuel(le) peuvent être employés. Cependant, en dehors de la qualification judiciaire des « infractions à caractère sexuel » et d'une étude à l'autre, tous ne font pas référence aux mêmes manifestations et reflètent généralement le point de vue psychopathologique, criminologique ou judiciaire adopté.

Les expressions « adolescent abuseur », « agresseur sexuel », « délinquant sexuel », « prédateur » sont également retrouvées. Avec celles-ci pourtant, affleure le risque d'assimilation du comportement à un trait constitutif de la personnalité. Or, la sexualité est un domaine où la question de la « normalité » est sensible, souvent derrière et de manière réductrice, se profilent les représentations de la perversion ou plutôt de la perversité sexuelle et d'une dangerosité.

« Normal » peut désigner ce qui est dans la norme, socialement et culturellement admis, ou bien, ce qui est « statistiquement » fréquent et habituellement retrouvé dans la population générale, mais cela peut également être ce qui respecte la santé et le bien-être de l'individu. La « santé sexuelle » a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé dans les années 1970 (39) : « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés ».

L'OMS ne précise donc pas tant le type de comportements que le climat ou le contexte dans lequel ils se déroulent.

Ainsi, déterminer les normes de la sexualité implique des considérations psychologiques, historiques, ethniques, religieuses, politiques, éthiques, morales et éducationnelles intriquées et complexes. Le degré de souffrance associé à des pratiques sexuelles individuelles conditionne en général la demande de soin. Mais, le problème de la « normalité » et de l'intervention thérapeutique est tout autre chez l'enfant : quand le spectre d'un abus révélé par le seul biais de manifestations sexuelles n'est pas loin, lorsque la dimension développementale de certains comportements se discute autour de leur fréquence ou de leur précocité, ou bien encore lorsqu'ils impliquent un autre enfant ou adolescent. Où s'arrête l'exploration, le jeu et où débute le trouble ?

Dans le domaine biologique déjà, Georges Canguilhem nous dit : « ce n'est pas [...] une méthode objective qui fait qualifier de pathologique un phénomène biologique considéré. C'est toujours la relation à l'individu par l'intermédiaire de la clinique, qui justifie la qualification de pathologique »(40). Que dire alors de la psychopathologie pour laquelle évidemment aucun marqueur biologique diagnostique ou prédictif quantifiable, dosable n'existe et du développement psychosexuel où, par définition, la relation tient une place centrale à la fois pour celui qui le vit et celui qui est amené à l'évaluer. Par ailleurs, Anna Freud indique au sujet de la clinique de l'enfant et de l'adolescent qu'« il est évident que la ligne de démarcation entre la santé mentale et la maladie est encore plus difficile à tracer ». Pourtant, l'« analyste d'enfant », mais plus généralement peut-on dire le soignant ou l'intervenant dont la préoccupation essentielle est le développement de l'enfant, est obligatoirement impliqué dans l'étude de la normalité ou des aléas de ce processus(41).

En matière de comportement sexuel chez l'enfant, les demandes de guidance parentale ne sont pas rares en consultation de pédopsychiatrie. Nous avons vu que le regard porté sur la sexualité a subi de nombreux bouleversements au cours du XXème siècle, un des plus importants est probablement son exposition au quotidien, dans les médias, encore accélérée par l'avènement des nouvelles technologies, internet, smartphones, facilitant l'accès à des images pornographiques et aux expériences de « cybersex ». Les repères des adultes eux-mêmes sont bousculés entre un désir, nouveau, d'épanouissement sexuel et certaines pratiques banalisées, qui étaient, il y a encore quelques dizaines d'années, qualifiées de « déviantes ».

A côté, la connaissance de la sexualité chez l'enfant n'a pas évolué aussi vite. Les études dans ce domaine en France sont rares, les professionnels de l'enfance sont peu formés,

ils sont pourtant amenés à répondre aux interrogations de parents, à adopter une conduite pratique et ce, avec peu de références en dehors de leur propre conception de la sexualité. Or, l'étude de Heiman et coll. (42) a montré d'importantes différences selon l'âge, le sexe, la fonction et les années d'expériences des intervenants, dans leur appréciation des comportements sexualisés d'enfants. Les aspects culturels sont probablement très prégnants également, mais les études méthodologiquement comparables sont essentiellement d'origine occidentale et retrouvent des données identiques (43,44).

Les préoccupations à ce sujet semblent croissantes. 50% des professionnels de l'enfance interrogés dans une étude anglaise en 2005 (45) avaient le sentiment qu'ils observaient, en population générale, une augmentation de la fréquence des comportements dits problématiques, qu'il s'agisse d'un langage sexualisé, de conduites masturbatoires ou d'actes proches de la sexualité adulte. Cette tendance s'explique probablement par une augmentation de ces conduites mais également par une vigilance accrue et une moindre banalisation de la part de l'environnement.

L'importance d'une connaissance suffisante des manifestations sexuelles les plus fréquentes tout comme les plus préoccupantes n'est plus à démontrer. Une intervention adéquate auprès des familles et enfants concernés, dans une atmosphère d'évaluation dépassionnée est primordiale et, si nécessaire, une orientation adaptée vers des structures éducatives, sociales ou sanitaires.

L'affaire dite d'Outreau en témoigne, le sur-diagnostic d'abus sexuel chez l'enfant ou l'adolescent est aussi délétère que le sous-diagnostic. Ce dernier engendre un retard de prise en charge, de mise à l'abri des violences sexuelles avec un impact traumatogène majeur tout comme le sur-diagnostic, susceptible de fixer un traumatisme fantasmatique avec des répercussions quasi identiques sur le plan psychopathologique. Dans les deux cas, la sphère familiale subie de graves atteintes avec un parcours judiciaire et social long.

D'autre part, banaliser certains comportements sexuels de l'enfant ou de l'adolescent même en l'absence d'abus sexuel avéré, pourrait favoriser l'installation à long terme de troubles, avec des prises de risque sexuelles (MST, victimisation) et, pour un petit nombre, l'apparition d'une réelle violence sexuelle et d'une délinquance.

Enfin, pointer des comportements jugés anormaux, alors qu'il s'agit d'expérimentations classiques pour l'âge, peut provoquer des réactions parentales et éducatives rigides, une stigmatisation et favoriser une augmentation de ces manifestations ou, bien que moins fréquent à l'heure actuelle qu'à l'époque de Freud, « voir dans tous les

facteurs qui sont nocifs pour la vie sexuelle, qui répriment son activité et déplacent ses buts, des facteurs pathogènes pour les psychonévroses également »(46).

B. LES ETUDES DEDIEES AUX COMPORTEMENTS SEXUELS DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Le nombre de publications concernant les comportements sexuels chez l'enfant s'est largement accru à partir des années 1970, beaucoup sont issues de travaux américains, canadiens, belges et des pays nordiques. Cette période correspond à la prise de conscience de la part de la communauté scientifique et de l'opinion publique du problème sanitaire et social que représente l'abus sexuel. Celui-ci ayant été, pendant longtemps, considéré comme le seul motif d'apparition de manifestations sexuelles avant l'adolescence voire l'âge adulte, la description des conduites classiques chez l'enfant est apparue centrale dans le repérage de troubles et donc d'un traumatisme.

La méthodologie des études visant à mesurer la prévalence de ces comportements est très variable. Leur validité et leur comparabilité sont limitées par la diversité des critères retenus. Elles sont en général rétrospectives, elles s'adressent :

- à des adultes, auxquels il est demandé de rapporter leurs souvenirs d'expériences sexuelles (47,48).
- à des professionnels de l'enfance, sur leurs observations à l'école ou en crèche (48-50).
- à des parents (44)(51).
- plus rarement, à des adolescents directement (52).

Les résultats sont soumis à des biais majeurs : l'oubli, le refoulement provoquant « l'amnésie infantile », mais également les réminiscences erronées et les réponses éludées car considérées comme socialement répréhensibles. Lorsque les enfants grandissent ou dans les situations de collectivité, l'apprentissage de l'intimité et des règles sociales soustrait également un certain nombre d'expériences à l'observation des parents et des professionnels. Ainsi, le croisement de diverses sources permet d'améliorer la validité des études.

1) Comportements fréquents

La mise en acte est inhérente à la construction psychique, relationnelle et sexuelle du sujet. *Faire* chez l'enfant signifie fantasmer, maîtriser, symboliser. Depuis les premières expériences « physiologiques » du corps jusqu'au premier rapport sexuel, en passant par le mode d'exploration sensorielle spécifique à chaque stade infantile et par les jeux « du

docteur » ou « du papa et de la maman », les comportements sexuels n'échappent pas à cette règle. Ainsi, l'observation, les études quasi scientifiques, le plaisir, l'apaisement, la vérification de théories échafaudées, l'imitation, la mise en scène, la recherche d'attention,... bref, les raisons de l'*agir sexuel* chez l'enfant sont multiples.

Donald W. Winnicott souligne l'insuffisance de l'éducation sexuelle, qui n'amènerait que des connaissances techniques, et l'intérêt pour l'enfant d'une approche expérimentale de la sexualité: « il y a quelque chose de mieux que la connaissance de la sexualité et c'est sa découverte par l'individu » (53). Le jeu chez l'enfant peut ainsi s'enrichir d'idées et de symbolisme sexuels, ceux-ci participent à la créativité du jeu et parfois à la découverte de la sexualité. En revanche, Winnicott dissocie l'excitation sexuelle du « passage à l'acte d'un fantasme sexuel », l'immaturation physique de l'enfant ne leur permettant pas de se rejoindre. L'extinction de l'excitation survient non pas par un orgasme mais souvent par une décharge agressive après une frustration (par exemple, un gage, quelqu'un qui est attrapé, tué à la fin du jeu). Le fantasme peut être présent, sans excitation sexuelle, dans les jeux sexuels sains et normaux des enfants. Tout comme dans les jeux non explicitement sexuels, une excitation générale peut se focaliser et devenir secondairement sexuelle.

Avec le temps, les comportements perdent leur aspect ludique et naïvement explicite, ils suivent en cela, une progression vers la génitalisation comme une répétition des conduites sexuelles adultes et de reproduction. En l'absence d'éléments franchement coercitifs ou aberrants, la capacité à isoler des comportements dits « normaux » chez les adolescents ou préadolescents devient trouble et les études qui vont dans ce sens sont plus rares. De plus, avec les remaniements psychiques et physiques de cette période, des expériences du côté des perversions infantiles ou quelques bizarreries peuvent survenir sans préjuger du devenir sexuel.

a. Chez l'enfant

Une étude réalisée auprès d'étudiantes (43,47) a montré que 26% d'entre elles se souvenaient s'être exposées nues dans l'enfance, environ 15 % s'être caressé le sexe sur ou sous les vêtements, 6% avaient déjà utilisé un objet pour la masturbation. 85% avaient participé à des « jeux sexuels » dont 4% avec un contact oro-génital. La plupart du temps, ils se déroulaient avec des camarades de leur âge et, dans la moitié des cas, ils n'ont jamais été découverts par des adultes. Il y aurait donc autant de contacts sexuels échappant à l'observation que perçus par l'environnement, il est probable que les jeux élaborés chez les plus âgés sont moins surpris.

Ainsi, 42 à 73% des enfants présenteraient des comportements sexuels avant l'âge de treize ans (47,54). Il est maintenant connu que, dès leur naissance, les enfants présentent des érections et des formes d'auto-stimulation des organes génitaux. Un peu plus tard entre 15 mois et 30 mois, les comportements sexuels seront délibérément dirigés vers les zones érogènes découverts, parfois pour se bercer ou pendant qu'ils écoutent des contes. Avec l'apparition du langage, l'enfant désignera avec un certain plaisir les parties de son corps (yeux, nombril, nez, fesses, orteils, etc.)(55).

Du fait d'une impulsivité et d'une spontanéité plus grandes, les comportements sexuels sont fréquemment observables chez les petits, le pic se situant entre 3 et 5 ans.

Dans une étude menée chez des enfants de 3 à 6 ans, les parents rapportaient plus de comportements sexuels que les enseignants(48). Les occasions de questionner la sexualité sont probablement plus fréquentes au domicile, par exemple au moment de la toilette, à la vue de la nudité des parents, d'un frère ou d'une sœur.

Très tôt les enfants commencent à intégrer la notion d'espace public et d'espace intime au travers des réactions de l'entourage, du vocabulaire et de l'intonation utilisés pour désigner les comportements en cause. Cette socialisation précoce se retrouve d'avantage chez les filles, les garçons modifiant moins leur comportement d'une situation à l'autre, en classe ou à la maison. Etonnamment, l'étude de William N. Friedrich en 2002 (56) a montré que le temps passé en collectivité, multipliant ainsi les interactions entre pairs, augmente surtout les comportements d'autostimulation et non les contacts sexuels interpersonnels.

La masturbation est l'acte le plus observé chez les petits, avant deux ans, les contacts mains-sexe et la pression d'objets contre le périnée sont fréquents. Sa présentation est très différente de celle de l'adulte. Si elle n'est pas envahissante et cesse quand l'enfant est distrait ou si elle ne provoque pas de lésions, elle passe inaperçue ou, du moins, ne fait pas l'objet de consultation de la part des parents. Elle est ainsi particulièrement visible entre deux et cinq ans, elle est présente chez 10% des enfants âgés de 7 ans et jusqu'à 80% à l'âge de 13 ans.

Dans l'étude de IngBeth Larsson (48) ,18 à 77% des enfants de trois à six ans chez les parents, contre 0 à 14 % en collectivité, présentaient les comportements suivants:

- se promener nu ou montrer délibérément son sexe
- utiliser des mots du registre sexuel
- étreindre les adultes n'appartenant pas au cercle familial
- se masturber
- toucher le sexe d'un autre enfant.

Jusqu'à 17 % des garçons montraient des attitudes telles que : frotter ses parties génitales, se masturber avec un objet, se toucher en public ou s'intéresser au sexe opposé mais, essentiellement au domicile.

Ainsi, l'interprétation d'un comportement doit tenir compte de son contexte de survenue, des modalités de garde au quotidien, mais également de l'origine culturelle et des représentations familiales de la sexualité.

Des pères et des mères ont été interrogés sur les intérêts sexuels d'enfants chez lesquels n'existait ni antécédent ni suspicion d'abus sexuel (51). Un peu moins de 50% affirment que leur fils ou leur fille porte une attention particulière à ses parties génitales lors de la toilette. 37% décrivent des manipulations sexuelles, seuls 16% désignent ce geste par le terme de « masturbation ». 7% des enfants ont été vus touchant le sexe d'autres enfants à l'occasion de jeux et 4% des parents ont déjà pu observer deux enfants allongés l'un sur l'autre leur évoquant un acte sexuel. Aucun parent ne rapportait de contact oro-génital ou de simulation de rapport sexuel. Par ailleurs, 46% évoquent une curiosité pour le corps de la mère et 25% pour le corps d'un frère ou d'une sœur.

Le nombre de comportements rapportés croît avec l'âge, le niveau scolaire et les années d'expériences des parents. Mais, il augmente également avec les pratiques de « co-sleeping », « co-bathing », l'exposition à la nudité au domicile et les occasions d'être témoin de la sexualité parentale (43,57). Dans l'étude précédente (51), 88% des enfants ont déjà eu l'occasion de voir leurs parents nus, 64% les rejoignent régulièrement dans leur lit, surtout parmi les plus jeunes, 13% environ peuvent dormir avec un autre membre de la fratrie. En ce qui concerne les pratiques de « co-bathing », 78% des 3-5 ans contre 33% des 10-12 ans avaient partagé un bain ou une douche, à 90% avec un frère ou une sœur, dans 10% des cas avec un parent.

Il est difficile de faire la part des choses entre une observation fine par des parents renseignés ou ouverts à la sexualité de l'enfant, et une réelle augmentation de ces comportements avec une permissivité, un laxisme voire un encouragement de ceux-ci au domicile. De plus, si les pratiques familiales ont un impact, il est probable que la dimension parlée en ait un également. Or, une étude montre que la simple désignation des parties génitales n'est pas évidente, en effet 14% de parents de garçons contre 44% de parents de filles ne savent dire comment leur enfant désigne son propre sexe et respectivement 65% et 38% ignorent le nom donné au sexe opposé (51). La sexualité est majoritairement abordée par les parents sous l'angle « technique » de la biologie, de la procréation pour les plus jeunes, de

la contraception ou des maladies sexuellement transmissibles pour les « grands », aspect semble-t-il impersonnel donc décevant pour les enfants et adolescents (58). Parler de sensations, de plaisir ou d'affects apparaît éminemment difficile et ce d'autant que ce point de vue n'est pas au premier plan des représentations actuelles de la sexualité.

Enfin, d'autres facteurs tels que des événements de vie stressant (séparation, deuil, famille recomposée) et la situation socio-économique des parents favorisent l'apparition de manifestations sexuelles avec une baisse du niveau de supervision parentale. L'âge chronologique tout comme l'âge développemental psychique et physique sont également à prendre en compte (57).

Dans le tableau suivant sont présentés les comportements les plus fréquemment observés par les parents dans une étude menée chez des filles et garçons n'ayant aucun antécédent ou suspicion d'abus sexuel. Les comportements présents dans plus de 20% des cas sont considérés comme adaptés au développement par l'auteur de cette étude (43,57).

Fréquence	De 2 à 5 ans	De 6 à 9 ans	De 10 à 12 ans
+ de 20%	Toucher son sexe dans l'intimité Toucher les seins des femmes Se tenir trop prêt Tenter de regarder les personnes quand elles sont nues ou déshabillées Toucher son sexe en public (garçons)	Toucher son sexe dans l'intimité Tenter de regarder les personnes quand elles sont nues ou déshabillées	S'intéresser au sexe opposé
De 12 à 17% chez les 2-5 ans De 5 à 14% chez les 6-9 ans De 3 à 15% chez les 10-12 ans	Toucher son sexe en public (filles) S'intéresser au sexe opposé Se masturber avec la main Etreindre des personnes peu connues Montrer son sexe aux adultes S'habiller comme le sexe opposé Etre gêné quand des adultes s'embrassent	Se tenir trop prêt Toucher les seins des femmes Toucher son sexe en public S'intéresser au sexe opposé Avoir des connaissances avancées sur la sexualité Se masturber avec la main Essayer de regarder des photos de nus Parler de l'acte sexuel S'habiller comme le sexe opposé Tenter de regarder du nu à la télévision	Tenter de regarder du nu à la télévision Essayer de regarder des photos de nus Avoir des connaissances avancées sur la sexualité Parler de l'acte sexuel Toucher son sexe dans l'intimité Se tenir trop prêt Tenter de regarder les personnes quand elles sont nues ou déshabillées Etre gêné quand des adultes s'embrassent Se masturber avec la main S'habiller comme le sexe opposé Flirter (filles)

Ainsi, l'apprentissage de l'identité sexuelle débutant vers l'âge de 2 ans, il pousse l'enfant à la curiosité de son propre corps et de celui des autres. Cette curiosité engendre, et ce jusqu'à 6 ans, des comportements d'exhibitionnisme et de voyeurisme. C'est également l'âge de jouer « au papa et à la maman » et au « docteur »(55).

Les distances sociales ne sont pas encore acquises et, entre 2 et 6 ans, les enfants peuvent se toucher, embrasser des amis voire des adultes et des enfants qu'ils connaissent peu ou pas.

Entre 3 et 6 ans, des comportements de séduction apparaissent, ils sont calqués sur ceux des parents, des frères et sœurs aînés, ou ceux qu'ils ont pu apercevoir dans la rue ou à la télévision. Avec le complexe d'Œdipe, l'identification au parent du même sexe et la tentative de séduction de l'autre émergent.

Certains comportements s'estompent donc avec l'âge, ainsi, quand manipuler son sexe dans l'intimité, se tenir trop prêt pour parler, tenter de regarder des personnes nues est présent chez 25 à 60 % des filles et garçons de 2 à 5 ans, ces mêmes comportements ne se retrouvent plus que chez 14 à 40% des garçons et 15 à 21% de filles de 6 à 9 ans, et ne s'observe quasiment plus chez les 10-12 ans.

En pleine période de latence entre 6 et 9 ans, l'intérêt sexuel des enfants et l'égoïsme s'infléchissent et se transforment en activités sociales et intellectuelles.

Les comportements sexuels interpersonnels et l'utilisation des « gros mots » connotés sexuellement sont croissants dans le jeu. Bien que moins fréquents, l'auto-stimulation, le toucher, un certain voyeurisme et exhibitionnisme peuvent persister dans le jeu (55).

A partir de 10 ans, l'intérêt pour le sexe opposé augmente, la connaissance de l'acte sexuel se fait plus précise par la recherche d'informations auprès des adultes, des pairs et par les médias. Ainsi l'intérêt pour la nudité en photos ou à la télévision apparaît (54) et pour certains, la puberté va amorcer les modifications physiques et émotionnelles et changer l'approche de la sexualité. La dimension relationnelle s'inscrit de plus en plus et les intérêts deviennent ceux de futurs adolescents. L'observation de la sexualité est rare avec l'acquisition de la notion d'intimité mais les enquêtes auprès d'adolescents ou d'adultes montrent que les comportements sexuels ne disparaissent pas à la préadolescence.

En ce qui concerne les différences selon le sexe de l'enfant, les études divergent selon les instruments de mesure et le milieu culturel. Certains montrent que les comportements

sexuels sont plus fréquemment observés chez les garçons mais les résultats dépendraient également de la personne remplissant le questionnaire (parents ou personnel de garderie)(48).

D'autres ont mis en évidence une différence non pas tant en terme de fréquence que de nature des comportements. Les filles auraient un intérêt plus marqué pour les jeux mettant en scène les rôles sociaux des deux sexes, pour les démonstrations affectives, la séduction et l'apparence physique. L'utilisation du vocabulaire sexuel, les jeux de toucher, l'exhibitionnisme et l'attrait pour la nudité seraient plus particulièrement l'affaire des garçons et ce, de manière plus prolongée que les filles dans le temps.

Enfin, l'étude de Schoentjes et coll. en Belgique rapportait peu de différence (44).

Devant la variété des comportements présentés, David Finkelhor en 1979 puis Toni C. Johnson en 1998 (45) et d'autres auteurs à la suite (59–61) ont tenté de définir l'activité sexuelle normale :

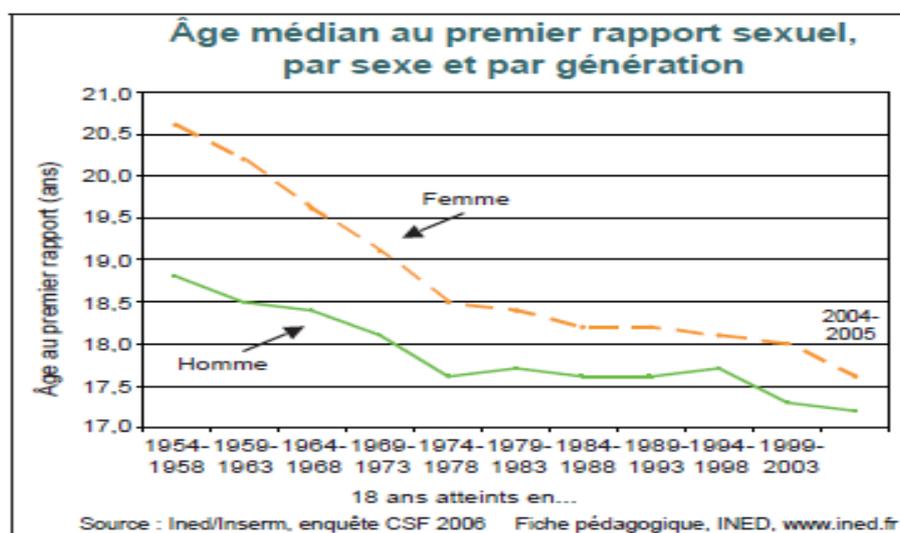
- Elle implique un ou des enfants de même âge, de même taille et au développement identique (David Finkelhor précise un différentiel d'âge inférieur à 5 ans).
- La participation est mutuelle, spontanée. L'activité est ludique, reconnue comme « amusante » par les enfants impliqués. L'aspect interactionnel est au premier plan.
- L'activité ne doit pas être sophistiquée, excessive ou effectuée sous la contrainte
- Elle doit être limitée en durée et en fréquence, associée à d'autres intérêts et une curiosité dans d'autres domaines.
- Elle peut impliquer le fait de regarder, de toucher.
- Elle est réalisée avec de la gêne, parfois un peu de culpabilité, avec curiosité et un désir d'exploration, de partage des connaissances, d'imitation des adolescents ou des adultes voire de légère transgression.
- Les niveaux d'inhibition/désinhibition sont variables au cours du jeu.
- Elle n'apporte pas de satisfaction sexuelle proprement dite, le plaisir érotique peut exister mais n'est pas le but premier
- La recherche d'emprise sur l'autre enfant est absente. Il ne s'agit pas d'un scénario planifié.
- Elle est sensible à l'intervention de l'adulte porteur d'autorité et peut cesser si cela est demandé.

b. Chez l'adolescent

A partir de l'adolescence, les comportements sexuels perdent leur objectif d'apprentissage et de vérifications des théories infantiles de la procréation, de la castration et de la naissance car les connaissances sont suffisamment étayées par les premières expériences, par les sources d'informations parents, camarades, média. Les groupes de jeunes adolescents, d'abord homosociaux, vont peu à peu mélanger filles et garçons. Puis la dimension affective va se mettre au service de la sexualité, l'identité sexuelle est acquise, l'orientation sexuelle va se fixer. Elle se traduit par la recherche d'intimité, de proximité physique, psychique et la recherche de relations duelles.

Il semble que la progression de l'activité sexuelle soit la même chez la plupart des adolescents: s'enlacer, s'embrasser, toucher les seins, les parties génitales dessus puis sous les vêtements, se déshabiller puis les contacts oro-génitaux et le coït(52). L'âge du premier rapport sexuel se stabilise depuis quelques années autour de 17 ans, précisément à 17,6 ans pour les filles et 17,2 ans pour les garçons en 2006 (figure 1). Les actes de pénétration anale sont marginaux (de 7 à 13% de 15 à 17 ans selon les études (26,29,30)). Certains adolescents, très rarement, débutent par cette pratique mais elle résulte souvent d'une précocité d'initiation.

Figure 1 : Source : Fiche pédagogique INED(65).



L'étude de Waylen (52) chez de jeunes adolescents montrent que 17% des 11-12 ans ont déjà embrassé un petit ami. Chez les 12-13 ans, 32% ont échangé des baisers, 12% se sont déjà allongés ensemble et seuls 4,9% ont réalisés des caresses ou des rapports complets. Les garçons sont plus nombreux à avoir pratiqué des actes sexuels et regrettent moins leurs expériences. Entre 12 à 18 ans, les différences d'âge sont plus marquées chez les filles dont le

partenaire est un à trois ans plus âgé, les garçons sont en général du même âge (66) que leur petite amie. La masturbation solitaire est présente chez une majorité d'adolescents des deux sexes, bien que plus fréquente chez les garçons. 25 à 40% des filles et 45 à 90% des garçons disent y avoir recours (31,32).

Dans une étude portant sur des jeunes filles âgées de 12 à 15 ans(69), trois comportements « pivots » sont décrits comme marquant l'entrée dans une sexualité active. Ils sont précédés, vers l'âge de 12-13 ans, de modifications dans la conception de l'abstinence, de l'estime de soi et du sentiment d'être désapprouvée par l'entourage. Ainsi, si environ 60% des 12-15 ans disent avoir embrassé un garçon, 7,4% des 12-13,5 ans se sont laissées caresser les seins contre 28,4% des 13,5-15 ans, 12,3% ont eu un contact mains-sexe avec leur partenaire (35,8% des 13,5-15 ans) et 4,9% ont participé à un acte sexuel complet (7,4% des 13,5-15 ans). Les affects associés sont rarement étudiés. Dans cette même étude (69), un réel désir ou une excitation sexuelle semblent participer peu à ces expériences.

De 1988 à 1995, Gary J. Gates (70) montre que les pratiques sexuelles ont peu changé chez les adolescents de 15 à 19 ans, les rapports sexuels et oro-génitaux survenant avec la même fréquence. En 2008, une étude américaine retrouve des chiffres comparables, garçons et filles confondus. Un peu plus de 50% (43% chez les 15-17 ans) des adolescents ont eu des rapports oro-génitaux, l'incidence augmentant avec l'âge. Lorsque le premier rapport sexuel a eu lieu (pour 36% des 15-17 ans), après 6 mois, 82% y associent des rapports oro-génitaux. Par ailleurs, 23% des jeunes n'ayant pas eu de rapport sexuels vaginaux ont eu des rapports oro-génitaux. Ce phénomène est en augmentation car de plus en plus d'adolescents les considèrent comme n'appartenant pas à la sexualité, permettant de préserver la « virginité » et entraînant moins d'implication affective, sociale et sanitaire (62).

Une étude de 2010 montre que la recherche d'expériences sexuelle est motivée initialement par la curiosité puis par le désir de sécurité, d'intimité et de lien affectif. Chez les garçons, le plaisir physique, la reconnaissance d'une virilité, l'obtention d'un statut, la popularité sont également cités (66). Le premier rapport sexuel survient, dans la majorité des cas, lorsque des conditions complexes sociales, émotionnelles, physiques, biologiques et psychiques sont réunies, donnant le sentiment d'être « prêt ». 26% des garçons âgés de 12 ans déclaraient avoir été « en couple » contre 69% des 18 ans. Chez les plus jeunes, les relations sont plus courtes, débutées par l'intermédiaire d'un pair. Les interactions physiques et l'investissement affectif sont limités. Les relations ont surtout lieu par téléphone, à l'école et dans le groupe de pairs. En vieillissant, le temps passé ensemble ainsi que l'investissement corporel et sexuel est augmentent.

2) Comportement troublés

Les enquêtes menées auprès de professionnels, auprès de populations d'enfants et d'adolescents, avec ou sans antécédents d'abus sexuels et de troubles du comportement, mais également auprès de victimes d'agression sexuelle ont permis de rassembler un certain nombre de critères afin d'identifier les comportements les plus préoccupants. Cependant d'une étude à l'autre, la définition des troubles du comportement sexuel n'est pas exactement identique, limitant en partie leur comparabilité. L'extrême diversité des conduites observées constitue un gradient continu des comportements les plus sains aux comportements les plus violents. Ainsi, si les conduites intrusives et agressives sont généralement reconnues comme nécessitant une intervention éducative, thérapeutique et bien souvent judiciaire, en revanche, dans de nombreuses situations, il n'est pas aisé de trancher entre une exploration appartenant au processus développemental et un comportement délétère. Lorsque plusieurs enfants sont impliqués, la détermination d'un auteur et d'une victime ne doit pas conditionner le soin car dans au moins la moitié des cas, il existe un antécédents d'abus sexuel chez l'enfant ou l'adolescent qui a lui-même agressé(71). Pour d'autres, la confrontation à des images sexuelles ou pornographique au travers des média ou de l'exposition de la sexualité au domicile a pu représenter un équivalent traumatique.

L'évaluation doit donc porter sur un ensemble de facteurs individuels et environnementaux qui seront détaillés dans le chapitre suivant. En ce qui concerne le comportement en question, il est nécessaire d'apprécier sa dynamique et le contexte dans lequel il survient (45,48,49,60,61,72-74).

- Le développement : Chez le ou les protagonistes, il faut connaître l'âge chronologique et déterminer le niveau de développement psychosexuel, cognitif et physique. Il faut rechercher des signes pubertaires. La différence d'âge retenue dans la plupart des études est de 3 à 5 ans pour que le décalage développemental soit suffisamment marqué et que l'implication de deux enfants ne soit pas égalitaire. Mais, elle ne doit pas être le seul critère qui permette de distinguer un jeu d'une agression.
- L'anamnèse : quand les comportements sont-ils apparus, se sont-ils modifiés avec le temps ? Sont-ils de plus en plus fréquents, intenses, intrusifs ? Il faut rechercher une éventuelle corrélation avec des événements de vie particuliers.
- La nature du comportement : Il concerne les parties génitales, les seins, l'anus, les testicules, la bouche et est centré sur le but sexuel. Il ne comporte pas les éléments

habituels d'un jeu. Les comportements les plus rares sont souvent les plus préoccupants. William N. Friedrich a montré que, dans une population d'enfants n'ayant a priori pas d'antécédents d'abus sexuels, ils sont observés par les parents dans moins de 5% des cas(43). Le décalage avec l'âge chronologique et l'utilisation de la contrainte sont aussi des facteurs d'inquiétude.

- *les bizarreries* : ce sont par exemple la stimulation sexuelle, le contact oral ou génital avec des animaux, l'insertion d'objet dans le vagin ou l'anus, la masturbation d'allure génitale avec des objets, l'imitation répétée d'actes sexuels avec des poupées.
 - *Soit par leur décalage avec l'âge chronologique et l'âge développemental* : Les comportements sont essentiellement ceux d'une sexualité génitale mature comme des contacts génitaux ou oro-génitaux entre enfants, tenter d'embrasser en utilisant la langue, solliciter l'adulte sur le plan sexuel, demander à regarder des images explicitement sexuelles à la télé. Cela peut être également la simulation ou le bruitage de l'acte sexuel et le fait d'avoir des connaissances inadaptées pour l'âge. Les comportements apparaissent nettement différents de ceux des enfants du même âge.
 - *Soit par l'utilisation de la contrainte* : Si la force physique a été employée ou si d'autres moyens de pression ont été utilisés comme la menace, le chantage, la corruption ou la manipulation, il faut évaluer leur degré et leur impact.
- Les circonstances : Elles peuvent être le lieu (par exemple : la chambre, la salle de bain), l'heure de la journée (par exemple : au coucher), les enfants étaient-ils dans le même lit ? étaient-ils seuls ? Il faut préciser le statut et les liens des enfants impliqués (famille, voisin, enfant gardé, camarade habituel de jeu) et enfin quel a été le degré d'intimité recherché ou la volonté de se soustraire à l'observation de l'adulte.
- La spontanéité et la réciprocité : Comment et qui a initié l'interaction sexualisée, était-ce au cours d'un jeu ? Un comportement pathologique ne recherche pas la réciprocité ni le consentement de l'autre enfant impliqué. Il peut alors exister un certain degré d'emprise ou de planification de celui-ci.

- Les motivations : Existe-t-il une confusion et la recherche d'une proximité affective par le biais de la sexualité ? L'ennui et la solitude ont-ils poussé au contact avec l'autre enfant ? Certains passages à l'acte apparaissent dénués de plaisir, compulsifs. Pour d'autres enfants ou adolescents qui auraient eu des expériences particulièrement négatives sur le plan relationnel, sexuel et émotionnel, la sexualité est utilisée pour blesser ou se venger.
- Les affects associés : Se trouvent-ils sur un versant plutôt anxieux, dépressif, de honte ou de culpabilité ? Des manifestations de colère sont-elles visibles et à quel moment, avant ou après le passage à l'acte ?
- Ce qu'en disent les enfants impliqués : La verbalisation est-elle possible ? Il faut entendre l'explication qu'en donne l'enfant ou l'adolescent, s'il connaît ses droits et ceux de l'autre en matière sexuelle, les nie-t-il ? Y a-t-il une empathie ou une reconnaissance des conséquences sur l'enfant agressé. L'absence de consentement est-elle détournée en disant par exemple « il n'a pas dit non » ?
- Les conséquences : Les comportements problématiques peuvent entraîner un inconfort, une douleur ou des lésions physiques ainsi que des troubles émotionnels voire un traumatisme psychique chez l'enfant impliqué contre son gré. Ces conduites sont souvent signalées par les pairs qui s'en plaignent et sont accompagnées d'une mauvaise intégration sociale voire un rejet important.
- L'intervention de l'adulte : Quelle a été la réaction des parents ou des garants de l'autorité ? Et quelle a été son effet ? Il faut rechercher les circonstances qui font cesser le comportement ou si celui-ci se poursuit malgré des interventions répétées.
- Degré d'envahissement : Quelle en est la fréquence ? Un comportement anormal restreint les autres pôles d'intérêts, les préoccupations sont centrées sur la sexualité et prennent une place importante au quotidien. Les objets, interactions et relations non sexuels sont très fréquemment détournés et sexualisés.

L'entretien pédopsychiatrique doit s'effectuer de manière bienveillante et non pas policière. Les faits actuels ou récents seront plus facilement accessibles que les actes passés

parfois oubliés ou déniés. Il sera difficile d'interroger un enfant sur des comportements qui remontent à plusieurs mois ou années. Cependant, selon le type de comportement, les circonstances et l'âge de l'enfant, l'oubli, le déni ou l'absence d'empathie ne sont pas obligatoirement de mauvais pronostic.

Ainsi, dans une étude rétrospective auprès de 700 adultes, interrogés sur leurs expériences sexuelles dans l'enfance, Sperry et Gilbert (61) rapportent 14% d'abus sexuels subis entre 0 et 12 ans. 8% de femmes et 4% d'hommes avaient été agressés par un autre enfant (âgé de moins de 12 ans ou dont la différence d'âge était inférieure à 5 ans). Les comportements abusifs les plus fréquents étaient alors soit des attouchements, soit des contacts entre les parties génitales des deux enfants impliqués, soit de devoir regarder l'auteur nu accompagné ou non d'une injonction à se déshabiller.

10% des femmes et 7% des hommes avaient été abusés par un adolescent ou un adulte. Les agressions de ces deux générations étaient considérées comme équivalentes dans cette étude, ce qui peut se discuter, mais, les résultats reflètent probablement les violences commises par des adolescents puisqu'ils représentaient 72% de ce groupe. Les abus perpétrés étaient plus fréquemment intrusifs, il s'agissait d'exhibitionnisme, d'attouchements, de contacts oro-génitaux ou de viol.

Les modalités et motivations du passage à l'acte pour des enfants prépubères et des adolescents diffèrent dans un certain nombre de cas par les potentialités physiques et les remaniements psychiques propres à l'adolescence. Les comportements planifiés, raisonnés et la connaissance des implications de leurs actions sont plus souvent le fait d'adolescents. Le plaisir physique et la satisfaction sexuelle n'y ont pas la même place. Cependant, dans la majorité, si ce n'est dans la totalité des agressions, les formes de sexualité infantile sont présentes.

Pour conclure, Johnson et Gil (45) ont proposé une classification des comportements sexuels selon un continuum du normal au pathologique. Elle correspond également à différents facteurs étiologiques et doit permettre d'orienter la réponse thérapeutique.

- *L'exploration sexuelle normale* : curiosité correspondant à l'âge, jeux autour des corps de chacun avec, par exemple, le jeu « du docteur », exploration des rôles et des attitudes correspondant à chaque sexe.
- *Les comportements sexuels dits réactionnels* : les connaissances sur la sexualité et les rapports sexuels sont en décalage avec l'âge, les comportements ont

essentiellement un aspect génitalisé. Il s'agit de la répétition d'expériences sexuelles inappropriées ou de contenus sexuels auxquels l'enfant a été exposé.

- Les *comportements sexuels envahissants*, ils sont parfois appelés « *hypersexualité* ». Les préoccupations habituelles sont centrées sur la sexualité contrairement aux comportements réactionnels. Les conduites sont celles d'adultes dans leurs formes les plus diverses. Ces enfants utilisent la persuasion sans utiliser la contrainte pour faire participer autrui.
- *Les comportements d'agression sexuelle*. Les actes sont bien au-delà des explorations et des jeux correspondant à l'âge. L'enfant est accaparé par les préoccupations sexuelles. Il existe une agressivité sexuelle et physique avec généralement peu de contrôle de l'impulsivité. Les actes sexuels sont ceux d'adultes, ils utilisent typiquement la force, la manipulation, la menace pour impliquer un pair ou un plus jeune.

C. LES OUTILS D'ÉVALUATION

Afin de standardiser les définitions de comportement sexuel adapté ou problématique et d'améliorer la reproductibilité et la comparabilité inter et intra observateurs, des instruments de mesure ont été développés.

Une échelle d'évaluation comportementale a été créée en 1991 par Achenbach: la Child Behavior Checklist (CSBL) (75). Il s'agit d'un questionnaire destiné aux parents, adapté selon l'âge de l'enfant. Elle recherche de manière large des troubles « externalisés » (trouble des conduites, Trouble : déficit de l'attention/ hyperactivité, agressivité) et « internalisés » (dépression, anxiété, phobie) durant les six derniers mois. La cotation se fait de 0 à 3 selon le degré de vérification du comportement. Seuls quelques items concernent les troubles du comportement sexuel: se toucher les parties génitales en public/ trop se toucher les parties génitales/ trop penser au sexe/avoir des problèmes sexuels.

Sur le même principe, William N. Friedrich, psychiatre américain à la Mayo Clinic, souhaitait distinguer les comportements spécifiques ou plus fréquents en cas d'abus sexuel. Il a donc réalisé une liste de comportements qu'il a ensuite soumis à un échantillon de mères, étaient exclus les enfants victimes de violences physiques ou sexuelles et présentant des perturbations psychologiques. Il a ensuite comparé les mesures à celles d'une population d'enfants ayant subi des abus sexuels ou ayant des troubles psychiatriques (43). Dans la population non pathologique, les résultats montrent une très large palette de comportements y

compris les plus intrusifs mais ce sont également les plus rares. Friedrich montre que l'observation de comportements sexuels est maximale entre 3 et 5 ans avec un pic d'incidence à 5 ans puis une décroissance progressive jusque l'âge de 12 ans. Il existe un second pic plus modeste correspondant à l'apparition de l'intérêt pour le sexe opposé vers l'âge de 11 ans chez les filles et 12 ans chez les garçons.

Friedrich a ainsi développé, depuis 1991, le Child Sexual Behavior Inventory-III (CSBI-III) qui est actuellement l'outil le plus utilisé (43,44,57). Il existe une version française traduite par une équipe québécoise en 1994(76) (voir en annexe 1). Cet outil cherche à mesurer la fréquence de 38 comportements sexuels sains ou problématiques chez des enfants âgés de 2 à 12 ans selon une cotation de type Likert en quatre points (0 = jamais, 1 = pour moins d'une fois par mois, 2= pour une à trois fois par mois et 3 = pour au moins une fois par semaine). Il correspond aux comportements observés dans les 6 derniers mois par les parents. Le CSBI-III comporte trois échelles (55) : 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: les « problèmes de frontières » (non-respect des distances relationnelles et physiques socialement admises), l'exhibitionnisme, les comportements liés à l'identité sexuelle, l'auto-stimulation, l'anxiété sexuelle, l'intérêt pour la sexualité, les comportements sexuels intrusifs, les connaissances sexuelles et, enfin, le voyeurisme.

Le CSBI n'est pas un outil diagnostique mais un score élevé au SASI est évocateur d'un abus sexuel ou de troubles familiaux tels que des abus physiques, des négligences ou une facilité d'accès à des contenus ou des scènes sexuelles au domicile. Un score élevé au DRSB indiquerait un niveau d'activité sexuelle élevée chez l'enfant tout en restant dans des comportements couramment observés et sains. Ils peuvent suggérer l'existence d'évènements de vie stressants dans les 6 mois précédant la passation.

Un score élevé au *CSBI Total Score* indique une fréquence élevée de comportements sexuels au cours des six derniers mois. Les scores peuvent être différenciés selon les normes établies sur trois tranches d'âge (2-5 ans, 6-9 ans et 10-12 ans) et sur le sexe de l'enfant concerné. 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 même auteur a mis au point l'Adolescent Clinical Sexual Behavior Inventory (ACSBI) en 2004(77). Cet outil a, cette fois-ci, été développé à partir d'une population d'adolescents de 12 à 18 ans présentant des troubles émotionnels ou des troubles du comportement considérés à haut risque de TCS ou de mises en danger. Friedrich isole 45 items répartis en cinq sous-échelles pour le repérage des prises de risque, de comportements et d'intérêts sexuels inhabituels et d'une anxiété ou d'un évitement de la sexualité. Il comprend deux questionnaires l'un destiné aux parents, l'autre destiné à l'adolescent (voir ce dernier en annexe 2) car l'accès à la sexualité de l'adolescent par un observateur extérieur est relativement limitée et dans le cas contraire peut être une indication de perturbation. Une nouvelle fois, cet outil ne permet pas de diagnostiquer mais d'alerter sur l'existence d'un abus sexuel.

L'association de l'anamnèse, de l'observation clinique et de l'utilisation de tels supports peut être intéressante pour le repérage des troubles du comportement sexuel et la décision d'intervention des professionnels.

D. LES CLASSIFICATIONS

Lorsque les comportements sexuels remplissent les critères de sévérité décrits précédemment, ils sont considérés comme problématiques. Les classifications internationales DSM, CIM 10 ou la classification française CFTMEA ne donne pas de définition précise ou consensuelle des troubles du comportement sexuel.

Dans la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) dans sa version 2012 et ses correspondances dans la Classification Internationale des Maladies, 10ème révision, sont retrouvés (78):

CFTMEA 2012	CIM 10
7. Troubles des conduites et comportements	F6. Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
7.5 Troubles de l'identité et des conduites sexuelles	F64 Trouble de l'identité sexuelle
7.50 Troubles de l'identité sexuelle 7.500 Troubles de l'identité sexuelle de l'enfance	F64.2 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance

7.501 Troubles de l'identité sexuelle chez l'adolescent	F64.0 Transsexualisme F 64.1 Transvestisme bivalent
7.51 Trouble de la préférence sexuelle	F65.9 Trouble de la préférence sexuelle sans précision
7.52 Manifestations en rapport avec des préoccupations excessives concernant le développement sexuel et son orientation	F66.0 Trouble de la maturation sexuelle
7.58 Autres troubles des conduites sexuelles	F66.8 Autres trouble du développement psychosexuel
7.59 Troubles des conduites sexuelles non spécifié	F66.9 Troubles du développement sexuel, sans précision

Ces catégories font donc référence essentiellement à la nature paraphilique des comportements (entre autres : fétichisme, travestisme, exhibitionnisme, voyeurisme, sadomasochisme et également la pédophilie), l'identité et l'orientation sexuelle. La CIM 10 fait cependant apparaître la dimension développementale des troubles.

Quant au DSM-IV-TR, classification de l'American Psychiatric Association, il ne distingue plus les troubles du comportement sexuel comme une entité clinique à part entière parmi les « troubles habituellement diagnostiqués dans la première, la deuxième enfance ou l'adolescence »(79). Une seule mention en est faite dans le cadre du « trouble des conduites ». Dans le critère A du diagnostic comprenant « l'ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et les règles sociales », est retrouvé « a contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles ». Le critère de répétition et de durée (dans les 6 à 12 derniers mois) et d'association avec de la violence physique, des vols ou de violations graves de règles permet de porter le diagnostic.

Les paraphilies sont également retrouvées, elles ne comportent pas de critère d'âge, en dehors de la pédophilie, où il est précisé que la personne concernée doit avoir au moins 16 ans et une différence d'âge minimale de 5 ans.

Ainsi, un seul épisode ou une apparition transitoire de comportements sexuels inadaptés ne suffisent pas à poser un diagnostic psychiatrique. L'ensemble des études montre la multiplicité des comportements sexuels inadaptés que peut présenter un enfant ou un adolescent, il est rare que des conduites déviantes « spécifiques » telles que des paraphilies puisse être isolées à cet âge.

Eileen Vizard, psychiatre anglaise, a ainsi fait le constat du vide diagnostique pour des enfants et adolescents ayant eu des comportements sexuels agressifs. Elle souligne leur association clinique récurrente avec des troubles du comportement non sexuels, la diversité des actes transgressifs posés par ces jeunes et la forte association avec un trouble des conduites (dans 40% à 90% des cas selon les études(80,81)). Des quotients intellectuels plus bas, des troubles des apprentissages et de l'attachement, des dysfonctionnements familiaux et un climat de violence et déviances sexuelles familiales seraient plus fréquemment associés. Les enfants et adolescents auraient ainsi un risque plus élevé de développer un trouble de personnalité. De plus, 36 à 56% des adultes abuseurs auraient commencé à agresser avant l'âge de 18 ans.

La psychiatre évoque alors une « trajectoire développementale » à l'origine de la persistance de ces comportements et de récurrence tardive (25% des agresseurs récidiveraient dans les 20 ans dont 18% malgré une période de 10 ans sans passage à l'acte)(81). 57% d'enfants à haut risque auraient des troubles du comportement intrusifs persistants. Ces derniers témoigneraient d'un trouble développemental de l'enfance, spécifique, à risque de délinquance sexuelle et non sexuelle à l'âge adulte et non pas seulement un sous-type de comportements antisociaux ou une des manifestations d'un troubles des conduites. Elle propose donc une nouvelle catégorie diagnostique pour le DSM-V le « trouble du comportement sexuel de l'enfance », elle estime cette nomenclature moins stigmatisante, car qualifiant un comportement et non l'enfant en lui-même, et permettant une meilleure orientation de ces jeunes vers des soins adaptés.

La persistance des catégories diagnostiques de troubles du développement psychosexuel dans la CFTMEA 2012 et la CIM 10 semblent corroborer les propos d'Eileen Vizard sur la nécessité d'une précision de ces troubles hors des seules catégories de troubles des conduites et paraphilies. En revanche, les arguments avancés et le caractère pronostique de la notion de « trajectoire développementale », telle qu'exposée dans cet article, interrogent car la limite avec la notion de « carrière délinquante » semble ténue. Cependant, l'auteur ne précise pas les critères retenus et les enfants ou adolescents avec troubles du comportement sexuel auxquels s'adresserait cette nouvelle catégorie.

CAS CLINIQUES : NICOLAS ET LOIC

Nicolas

Nicolas est un enfant de 12 ans 8 mois quand il est admis en urgence en unité d'hospitalisation à temps plein. Il a présenté une crise clastique au domicile.

Il a une sœur aînée de 15 ans. Les parents sont divorcés. Nicolas vit avec sa mère et un week-end sur deux chez son père remarié, il a un demi-frère de 4 ans.

Il est suivi depuis quelques mois en centre médico-psychologique pour avoir mis son sexe dans la bouche d'un petit garçon gardé par sa mère. Aucune plainte n'a été portée par les parents amis de la famille. Des comportements sexuels problématiques semblent se répéter régulièrement à l'école et au domicile du père, toujours sur des plus jeunes mais le dernier a été le plus intrusif.

Les parents décrivent Nicolas comme « manipulateur », il est peu valorisé au sein de la famille. Il semble qu'il ait subi des violences physiques et il décrit également plusieurs épisodes où il aurait été obligé par sa sœur à s'allonger et mimer un acte sexuel. Ces faits auraient cessé après une plainte de Nicolas à son père qui aurait d'abord ri puis serait finalement intervenu auprès de la sœur.

Devant ses nombreux éléments inquiétants, un signalement avait été alors transmis au Procureur de la République et à l'UTPAS de son secteur avec mise en place d'une mesure d'investigation éducative au domicile (IEAD).

Scolarisé en 5ème, le jeune garçon est en difficulté, les résultats sont mauvais, il est signalé pour des comportements inadaptés, beaucoup de mensonges, d'agressivité verbale. Il rapporterait les bêtises des autres camarades ce qui engendre des conflits et bagarres avec ceux-ci. Il a peu d'amis. Il n'a pas d'activité extra-scolaire.

Lors de l'hospitalisation, Nicolas mesure 1m 69 et pèse près de 55 Kg. Il présente des signes d'une puberté déjà fortement engagée.

Il dira qu'il est hospitalisé pour des violences verbales et physiques envers sa mère. Il dit rapporter des propos de sa mère : celle-ci aurait peur de son fils, que celui-ci la frappe et la poignarde en pleine nuit.

L'équipe de pédopsychiatrie soulignera une grande proximité physique et adhésivité à l'autre. Les barrières générationnelles ne sont pas respectées. L'instabilité psychomotrice est

importante avec des moments d'agressivité physique et verbale. Nicolas apparaît très sensible à l'« ambiance » du service. Les relations avec ses pairs semblent être une source d'excitation difficile à contenir tout comme les objets sont souvent détournés de manière sexuelle. Des propos vulgaires sont réguliers et le garçon dit avoir déjà eu des rapports sexuels.

Sans évoquer spontanément ses gestes ou émettre de critique, Nicolas ne les nie pas et dit les commettre impulsivement. Il y aura de nouveau trois passages à l'acte au sein du service d'hospitalisation qui feront l'objet d'un nouveau signalement judiciaire. L'équipe parlera d'un enfant « absent de ses actes ». A un soignant, Nicolas pourra dire qu'il ne comprend pas les règles qu'on lui impose, ne comprend pas pourquoi il n'a pas le droit de « se toucher », même « avec les mains » mais promet de ne plus recommencer. Face au risque d'être confronté à la justice, Nicolas rétorque que de toute façon « ici c'est pire que la prison » « au moins en prison on peut avoir des copains, se toucher ».

L'examen révèle un monde interne envahissant, des scénarios violents sont fréquemment évoqués. Au-delà d'éléments de toute-puissance, apparaît une mésestime de soi sans cependant que des affects dépressifs soient accessibles. Des angoisses corporelles sont présentes ainsi que des troubles d'endormissement. Un épisode sub-déirant congruent à l'humeur avec une logorrhée seront relevés et justifieront la mise place d'un traitement par Risperdal®.

Loïc

Loïc est âgé de 14 ans 8 mois. Il est hospitalisé dans un service de psychiatrie adulte en unité de court et moyen séjour. L'hospitalisation en psychiatrie adulte a été convenue au regard de son poids et de sa taille (il mesure près d'1m75 et 100 Kg) et d'une instabilité psychomotrice jugée trop dangereuse pour un accueil en pédopsychiatrie. Une évaluation psychiatrique a été demandée par un juge des enfants suite à une agression sexuelle sur une fille de sa classe. Il l'aurait forcée à réaliser une fellation.

Loïc présente une déficience intellectuelle, il est scolarisé en IMPro. Il est le fils unique d'une mère, déficiente intellectuelle également et travaillant en ESAT. Elle est sous curatelle. Ils vivent à deux et Loïc ne connaît pas son père, celui-ci a quitté le domicile conjugal lorsque le garçon avait deux ans. La mère fera une allusion aux raisons du départ du père faisant soupçonner un abus sexuel chez son fils.

Un suivi socio-éducatif est en place depuis la grossesse dans le cadre du suivi de la mère. Au domicile, il existe une relative parentalisation de Loïc, capable de faire les courses et les repas. Lui et sa mère sont relativement isolés de leur famille et ont peu de personnes-ressources en dehors du cadre socio-judiciaire.

Loïc est suivi en pédopsychiatrie pour des crises d'agitation au domicile de manière ponctuelle et une instabilité psychomotrice se majorant depuis 2 à 3 ans. Les angoisses de séparation seront au premier plan durant l'hospitalisation et à l'origine d'une désorganisation comportementale avec logorrhée anxieuse. L'équipe du centre médico-psychologique qui le connaît évoque un comportement hypersexualisé, essentiellement d'auto-stimulation depuis plusieurs années mais a priori sans passage à l'acte sur un autre enfant. Ces comportements ne seront pas retrouvés en hospitalisation. Durant son séjour, Loïc ne posera pas de problème de comportement et aucune transgression des règles du service.

En revanche la barrière générationnelle et la distance relationnelle sont difficilement respectées. Il présente une familiarité avec l'adulte. Les difficultés d'interaction avec ses pairs sont avérées. Un climat incestuel est toujours perceptible entre Loïc et sa mère, bien que la prise en charge en pédopsychiatrie ait permis que celle-ci ne dorme plus avec son fils et ne réalise plus sa toilette depuis quelques mois seulement. D'ailleurs l'adhésion aux soins ainsi que la compréhension des troubles et des raisons de l'hospitalisation sont fragiles chez la mère.

Les faits rapportés ont été réalisés sur une camarade de classe du même âge que Loïc, également déficiente intellectuelle. L'adolescent explique que la jeune fille était initialement consentante puis lorsqu'elle a souhaité arrêter l'acte sexuel, Loïc l'aurait retenue de force. Il ne sait pas ce que veut dire le terme « fellation » et semble avoir peu de connaissances en matière de sexualité. Il ne connaît pas de vocabulaire précis. Il n'a pas eu a priori accès à des images pornographiques, comme le laisse penser son geste, hormis des cartes de femme nues vues à l'école.

Lorsque l'on aborde l'agression sexuelle de la jeune fille, Loïc pleure beaucoup, il dit « au début, elle était d'accord ». Il reconnaît son acte. Une ébauche d'empathie pour la victime et de culpabilité apparaît. Cependant, l'élaboration est difficile et la conscience de la transgression sexuelle reste externalisée. Loïc est terrifié à l'idée d'aller en prison et d'être séparé de sa mère.

La déficience intellectuelle et l'anxiété sont au premier plan. Le contact relationnel et le contact à la réalité sont de qualité. Il n'existe pas d'éléments délirants ou hallucinatoires. Un traitement par Tercian® sera introduit à visée anxiolytique.

Devant les similitudes et les divergences de ces deux cas, je me suis questionnée sur les éléments qui avaient pu être déterminants dans un passage à l'acte qui revêtait la même forme mais dont le contexte et les victimes étaient tout à fait différents. La suspicion d'un abus sexuel et l'accès à la pornographie s'étaient rapidement posés mais dans quelle mesure étaient-ils corrélés aux comportements sexuels problématiques ? Quels étaient les facteurs individuels et environnementaux dans cette population d'adolescents ayant transgressé sexuellement ? Quelques clés sont présentées dans le chapitre suivant.

FACTEURS ETIOLOGIQUES

ET ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES

Les enfants et adolescents présentant des troubles du comportement sexuel (TCS) constituent un groupe hétérogène. Les parcours de vie, les circonstances de passage à l'acte, les mécanismes psychopathologiques sous-jacents sont extrêmement divers. D'enfants imitant ce qu'ils ont vu dans les médias, à l'adolescent chez lequel une perversion est en voie de se fixer, en passant par celui qui rejoue son propre traumatisme sexuel, celui que la seule transgression des règles attire de ce côté, ou encore l'adolescent dépressif qui va rechercher une intimité sans risque de rejet chez un plus jeune, ces histoires bien éloignées les unes des autres ne peuvent être comprises au travers d'un modèle causal linéaire et forcément réducteur. Depuis trente ans, de nombreuses études tentent d'identifier les facteurs associés à la survenue et au maintien de ces troubles. Certains semblent plus spécifiques, d'autres sont habituellement retrouvés dans les pathologies de l'agir, aucun n'est nécessaire ni suffisant. C'est la raison pour laquelle les modèles de compréhension actuels intègrent à la fois une constellation de facteurs étiologiques et des approches théoriques complémentaires afin de rendre compte de la singularité de chaque situation rencontrée.

A. FACTEURS DE RISQUE ET ETIOPATHOGENIQUES

1) Facteurs environnementaux

Le milieu familial, premier pourvoyeur de relations et d'apprentissage social est l'aspect le plus étudié des troubles du comportement sexuel. Ainsi, il existerait une concordance de 75% dans une même fratrie. L'odds ratio est de 14,7 si un frère ou une sœur plus âgé présente des TCS(82). Ici, sont décrites les caractéristiques les plus fréquentes des familles dont sont issus les enfants ou adolescents ayant agressé un autre enfant, mais ne sauraient correspondre à l'ensemble des situations. De plus, la découverte de TCS provoque très souvent des remaniements importants qui seront déterminants dans le devenir de ces jeunes.

Les dysfonctionnements familiaux et les événements de vie négatifs sont fréquemment retrouvés dans l'anamnèse (54). Un conflit parental majeur, une séparation ou un décès entraînent le délitement de la cellule familiale, une moindre disponibilité parentale ainsi que

des répercussions de type anxiété et dépression chez l'enfant. L'ennui, la recherche d'un réconfort, le désir d'attirer l'attention, apparaissant dans ces conditions, peuvent conduire à des TCS.

Le niveau socio-économique ne semble pas participer mais les études sont contradictoires. Des revenus faibles ont été corrélés au comportement sexuel (83) cependant des facteurs confondant, comme la promiscuité, l'absence de supervision parentale, le recours au voisinage pour la garde, existent. L'apparition précoce dans l'enfance et la persistance des difficultés sociales augmentent encore le risque de TCS (84). Le fait de vivre dans des lieux de violence communautaire sont corrélés à un devenir péjoratif non spécifique aux TCS, le risque de subir ou de perpétrer un abus est alors identique (84).

Chez les enfants placés en institution ou en famille d'accueil, les comportements sexualisés sont plus fréquents que dans la population générale et le pourcentage augmente encore si le placement est tardif (82). Cependant, il est difficile de distinguer l'impact propre de celui-ci lié à la rupture des liens ou les raisons qui ont amené à placer l'enfant telles que des TCS préexistants au domicile, des négligences ou abus intrafamiliaux. Les contacts maintenus avec les familles d'origine seraient par ailleurs un facteur de persistance des troubles(85).

L'existence de troubles psychopathologiques parentaux tels que des troubles anxio-dépressifs, des antécédents d'abus sexuel ou de maltraitance, un syndrome de stress posttraumatique ainsi que la consommation de substances contribuent à un climat d'abandon des fonctions parentales et de distorsions des relations intrafamiliales avec parfois une transmission intergénérationnelle de la violence sexuelle (45). Ainsi, dans une étude américaine (80), 90% des 6-9 ans et 79 % des 10-12 ans ayant des TCS ont été témoins de violence, 35% des familles ont connu une arrestation, 45% des familles comprennent un membre ayant perpétre une agression sexuelle. Dans ces familles, la parentalité est malade. La distance affective est grande, les carences marquées et conjuguées à l'absence de guidance en ce qui concerne la sexualité. Ces enfants et adolescents n'ont pas connaissance des moyens de se protéger des abus, les interdictions fondamentales sont difficilement énoncées voire il existe une incitation implicite à les transgresser.

Par ailleurs, des méthodes éducatives coercitives et le rejet parental contribuent de manière non spécifique à banaliser la violence psychique, physique et les comportements intrusifs. Ainsi, certains parents décrivent leur enfant comme ingrat, peu valorisant, en demande d'attention avec lesquels ils entrent régulièrement en conflit. Ces pères ou ces

mères, paradoxalement, dénie ou se défend des difficultés rencontrées, de la colère ou de l'anxiété qu'ils éprouvent et se sentent peu aidés par les services sociaux (80). Le soutien parental est pourtant un facteur protecteur, les garçons abusés sexuellement accompagnés par leur famille ont autant de risques que les garçons non abusés de développer des TCS mais, la plupart du temps, ils sont issus de familles maltraitantes qui potentialisent plutôt qu'elles n'apaisent le risque de survenue de ces troubles (80).

Enfin, les configurations familiales où les frontières générationnelles et l'intimité ne sont pas respectées augmentent l'excitabilité et les attitudes transgressives. Il en va de même dans les familles où la sexualité parentale et la nudité s'exposent plus, où l'accès à des contenus érotiques ou pornographiques est facilité, non contrôlé, parfois même encouragé ou partagé (84). La dynamique familiale a une importance particulière car l'adolescence remet en jeu les liens aux figures parentales et réactualisent les fantasmes incestueux. L'environnement familial est alors primordial dans la construction de la sexualité, dans la dérivaison des pulsions interdites et que l'adolescent puisse s'en dégager à la puberté. Un climat incestuel et évidemment incestueux est facteur de transgression sexuelle car celle-ci s'inscrit en droite ligne des liens qui se jouent en intrafamilial et transgénérationnel (86).

2) Maltraitance et antécédents d'abus sexuel

La violence intrafamiliale et en particulier la maltraitance de l'enfant sont un facteur de risque de TCS(54). Cependant l'impact exact selon le type de maltraitance, l'âge de survenue et sa durée sont mal connus(84). Les abus physiques et sexuels ont un effet marqué chez les petits, l'effraction corporelle majeure et précoce que représente le traumatisme sera alors rejouée au travers de comportements intrusifs et contraignants vis-à-vis d'autres enfants (83). Les négligences et les violences psychiques prédiraient surtout la survenue de TCS chez les plus âgés mais cela peut être également dû à un repérage tardif des situations. Dans une étude portant sur 127 enfants de 6 à 12 ans et présentant des TCS : 84% avaient été victimes d'abus sexuel, 48% d'une maltraitance physique, 33% de violences psychiques, 11% de négligences. 53% avaient subi la combinaison d'agressions physiques et sexuelles(80).

Plus particulièrement concernant l'impact d'un traumatisme sexuel, 65 à 100% des enfants qui ont commis des violences sexuelles sur un autre, avant 12 ans, ont été abusés eux-mêmes, chez les adolescents, ils sont 50 à 65% (71). Plus l'enfant a été abusé jeune plus le risque de troubles du comportement est grand car la rupture développementale intervenant précocement entraîne de mauvais ajustements relationnels et comportementaux (84). 28% des

enfants ayant subi des abus sexuels présenteraient des TCS, la fréquence d'apparition de ceux-ci diminuerait en début d'adolescence pour réaugmenter en fin d'adolescence (80).

Ainsi, la maltraitance sexuelle multiplie par quatre le risque de troubles psychiatriques. Le syndrome de stress post-traumatique est le symptôme le plus fréquent chez les enfants abusés. Le risque de troubles du comportement non sexuel et de délinquance est également augmenté. Une étude américaine citée par l'article de Gray et coll. (80) montre que l'odds Ratio est de 4,7 pour qu'un enfant ayant subi un abus sexuel soit arrêté à l'âge adulte pour crime sexuel, en revanche cet Odds Ratio est de 4,1 pour un enfant sans antécédent de violences sexuelles mais aux antécédents de maltraitance physique. Ces résultats suggèrent une corrélation entre risque de criminalité sexuelle et exposition à un traumatisme et non pas à l'abus sexuel en particulier. Les filles sont fréquemment agressées et ce dans le milieu intrafamilial, les garçons rencontrent des traumatismes plus sévères, perpétrés en dehors du cadre familial (87, 88).

Par ailleurs, certaines caractéristiques de l'abus favorise l'apparition des TCS, notamment les plus violents : la gravité (avec ou sans pénétration), la durée, la fréquence, l'âge de la victime, la force utilisée, les violences physiques associées, le nombre d'agresseurs, la différence d'âge, la relation à l'agresseur (père, beau-père), le contexte familial ou environnemental (71)(83) (84). Si la responsabilité est imputée légitimement par l'enfant à son agresseur, le risque de TCS est moins important. En revanche, si elle est attribuée à soi des troubles de type masturbation compulsive ou troubles du désir à l'âge adulte pourront apparaître. Enfin, si l'attribution de la responsabilité est ambivalente les troubles du comportement seront plus fréquemment interpersonnels (hypersexualité, agression).

Le soutien et la réponse parentale à la révélation de l'abus sexuel sont déterminants dans le devenir des TCS, notamment le soutien maternel, souvent absent quand l'accusation porte sur le conjoint, père ou beau-père. Ceci est d'autant plus vrai chez l'enfant jeune car les plus âgés peuvent trouver d'autres personnes ressources parmi les pairs et les adultes hors membres de la famille (14). L'inconfort, le trouble, la réaction émotionnelle forte des parents ont un impact délétère sur l'apparition de troubles du comportement sexuel notamment quand l'enfant porte la culpabilité des actes (84). Le bon fonctionnement familial, sa stabilité, la capacité parentale à résoudre les problèmes, une forte relation parents-enfants et un environnement non sexualisé préservent de l'apparition de TCS.

D'un point de vue psychopathologique, l'abus sexuel est responsable d'une effraction corporelle, d'une altération du rapport au corps. Corps dont le sujet est en partie dépossédé. Le passage à l'acte sexuel violent peut être une tentative de maîtrise et de réintégration des limites corporelles au détriment de l'autre, dans un mouvement de réaffirmation d'une différence, d'une intimité et d'une subjectivité.

Selon Hélène Marie-Grimaldi(89), le traumatisme provoquerait clivage et fragmentation du psychisme, formant des « enclaves psychotiques » susceptibles de faire retour sous la forme de rêves, symptômes et hallucinations. Ils sont dus à l'impossibilité de symbolisation de la scène traumatique, trop éloignée du niveau développemental de l'enfant victime pour être métabolisée. Ce risque psychotique existerait particulièrement dans le cas de l'inceste et chez les très jeunes enfants où le parent, censé être un « autre constituant », empêche l'accès à l'altérité. Sándor Ferenczi parle d' « identification à l'agresseur » lorsque l'enfant a une réaction « d'identification et d'introjection de celui qui le menace ou l'agresse », Hélène Marie-Grimaldi va plus loin en évoquant une « identité primaire » dans laquelle la construction corporelle et mentale va être profondément modifiée par le traumatisme. La répétition à visée « traumatolytique » de l'abus chercherait à liquider et maîtriser les éléments traumatiques alors rendus accessibles par la réactualisation de cette scène à travers le passage à l'acte. L'agir violent tendrait à reconstituer l'accès à l'autre à travers la victime. En sollicitant l'intervention d'un tiers, il aiderait à inscrire enfin le traumatisme dans le langage et donc dans le symbolique, sauvegardant le psychisme de la menace d'effondrement et d'engloutissement psychotique.

Hershkowitz et coll. montrent que des antécédents d'abus retentissent sur la sévérité des violences sexuelles perpétrées (87). Elles sont répétitives, font donc souvent plusieurs victimes et sont plus intrusives, notamment quand les enfants ou adolescents auteurs auraient également subi une maltraitance physique. Ces derniers agissent la plupart de temps seuls, sur des enfants ayant une différence d'âge supérieure à deux ans, membres de la fratrie ou au contraire, inconnus. Ceux qui abusent des plus jeunes enfants seraient aussi ceux ayant des vulnérabilités individuelles telles qu'une faible estime de soi, un isolement social, des affects dépressifs, recherchant ainsi une relation intime sans risque de rejet ou de ridicule qu'ils rencontrent dans les relations avec les pairs.

3) Sexualité, média et pornographie

En moyenne, environ 30% des garçons qui passent à l'acte sexuellement n'ont pas été victimes d'abus. Une des pistes expliquant la survenue des TCS est celle d'un accès à une sexualité intrafamiliale, parentale ou à des scènes érotiques ou pornographiques (4).

Des données scientifiques ont montré un lien entre scènes de violence dans les médias et tendance à l'agression chez l'enfant. Albert Bandura, comportementaliste américain, aurait montré dès 1963, la possibilité d'un apprentissage vicariant par imitation à partir de modèles symboliques tels que les images télévisées. Dans les années 1970, des voix se sont élevées contre la violence à la télévision et au cinéma, certains affirment que, par la suite, une partie de cette surexposition a été concédée à la sexualité. Ainsi, aux Etats-Unis, il y aurait actuellement 8 scènes par heure évoquant l'acte sexuel, leur nombre a doublé depuis 1976(90). Bien que pour la sexualité ce phénomène soit moins étudié, il est à supposer que l'apprentissage vicariant à partir des comportements sexuels télévisés soit tout aussi opérant que pour la violence physique (91). Une autre étude montre que ce ne serait pas tant le temps passé devant la télévision et le fait d'entendre parler de sexualité en soi qui seraient délétères, mais, le contenu et les stéréotypes de masculinité et de féminité qui y sont entretenus. Ceci devrait amener les programmeurs non pas à supprimer purement et simplement les émissions abordant ou montrant de la sexualité mais surtout à repenser les sujets abordés et la façon dont ils sont traités (92).

La surexposition médiatique et quotidienne de la sexualité se fait au travers des publicités télévisuelles, des émissions de télé-réalité, de radio. Les incitations à la consommation sexuelle se multiplient au travers de la pornographie, des magazines, des jeux vidéo au point que Didier Lauru et Laurent Delpierre évoquent, dans leur livre *La sexualité des enfants n'est pas l'affaire des grands*, un « bain sexuel permanent » équivalent d'un « abus sexuel psychique »(93). Un contraste est notable entre l'exposition de la sexualité, de la nudité et une grande difficulté à parler de l'intimité entre parents et enfants dans les sociétés occidentales actuelles. Beaucoup de jeunes citent d'ailleurs la télévision comme source d'information en ce qui concerne le vocabulaire, les rapports sexuels, la grossesse ou la naissance(90). Le niveau de contrôle parental pour les formes traditionnelles des médias est faible (télévision, film, magazines, musique) et se réduit encore pour les nouvelles formes d'accès à la pornographie (jeux vidéo, Web, Smartphone) dont l'intérêt réside beaucoup dans leur interactivité et leur fort potentiel d'excitabilité.

Jean-Yves Hayez, pédopsychiatre belge, a également observé et mené une réflexion sur la place d'internet chez les adolescents et préadolescent (94). Pour le plus grand nombre, l'utilisation de l'ordinateur ne dépassera pas ou exceptionnellement un seuil toxique, pour une minorité il sera régulièrement et volontairement franchi. Dans ce dernier cas, des facteurs environnementaux et une fragilité psychique sont quasiment toujours associés.

Les pratiques habituelles, dans cette population, sont les échanges d'informations sur l'anatomie, le plaisir, la pratique. La consommation de pornographie est plutôt le fait des plus jeunes adolescents, dont le goût de l'interdit répond à l'intensité nouvelle de l'excitation sexuelle avec l'arrivée de la puberté. La consommation aurait tendance à baisser chez les adolescents les plus âgés(95). De nouvelles pratiques de « cybersexe » voient le jour, et pas seulement chez les adultes, allant de l'échange d'images et de conversations sexuelles à des vidéos, enregistrements ou l'utilisation de la webcam. Il serait pratiqué par 20 à 30% de grands enfants et d'adolescents mais seuls 1 à 2% de manière répétitive. Ces pratiques sont pathologiques si elles deviennent centrales dans la vie du jeune et conditionnent l'accès à une satisfaction sexuelle. Elles sont d'emblée inquiétantes quand elles mènent à des conduites délictuelles voire criminelles (circulation d'images de tiers avec chantage, contenus pédophiliques, viol filmé).

Ces technologies ne font que remplacer, au fond, les sources d'information du passé mais leur rapidité, la quantité et la diversité des données auxquelles ont accès les adolescents modifient considérablement les pratiques. La pseudo-virtualité de cette sexualité donne l'impression à certains qu'il ne s'agit pas réellement de sexe et donc qu'une expérimentation sans limite est possible. Elle s'incarne pourtant bien dans la réalité de la chambre où l'adolescent se filme ou dans l'école où vont circuler les images et dans la souffrance engendrée par leur diffusion sur le web quasi impossible à stopper.

D'autre part, des pratiques assez rares pour l'âge comme le sexe anal ou perverses peuvent être banalisées et certains cherchent à les transposer hors du champ d'internet. Jean-Yves Hayez parle de « cyberfixation » pour désigner certains aspects déviants qui prendront une place artificielle ou précoce dans le psychisme de l'adolescent du fait de la répétition et de la banalisation voire l'encouragement de ceux-ci via le net.

En général, les motivations à la consommation de pornographie sont variées et transitoires (96), elles vont de la curiosité à une réelle excitation et satisfaction sexuelle en passant par le plaisir de la désobéissance, le défi lancé aux pairs et aux adultes. Pour les moins expérimentés ou pour des adolescents vivant des transformations physiques auxquelles ils ne

sont pas prêts, les effets de la confrontation à ces images peuvent être traumatiques. Ils sont alors de l'ordre d'angoisses, de troubles du sommeil, de reviviscence des scènes traumatiques ou de troubles du comportement sexuel tels qu'une masturbation compulsive, des vérifications anxieuses sur soi voire de passages à l'acte abusif sur un autre enfant. Par ailleurs, ces scènes peuvent être perçues comme une invitation à reproduire ce qui a été vu, que ce soit avec des pairs consentants ou parfois avec des plus jeunes sous la contrainte ou la menace, en particulier si l'éducation et l'environnement sont permissifs et sexualisés. Dans la majorité des cas, l'intérêt de la pornographie est perdu à la suite de transgressions passagères, et l'adolescent n'y reviendra pas ou occasionnellement.

La pornographie en soit ne suffirait pas mais « désinhiberait » parfois des personnalités peu structurées, peu contenues. La forme addictive de consommation de la pornographie entraîne un isolement social, une solitude affective et la restriction des autres domaines d'intérêts. La part d'une fragilité psychique de base (anxiété, phobie sociale, dépression) ou du caractère réellement addictif de ces images est difficile à établir. Pour d'autres, un ancrage de fantaisies perverses et particulièrement pédophiliques est possible. De telles images sont d'une accessibilité déconcertante au regard de la loi. On se prend à imaginer que si des adolescents particulièrement fragiles ou chez lesquels des intérêts pervers étaient émergents ou transitoires n'avaient pas rencontré ce type d'images aussi facilement et de manière répétée, de tels aménagements ne se seraient peut-être pas fixés.

Même en l'absence de traumatisme ou de facilitation pathogénique, ces images pornographiques auront cependant contribué à banaliser une sexualité instinctuelle où la dimension relationnelle est absente, où les modes infantiles de satisfaction sont potentialisés par la maturité physique et ne rencontrent donc pas d'entrave. Les valeurs mises en scène y sont toujours plus en décalage avec les valeurs parentales si tant est que certaines aient été transmises.

En ce qui concerne les autres médias, une étude a montré que 25 minutes par jour de jeux vidéo, à contenu explicite où le stéréotype de femme-objet était présent, majoraient à court terme la fréquence des pensées sexuelles et la tendance à s'engager dans des conduites inappropriées(97). Certains jeux spécifiquement pornographiques dits « hentai » en japonais, incitent à s'engager dans un maximum de relations sexuelles avec ou sans consentement, par exemple à simuler des viols tel celui au nom évocateur de « Rapelay » qui a été interdit en 2009. De manière plus ou moins anecdotique, une étude anglo-saxonne a mis en évidence l'augmentation du nombre d'actes sexuels non génitaux et la précocité de l'entrée dans la sexualité chez des adolescents de 12 à 17 ans écoutant de la musique et regardant des clips

montrant des comportements sexuels dégradants (98). Certains auteurs évoquent également les mangas et différents modèles de littérature destinée à la population adolescente dont les contenus entretiendraient les stéréotypes de genres ainsi qu'une représentation faussée de l'âge d'entrée dans la sexualité et de la fréquence des rapports entre adolescents. Ces expériences vérifieraient ainsi l'approche des « scripts sexuels » de Gagnon et Simon dans laquelle les scénarios prescrits par l'environnement culturel soit, par exemple, les messages contenus dans les différents médias, modifieraient les conduites sexuelles au niveau du groupe social cible(22).

4) Facteurs individuels

a. Age et sexe

Quel que soit l'âge de l'enfant ou de l'adolescent qui pose un acte de violence sexuelle, il semble que celui-ci puisse être aussi délétère sur la victime que s'il avait été perpétré par un adulte, hormis les cas d'inceste par un ascendant dont les conséquences sont tout à fait particulières. La perception par la victime de l'intrusion serait identique avec, à distance, l'apparition de symptômes dépressifs, d'un syndrome de stress post-traumatique et de comportements sexualisés. Pourtant, les révélations sont moins fréquentes car la victime anticiperait plus une réaction parentale négative, une punition ou la banalisation des faits (61).

Les enfants de moins de 6 ans présentant des manifestations hypersexualisées ont quasi tous été victimes d'abus sexuels. Ils ne perçoivent pas le caractère inapproprié de leurs comportements qui sont plus souvent bruyants, anarchiques et rapidement repérés. Ils peuvent être particulièrement intrusifs avec l'introduction d'objet dans l'anus ou le vagin du fait de l'immaturation et de la précocité des abus subis. Les comportements préoccupants chez les plus jeunes ne comprennent pas au premier plan la recherche de satisfaction sexuelle. La distinction entre contact physique, soins et relation affective peut être floue quand ils ont été exposés à la sexualité adulte ou à un abus sexuel. Une recherche d'attention, une quête affective ou des angoisses à maîtriser sont les motifs les plus fréquemment retrouvés.

Puis, avec l'âge, les comportements sexuels se complexifient sur la forme et les circonstances de survenue. Les actes les plus violents perpétrés avec menace ou force et dirigés contre des sujets non consentants restent réservés aux adolescents dans des problématiques psychopathologiques déjà installées.

Les études considèrent le seuil de poussée pubertaire comme celui à partir duquel d'une part la dynamique du passage à l'acte est modifiée par les transformations affectives et

physiques, d'autre part, le développement cognitif ainsi que le niveau d'apprentissage social doivent permettre des capacités de discernement et de représentation des interdits fondamentaux (45). Il faut noter que certains travaux retiennent un âge chronologique indicatif, généralement 12 ans, âge moyen de la puberté mais le sens et les motivations de l'acte peuvent être tout à fait différents pour un enfant en phase de latence et un autre vivant les bouleversements de l'adolescence. Le niveau développemental physique et psychoaffectif est primordial dans l'évaluation des troubles.

Ainsi, une étude basée sur des faits rapportés par des adolescents montre que ceux ayant abusés sexuellement uniquement avant l'âge de 12 ans réalisent des passages à l'acte moins nombreux et moins complexes, cependant des viols peuvent être également retrouvés. Si la violence a débuté avant l'âge de 12 ans et persiste après, les violences avec pénétration sont plus fréquentes et les agressions plus complexes associant exhibition, attouchements puis viol. 45% de ces adolescents disent avoir débuté avant l'âge de 12 ans et avoir présenté des TCS sans violence dans l'enfance(71).

Par ailleurs, les enfants avec TCS auraient des présentations plus diversifiées que les adolescents. Ils présenteraient moins de profils démographiques, psychologiques ou sociaux particuliers(72). Le ratio filles/garçons est plus équilibré voire supérieur en faveur des filles. La majorité de ces filles a été abusée sexuellement et développe un syndrome de stress posttraumatique. Celles-ci développent préférentiellement des TCS réactionnels de type hypersexualisation, provocation, flirt inapproprié, une masturbation compulsive voire des attouchements sans violence.

Chez les adolescents, la prédominance est nettement masculine notamment dans les statistiques judiciaires où plus de 98% des mis en cause sont des garçons (84,99). Il existe peu de données sur ce déséquilibre. L'augmentation de la testostérone à l'adolescence jouerait sur l'impulsivité et le désir sexuel mais son rôle n'a pas été déterminé comme chez l'adulte et les thérapies antiandrogéniques ne sont pas utilisées. Une augmentation des taux de DHEA, hormone impliquée entre autres dans l'adrénarchie et l'apparition des caractères sexuels secondaires, aurait été retrouvée mais de manière non spécifique dans les troubles du comportement (100). D'autres facteurs sont envisagés comme les stéréotypes sociaux de l'hypermasculinité et d'une sexualité virilisante. De plus, socialement, les TCS chez les garçons sont plus souvent signalés et moins tolérés que chez les filles(84).

Enfin, en ce qui concerne les victimes, les adolescents âgés de 12 à 17 ans agressent principalement (58,5%) les enfants de moins de 12 ans de sexe féminin. Dans plus d'un tiers

des cas elles appartiennent à la fratrie. Dans 43,3% ce sont des camarades, des cousins, des voisins, 15,4% agressent des enfants qu'ils gardent, seuls 1,4% abusent un enfant inconnu. Les jeunes prépubères se tournent plutôt vers un camarade habituel de jeu ou un enfant gardé au domicile par la mère. Contrairement à l'adulte, l'agression est souvent déterminée par les circonstances, elle est réalisée de manière impulsive. Certains peuvent malgré tout élaborer des scénarios et anticiper l'acte mais ce sont en général le fait d'adolescents(61).

Quand un enfant de moins de 12 ans est agressé, dans deux tiers des cas environ la force n'a pas été utilisée. Les grands enfants et les adolescents, ayant peu de différence d'âge avec leur victime, se servent préférentiellement de la contrainte car la séduction ou la manipulation ne sont plus efficaces (101). Et, si la première agression a été commise en bas âge ou s'il existe un antécédent personnel d'abus sexuel le recours à la force est plus fréquent (102).

b. Comorbidités psychiatriques

D'un point de vue clinique, les manifestations sexuelles sont rarement isolées. Qu'il s'agisse de troubles du comportement autre que sexuels, de troubles affectifs et émotionnels, elles font en général partie d'une constellation symptomatique.

Dans l'étude de Gray et coll.(80), 96,8% des enfants avec TCS avaient un diagnostic psychiatrique référencé au DSM, 74% plus de deux diagnostics psychiatriques. Dans 89% des cas, il s'agit du diagnostic de trouble des conduites, 32% associaient troubles des conduites et trouble : déficit de l'attention/hyperactivité. Le trouble oppositionnel avec provocation est également régulièrement retrouvé (54).

Ces proportions élevées reflètent d'une part l'hétérogénéité des enfants avec TCS et d'autre par une faillibilité de cette classification à discriminer de manière informative leurs diverses présentations.

De plus, les facteurs de risque identifiés dans la survenue des troubles du comportement « généralistes » présentent plus de points communs que de divergences avec ceux identifiés dans l'agressivité sexuelle (103). Violence non sexuelle et violence sexuelle seraient-elles fondamentalement de même nature ? Souvent, le terme « sexuel » est entendu dans le sens « génital », or par définition chez les enfants et les adolescents présentant des TCS, la génitalisation est justement en échec. Il faut entendre alors « sexuel » au sens où le conçoit Freud à savoir l'ensemble des processus et activités participant à la construction du sujet, à relation à l'autre et bien sûr à l'activité génitale. Il entre souvent plus de « sexuel »

dans les troubles du comportement en général que de « génital » dans les troubles du comportement sexuel. Les facteurs qui apparaissent plus spécifiques à la survenue d'agressions sexuelles, tels que des antécédents d'abus ou l'exposition à une sexualité adulte, influenceraient non pas tant une nature spécifique qu'une voie d'expression particulière de cette violence.

D'un autre point de vue, dans une étude (104) portant sur des enfants de 5 à 18 ans présentant divers troubles mentaux de type : troubles du comportement, troubles de l'humeur, anxiété, syndrome de stress posttraumatique, addiction ou psychose, 41% présentaient des comportements sexuels inappropriés dont 16% avec contact sexuel direct et agressivité.

Parmi les 41% avec TCS, 82% avaient subi un abus sexuel contre 36% des enfants avec troubles psychiatriques sans TCS. Ce groupe comportait le taux le plus bas de troubles de l'humeur, troubles anxieux et passage à l'acte suicidaire (25 à 33%) marquant, chez les enfants avec TCS, la primauté des troubles à expression comportementale avec un défaut d'accès à l'empathie, à la culpabilité et à la position dépressive (104). En revanche, le syndrome de stress post-traumatique était fréquemment associé (83) (104).

La consommation d'alcool et de toxiques régulière ou uniquement à visée désinhibitrice est également associée aux passages à l'acte sexuels(101).

Pendant longtemps les enfants et adolescents avec déficience mentale ont été considérés comme asexués. Or, celle-ci entraîne des troubles des interactions sociales et un retard de développement psychoaffectif, tous deux facteurs de transgressions sexuelles. L'auto-stimulation est fréquemment observée mais il arrive que des passages à l'acte agressif se tournent vers des plus jeunes. Même si des conduites perverses sont possibles et selon le degré de déficience, les actes sont généralement réalisés avec impulsivité, absence de prise en compte du contexte et du risque d'être surpris.(105)

Les institutions de placement ou l'hospitalisation psychiatrique sont des lieux à risque de survenue de TCS. Tout d'abord parce que les populations accueillies sont déjà fragilisées : 16 à 48% des enfants hospitalisés en psychiatrie ont subi un abus sexuel. Les troubles psychiatriques présentés s'associent très souvent à des fragilités narcissiques et des questionnements sur l'orientation, l'identité sexuelles et l'image corporelle. Les conditions de vie en collectivité sont également défavorables car chaotiques, manquant de supervision éducative de proximité (106). La promiscuité, les chambres à plusieurs, le partage d'informations personnelles avec le personnel soignant, éducatif, même si la confidentialité

est respectée, ou avec d'autres patients modifient la notion d'intimité et faciliteraient, pour certains jeunes, le passage à l'acte.

En institution, les comportements intrusifs surviennent régulièrement mais, le problème d'une intervention juste se pose face à des comportements sexuels, habituels chez des adolescents en population générale, et devenant, par définition, inappropriés en hospitalisation, alors même qu'ils seraient passés inaperçus dans le milieu d'origine. Ainsi, 80% des membres d'équipes soignantes interrogés disent qu'ils rencontrent des comportements sexuels problématiques au moins une fois par semaine. 43% pour des soignants travaillant avec des enfants et 35% travaillant avec des adolescents rencontrent des problèmes quotidiennement(106). Dans cette étude, le personnel le plus souvent en contact avec les jeunes était aussi le moins formé à ces questions.

B. MODELES THEORIQUES DE COMPREHENSION

1) Théorie de l'attachement

et approche cognitive (107–109)

John Bowlby a montré que la proximité puis la simple disponibilité de la mère dans l'enfance sont primordiales et permettent un attachement « sécure ». Les figures d'attachement secondaires jouent également un rôle dans ce processus, il semble que la figure du père soit déterminante dans l'apparition de la délinquance.

Dans des conditions défavorables à savoir des compétences parentales faibles avec un défaut d'investissement de l'enfant voire un rejet ou de la maltraitance et un cadre éducatif défaillant, l'attachement devient « insécure ».

Marie Ainsworth en décrit deux sortes : Il est « évitant » lorsque les parents sont distants et peu fiables, la mère ne répondant pas aux signaux qui lui sont adressés. Ces enfants ou adolescents ne supportent pas le contact physique et leurs capacités d'expression affective et émotionnelle sont réduites. L'attachement est insécure « ambivalent » lorsque les parents sont peu soutenant, répondants de manière inconstante aux besoins de l'enfant ou uniquement lorsque les signaux sont particulièrement intenses. La maltraitance peut amener ces deux modalités d'attachement insécure.

Un troisième mode d'attachement insécure est dit « désorganisé », il est observé surtout chez les enfants ayant subi de graves négligences, des abus et dont l'environnement est chaotique.

Ce sont des parents incapables d'une continuité relationnelle, sources à la fois de réconfort et de peines, alternant des positions menaçantes, effrayantes ou très relativement rassurantes et ce, de manière imprévisible. Dans le trop ou le trop peu, ils sont incapables de répondre de manière adaptée aux besoins de l'enfant. Ils sont à l'origine d'angoisses de mort, d'abandon, de désintégration et de désorganisation internes, expérimentées de manière répétée. Les conflits parents-adolescents nombreux et violents dans ces familles témoignent de la pauvreté des liens d'attachement.

La transition de l'attachement parents-enfant aux relations avec les pairs dépend des diverses expériences vécues tout au long de l'enfance et de l'adolescence. La qualité des liens éprouvée permettra par la suite à l'adulte d'établir une intimité avec un partenaire. Jusqu'à l'adolescence, l'enfant cherche à tout prix à maintenir le lien avec son parent que celui-ci soit « sécuritaire » ou « insécuritaire ». En revanche, l'adolescent cherche à étirer ce lien et s'autonomiser pour ouvrir toujours plus son périmètre d'exploration et de rencontres. Ces mouvements peuvent être vécus comme menaçants par un parent défaillant, qui alors, ne les accompagnera pas voire s'y opposera.

Des liens d'attachement inséculaires et/ou une résistance à l'autonomisation rendent difficile l'établissement de relations hors du cadre familial. L'adolescent insécuritaire manquera de compétences et de confiance en lui pour chercher et maintenir des relations avec les pairs, particulièrement avec le sexe opposé. Chez le garçon, le processus est d'autant plus complexe que la figure d'attachement primaire est très fréquemment la mère. L'anxiété, qui y est associée, tout comme la faible estime de soi, les faibles capacités d'empathie, les difficultés à identifier ou exprimer ses émotions, et la dépression, aggravent encore les difficultés à créer un lien et à garantir sa continuité. Les enfants « évitants » rapportent une absence de relation aux autres, très peu de relation ou de sentiment amoureux. Les jeunes « ambivalents » développent des relations interpersonnelles anxieuses, brèves et peu satisfaisantes.

De plus, la « régulation émotionnelle » est un important facteur de gestion des relations et des comportements. Elle est également issue de l'attachement précoce. Avec la répétition d'expériences positives, l'enfant acquiert des stratégies d'auto-apaisement basées sur celles apportées par la figure d'attachement et, de manière plus générale, la façon dont une famille régule les émotions prépare les stratégies de l'adulte. La régulation émotionnelle implique la reconnaissance, l'expression et la gestion de l'expérience affective. Quand elle est opérationnelle, elle permet aux sujets de prendre des décisions rationnelles, de diminuer les conditions défavorables et d'augmenter les conditions favorables afin de supporter un stress, une déstabilisation émotionnelle.

Les enfants et adolescents avec TCS proviennent en majorité de familles où les affects exprimés sont négatifs, où les liens sont rigides. Les difficultés à reconnaître ses émotions, à contenir ses affects et les excitations sont habituelles. Les individus sont dans un mauvais ajustement interactionnel : soit dans l'*hypercontrôle*, avec retrait et inhibition relationnelle, anxiété, dépression soit dans la *perte de contrôle*, l'impulsivité et l'agressivité. Les adolescents insécures auraient ainsi des difficultés à différer la satisfaction et peu de contrôle de leur impulsivité ou de leurs désirs sexuels. Les stratégies de contrôle fonctionnent initialement avec les parents mais beaucoup moins avec les pairs. Les expériences avec ces derniers induisent une réciprocité qui met en péril le fragile équilibre mis en place par ces stratégies. Une façon de conserver le contrôle est d'avoir recours à des solutions externes qui peuvent être, dans les meilleurs cas, le soutien parental, amical et social. Mais, les passages à l'acte sont aussi un moyen de contrôle externe, ce d'autant que des modèles de comportements inappropriés accompagnent fréquemment les carences affectives parentales.

Particulièrement dans l'attachement « désorganisé », l'enfant utilisera des comportements problématiques pour améliorer son autocontrôle et gagner une stabilité interne face à la désorganisation majeure psychique. Ce mode d'attachement semble celui qui prédit le mieux la vulnérabilité psychologique, les difficultés interpersonnelles et des stratégies d'adaptation ou de « coping » inefficaces. L'absence de régulation interne fonctionnelle amène l'individu à rechercher une régulation externe. Face aux contraintes relationnelles, individuelles et sociales puis biologiques de l'adolescence, l'agression sera, pour un petit nombre, une stratégie de contrôle intra et interpersonnelle tout comme la consommation de toxiques et les automutilations. Selon les circonstances, le désir d'éviter une expérience négative ou l'intensité de la désorganisation, des comportements de contrôle apparaîtront, renforcés négativement par la suppression de l'angoisse qu'ils provoquent.

L'ensemble de ces facteurs favorisent la délinquance mais sont également retrouvés chez les adolescents auteurs de violences sexuelles. Pourquoi s'orientent-ils vers cette voie plutôt que vers d'autres comportements agressifs ?

Ces adolescents ont généralement des configurations familiales instables, négligentes ou rejetantes et ont établi des liens insécures. Cette pauvreté des relations ne rend pas seulement les adolescents angoissés ou méfiants des relations interpersonnelles mais ne permet pas d'expériences positives qui développeraient leurs compétences sociales. Plutôt que risquer de nouveau le rejet, ils évitent toute relation intime. Il est probable qu'un sentiment de solitude affective, une incapacité à l'intimité s'ajoutant à des antécédents de maltraitance favorisent une agressivité. Le choix de stratégies sexualisées plutôt qu'agressives non

sexuelles dépend des expériences antérieures et de l'influence environnementale. Les besoins physiques de plaisir, le besoin de proximité, d'amour sont tout aussi présents chez ces sujets mais ils n'ont pas la capacité à les reconnaître et les combler au travers de la relation à l'autre.

L'activité sexuelle est assez spontanément utilisée comme stratégie de « coping » pour des adolescents dont la maturation biologique, hormonale, physique a un effet stimulant et, l'accès à l'orgasme, un effet renforçateur positif. Le « coping sexuel » peut ainsi passer soit par l'autostimulation, permettant la satisfaction physique mais ne répondant pas au désir d'intimité ou de nouer un lien amoureux, soit par la relation à l'autre. En lui-même, le « coping sexuel » ne serait pas inadapté s'il n'était pas associé chez les sujets insécures à un comportement interpersonnel de contrôle qui potentialise le recours à la force et donc le passage à l'acte sexuel.

Ces jeunes peuvent alors élaborer des scénarios sexuels où la réciprocité n'existe pas, impersonnels, désaffectés et développer des attitudes et des croyances centrées sur soi-même, sur la satisfaction physique, oubliant les désirs et besoins de partenaires. Ces conditions disposent non pas à des relations amoureuses mais à des agressions sexuelles.

Chez ces adolescents, il faut ajouter à cela, une estime de soi fragilisée et souvent rendue dépendante du sentiment de masculinité, de virilité. Les modèles traditionnels de sexualité ainsi que les rôles masculins et féminins véhiculés dans les familles mais également dans la pornographie, les publicités, les médias répondraient particulièrement aux attentes d'enfants et adolescents insécures. Ils seraient attirés par des scénarios, bien qu'insatisfaisants et issus de distorsions cognitives, les montrant comme des hommes de pouvoir, où les victimes sont compliantes, non rejetantes et répondant à la coercition. Avoir une relation sexuelle avec un enfant ou contraindre un pair ne nécessite pas les compétences sociales qui font défaut à ces jeunes et ne confronte pas au risque de rejet. Elles seraient les seules occasions de répondre à leurs scénarios de puissance et parfois seulement s'y associerait la satisfaction physique. Les motivations à s'engager dans une relation sexuelle chez ces jeunes sont plus souvent la domination et le contrôle que le plaisir. D'ailleurs, des études ont montré un lien entre affects négatifs et le nombre d'agressions sexuelles.

Des questionnaires spécifiques existent, basés sur le modèle des adultes, tous ne sont pas validés de manière rigoureuse chez l'adolescent. Ils explorent le comportement sexuel en lui-même, sa nature, les intérêts sexuels déviants, les attitudes et représentations sexuelles. Il s'agit du Multiphasic Sex Inventory, comportant 300 items, l'Adolescent Sexual Interest Cardsort (ASIC) et l'Adolescent Cognitions Scale de Hunter, Becker et Kaplan (110). Ils sont

fréquemment utilisés dans les programmes de traitements spécialisés cognitivo-comportementalistes afin d'évaluer une efficacité thérapeutique.

En conclusion, il faut souligner avant tout l'effet cumulatif d'un attachement insécuré, de comportements de contrôle, d'expériences et de renforcements négatifs ainsi que des facteurs environnementaux qui expliquent la survenue d'agressions sexuelles. Tous ces adolescents ne tomberont pas dans la délinquance et dans une déviance sexuelle. Certains trouveront des satisfactions dans des activités sociales mais resteront des individus en difficulté pour établir des relations. D'autres trouveront dans les violences physiques, le vol, un moyen de répondre à leurs besoins. Ils s'en tiendront à ce type de délinquance mais, parfois, seulement de manière transitoire, expliquant la progression de délits non sexuels vers des délits sexuels.

2) Théorie psychodynamique

L'agir sexuel chez l'enfant prépubère est très peu envisagé en dehors des répercussions psycho-développementales qu'engendre un traumatisme sexuel. Jean-Yves Hayez, pédopsychiatre belge est un des rares auteurs à écrire sur le sujet. L'approche psychopathologique qu'il propose ne doit cependant pas s'entendre comme constitutionnaliste. La voie reste ouverte aux réaménagements, notamment à l'adolescence, après la période d'apaisement relatif des conflits qu'est la latence. Cependant, nous verrons que ce concept tel que pensé par Freud est en pleine remise en question au regard des évolutions sociales. Enfin, les adolescents font l'objet d'une littérature plus conséquente et nous verrons la place du passage à l'acte sexuel dans la vie intrapsychique et les problématiques psychoaffectives qui le sous-tendent.

a. L'enfant

Jean-Yves Hayez propose ainsi quatre registres dans lesquels apparaissent les TCS chez l'enfant de moins de 12 ans (59) :

i. Une immaturité psychoaffective

Le développement sexuel peut présenter un simple retard pour de multiples raisons, par exemple, des bénéfices secondaires dans les relations parents-enfant, des événements de vie, une maladie qui a empêché les expériences autour de corps, une carence affective. L'investissement des pulsions partielles est alors plus intense ou dure plus que d'ordinaire.

Des comportements socialement acceptables chez les plus jeunes, comme un exhibitionnisme, une masturbation en public, chercher à toucher les parties génitales des pairs, le sont difficilement quand existe un décalage chronologique important. Parfois la confusion de soins et des manifestations affectives et sexuelles peuvent être présentes surtout dans les milieux carencés et où l'exposition à une sexualité adulte est fréquente. La probabilité que l'évolution se poursuive relativement harmonieusement est grande. Dans les cas où un autre enfant est impliqué, la coercition est rarement utilisée ou du moins a minima.

ii.angoisses et névroses

Dans d'autres cas, les activités sexuelles semblent motivées par une angoisse voire des compulsions. Celles-ci peuvent être issues d'un abus ou de la confrontation à des scènes sexuelles traumatiques (sexualité parentale, pornographie). Le passage à l'acte sexuel est alors motivé par la nécessité de reproduire ces scènes et de résoudre le traumatisme sous-jacent.

L'émergence d'une névrose de l'enfant, dans laquelle l'inhibition des mouvements sexuels est majeure, engendre également des angoisses. Les conflits infantiles s'associent à une culpabilité disproportionnée liée aux activités sexuelles et peuvent aboutir à une sexualité compulsive. Il existe alors une lutte interne pour stopper le processus de passage à l'acte. Si un plaisir y est associé, il apparaît minimal et est vite remplacé par le remord et le retour de l'angoisse. Dans ce cadre, les activités sont immatures au regard de l'âge chronologique, elles ne sont pas réalisées dans un climat serein et ludique.

Lorsqu'un autre enfant est impliqué, il y a peu de réciprocité voire utilisation de la contrainte mais le passage à l'acte semble échapper au contrôle plus qu'issu d'une planification. L'âge de la victime importe peu pour sa réalisation mais la connaissance des interdits et des règles sociales fait en général choisir un pair.

iii. « Hypersexualisation »

Les enfants que Jean-Yves Hayez qualifie d'« hypersexualisés » ne présentent pas d'activités déviantes ou de bizarreries. Leur aspect pathologique tient à leur qualité, surtout par l'imitation des comportements adultes, ou à leur quantité, avec une répétition malgré les injonctions éducatives. Les préoccupations sont centrées sur la sexualité. Cette « hypersexualisation » pourrait être la conjonction de facteurs biologiques, d'une pulsionnalité importante (Freud parle d'une inégalité d'un individu à l'autre devant la force des pulsions(111)), de conditions familiales, accès libre à la sexualité familiale ou des contenus sexuels voire un encouragement à l'expression sexuelle chez l'enfant, et, parfois une

initiation précoce. La multiplicité des activités sexuelles engagées, la recherche d'un statut de « grand » et de transgression seraient au premier plan.

Les activités peuvent ne pas être exposées à la vue de l'adulte afin d'éviter la sanction, mais le climat de secret n'est pas privilégié. Il n'existe pas d'angoisse ou de culpabilité associée, les pairs voire les aînés sont les plus sollicités. L'approche se fait plutôt par la manipulation ou une pression modérée dans l'idée d'une initiation ou d'un partage de sensations. Il s'agit d'enfants chez qui l'agir et l'impulsivité sont le mode principal de fonctionnement. Des psychanalystes comme Roger Misès évoquent un recul de la période de latence, (34) lié à des mutations sociétales, qui retarderait l'apparition des processus de mentalisation, l'accès à la sublimation et l'intégration des interdits œdipiens. Il en résulterait alors une diminution moins marquée de l'expression pulsionnelle infantile durant la latence, habituellement considérée comme aconflictuelle.

Dans cette population hétérogène, certains enfants « hypersexualisés » présentent probablement des enveloppes psychiques fragiles, des angoisses corporelles et une représentation mal structurée du corps que décrivent Lemitre et Coutanceau (112). Ces auteurs font ainsi référence au « Moi-Peau » de Didier Anzieu (113) et à une membrane externe perméable dont le rôle de filtre des stimuli excitants ne serait pas opérant. Les possibilités de contenance et d'apaisement d'une excitabilité font défaut. Le contact à la réalité est approprié mais ces enfants ou adolescents n'auraient pas la capacité à « moduler les contenus psychiques, pour les faire circuler sagement entre le monde interne et la réalité extérieure ». Ainsi, un ajustement de la distance relationnelle difficile à trouver, entre risque de fusion, d'intrusion et d'abandon, et une sexualité infantile qui ne rencontre pas de pare-excitation, pourraient expliquer la survenue de troubles du comportement sexuel.

iv. Actes pervers

La plupart des adultes auteurs d'agressions sexuelles disent avoir débuté des conduites perverses dans l'enfance. Réalité ou reconstruction a posteriori, il est probable qu'une minorité d'enfants utilisera ou verra durer ce mode de satisfaction. Le constat de manifestations perverses dans l'enfance ne préjuge cependant pas d'une fixation et d'un développement ultérieur de perversions à l'âge adulte. Claude Balier dans *Psychanalyse des comportements sexuels violents* (114) s'étonne que la constitution d'une perversion puisse être repérable dans l'enfance. L'enfant est par essence « pervers polymorphe » et toutes les pulsions partielles sont susceptibles de se manifester à un degré variable, notamment en fin de

latence. Elles n'ont que peu de valeur pronostique et doivent être évaluées selon le fonctionnement psychique dans son ensemble et le caractère délétère de l'environnement.

Rarement, certaines caractéristiques sont présentes et alertent : une intensité particulière à la réalisation de l'acte, son aspect bizarre, stéréotypé, longuement préparé, le décalage majeur par rapport à l'âge chronologique. Pour certains, il y a une sensation de contrainte intérieure, elle n'est pas celle de l'angoisse ni de la compulsion mais plutôt celle d'une nécessité vitale pour le psychisme afin d'éviter un effondrement ou des conflits psychiques internes angoissants. Il n'y a pas de lutte interne contre le passage à l'acte. La répétition est très variable mais résiste aux interventions de l'adulte. La place prise par l'élaboration ou le fantasme autour de cet acte est importante dans le quotidien de l'adolescent. La réciprocité et la reconnaissance de l'autre n'existe pas, jusqu'à la négation de l'acte posé et des souffrances engendrées.

b. La période de latence

Roger Misès cite François Guignard en 2010 au sujet de la période de latence (34) : « La période de latence, telle que Freud l'a définie dans les *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, est en voie de disparition. Il n'y a plus de *refroidissement de l'expression pulsionnelle* chez les enfants entre six et douze ans ». La description freudienne de la période de latence comprend une fin bien déterminée par l'irruption de la puberté mais un début flou, par défaut, car né de l'impuissance physique à la sexualité et du renoncement à la réalisation des désirs œdipiens. Par ailleurs, la latence serait une prescription culturelle. Elle permettrait de retarder le développement sexuel dans l'attente d'une maturité sociale. Sans elle, l'expression sans restriction d'une sexualité infantile avec les potentialités physiques adultes serait intolérable pour le groupe. La latence a donc lieu uniquement si elle est programmée par la société.

Mais, selon Misès, les remaniements des cinquante dernières années ont conduit à la baisse des exigences éducatives, à l'affaiblissement des figures d'autorité et du pouvoir des institutions dans la socialisation et l'apprentissage des valeurs morales chez les enfants. Ils ont également gommé les frontières des sexes et des générations. La période de latence aurait fléchi au point de remettre en question son existence et la place de la névrose infantile. De plus, l'acquisition des fonctions de pare-excitation et de contenance, l'intégration des interdits fondamentaux, l'accès à la mentalisation et la sublimation se préparent durant la petite enfance et s'affermissent durant la latence. Si celle-ci n'a pas lieu, le risque est de voir apparaître des enfants aux attitudes et potentialités physiques d'adolescents mais à

l'excitabilité de pré-pubères. Pour les mêmes raisons, les assises narcissiques et identitaires sont fragilisées, les capacités de symbolisation et de représentations, altérées. Misès souligne l'effet des nouveaux moyens de communication, de l'internet, qui, avec la maîtrise de la relation et l'évitement des conflits internes, favorisent également « les défenses externalisées aux dépens de l'intériorisation ».

Jean Bergeret (115) évoque justement le passage à l'acte chez des adolescents dont le « potentiel physique et relationnel [est celui d'un] adulte tout en étant restés affectivement des enfants ». Ceux-ci entrent dans une « fausse latence » lorsque, confrontés à des environnements carencés, les figures identificatoires, les aspirations à l'Idéal du Moi et l'intégration de l'« instinct violent naturel » au sein des courants libidinaux tendres font défaut. Ils sont pris dans des problématiques infantiles contrariant le processus d'adolescence, c'est-à-dire les modifications psychiques, relationnelles et affectives qui apparaissent à la suite et en décalage de la puberté et ses modifications somatiques. Le passage à l'acte serait le moyen de masquer ce décalage, à soi et aux autres, de prouver une puissance et une « pseudo-autonomie ».

L'ensemble de ces phénomènes serait alors responsable de l'apparition de « nouvelles cliniques dominées par les agirs »(34). Face à ces constats, il n'y a qu'un pas pour penser que les agirs sexuels sont également concernés et à risque d'augmentation chez les 6-12 ans. Cependant et de manière plus optimiste, Misès ne soutient pas l'idée d'une suppression pure et simple de l'accès à la névrose infantile et de l'entrée en latence, mais plutôt de leur apparition plus tardive.

c. L'adolescent (86,112,114)

i. Fonction du passage à l'acte

La puberté marque l'entrée dans une crise narcissique et identitaire sans précédent dans l'histoire psychique de l'individu. Les pulsions infantiles réémergent et cohabitent avec la pulsionnalité génitale dans d'incessants mouvements alternant progression et régression. Il faut abandonner les désirs œdipiens pour se tourner vers les objets externes et établir de nouveaux modes relationnels. Le garçon en se rapprochant de la figure paternelle ou de groupe de pairs cherche à conforter ses repères et un étayage identificatoire. Les transformations corporelles s'ajoutent à ses bouleversements et peuvent donner l'impression à l'adolescent d'être « agi de l'extérieur » et de subir. Cette position peut alors réactiver d'anciens traumatismes où l'enfant a déjà pu éprouver une telle dépossession de soi.

Cette réorganisation psychique ne se fait pas sans une certaine dépression et, pour les plus fragiles sur le plan narcissique, sans un risque de désorganisation et d'effondrement. Pour Claude Balier, la puberté est bien une « rupture du développement » qui dans les cas graves peu aboutir à l'« effondrement psychotique »(114). L'adolescent doit donc trouver des aménagements pour dépasser ce risque.

L'agir est un moyen de lutte contre l'angoisse d'effondrement narcissique et contre la dépression, de contrôle face à la sensation de « passivation » et de soutien des processus de symbolisation. Le passage à l'acte sexuel n'échappe pas à ces fonctions, Bergeret (115) parle de « sauvegarde imaginaire de l'intégrité narcissique » mais à celles-ci s'ajoute l'échec de la transition vers la sexualité génitale. Le plaisir y est absent, les modalités d'expression sexuelle se situent dans le registre infantile et la rencontre avec l'autre achoppe.

Pour Lemitre et Coutanceau (112), le passage à l'acte peut être longtemps différé mais sous-tendu par des « scénarios privés », c'est-à-dire par un imaginaire longtemps cultivé où l'adolescent tient un rôle de puissant, répondant à l'Idéal du Moi. Si dans la réalité, ces fantasmes ne sont pas compensés par la sublimation et l'investissement d'activités structurantes (sport, création artistique), ceux-ci deviennent les seuls soutiens d'un narcissisme prêt à s'effondrer. La survenue d'un évènement déstabilisant (échec, remaniement familial) rappelant le spectre d'un effondrement interne, touchant le « sentiment continu d'exister » engendre alors un surinvestissement de ces « scénarios privés », une « hypertrophie de la sphère imaginaire » voire la perte de contact avec la réalité. L'illusion de toute-puissance se déplace alors dans le monde incarné et suscite un passage à l'acte.

A partir de l'étude psychopathologique d'une vingtaine de cas, Pascal Roman (86) propose une distinction des adolescents auteurs de transgression sexuelle selon le type d'agression d'une part, selon le choix de la victime d'autre part, classifications qui ne se recouvrent qu'en partie. Elles permettent d'appréhender le sens du passage à l'acte mais, encore une fois, ne préjugent pas d'une persistance de ces agirs ou des modalités de fonctionnement psychique ultérieur.

ii. Selon le type d'agression

Lorsqu'il s'agit d'une agression sexuelle sans pénétration, c'est-à-dire hors viol, l'auteur décrit des garçons en début d'adolescence, mal à l'aise dans la relation, en échec scolaire. Il existe des fragilités narcissiques, identitaires et des difficultés à reconnaître les frontières générationnelles et sexuées. Le passage à l'acte n'est pas tant dénié que banalisé

avec méconnaissance des interdits. Les actes posés apparaissent comme une quête de l'identique dans le but d'une réassurance narcissique.

S'il s'agit de viol, les auteurs sont plus âgés, il n'existe pas de représentation des générations et l'investissement des figures maternelle et paternelle est défaillant. L'absence de reconnaissance de l'acte est systématique. Ces adolescents se répartissent en deux sous-groupes. Les premiers présenteraient un fonctionnement de nature psychotique, les seconds évoqueraient un engagement dans la perversion.

Or, Balier souligne la continuité entre psychose et perversion(114). Elles constitueraient toutes deux un « compromis » contre le rejet d'un corps inacceptable, en voie de transformation durant la puberté. Ces adolescents évolueraient alors soit:

- vers un épisode psychotique aigu qui sera par la suite tant bien que mal réparé par l'apparition d'addictions ou de troubles alimentaires permettant de modifier la perception de ce corps haï,
- vers un désinvestissement narcissique et objectal avec la constitution d'une psychose,
- vers une perversion ou plutôt selon Balier vers la « perversité sexuelle ». Dans ce cas, l'objet externe sert d'étayage narcissique, par « une sexualisation de l'économie défensive » que représente l'agir sexuel, afin d'éviter l'effondrement psychotique et la perte de contact à la réalité.

Dans le cadre de la psychose, la violence peut être extrême car elle apparaît après l'effondrement et ne permet plus l'autoconservation psychique. Dans les perversions, les passages à l'acte sont moins violents mais répétitifs dans une lutte incessante contre la mort du psychisme.

iii. Selon la victime

Les adolescents relativement jeunes, questionnant les différences des sexes et des générations dans leur fonction structurante, choisissent préférentiellement une ou des victimes, filles ou garçons, dont la différence d'âge est supérieure à 5 ans. Ils sont à la recherche d'une réassurance narcissique et de leur place comme être sexué appartenant à une génération donnée. Ils se reconnaissent comme sujets, ne sont pas dans le déni et peuvent donc assumer la responsabilité de leurs actes voire ébaucher la reconnaissance de l'impact sur la victime. L'intervention d'un tiers et de la Loi auront également une fonction structurante. Ces adolescents se situeraient plutôt dans un fonctionnement limite.

Les adolescents plus âgés, de 15 à 17 ans, ayant perpétré un viol, choisissant des victimes filles, avec peu d'écart d'âge et agissant parfois en groupe, chercheraient à se confronter à leur propre corps, perçu comme étranger au moment de la puberté, aux autres corps masculins et au corps de filles. Le risque d'effondrement narcissique est majeur, la souffrance identitaire telle qu'ils sont incapables de se reconnaître comme sujet agissant et auteur de l'acte.

CAS CLINIQUE : ALEXANDRE

Alexandre est un adolescent de 15 ans 8 mois lorsqu'il se présente à la consultation de pédopsychiatrie accompagné de sa grand-mère paternelle chez laquelle il a été placée suite à une décision de justice. Ses parents sont divorcés depuis qu'il a deux ans et il a eu peu de contact avec son père depuis. Les relations familiales sont complexes. Il est scolarisé en 4^{ème} dans un collège pour un cursus en alternance, a changé plusieurs fois d'établissement. L'absentéisme était particulièrement important depuis un an.

Il a comparu devant la justice, 6 mois auparavant, pour agression sexuelle sur trois jeunes filles de son collège dans un contexte de consommation d'alcool et de cannabis. A l'époque des faits, il avait 14 ans 7 mois, deux victimes étaient âgées de 13 ans, la plus jeune de 12 ans. Une seule des trois a porté plainte à distance. Il a donc été condamné pour délit sexuel à un placement, d'abord en foyer, puis chez sa grand-mère. Il a été condamné à un éloignement géographique, à l'interdiction de contact avec les trois jeunes filles et à une obligation de soins.

En effet, le juge a considéré la nécessité d'« un travail à plus long terme sur la notion de transgression sexuelle, la responsabilisation et la gestion de ses pulsions » ainsi que « les fragilités du cadre éducatif possible chez les parents ». Il doit se soumettre à des contrôles judiciaires, dosages urinaires de stupéfiants et à une psychothérapie centrée sur la problématique sexuelle.

La grand-mère d'Alexandre présentera les faits comme des rapports sexuels consentis avec une jeune fille de 13 ans. Elle reviendra plus tard sur ces propos en parlant « d'écart violent de conduite, un soir, sous l'influence de l'alcool ». Elle décrit un adolescent gentil, serviable mais susceptible. Elle a également tendance à disqualifier les parents.

En consultation, Alexandre se présente comme un grand garçon, mince, habillé de manière soignée. Il est pubère.

Concernant les faits d'infraction sexuelle, il s'agissait essentiellement d'attouchement et de masturbation. Alexandre a un discours banalisant, il ne montre pas d'empathie pour les victimes ni de culpabilité. Il n'exprime pas ouvertement d'opposition aux décisions du juge. Il retient le critère d'âge dans les faits qui lui sont reprochés. « Je ne savais pas qu'avant 14 ans on ne pouvait pas ». La seule résolution qu'il prend est « celle de ne plus aborder les filles de 14 ans » et « de respecter sa copine ». Il reprendra malgré tout contact avec deux des trois victimes.

Il ne présente pas d'anxiété, son humeur est difficilement lisible. Il ne présente pas de troubles de l'humeur, ni de symptômes psychotiques. Il se présente comme passif dans le passage à l'acte et victime des trois filles, il avait d'ailleurs déjà eu avec l'une d'elles des relations sexuelles qui n'ont pas été révélées au cours de l'instruction. Concernant l'affaire, il présente les collégiennes comme consentantes initialement puis l'une d'elle aurait porté plainte dans un second temps « par vengeance ».

Systematiquement en consultation, Alexandre sera dans le déni, l'échappement à une confrontation à la réalité et aux conséquences de ses actes par un discours très policé et conforme à ce que l'on peut attendre de lui. La grand-mère confirmera et parlera d'un « enfant-anguille ». Elle évoque une jouissance, un plaisir autour de la violence et d'« actes de barbarie », elle craint qu'il n'empoisonne son chien.

Je me suis ainsi intéressée à la question de l'intervention de la justice. Que dit-elle exactement, dans quel terme sont évoquées les violences sexuelles ? Quels sont les chiffres de la délinquance dite « sexuelle » et le traitement de ces situations par la justice ?

JUSTICE ET COMPORTEMENT SEXUEL

DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Si, d'un point de vue clinique, les comportements humains sont décrits selon un gradient continu du normal au pathologique, en revanche, la Justice, garante des normes sociales et des relations entre individus a posé un certain nombre de définitions et de limites en matière de sexualité et d'âge. Cela n'a pas toujours été le cas.

Le Code Pénal, dans la forme que nous lui connaissons, a été instauré sous Napoléon, en 1810, et prévoyait des lois relatives à l'attentat à la pudeur, l'incitation à la débauche du mineur et le viol, sans toutefois les définir. C'est alors aux aliénistes de l'époque, amenés à expertiser les personnes mises en cause, de se prononcer sur le caractère déviant ou normal (légal) du comportement sexuel. Au XIX^{ème} siècle, le critère principal est celui de violence physique accompagnant les faits sexuels. Cependant, à partir de 1832, les abus sans violence seront considérés comme des infractions, notamment ceux dirigés contre les enfants dont l'âge est inférieur au seuil fixé à onze puis treize ans (116). Les lois relatives aux crimes et délits sexuels seront progressivement enrichies au cours du XX^{ème} siècle jusque la loi adoptée puis retirée en 2011 inscrivant l'inceste comme crime à part entière et non plus comme circonstance aggravante.

Parallèlement, le statut légal de l'enfant est défini en 1810 en termes de responsabilité et de discernement. La majorité est établie à 16 ans, elle sera repoussée à 18 ans dans les années 1910. L'âge de « discernement », c'est-à-dire « la faculté à discriminer le bien du mal, le permis du défendu » (117), est alors fixé à 13 ans. Il induit la responsabilité pénale, soit, l'obligation de répondre des infractions commises et de subir la peine prévue par le texte qui les réprime (118). Ces notions ont été par la suite révisées.

Ce chapitre rappelle le cadre juridique actuel dans lequel se placent le comportement sexuel et ses troubles ainsi que l'impact judiciaire pour des enfants et adolescents mis en cause comme auteurs d'agression sexuelle. Nous rappellerons les chiffres de la délinquance sexuelle et examinerons également le traitement psycho-criminologique de cette problématique.

A. LES INFRACTIONS SEXUELLES

De manière générale, le Code Pénal en vigueur distingue trois types d'infractions selon leur gravité (119):

- La *contravention* : jugée par le tribunal de Police, il en existe cinq classes. La peine encourue est une amende maximale de 3000 euros et/ou une restriction de droit (par ex. suspension de permis, stage de citoyenneté).
- Le *délit* : jugé par un tribunal correctionnel. Une peine maximale de 10 ans d'emprisonnement est encourue ainsi qu'une amende minimale de 3750 euros.
- Le *crime* : Il est jugé par une cour d'assise. Les peines prononcées peuvent être une réclusion supérieure à 10 ans et une amende minimale de 75 000 euros.

L'ensemble des infractions « à caractère sexuel » relèvent de délits ou de crimes, elles sont définies comme suit (120):

- Les *atteintes sexuelles* (Article 227-25 du Code Pénal) commises sur un mineur de 15 ans par un majeur « sans violence, contrainte, menace ni surprise » sont punies de quinze ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende.

S'il s'agit d'un mineur de plus de 15 ans, non émancipé (Article 227-27 du Code Pénal) et de faits commis par un ascendant ou une personne ayant autorité, ils seront punis de deux ans de prison et 30 000 euros d'amende.

- Les *agressions sexuelles* (Article 222-22 du Code Pénal) concernent « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ». La contrainte peut être physique ou morale, « la contrainte morale pouvant résulter de la différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime ».

Elles comprennent :

- le *viol* (Article 222-23 du Code Pénal), défini comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ». Il est puni de quinze ans de réclusion criminelle, de trente ans de réclusion s'il a entraîné la mort, de la prison à perpétuité s'il a été commis avec acte de torture ou barbarie.

- Les *agressions sexuelles autres que le viol* (Article 222-29 du Code Pénal) sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende, de 7 ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende si elles sont commises sur un mineur de 15 ans.
- Les *propositions sexuelles* (Article 227-22-1 du Code Pénal) faites par internet par un majeur à un mineur de 15 ans sont punies de deux ans de prison et 30 000 euros d'amende (5 ans et 75 000 euros si s'en est suivie une rencontre).
- Le *harcèlement sexuel* (Article 222-33 du Code Pénal) est le fait « d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ». Il est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende, trois ans et 45 000 euros sur un mineur de 15 ans.
- L'*exhibition sexuelle* (Article 222-32 du Code Pénal), imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

Les circonstances aggravantes sont liées au caractère de l'infraction, à la victime, au lien agresseur-victime et aux conséquences de l'agression. Elles sont reconnues si:

- les faits ont été commis sous l'influence d'alcool ou de stupéfiants, avec usage d'arme, accompagnés d'acte de barbarie ou perpétrés « en réunion ».
- la victime est une personne vulnérable connue de l'auteur de l'agression, un mineur de 15 ans, le conjoint, s'il existe un caractère discriminatoire vis-à-vis de l'ethnie ou de l'orientation sexuelle.
- l'auteur est une personne ayant autorité ou un ascendant (inceste).
- l'infraction a entraîné une blessure, une lésion ou une infirmité permanente.

Les *tentatives* de crimes et délits sont punies des mêmes peines.

Quinze ans est l'âge de la « majorité sexuelle ». Il est considéré comme le seuil d'achèvement physique du développement et d'acquisition d'un niveau suffisant de compétences sociales chez l'enfant. Le mineur peut alors avoir des relations sexuelles

consenties avec une personne majeure mais non ascendante (dans le cas contraire, il s'agit d'un inceste) et n'ayant pas autorité sur lui.

Il est à noter que la majorité sexuelle n'a de conséquences que pour la victime et la qualification des actes. Aucune particularité légale liée à cette limite d'âge n'est retenue vis-à-vis des mineurs mis en cause et pour lesquels d'autres seuils ont été fixés.

B. LA JUSTICE DES MINEURS

1) Rappels généraux

La Justice des Mineurs est une adaptation du droit commun à une catégorie populationnelle. Elle est née de la reconnaissance de l'enfant comme individu à part entière, de la nécessité de protection et de la spécificité des problématiques de l'enfance (118).

Ces principes sont rappelés dans la Déclaration des droits de l'enfant de Novembre 1959 (121) : « l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée ».

En France, l'ordonnance du 2 février 1945 (122) est le texte princeps qui en fait l'application. Elle instaure un traitement judiciaire, des magistrats et des services spécialisés. Le pivot de cette organisation est la fonction de juge des enfants, il est garant des deux missions de protection de l'enfance en danger et du traitement de l'enfance délinquante. Il a la double compétence sur le versant civil et pénal, il instruit, juge, sanctionne et s'assure de l'application des mesures et sanctions prononcées. Ce texte affirme la primauté de la protection sur la répression pour les mineurs délinquants.

2) La minorité pénale

« Le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis » (123).

La notion de minorité est toutefois distincte de la question du discernement et de la responsabilité pénale. Il ne peut exister de responsabilité pénale sans discernement. Or, il est reconnu que l'enfant ne possède pas le plein discernement dès la naissance, il l'acquiert tout au long de son développement psychique et cognitif grâce à l'éducation qui lui est dispensée.

L'ordonnance de 1945 a aboli la notion de discernement au seuil de 13 ans. Ainsi dans la législation française, contrairement à d'autres pays européens, l'âge légal de responsabilité pénale n'est pas déterminé. Seul le Code Pénal précise dans l'article 122-8 (124) que « les mineurs capables de discernement sont pénalement responsables des crimes, délits ou contraventions dont ils ont été reconnus coupables ». L'irresponsabilité pénale est donc la règle, une dérogation n'est possible qu'à titre exceptionnel et doit être motivée. L'appréciation en est donc laissée au magistrat. Mesure de protection dans l'esprit de l'ordonnance de 1945, cela signifie également qu'il n'existe pas d'âge minimal à partir duquel un enfant puisse être poursuivi en justice et reconnu coupable.

En revanche, les peines auxquelles peuvent être soumis les mineurs sont strictement déterminées :

- En dessous de 10 ans et uniquement en cas de capacité de discernement, seules des mesures éducatives peuvent être prononcées (par exemple : avertissement, placement, mesure d'aide ou de réparation).
- Entre 10 et 13 ans des mesures et des sanctions éducatives (par exemple : confiscation d'objet, interdiction de rencontrer une victime, placement en institution, stage de formation) peuvent être prises, aucune peine ne peut être prononcée.
- Entre 13 et 16 ans : le Juge peut choisir entre mesures, sanctions éducatives, et peine avec atténuation par rapport à la peine de droit commun selon la gravité des faits.
- De 16 ans à 18 ans, les mesures et sanctions éducatives sont toujours possibles en revanche la peine peut échapper à l'atténuation de peine.

L'atténuation de peine correspond à l'impossibilité du tribunal de prononcer une peine supérieure à la moitié de la peine d'emprisonnement ou d'amende du droit commun.

Laurence Bellon est juge pour enfants auprès du Tribunal de Grande Instance de Lille, dans son ouvrage *l'Atelier du Juge* (125), elle souligne l'intérêt des trois seuils d'âge dans la législation française prenant ainsi en considération la maturation développementale de l'enfant et permettant une gradation des mesures prises à l'encontre de mineurs jugés coupables.

3) Mineurs et infractions sexuelles

La lecture de la loi nous apprend que l'« atteinte sexuelle » « sans violence ni contrainte, menace ou surprise » concerne uniquement les auteurs majeurs. Elle n'existe, par définition, pas pour les mineurs dont la seule différence d'âge, en dehors de toute violence avérée, peut constituer « une contrainte morale » ou « contrainte physique » permettant une qualification de l'acte comme « agression sexuelle ». Dans ces conditions, la détermination d'un écart d'âge suffisamment important pour constituer une « agression sexuelle » en soi est cruciale. Or, celui-ci n'est pas précisé par la loi, c'est aux magistrats ou aux experts d'évaluer le degré de maturité physique et psychique.

Un écart de cinq ans est fréquemment utilisé dans la littérature scientifique, considéré comme significatif depuis les travaux de David Finkelhor en 1979, un des précurseurs dans le domaine des abus sexuels.

Quand l'absence de violence ou le critère d'âge ne permettent pas de trancher, la question de relation d'« emprise » est centrale dans la qualification des actes et la condamnation. L'expert psychiatre ou psychologue mandaté examine alors la dynamique de l'acte sexuel, l'existence d'un « dominant » et d'un « dominé » ou la participation égalitaire des enfants, l'imagination d'un scénario, l'aspect ludique (125). Il n'est pas rare, même dans des actes avec participation consentie des enfants ou adolescents impliqués, que le degré d'engagement de l'un ou de l'autre ne soit pas identique, que l'un soit plus demandeur, moteur que l'autre. Si les actes sont surpris par un adulte, celui qui s'est laissé « convaincre » peut parfois se rétracter et être « désigné » victime. Le climat dans lequel se sont déroulés les faits peut alors aussi amener des éléments sur le degré de coercition utilisé.

Par ailleurs, en matière de délinquance sexuelle, l'atténuation de responsabilité est la règle, sauf dans les conditions prévues par l'article 20-2 de l'ordonnance de 1945 (122) qui sont : les crimes sexuels ou les délits d'agression sexuelle commis en état de *récidive légale*. La motivation par le magistrat du retrait de l'atténuation n'est alors plus demandée. Puis, s'il y a *double récidive*, celle-ci entraîne une non-atténuation obligatoire et sa non-application doit être motivée.

Depuis plusieurs années, il y a conjonction d'un durcissement des sanctions envers les mineurs délinquants et envers les infractions sexuelles. La Commission Varinard en 2008 a proposé l'abaissement de l'âge minimum de responsabilité pénale à 12 ans et donc la possibilité de prononcer des peines d'emprisonnement à partir de cet âge. Cette proposition a été récusée tout comme l'instauration de « peines-plancher » jugée non conforme au régime

spécial de la justice des mineurs. En revanche la comparution rapprochée et celle devant un tribunal correctionnel pour mineurs tendent à s'approcher de la procédure pour les majeurs.

Les mineurs reconnus coupables d'infraction sexuelle et condamnés à des peines peuvent subir une injonction de soins et une inscription aux fichiers créés par la loi du 17 juin 1998. Il s'agit du fichier national automatisé des empreintes génétiques (FNAEG), du fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJAIS), ou encore, créé en 2010, du répertoire des données à caractère personnel collectées dans le cadre des procédures judiciaires (RDCPJ). Les auteurs mineurs d'infractions sexuelles sont concernés par les trois dispositifs quelle que soit la nature de l'infraction (viol, agression). Le FIJAIS concerne l'identité des auteurs et leurs adresses successives jusqu'à trente ans après condamnation. Le RDCPJ conserve des données notamment dans le but d'évaluer une dangerosité et un risque de récidive du mis en examen ou condamné et pour lequel un suivi socio-judiciaire est susceptible d'être instauré.

L'injonction de soin ou l'obligation de soin sont deux mesures auxquelles peuvent être soumis les mineurs mis en cause ou condamnés. L'obligation de soin est demandée par un magistrat avant ou après condamnation, il s'agit d'une mesure générale, non spécifique aux infractions sexuelles. L'injonction de soin (loi du 10 août 2007) est appliquée lorsque la condamnation a engendré une peine de prison avec ou sans sursis et lorsqu'un suivi socio-judiciaire lui est adjoint. Elle est particulièrement encadrée avec une coordination des institutions judiciaires, sanitaires et la présence d'un médecin coordinateur. Ces dispositifs jusque-là peu utilisés chez les mineurs, sont de plus en plus demandés par les juges des enfants.

4) Statistiques

Le recueil et la comparabilité des données judiciaires chiffrées rencontrent plusieurs difficultés et particulièrement pour les affaires concernant les mineurs. La plupart des chiffres statistiques présentés étant ceux de la « criminalité apparente », ils sont constitués des « crimes et délits constatés » ou des chiffres des mineurs « mis en cause » par les services de police et de gendarmerie ou encore les condamnations. Ils reflètent les plaintes déposées et sous-entendent l'élucidation des faits. Ainsi, ils ne sont probablement pas le reflet exact de la « criminalité réelle ». Ces chiffres peuvent considérablement varier d'une infraction à l'autre selon les capacités des services de police et gendarmerie à rassembler des preuves et la fréquence des plaintes chez les victimes (126).

Le différentiel « criminalité réelle » et « criminalité apparente » constitue le « chiffre noir » de la criminalité. Les études de victimisation sont de plus en plus fréquentes et tentent de réduire cet écart, en revanche d'autres biais sont introduits par cet intermédiaire car les critères utilisés pour la qualification d'actes ne sont alors pas examinés par la justice et les résultats de ces enquêtes dépendent du vécu des victimes.

L'évolution dans le temps de la délinquance est elle aussi difficile à cerner sur de longues périodes au regard des modifications juridiques au cours des dernières années et des variations de la « sensibilité judiciaire » en terme de dépôt de plainte, de définition d'âge d'entrée dans la délinquance et du type de condamnation prononcée.

a. Statistiques des violences sexuelles, mineurs et majeurs confondus

Cinquante pour cent de l'ensemble des actes de délinquance se perpètrent en zone urbaine. Or, le Nord étant un des départements les plus urbanisés de France, il fait partie des 5 départements dont le niveau de criminalité est comparable à celui d'Ile de France.

Tableau 1 :

Faits constatés en 2011 (Taux pour mille habitants)	France entière	Nord	Pas-de-Calais	Paris	Bouches-du-Rhône	Rhône	Gironde
Atteintes aux biens	34,2	39,4	26,8	64	59,2	41,8	38,2
Escroqueries et infractions	5,60	5,2	4,8	10,6	9,10	6	4,8
Atteintes volontaires à l'intégrité physique	7,60	9,8	8,2	16	15,00	9,5	6,4
Violences sexuelles	0,4	0,5	0,5	0,6	0,40	0,5	0,4

Source ONDRP « Crimes et délits par départements 2012 »(127)

En ce qui concerne les violences sexuelles, en 2011, le Nord et le Pas-de-Calais se situent à un taux de 0,5 ‰ habitants, les taux varient selon les départements entre 0,1 et 0,7‰,

avec une moyenne nationale de 0,4‰ (voir tableau 1). Ces données vont à l'encontre des représentations qui ont été véhiculées ces dernières années. L'image de la région a été bousculée par un certain nombre de scandales sexuels (l'affaire dite d'Outreau), peut-être encore aggravée par la proximité avec la Belgique en proie également à des affaires judiciaires ayant choqué l'opinion publique (l'affaire Marc Dutroux).

Tableau 2 :

Faits constatés	France entière	Nord	Pas-de-Calais	Paris	Bouches du Rhône	Rhône	Gironde
Viols	10963	524	264	531	354	299	259
<i>Viols sur mineurs</i>	<i>52,5%</i>	<i>54,2%</i>	<i>55,7%</i>	<i>25,4%</i>	<i>48%</i>	<i>49,8%</i>	<i>52,1%</i>
Harcèlement et autres agressions sexuelles	13878	739	450	883	456	475	278
<i>Harcèlement et autres agressions sexuelles sur mineurs</i>	<i>59,9%</i>	<i>70,5%</i>	<i>70,7%</i>	<i>30%</i>	<i>55%</i>	<i>50,7%</i>	<i>50,7%</i>

Source ONDRP « Crimes et délits par départements 2012 »(127)

Tous auteurs confondus, les mineurs sont majoritairement victimes des infractions sexuelles (voir tableau 2). Les révélations d'abus chez l'enfant ou l'adolescent ont été particulièrement, et heureusement, prises en compte et poursuivies en justice depuis une trentaine d'années, ce qui explique probablement ces chiffres. Cependant l'« affaire d'Outreau » a remis en question les auditions d'enfants et adolescents ainsi que les expertises psychiatriques et psychologiques. Depuis, la méthodologie et les questions auxquelles doivent répondre les cliniciens sur la « crédibilité » des témoignages, ainsi que le respect du contradictoire dans l'instruction et les expertises ont été révisés (128).

b. Statistiques de la délinquance sexuelle des mineurs

Les résultats présentés ci-dessous ne sont pas tout à fait superposables car ils proviennent de sources différentes (services de la justice, police et/ou gendarmerie) et les actes comptabilisés en tant que « violences sexuelles » ou « agressions sexuelles » ne correspondent pas aux mêmes qualifications judiciaires. Il n'est pas possible par exemple de calculer la proportion de condamnations par rapport au nombre de mis en cause. Le détail des chiffres est donné en annexe 3.

De manière générale cependant, on constate une stabilité des condamnations pour agression sexuelle dans toutes les tranches d'âges voire un infléchissement à partir de 2005-2006 (voir figure 1). Celui-ci est encore plus marqué pour les viols à la même période (voir figure 2). Un pic de condamnations est constaté entre 2004 et 2006, années de renforcement du dispositif législatif avec la promulgation des lois relatives aux infractions sexuelles et à la délinquance des mineurs du 9 mars 2004 (loi Perben II) et du 5 Mars 2007 (11,12). Il est possible que l'anticipation du durcissement des mesures vis-à-vis des auteurs d'agression sexuelle ait « gonflé » artificiellement le nombre de condamnations à cette période et que les chiffres plus récents reflètent mieux les pratiques des magistrats.

Figure 1 : Source « Annuaire statistique de la Justice 2006-2012 » (131). Chiffres détaillés en annexes 3.

Condamnations judiciaires pour agressions sexuelles tous âges confondus

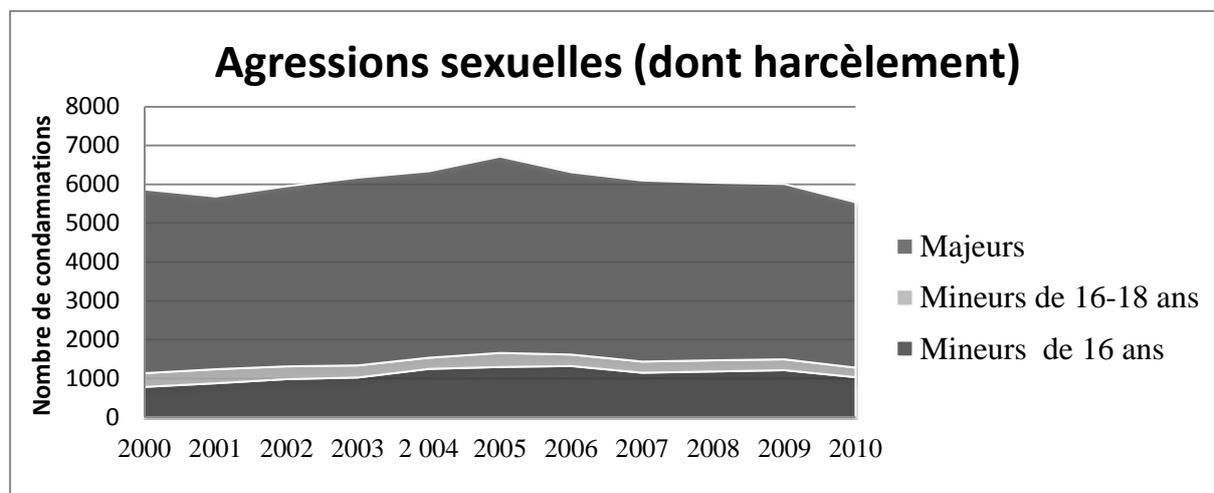
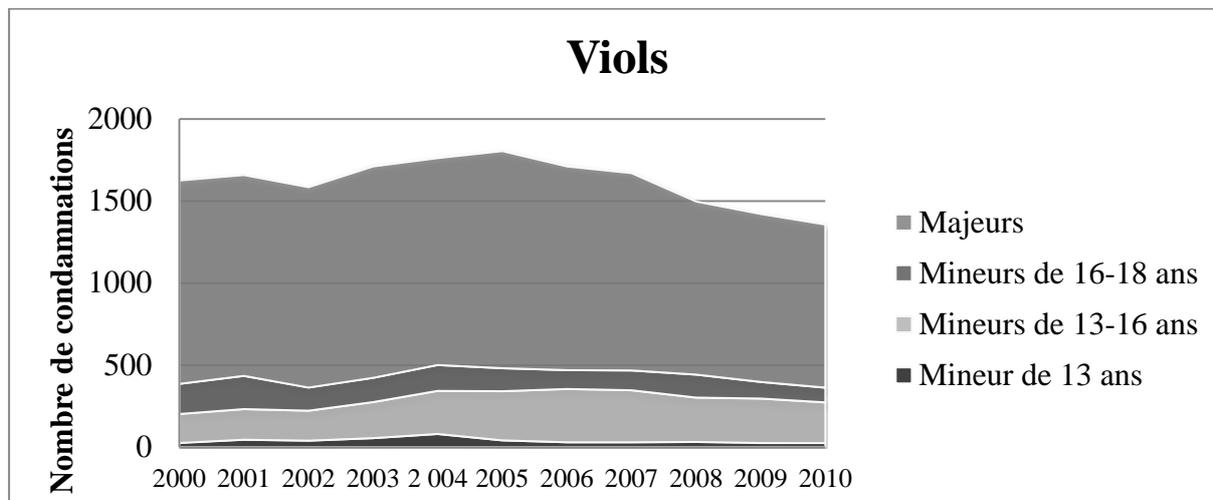


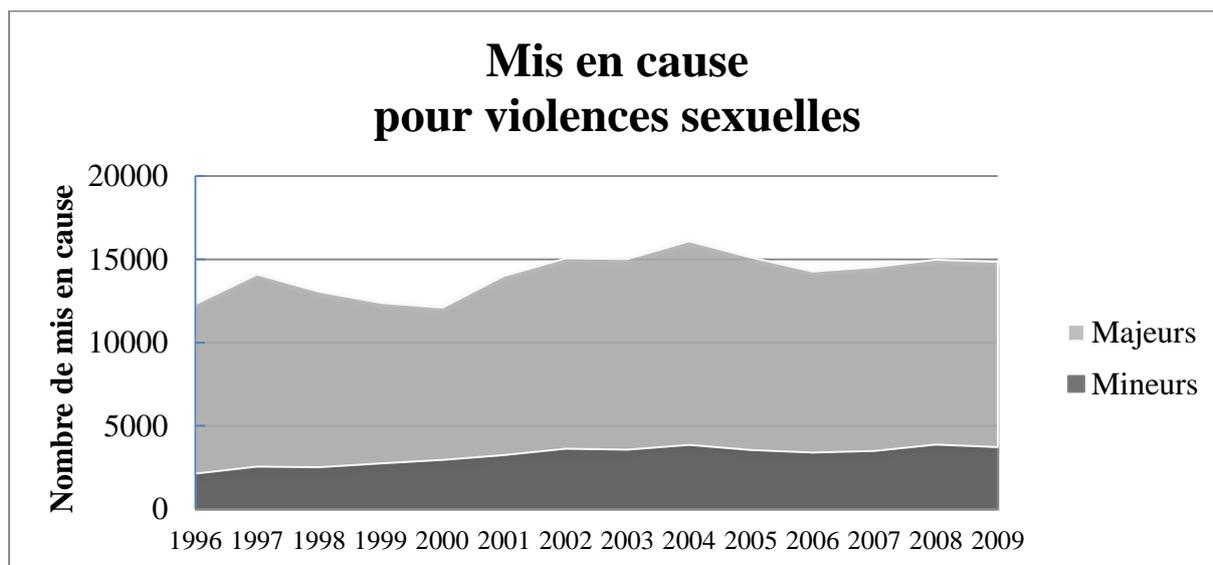
Figure 2 : Source « Annuaire statistique de la Justice 2006-2012 » (131). Chiffres détaillés en annexe 3.

Condamnations judiciaires pour viols tous âges confondus



Les chiffres des mises en cause correspondent à la judiciarisation de faits dont un nombre suffisant de preuves a été rassemblé pour permettre la mise en examen. Une augmentation sensible est visible de 1996 à 2009 chez les mineurs, elle ne leur est pas spécifique car elle est également retrouvée chez les majeurs toutes violences sexuelles confondues (voir figure 3).

Figure 3 : Source : ONDRP, Etat 4001(132). Chiffres détaillés en annexe 3.



Des chiffres plus récents concernant les viols et agressions sur mineurs (voir figures 4 et 5), montrent une baisse de la mise en cause des adultes depuis 2007. En revanche, il existe

une stabilité voire une diminution globale mais plus modeste de ces chiffres chez les mineurs. Ceci explique une augmentation de la part des mineurs de 36,9% à 39,6% pour les viols et de 34,6% à 38% pour les agressions (voir tableaux 3 et 4). Mais ce phénomène n'est pas spécifique à la violence sexuelle, cette augmentation de la part des mineurs mis en cause est également retrouvée dans les atteintes aux biens, à l'intégrité physique et les escroqueries sur cette même période.

Figure 4 : Nombre de mis en cause pour viols sur mineurs de 2007 à 2012.

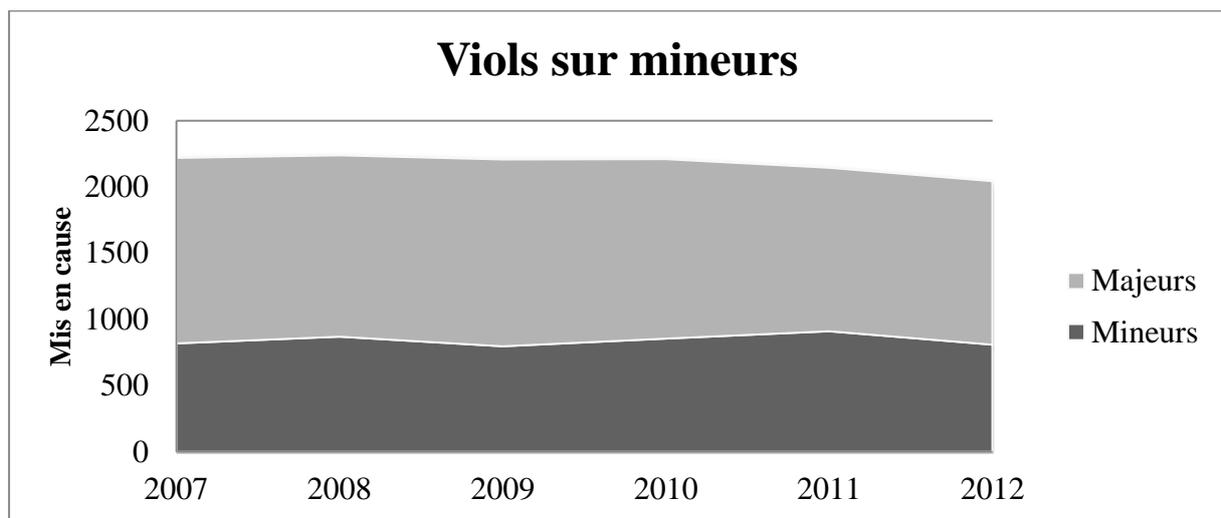


Tableau 3 :

Viols sur mineurs	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Part des mineurs</i>	36,9%	38,9%	36,1%	38,7%	42,5%	39,6%

Figure 5 : *Nombre de mis en cause pour agressions et harcèlement sexuels sur mineurs de 2007 à 2012.*

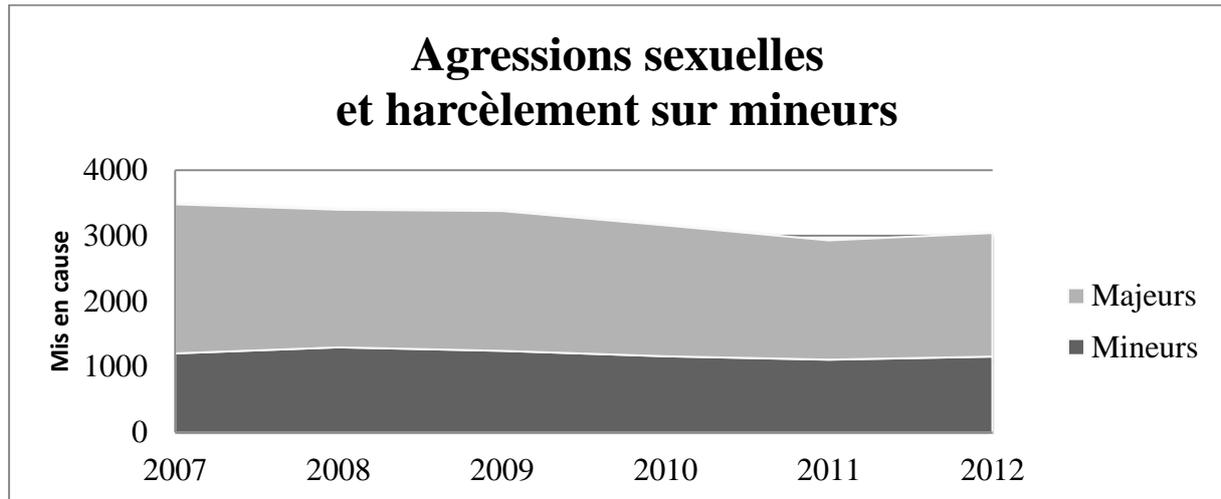


Tableau 4 :

Harcèlement et autres agressions sur mineurs	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Part des mineurs	34,6%	38,3%	36,8%	36,8%	37,9%	38%

Figures 4 et 5, tableaux 3 et 4 : Sources : *Mineurs et Majeurs mis en cause pour viols, agressions sexuelles et harcèlement sur mineurs en France métropolitaine par la Police nationale. Source : ONDRP « Tableaux de bord- 2007-2012 n°6 (133).*

Laurent Mucchielli, sociologue au CESDIP, le Centre de Recherches sur le Droit et les Institutions Pénales, produit régulièrement des écrits où il met en perspective, tant sur le plan diachronique que synchronique, les chiffres officiels. Il a rédigé notamment une « note de recadrage » suite à des propos tenus en 2008 par la Garde des Sceaux de l'époque, Mme Rachida Dati et à la mise en place de la « Commission Varinard » chargée de réformer l'ordonnance de 1945. Il y réfute à la fois l'augmentation massive et le rajeunissement de la population mineure délinquante, notamment en matière criminelle plus encore que délictuelle, et conteste un laxisme de la part des juges. Il montre que l'emprisonnement représente 1/3 des

peines prononcées pour les 13-16 ans et 40% pour les 16-18 ans soit quasi autant que les mesures éducatives(134).

Ces données vont à l'encontre d'une représentation catastrophiste et d'une augmentation exponentielle de la délinquance sexuelle des mineurs comme elle est parfois relatée dans les médias et dans le milieu politique. Les chiffres bruts montrent bien une augmentation de la mise en cause des mineurs mais elle reflète la conjonction de phénomènes qui sont d'une part, une plus grande attention portée aux affaires sexuelles, une augmentation de la judiciarisation systématique d'actes sexuels entre enfants et adolescents, et la faculté des victimes à porter plainte.

Ainsi, le numéro vert 119 (SNATEM), ligne dédiée au public pour l'accompagnement des maltraitances a présenté des chiffres de victimisation par des auteurs mineurs, en 2001, dans le milieu scolaire. Les données, présentées dans le tableau 3 ci-dessous, représentent le nombre d'appels rapportant un climat équivoque, des attouchements et des viols selon l'âge des enfants impliqués (135,136). Certains chiffres sont frappants comme les quasi 20% d'attouchements et 12% de viols en maternelle. Ceux-ci reflètent probablement la moindre banalisation des violences sexuelles entre pairs mais le risque n'est-il pas également de tomber dans une « chasse aux sorcières » par méconnaissance d'une sexualité infantile ? Cela ne signifie pas pour autant qu'il ne faut pas agir face à ce problème de violences sexuelles des mineurs mais une réflexion dégagée des discours alarmistes, démentis, par les chiffres est nécessaire.

Tableau 3 : SNATEM, Rapport 2001(135,136)

Pourcentage du nombre d'appels selon l'âge des enfants impliqués dans :	Maternelle	Primaire	Collège	Lycée
Climat équivoque	3%	6%	1,5%	0%
Attouchements	19,4%	23,9%	14,9%	3%
Viols	11,9%	7,5%	7,5%	1,5%

C. PSYCHOCRIMINOLOGIE

Dans la littérature scientifique traitant de la question des troubles du comportement sexuel chez l'enfant et l'adolescent, existe un nombre conséquent de travaux relevant d'une approche criminologique ou « psychocriminologique ».

En effet, les premières études ayant mis en lumière la possibilité pour des enfants et des adolescents de commettre des violences sexuelles envers les pairs datent des années 1940-1950 (137). Les débats cherchaient alors à distinguer le caractère transitoire de ces troubles, phénomène attribuable à la dynamique développementale de l'adolescence voué à une extinction une fois adulte, ou bien leur caractère constitutif fondant, dès cet âge, une « carrière criminelle » marquée par l'apparition d'intérêts sexuels déviants et nécessitant une prise en charge spécialisée. Ces arguments sont encore parfois opposés dans les écrits actuels.

Ainsi, les modifications législatives sur la délinquance sexuelle ont permis au champ judiciaire de se saisir de cette question. La *psychocriminologie* est l'étude des faits criminels, délictuels et de leurs auteurs à la lueur des sciences sociales, des théories psychologiques, des sciences biologiques, du droit et de l'anthropologie. Son objectif est la compréhension, la prévention et le traitement des situations violentes et criminelles (138). Certains auteurs s'interrogent sur sa spécificité en tant que discipline à part entière. D'autres comme André Ciavaldini s'inscrivent en droite ligne de cette approche et de son application expertale.

Les adolescents auteurs d'agression sexuelle représentent une population mal connue jusque dans les années 1970, les travaux initiaux dans ce domaine ont une approche basée sur l'étude des adultes. En effet, il a été montré que les agresseurs adultes présentaient des antécédents de traumatisme sexuel dans l'enfance et particulièrement ceux perpétrant des actes contre les enfants (139). Les antécédents d'abus sexuels ont été ainsi longtemps considérés comme le facteur principal d'apparition de troubles du comportement sexuel.

De plus, les études criminologiques des années 1980 rapportent rétrospectivement que 50% des majeurs auraient commis leurs premiers délits sexuels à l'adolescence voire avant l'âge de 10 ans. Leurs actes évolueraient au fil du temps vers une sévérité croissante, passant ainsi d'infractions de type exhibitionnisme à des violences criminelles (137). Ces premières études se sont penchées sur les facteurs individuels, les traits de personnalité attachés au symptôme « agression sexuelle » donnant lieu à des typologies de l'agresseur sexuel (140).

Le problème est que certains auteurs transposent directement la problématique adulte, négligeant la dynamique propre à l'adolescence. Ainsi, l'étude de Galli et coll. en 1999 a tenté

de mesurer sur un échantillon de jeunes de 13 à 17 ans, la prévalence de certains diagnostics psychiatriques. 100% des adolescents examinés auraient répondu à un moment donné aux critères de pédophilie hormis le critère d'âge, 95% auraient montré des signes de paraphilie et 55% un trouble du contrôle des impulsions selon le DSM-III-R(141). Il n'est pas impossible que certains des adolescents s'engagent sur les voies de la perversion et notamment vers la pédophilie. Cependant, ces chiffres étonnent et le fait d'appliquer de tels diagnostics chez des adolescents, alors que le critère d'âge en est l'élément essentiel, interroge.

De même, l'existence de fantaisies ou intérêts sexuels déviants à l'origine de troubles du comportement sexuel peuvent faire l'objet d'évaluation par une méthode dite « psychophysiological » en complément des tests psychologiques habituels : c'est la pléthysmographie pénienne. Celle-ci mesurerait le niveau d'excitation sexuelle par l'augmentation du volume du pénis d'auteurs de violence sexuelle auxquels sont proposés des films ou photos correspondant aux intérêts déviants (142). Elle est couramment utilisée aux Etats-Unis pour les adultes comme pour les adolescents. En France, les recommandations de la Haute Autorité de Santé la mentionne mais précise qu'elle n'est pas validée dans la population française adulte(143).

Selon les pays, différentes échelles sont également employées pour évaluer les distorsions cognitives, les fantasmes et les activités sexuelles. L'une d'elles mesure spécifiquement les intérêts pédophiles, la SSPI (Screening Scale for Pedophilic Interest). L'étude de Seto et coll. l'a évaluée chez de jeunes auteurs d'agression sexuelle entre 12 et 17 ans (144) et a montré une forte corrélation avec les résultats de la pléthysmographie. Cette échelle est composée de 4 items concernant le type d'agression commise : il existe au moins une victime mâle / une à plusieurs victimes / au moins une victime est âgée de moins de 12 ans / au moins une victime est sans rapport avec l'agresseur. La SSPI pourrait ainsi mettre en évidence des intérêts déviants orientés vers les enfants de manière concordante avec la pléthysmographie et représenterait une alternative à l'utilisation de cette dernière.

En France, l'utilisation de la pléthysmographie est discutée sur le plan éthique comme sur le plan de la validité scientifique chez l'adulte, raison pour laquelle il n'existe pas de travaux de validation. De même, la recherche d'intérêts de nature pédophile chez l'adolescent est retrouvée essentiellement dans des publications nord-américaines dans le cadre de programme de traitement spécifique et de prévention secondaire ou tertiaire.

La question d'une délinquance « spécialisée » dans le domaine sexuel à côté d'une « délinquance » généraliste divise les psychocriminologues, notamment pour le repérage précoce des adolescents à risque de récidive.

Ainsi, Seto et Lalumière, dans leur méta-analyse portant sur 59 études comparant les 2 types de population « spécialiste » et « généraliste », montrent que l'apparition d'une délinquance sexuelle est liée à un isolement social, une anxiété, une faible estime de soi et à la présence d'intérêts sexuels « atypiques ». Les auteurs constatent dans cette étude que les facteurs de risque de délinquance « généraliste » ne suffiraient pas à expliquer les ressorts de la délinquance sexuelle et que toutes deux relèveraient de parcours différents (145). En revanche, Kavoussi et coll., devant la forte corrélation entre des violences sexuelles et le diagnostic de troubles des conduites, soutient l'idée que, chez de nombreux adolescents, les agressions sexuelles feraient partie d'un tableau de comportements antisociaux et de trouble du contrôle des impulsions(146).

Afin de mieux cibler la population à laquelle est destinée une intervention spécifique, centrée sur la problématique sexuelle, Paradis et Laforest dessinent un « portrait-type » des adolescents inclus dans le programme (140). Il s'agirait d'adolescents mâles d'environ 15 ans, agressant une ou des victimes du sexe opposé avec un écart d'âge de 6 à 12 ans. Il existe un lien de parenté, de voisinage ou un contexte de garde d'enfant. Les gestes commis sont essentiellement des attouchements, masturbation, fellation, les agressions les plus graves restant une exception. 50% des agresseurs ont eux-mêmes une histoire d'abus sexuel. Il existe un isolement social malgré le maintien d'une scolarité et peu d'interaction avec les pairs. Les adolescents présentent une faible estime de soi avec un défaut d'agressivité et des difficultés d'affirmation de soi, dans un registre d'inhibition, leurs capacités relationnelles sont limitées et il existe une solitude affective. Le niveau d'anxiété est élevé, contrastant avec la banalisation du ou des gestes réalisés.

A partir de ces conceptions, des outils de prédiction de la récidive ont été élaborés. Ainsi, le Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (JSOAP II) est utilisé chez les adolescents de 12 à 18 ans ayant commis une agression sexuelle ou un viol. Cet outil est bâti sur quatre sous-échelles :

- les conduites et préoccupations sexuelles (nombre de victimes, victime mâle, l'existence d'agression sexuelle n'entrant pas dans le cadre des infractions juridiques, les antécédents d'abus sexuel)

- les comportements antisociaux, impulsifs (problèmes comportementaux à l'école, violences physiques dans l'histoire de l'agresseur, l'exposition à des violences familiales, les mises en causes avant 16 ans, stabilité des figures d'autorité avant l'âge de 10 ans)
- la clinique / la réponse au programme de traitement (responsabilité reconnue, désir de changement, empathie, identification des situations à risque et stratégies de changement, culpabilité, remords, distorsions cognitives, qualité relationnelle aux pairs)
- l'adaptation sociale (gestion des désirs et de l'« urgence » sexuelle, gestion de la colère, soutien familial, environnemental, maintien d'une scolarité à l'école, stabilité de la situation de vie actuelle)

Cette échelle a été développée à partir de l'ensemble des facteurs identifiés dans des populations ayant commis une récidive sexuelle et du risque statistique associé qui a été calculé (147). Les résultats quant à la validité d'un tel outil sont contradictoires car l'étude de Viljoen et coll. (148) remet en cause la capacité du JSOAP-II à prédire la violence sexuelle tout comme deux autres échelles : la J-SORRAT II (Juvenile Sexual Offense Recidivism Risk Assessment Tool II) et la SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth). Seules JSOAP II et SAVRY permettent de prédire une récidive **non** sexuelle et de manière toute relative car chez les plus jeunes, âgé de moins de 15 ans, elles se sont révélées inefficaces. Cette dernière étude remet en question la réelle spécificité des facteurs de risque de violence sexuelle et ce, même dans des populations d'adolescents déjà récidivistes donc a priori à risque élevé de récidive (148) mais également la notion de trajectoire développementale et de délinquance sexuelle spécialisée.

De plus en plus d'auteurs et de travaux récents défendent ainsi des positions contraires à celles exposées précédemment. Mark Chaffin, psychiatre, souligne ainsi le fossé existant entre les faits scientifiques et les représentations habituelles, populaires, politiques des adolescents auteurs d'agressions sexuelles qui, en réaction vive à des affaires médiatisées, s'accompagnent d'une rigidification judiciaire(149). Il évoque un risque de récidive mal évalué, il s'oppose à une «spécificité» et à une globalisation sous la formule « mineur délinquant sexuel », il réfute également l'idée d'une difficulté particulière à traiter cette population, dite parfois résistante au changement(137).

Le taux de récidive à l'âge adulte rapporté par Nisbet et coll. dans une étude de 2004, pour des adolescents de 10 à 18 ans suivis en moyenne 7 ans après leur inclusion, était de 5% tandis que le taux de récidive non sexuelle était de 61.3%(150). Une autre étude canadienne

montre, après un suivi de 2 à 10 ans, un taux de récurrence significativement inférieur chez des adolescents suivant un traitement (un peu plus de 5%) contre 18% sans traitement. Le taux de récurrence non sexuelle en cas de traitement était de 20% environ, jusqu'à 50% chez les adolescents non traités (151). Mais les résultats peuvent être très variables d'une étude à l'autre selon la durée du suivi. Une méta-analyse portant sur les adolescents pris en charge évoque un risque de 0% à 42% et un taux de récurrence non sexuel toujours plus élevé (8% à 52%)(152). Ces résultats corroborent dans l'ensemble les propos de Mark Chaffin sur l'efficacité de traitement et sur l'attention préférentiellement portée à la récurrence sexuelle par rapport au risque mesuré.

Les agressions sexuelles sont probablement en partie sous-estimées, mais ce défaut d'information chute avec le nombre d'acte commis, donc chez les adolescents les plus dangereux, multirécidivistes. Le risque de récurrence tomberait d'ailleurs à 0 après 2 à 4 ans, à distance de la condamnation (149).

Chaffin affirme également que considérer ces adolescents comme une population d'une particulière dangerosité est injustifié. En effet, 85% des agressions sexuelles seraient perpétrées par des populations délinquantes non sexuelles (153). Le taux de récurrence est quasi identique chez les adolescents auteurs d'agression sexuelle et non sexuelle (respectivement 7% et 6%). Ces données reflètent à la fois le caractère hétérogène des problématiques des agresseurs sexuels et leur survenue au sein de troubles plus larges et moins spécifiques que semblent suggérer certaines études mais qui portent sur un petit nombre de sujets préalablement intégrés dans des programmes de traitement spécifique à l'origine d'un probable biais de recrutement.

Les traitements « multisystémiques » et non centrés sur la symptomatologie sexuelle présenteraient de meilleurs résultats. Il s'agit d'interventions familiales, individuelles et environnementales permettant la prise en charge des facteurs de risques de trouble du comportement en général mais également sexuel. Ce type de traitement a déjà été testé avec succès pour la délinquance non sexuelle. Il montre une efficacité supérieure, si ce n'est à court terme, au moins à long terme, aux prises en charge individuelles et aux programmes de traitements spécialisés qui se sont développés en grand nombre en Amérique du Nord (154).

Encore une fois il faut souligner l'extrême hétérogénéité des enfants et adolescents transgressant sexuellement. L'existence d'une dangerosité particulière est possible chez certains jeunes, présentant des troubles psychopathologiques sévères et des intérêts sexuels déviants, à haut risque de développer une paraphilie notamment une pédophilie ou une

prédation sexuelle. Mais, il s'agit probablement d'un petit nombre d'individus bien qu'une estimation soit difficile. Ils représentent peut-être les 5% de récidivistes malgré le traitement, ils sont largement minoritaires dans la population adolescente et ne doivent pas autoriser une stigmatisation de la majorité.

C'est pour cette raison que depuis plusieurs années maintenant, des voix s'élèvent contre la conception du passage à l'acte sexuel uniquement comme le reflet d'une structuration psychique perverse et fixée chez les adolescents. Des auteurs comme Claude Balier, André Ciavaldini ou Roland Coutanceau tendent vers une approche psychocriminologique dynamique. La compréhension des violences sexuelles chez l'adolescent mais également chez l'adulte s'est ainsi élargie à un modèle développemental et économique.

Dans cette approche, la clinique du passage à l'acte, et non plus seulement psychopathologique, vient mettre en évidence la singularité de l'acte délictuel et sa fonction économique pour les instances psychiques(112).

Ainsi, Valérie Moulin et Jean-Pierre Senon proposent l'EEPPA (Entretien semi-directif d'Evaluation du Processus de Passage à l'Acte), outil d'exploration des processus et éléments diachroniques et synchroniques ayant abouti à l'acte délictuel(155). Il bâtit une représentation de l'acte et de son auteur selon 3 axes :

- La position du sujet (son histoire, les éléments psychiques et psychopathologiques)
- Le passage à l'acte en lui-même (dès 48 h avant, pendant et après)
- Le contexte environnemental et psychosocial.

L'exploration est ici multidimensionnelle, dynamique et processuelle. Elle correspond particulièrement bien à la définition que donne André Ciavaldini de l'agir sexuel violent, à savoir, « l'aboutissement historique d'une inter-activité sujet-contexte, où le sujet redupliquera les modalités d'appropriations ayant participé à sa maturation»(156).

Or, par définition, l'adolescent est un sujet en pleine réactualisation des conflits et modalités antérieurs de relation à l'objet primaire, à l'environnement, ces derniers ayant concouru aux fondements narcissiques de la relation à l'autre et donc à soi. Il est ainsi nécessaire de comprendre les ressorts d'un passage à l'acte, dans lequel l'adolescent « reduplique » conflits et relations antérieurs, afin de reconnaître son caractère singulier et développemental et d'en dégager la valeur organisationnelle ou destructrice sur le plan psychique.

L'acte est défini par Ciavaldini comme «un ensemble d'actions sensori-motrices dans lequel est engagé le sujet», de celui qui permet la représentation, la symbolisation à l'acte entièrement lié à une décharge, à une destructivité où la pensée est mise à distance voire n'existe pas.

Le psychiatre souligne à quel point le passage à l'acte sexuel induit un engagement du corps et de l'environnement, deux pôles particulièrement touchés à la puberté par le remaniement de la relation objectale et les modifications des limites corporelles et des éprouvés sensoriels.

Ainsi, la prise en charge de ces adolescents ne peut se passer d'une évaluation des liens entre les processus de structuration psychique de l'enfance, leur réactualisation au temps de l'adolescence, la singularité du passage à l'acte considéré et ses multiples déterminants individuels, environnementaux et sociaux, bien loin d'une compréhension causale univoque et linéaire de la « délinquance sexuelle des mineurs » la plus indifférenciée.

CONCLUSION

L'intérêt scientifique porté à la sexualité est récent. Il date seulement d'un peu plus d'un siècle au regard de sa fonction dans l'humanité. Les pionniers de la sexologie, notamment Havelock Ellis, médecin anglais et Freud, père de la psychanalyse, vont non plus simplement, en faire une description clinique mais proposer les premières théories sexuelles. Ils en dégageront la spécificité humaine, à savoir une dimension relationnelle et hédoniste qui la sépare définitivement des comportements reproductifs animaux, sans toutefois abandonner la notion d'instinct. A leur suite, d'autres approches théoriques enrichiront la compréhension d'un processus complexe touchant à la biologie, la neurologie, l'anatomie, l'anthropologie, la religion, la psychologie, la sociologie, l'éthique,...

Jusqu'au XIXème siècle, la condamnation religieuse de l'acte sexuel hors mariage, la mortalité élevée et les conceptions angélistes de l'enfant avaient écarté celui-ci de la sexualité humaine. Celle-ci devait apparaître *ex nihilo* chez l'homme ou la femme mariée. Pourtant, c'est à cette époque que Freud affirme l'existence d'une sexualité « infantile », non réductible à son aspect mature génitalisé. Elle constitue dans l'enfance un ensemble de processus dynamiques organisateurs de la psyché, de la personnalité, de la relation à l'autre et bien sûr de la sexualité sous le « primat » génital dont les mécanismes perdureront tout au long de la vie. Au cours du XXème siècle, ces notions sont devenues familières au grand public par la diffusion de ces travaux hors du milieu intellectuel et scientifique. Ainsi, les manifestations sexuelles chez l'enfant « pervers polymorphe » de Freud, l'exhibitionnisme, le voyeurisme, la masturbation sont connus et mieux accueillis par des parents informés. Le malaise survient lorsque des pratiques plus élaborées, impliquant d'autres enfants sont visibles et ce sentiment est tout à fait indissociable du contexte socio-culturel occidental dans lequel il apparaît. D'une société à l'autre, du tabou de l'autostimulation à l'encouragement des pratiques les plus diverses et matures chez l'enfant, les « prescriptions » sociales sont tout à fait différentes.

La période de libéralisation de mœurs, en France dans les années 1960-1970, laissera la place à un paradoxe de surexposition de la nudité, de la sensualité et d'une sexualité coupée de ses aspects relationnels, d'une valorisation de l'accès à la jouissance et du bien-être sexuel mais d'un durcissement de la normativité. Les affaires d'agressions, viols, pédophilie ayant défrayé la chronique ont permis des avancées judiciaires dans la protection des victimes, et dans le traitement des auteurs. Elles ont également amené à se pencher sur l'existence d'une violence sexuelle chez les adolescents voire préadolescents qui, jusqu'à présent, était tue ou banalisée, considérée comme un comportement d'expérimentation. A partir de là, il a fallu déterminer ce qui pouvait être considéré comme socialement acceptable dans l'enfance et

l'adolescence. La loi apporte un certain nombre de réponses quant à la définition d'une agression sexuelle, d'un viol, de l'utilisation de la menace, de la force mais en laisse d'autres en suspens notamment la différence d'âge minimale qui constituerait en elle-même une forme de contrainte.

Dans la population générale, des études montrent l'extrême diversité des comportements sexuels selon un continuum des plus classiques aux plus violents. Un consensus se dessine cependant pour isoler les plus agressifs, intrusifs, considérés comme pathologiques. Mais, pour une part importante la décision d'intervention thérapeutique, sociale, judiciaire fera appel aux représentations et au propre rapport des professionnels à la sexualité. Selon la fonction, le sexe, l'origine culturelle, l'approche de ces problématiques et la suite qui leur sera donnée seront tout à fait variables (42).

Rencontrer le sexuel chez l'enfant c'est retrouver l'infantile refoulé, liquidé chez l'adulte et cela n'est pas sans risque de se confronter de nouveau aux conflits intrapsychiques, aux angoisses liées aux désirs préoedipiens et oedipiens avant leur transformation sous le poids des interdits fondamentaux. Les transgressions sexuelles des enfants et adolescents sont d'autant plus déstabilisantes qu'elles ont une forme archaïque ou au contraire génitalisée en décalage important avec l'âge chronologique et qu'elles s'accompagnent de violence.

Face à cela, les professionnels sont soumis à une double contrainte, à la fois interne, par le questionnement de leur propre sexualité infantile, engendrant fascination, sidération ou rejet et contre-attitudes mais également, une contrainte externe, par les attentes sociales et politiques. De plus, les fréquents recours à la pédopsychiatrie dans un contexte d'urgence ou dans un cadre expertal pour les situations préoccupantes ne facilitent pas une approche dépassionnée.

De plus, les agirs sexuels chez l'enfant ou l'adolescent recouvrent des réalités environnementales, individuelles, relationnelles, psychiques et psychopathologiques extrêmement diverses. Parmi les facteurs étiologiques identifiés, pas un n'est nécessaire ni suffisant, et bien que certains semblent plus spécifiques, comme l'exposition à des scènes sexuelles traumatiques ou un abus sexuel subi, c'est leur effet cumulatif qui explique l'apparition des troubles. Les diverses approches théoriques montrent qu'ils ne sont pas tant sous-tendus par une satisfaction physique, génitale que par des troubles de l'attachement, un apprentissage social, des modes relationnels immatures ou un fonctionnement psychique dont la survie peut dépendre du passage à l'acte.

Les intervenants peuvent être leurrés par l'aspect génitalisé de certains actes mais les problématiques restent bien de nature infantile. Leur mode d'expression, en revanche, pourrait être déterminé par la rencontre d'une sexualité génitale traumatique. La nature des processus qui conduisent à certains troubles du comportement **non sexualisés** est, par ailleurs, également « sexuelle » au sens freudien du terme, car issus d'aspects affectifs, relationnels et des conflits intrapsychiques inhérents à la sexualité infantile.

Ces éléments soulignent le risque de stigmatisation de ces enfants et adolescents pour lesquels circulent un certain nombre de représentations et notamment celles d'une péjoration du devenir et d'une trajectoire développementale perverse voire pédophile. Le taux de récurrence est (encore ?) d'environ 18% à l'âge adulte en l'absence de soin et de 5% en cas de prise en charge thérapeutique adaptée (151). Les chiffres de la justice montrent une augmentation de la délinquance sexuelle des mineurs par rapport à celle des majeurs mais celle-ci n'apparaît pas exponentielle comme présentée sur la scène politique. Cette hausse est plus marquée pour les mises en cause que pour les condamnations, reflétant la vigilance des autorités, des professionnels et la capacité des victimes à porter plainte.

Longtemps fondée sur la seule connaissance des auteurs adultes et sur une conception uniquement structuraliste, la psychocriminologie, notamment en France, revient à une approche psychodynamique qui redonne du sens au passage à l'acte dans l'économie psychique et à une individualisation de la prise en charge.

A l'heure actuelle, les propositions thérapeutiques, spécifiques à la problématique de transgressions sexuelles, émanent essentiellement des pays anglo-saxons. Certaines sont basées sur une approche cognitivo-comportementale, programmes de traitement court qui interviennent très souvent dans un cadre judiciaire. D'autres sont dites « multisystémiques », conjuguant des soins individuels, familiaux, groupaux, non pas centrées sur le symptôme sexuel, mais sur les dimensions interactionnelles et affectives et sur le traitement d'un éventuel traumatisme. En France, il n'existe pas de réflexion nationale ou d'étude à grande échelle sur le sujet, des initiatives locales ou des structures comme les CRISAVS tentent de soutenir les équipes des intersecteurs pédopsychiatriques confrontées aux questions éthiques, thérapeutiques et judiciaires des situations.

Cependant, face aux aspects « monstrueux » de certains passages à l'acte, à la mobilisation de l'intime chez les intervenants, face à l'urgence de la plupart des situations et à la pression sociale, tous étant susceptibles de mettre à mal les capacités soignantes, une approche multidimensionnelle, pluridisciplinaire accueillant ces enfants et adolescents dans

toute leur complexité et, non pas seulement réduits à leurs agirs sexuels apparaît primordiale pour permettre à la pensée de ne pas s'arrêter et pour préserver la créativité, essence du travail pédopsychiatrique.

ANNEXES

Annexe 1: CHILD SEXUAL BEHAVIOR INVENTORY(55,57)

Questionnaire destiné aux parents

Chaque item est coté de :

0 = jamais observé, 1 = observé moins d'une fois par mois, 2 = observé une à trois fois par mois

à 3 = observé au moins une fois par semaine.

Problèmes de frontières (= *non-respect des distances relationnelles et physiques socialement admises*)

- 2. Se tient trop près des gens physiquement
- 7. Touche ou essaie de toucher les seins de sa mère ou des autres femmes
- 17. Se frotte le corps contre les autres ou contre les objets
- 24. Embrasse des adultes qu'il connaît peu
- 26. Agit de façon trop amicale avec des hommes qu'il connaît peu
- 32. Serre dans ses bras les adultes qu'il connaît peu
- 36. Place sa bouche sur les seins de sa mère ou d'autres femmes

Exhibitionnisme

- 21. Montre ses parties sexuelles aux adultes
- 33. Montre ses parties sexuelles aux autres enfants

Comportements liés à l'identité sexuelle

- 1. S'habille comme les personnes de l'autre sexe
- 3. Parle de son désir d'être de l'autre sexe

Auto-stimulation

- 4. Touche ses parties sexuelles en public
- 5. Se masturbe en utilisant sa main
- 8. Se masturbe avec un objet ou un jouet
- 12. Touche ses parties sexuelles à la maison
- 18. Insère des objets dans le vagin ou l'anus

Anxiété sexuelle

- 25. Est dérangé par les signes d'affection entre adultes

Intérêt pour la sexualité

- 6. Ajoute les parties sexuelles à ses dessins de personnes
- 15. Émet des bruits de nature sexuelle
- 28. Parle sur un ton séducteur
- 35. Est très intéressé par les personnes de l'autre sexe

Comportements sexuels intrusifs

9. Touche aux parties sexuelles d'autres enfants
10. Essaie d'avoir des rapports sexuels avec un autre enfant ou avec l'adulte
11. Place sa bouche sur les parties sexuelles d'un autre enfant ou d'un adulte
13. Touche aux parties sexuelles de l'adulte
14. Touche aux parties sexuelles d'animaux
16. Demande aux autres de participer à des activités sexuelles
27. Embrasse les enfants qu'il connaît peu
29. Tente de déshabiller les autres enfants contre leur gré
31. Embrasse avec sa langue
34. Tente de déshabiller les adultes contre leur gré

Connaissances sexuelles

20. Fait semblant que ses poupées ou toutous ont des relations sexuelles
23. Parle d'activités sexuelles
37. A plus de connaissances sexuelles que la majorité des enfants de son âge

Voyeurisme

19. Essaie de voir les autres nus ou en train de se déshabiller
22. Tente de regarder des photos de personnes nues ou partiellement habillées
30. Veut regarder des films ou des émissions de télévision sexuellement explicites
38. Autres comportements sexuels

Questionnaire destiné aux adolescents

Proposition de traduction française (non validée)

Chaque item est coté : 1= Faux, 2 = un peu vrai, 3 = tout à fait vrai

Connaissances en matière de sexualité/Intérêts sexuels

- Expose des parties de peau nue ou de son corps
- Est très intéressé par le sexe opposé
- S'intéresse aux contenus sexuels à la télévision, dans des films ou des vidéos
- Porte des habits qui laissent exposés les sous-vêtements ou la peau
- Flirte avec d'autres adolescents ou des adultes
- Parle des comportements sexuels
- N'est pas gêné pour se déshabiller
- Se tient trop prêt des autres
- Préfère côtoyer des personnes du sexe opposé
- A plus de connaissances que les adolescents de son âge en matière de sexualité
- Fait des commentaires sexuels à ses amis
- Fait des commentaires sexuels aux adultes
- Cherche des informations exactes au sujet de la sexualité auprès d'adultes de confiance

Prises de risque sexuel

- Est inquiet au sujet de son comportement sexuel
- Est utilisé sexuellement par les autres
- A des rapports sexuels non protégés
- S'est fait surprendre durant un acte sexuel
- Fugue dans des endroits peu sûrs
- Ses relations deviennent rapidement sexuelles
- Dit avoir été abusé sexuellement
- A déjà eu une maladie sexuellement transmissible
- A beaucoup de petit(e)s ami(e)s
- Passé la nuit hors du domicile sans autorisation

Intérêts sexuels inhabituels

- Possède des images pornographiques
- Utilise des numéros téléphoniques, des sites internet ou des discussions en ligne à caractère sexuel.
- Se masturbe
- Pousse les autres à avoir des relations sexuelles
- Tente d'épier les gens par la fenêtre ou dans la salle de bain

Préoccupations autour de l'apparence physique

- Est peu satisfait de son apparence
- Semble inconfortable avec son propre corps
- S'inquiète d'avoir une apparence parfaite
- Passé beaucoup de temps devant le miroir

Anxiété sexuelle

N'a aucun ami du sexe opposé

Semble complètement indifférent au sexe opposé

Paraît effrayé de sortir avec quelqu'un

Gêné quand quelqu'un parle ou plaisante à propos de la sexualité

A peur des hommes

Annexe 3. Sources : Ministère de la Justice française, ONDRP. (127,131–133)

Chiffres détaillés de la figure 1	2000	2001	2002	2003	2 004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Agressions sexuelles (dont harcèlement)											
Mineurs de 16 ans	780	876	983	1024	1 242	1293	1322	1145	1175	1215	1027
Mineurs de 16-18 ans	355	360	329	308	287	363	293	292	292	279	249
Majeurs	4729	4448	4634	4837	4 806	5060	4696	4660	4570	4511	4260

Chiffres détaillés de la figure 2	2000	2001	2002	2003	2 004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Viols											
Mineur de 13 ans	26	45	38	55	80	41	28	28	31	27	24
Mineurs de 13-16 ans	175	186	184	219	261	299	326	317	271	268	247
Mineurs de 16-18 ans	184	202	141	147	158	140	115	121	139	102	91
Majeurs	1238	1223	1219	1289	1 260	1322	1241	1202	1055	1022	994

Chiffres détaillés de la figure 3	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mis en cause dans les violences sexuelles														
Mineurs	2134	2548	2509	2743	2962	3248	3626	3578	3853	3553	3391	3503	3884	3721
Majeurs	10187	11556	10555	9645	9149	10757	11424	11430	12244	11568	10885	11036	11085	11127
Part des mineurs en %	17,3	18,0	19,2	22,1	22,9	23,2	24,1	23,8	23,9	23,5	23,8	24,1	25,9	25,1

Chiffres détaillés de la figure 4	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Viols sur mineurs						
Mineurs	819	870	797	855	911	810
Majeurs	1400	1368	1411	1354	1233	1234
Part des mineurs en %	36,9	38,9	36,1	38,7	42,5	39,6

Chiffres détaillés de la figure 5	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Mis en cause Agressions sexuelles et harcèlement sur mineurs						
Mineurs	1203	1299	1243	1162	1109	1155
Majeurs	2274	2096	2133	1995	1819	1884
Part des mineurs en %	34,6	38,3	36,8	36,8	37,9	38

BIBLIOGRAPHIE

1. Becchi E, Julia D, Bardos J-P. Histoire de l'enfance en Occident. 1, De l'Antiquité au XVIIe siècle. Paris: Seuil; 2004.
2. Ariès P. L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime. Plon Paris; 1960.
3. Becchi E, Julia D. Histoire de l'enfance, histoire sans paroles? In Histoire de l'enfance en Occident Tome 1 De l'Antiquité au XVIIIème Siècle. Seuil. Paris; 1998. p. 7–41.
4. Renard L. La sexualité infantile a-t-elle été inventée par Freud? *Enfances Psy.* 2002;17(1):36.
5. Brenot P. Qu'est-ce que la sexologie? Payot; 2012.
6. Pognant P. *Psychopathia sexualis* de Krafft-Ebing (1886-1924). Editions L'Harmattan; 2011.
7. Ellis H. *Studies in the psychology of sex.* Random House; 1921.
8. Marcelli D. 12 - Psychopathologie de la Différence des Sexes et des Conduites Sexuelles. *Enfance Psychopathol.* 8e Édition Rev. Complétée. Paris: Elsevier Masson; 2009. p. 257–70.
9. Freud S. *Trois essais sur la théorie sexuelle.* Presses Universitaires de France - PUF; 2010.
10. Chaperon S. *Les origines de la sexologie.* Payot; 2012.
11. Ngun TC, Ghahramani N, Sánchez FJ, Bocklandt S, Vilain E. The genetics of sex differences in brain and behavior. *Front. Neuroendocrinol.* 2011 Apr;32(2):227–46.
12. Auger AP, Olesen KM. Brain Sex Differences and the Organisation of Juvenile Social Play Behaviour. *J. Neuroendocrinol.* 2009;21(6):519–25.
13. Hines M. Prenatal endocrine influences on sexual orientation and on sexually differentiated childhood behavior. *Front. Neuroendocrinol.* 2011 Apr;32(2):170–82.
14. Blakemore S-J, Burnett S, Dahl RE. The role of puberty in the developing adolescent brain. *Hum. Brain Mapp.* 2010 Jun;31(6):926–33.
15. Giedd JN, Stockman M, Weddle C, Liverpool M, Alexander-Bloch A, Wallace GL, et al. Anatomic magnetic resonance imaging of the developing child and adolescent brain and effects of genetic variation. *Neuropsychol. Rev.* 2010 Dec;20(4):349–61.
16. Wunsch S, Brenot P. Sexualité: instinct ou apprentissage? *Bull. Société Francoph. Médecine Sex.* 2005;(1):13.
17. Romeo RD, Richardson HN, Sisk CL. Puberty and the maturation of the male brain and sexual behavior: recasting a behavioral potential. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2002 May;26(3):381–91.
18. Schulz KM, Molenda-Figueira HA, Sisk CL. Back to the future: The organizational-activational hypothesis adapted to puberty and adolescence. *Horm. Behav.* 2009 May;55(5):597–604.
19. Allgeier AR, Allgeier ER. *Sexualité humaine.* De Boeck; 1992.
20. Cottraux J. *Les thérapies comportementales et cognitives.* 4e ed. Editions Masson; 2004.
21. Langis P. *La sexualité humaine.* Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique; 2009.
22. Simon W, Gagnon JH. Sexual scripts. *Society.* 1984 Nov 1;22(1):53–60.
23. Giami A, Bozon M. Présentation de l'article de John Gagnon. *Actes Rech. En Sci. Sociales.* 1999;128(1):68–72.
24. Braconnier A, Corbobsesse E, Deschamps F, Duriez N, Collectif. Introduction à la psychopathologie. Masson; 2006.
25. Freud S. *La vie sexuelle.* 9e ed. Presses Universitaires de France - PUF; 1999.
26. Freud S. *Au-delà du principe de plaisir.* Payot; 2010.
27. Freud S. *Le Moi et le ça.* Payot; 2010.
28. Freud S. *L'interprétation du rêve.* Presses Universitaires de France - PUF; 2010.
29. Freud S. *Pulsions et destins des pulsions.* Payot; 2012.
30. Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulaire de la psychanalyse.* Presses Universitaires de France - PUF; 2007.
31. Freud A. *Le Normal et le pathologique chez l'enfant: Estimations du développement.* Gallimard; 1968.
32. Golse B. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant.* 4th ed. Elsevier Masson; 2011.
33. Barraco-DePinto M. Comment la sexualité vient aux enfants. *Enfances Psy.* 2002;17(1):17.
34. Mises R. La période de latence : vers une réévaluation du concept. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 2010 Feb;58(1-2):5–9.
35. Bernard G. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant nouvelle présentation.* Masson; 1998.
36. Freud A. *Le Moi et les mécanismes de défense, 15e édition.* 15e éd. Presses Universitaires de France - PUF; 2001.
37. Guédeney N, Guédeney A. *L'attachement : approche clinique.* 1re ed. Elsevier Masson; 2010.
38. Guédeney N, Guédeney A, Collectif. *L'attachement : approche théorique : Du bébé à la personne âgée.* 3e édition. Masson; 2010.
39. OMS/Europe | Santé sexuelle et génésique - Définition]. Available from: <http://www.euro.who.int/fr/what-we-do/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
40. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique.* 12e édition. Presses Universitaires de France - PUF; 2013.
41. Freud A. *Le Normal et le pathologique chez l'enfant: Estimations du développement.* Gallimard; 1968.
42. Heiman ML, Leiblum S, Cohen Esquilin S, Melendez Pallitto L. A comparative survey of beliefs about "normal" childhood sexual behaviors. *Child Abuse Negl.* 1998 Apr;22(4):289–304.
43. Friedrich WN, Grambsch P, Broughton D, Kuiper J, Beilke RL. Normative sexual behavior in children. *Pediatrics.* 1991 Sep;88(3):456–64.
44. Schoentjes E, Deboutte D, Friedrich W. Child sexual behavior inventory: A Dutch-speaking normative sample. *Pediatrics.* 1999 Oct;104(4 Pt 1):885–93.
45. Crooks C, Fernandez R, Topham A, Acton W, Brotzel D, Swart GT, et al. Children under 12 years with Sexual Behaviour Problems in London and Middlesex County: Trends and Professionals' Perceptions. *Cent. Res. Violence Women Child.* 2005
46. Freud S. *La vie sexuelle.* 9e ed. Presses Universitaires de France - PUF; 1999.

47. Lamb S, Coakley M. "Normal" childhood sexual play and games: differentiating play from abuse. *Child Abuse Negl.* 1993 Aug;17(4):515–26.
48. Larsson I, Svedin CG. Teachers' and parents' reports on 3- to 6-year-old children's sexual behavior--a comparison. *Child Abuse Negl.* 2002 Mar;26(3):247–66.
49. Davies SL, Glaser D, Kossoff R. Children's sexual play and behavior in pre-school settings: staff's perceptions, reports, and responses. *Child Abuse Negl.* 2000 Oct;24(10):1329–43.
50. Lindblad F, Gustafsson PA, Larsson I, Lundin B. Preschoolers' sexual behavior at daycare centers: an epidemiological study. *Child Abuse Negl.* 1995 May;19(5):569–77.
51. Deehan A, Fitzpatrick C. Sexual behaviour and knowledge of normal children as perceived by their parents. *Ir. Med. J.* 1993 Aug;86(4):130–2.
52. Waylen AE, Ness A, McGovern P, Wolke D, Low N. Romantic and sexual behavior in young adolescents: Repeated surveys in a population-based cohort. *J. Early Adolesc.* 2010;30(3):432–43.
53. Winnicott DW. *L'enfant et le monde extérieur, le développement des relations.* Payot; 2001.
54. Kellogg ND. Sexual behaviors in children: evaluation and management. *Am. Fam. Physician.* 2010 Nov 15;82(10):1233–8.
55. Clements G, Tourigny M, Cyr M, McDuff P. Les comportements sexuels des enfants de 2 à 12 ans victimes d'agression sexuelle ou non. In M. Tardif: *L'agression sexuelle: Transgressions et paradoxes.* Cifas 2009. Textes choisis. Montréal: Cifas- Institut Philippe Pinel de Montréal.; p. pp 16–39. Available from: <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolenca.ca>
56. Friedrich WN, Trane ST. Sexual behavior in children across multiple settings. *Child Abuse Negl.* 2002 Mar;26(3):243–5.
57. Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, Houston M, Shafran CR. Normative sexual behavior in children: a contemporary sample. *Pediatrics.* 1998 Apr;101(4):E9.
58. Martino SC, Elliott MN, Corona R, Kanouse DE, Schuster MA. Beyond the "Big Talk": The Roles of Breadth and Repetition in Parent-Adolescent Communication About Sexual Topics. *Pediatrics.* 2008 Mar 1;121(3):e612–e618.
59. Hayez J-Y. La vie sexuelle des 6-11 ans. *Enfances Psy.* 2002;17(1):23.
60. Gil E. Age-appropriate sex play versus problematic sexual behaviors. *Sex. Child. Assess. Treat. Sex. Child. Child. Who Molest.* 1993;21–40.
61. Sperry DM, Gilbert BO. Child peer sexual abuse: Preliminary data on outcomes and disclosure experiences. *Child Abuse Negl.* 2005 Aug;29(8):889–904.
62. Lindberg LD, Jones R, Santelli JS. Noncoital Sexual Activities Among Adolescents. *J. Adolesc. Health.* 2008 Sep;43(3):231–8.
63. Hennessy M, Bleakley A, Fishbein M, Jordan A. Validating an index of adolescent sexual behavior using psychosocial theory and social trait correlates. *Aids Behav.* 2008 Mar;12(2):321–31.
64. Haydon AA, Herring AH, Prinstein MJ, Halpern CT. Beyond Age at First Sex: Patterns of Emerging Sexual Behavior in Adolescence and Young Adulthood. *J. Adolesc. Health.* 2012 May;50(5):456–63.
65. [INED] *L'âge au premier rapport sexuel* Available from: <http://www.ined.fr/>
66. Ott MA. Examining the Development and Sexual Behavior of Adolescent Males. *J. Adolesc. Health.* 2010 Apr;46(4):S3–S11.
67. Blythe MJ, Rosenthal SL. Female adolescent sexuality. Promoting healthy sexual development. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 2000 Mar;27(1):125–41.
68. Duncan P, Dixon RR, Carlson J. Childhood and adolescent sexuality. *Pediatr. Clin. North Am.* 2003 Aug;50(4):765–80.
69. O'Sullivan LF, Brooks-Gunn J. The timing of changes in girls' sexual cognitions and behaviors in early adolescence: a prospective, cohort study. *J. Adolesc. Heal. Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* 2005 Sep;37(3):211–9.
70. Gates GJ, Sonenstein FL. Heterosexual genital sexual activity among adolescent males: 1988 and 1995. *Fam. Plann. Perspect.* 2000 Dec;32(6):295–7, 304.
71. Burton DL. Were adolescent sexual offenders children with sexual behavior problems? *Sex. Abuse J. Res. Treat.* 2000 Jan;12(1):37–48.
72. 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.* 2008 May 1;13(2):199–218.
73. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol. Bull.* 1993 Jan;113(1):164–80.
74. Mallants C, Casteels K. Practical approach to childhood masturbation—a review. *Eur. J. Pediatr.* 2008 Jun 25;167(10):1111–7.
75. Petty CR, Rosenbaum JF, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Hubley S, LaCasse S, et al. The child behavior checklist broad-band scales predict subsequent psychopathology: A 5-year follow-up. *J. Anxiety Disord.* 2008 Apr;22(3):532–9.
76. Wright J, Sabourin S, Lussier Y. Traduction en français du Child Sexual Behavior Inventory (Friedrich, 1992). Montréal QC: département de psychologie, université de Montréal.; 1994.
77. Friedrich WN, Lysne M, Sim L, Shamos S. Assessing Sexual Behavior in High-Risk Adolescents with the Adolescent Clinical Sexual Behavior Inventory (ACSBI). *Child Maltreat.* 2004 Aug 1;9(3):239–50.
78. Misès R, Collectif. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R.2012 : Correspondance et transcodage : CIM 10. 5e édition. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2012.
79. American psychiatric association, Crocq M-A, Guelfi J-D. *DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* Issy-les-Moulineaux: Masson; 2004.
80. Gray A, Pithers WD, Busconi A, Houchens P. Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems: treatment implications. *Child Abuse Negl.* 1999 Jun;23(6):601–21.
81. Vizard E. Sexually Abusive Behaviour by Children and Adolescents. *Child Adolesc. Ment. Heal.* 2006 Feb;11(1):2–8.

82. Tarren-Sweeney M. Predictors of problematic sexual behavior among children with complex maltreatment histories. *Child Maltreat.* 2008 May;13(2):182–98.
83. Friedrich WN, Davies WH, Feher E, Wright J. Sexual behavior problems in preteen children: developmental, ecological, and behavioral correlates. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2003 Jun;989:95–104; discussion 144–153.
84. Elkovitch N, Latzman RD, Hansen DJ, Flood MF. Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clin. Psychol. Rev.* 2009 Nov;29(7):586–98.
85. Friedrich WN, Baker AJL, Parker R, Schneiderman M, Gries L, Archer M. Youth with problematic sexualized behaviors in the child welfare system: a one-year longitudinal study. *Sex. Abuse J. Res. Treat.* 2005 Oct;17(4):391–406.
86. Roman P. Les violences sexuelles à l'adolescence comprendre, accueillir, prévenir. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
87. Hershkowitz I. The effects of abuse history on sexually intrusive behavior by children: An analysis of child justice records. *Child Abuse Negl.* 2011 Jan;35(1):40–9.
88. Leung P, Curtis RL, Mapp SC. Incidences of sexual contacts of children: Impacts of family characteristics and family structure from a national sample. *Child. Youth Serv. Rev.* 2010 May;32(5):650–6.
89. Marie-Grimaldi H. Abus sexuels et comportements violents chez des mineurs placés à l'aide sociale à l'enfance. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 2002 May;50(3):193–200.
90. Hornor G. Sexual behavior in children. *J. Pediatr. Health Care.* 2004 Mar;18(2):57–64.
91. Earles KA, Alexander R, Johnson M, Liverpool J, McGhee M. Media influences on children and adolescents: violence and sex. *J. Natl. Med. Assoc.* 2002 Sep;94(9):797–801.
92. Tolman DL, Kim JL, Schooler D, Sorsoli CL. Rethinking the Associations between Television Viewing and Adolescent Sexuality Development: Bringing Gender into Focus. *J. Adolesc. Health.* 2007 Jan;40(1):84.e9–84.e16.
93. Lauri D, Delpierre L. La sexualité des enfants n'est pas l'affaire des grands. Hachette Pratique; 2008.
94. Les jeunes, Internet et les jeux video, et la société civile.. Available from: <http://www.jeanyveshayez.net/j-i-sc2a.htm>
95. Hayez J-Y. Pratiques et intérêts sexuels des jeunes « normaux » sur Internet. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 2009 May;57(3):231–9.
96. J.Y H. La confrontation des enfants et des adolescents à la pornographie. *Arch. Pédiatrie.* 2002 Nov;9(11):1183–8.
97. Yao MZ, Mahood C, Linz D. Sexual Priming, Gender Stereotyping, and Likelihood to Sexually Harass: Examining the Cognitive Effects of Playing a Sexually-Explicit Video Game. *Sex Roles.* 2010 Jan;62(1-2):77–88.
98. Martino SC, Collins RL, Elliott MN, Strachman A, Kanouse DE, Berry SH. Exposure to degrading versus nondegrading music lyrics and sexual behavior among youth. *Pediatrics.* 2006 Aug;118(2):e430–441.
99. Tableaux 2006 - 2011 - n°7. Available from: <http://www.inhesj.fr/fr/ondrp/les-publications/tableaux-de-bord/17>
100. Van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT, Matthys W, van Engeland H. Preference for aggressive and sexual stimuli in children with disruptive behavior disorder and normal controls. *Arch. Sex. Behav.* 2002 Jun;31(3):247–53.
101. Carpentier J, Proulx J, Leclerc B. Les variables associées à l'agression sexuelle violente chez les adolescents agresseurs sexuels. *Aggression Sex. Coopérer Au-Delà Front. Cifas 2005.* 2007;2005109.
102. Letourneau EJ, Schoenwald SK, Sheidow AJ. Children and adolescents with sexual behavior problems. *Child Maltreat.* 2004 Feb;9(1):49–61.
103. Lussier P, Healey J. Searching for the developmental origins of sexual violence: examining the co-occurrence of physical aggression and sexual behaviors in early childhood. *Behav. Sci. Law.* 2010 Feb;28(1):1–23.
104. Adams J, McClellan J, Douglass D, McCurry C, Storck M. Sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill children and adolescents. *Child Abuse Negl.* 1995 May;19(5):555–68.
105. Timms S, Goreczny AJ. Adolescent sex offenders with mental retardation: Literature review and assessment considerations. *Aggress. Violent Behav.* 2002;7(1):1–19.
106. Zeanah PD, Hamilton ML. Staff perceptions of sexuality-related problems and behaviors of psychiatrically hospitalized children and adolescents. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 1998;29(1):49–64.
107. Marshall WL, Hudson SM, Hodkinson S. The importance of attachment bonds in the development of juvenile sex offending. *Juv. Sex Offender.* 1993;164–81.
108. Zaremba LA, Keiley MK. The mediational effect of affect regulation on the relationship between attachment and internalizing/externalizing behaviors in adolescent males who have sexually offended. *Child. Youth Serv. Rev.* 2011 Sep;33(9):1599–607.
109. Burk LR, Burkhart BR. Disorganized attachment as a diathesis for sexual deviance. *Aggress. Violent Behav.* 2003 Sep;8(5):487–511.
110. Hunter JA Jr, Becker JV, Kaplan MS. The Adolescent Sexual Interest Card Sort: test-retest reliability and concurrent validity in relation to phallometric assessment. *Arch. Sex. Behav.* 1995 Oct;24(5):555–61.
111. Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Gallimard; 1989.
112. Lemitre S, Coutanceau R. Trouble des conduites sexuelles à l'adolescence. Clinique, théorie et dispositif psychothérapeutique. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 2006 Jun;54(3):183–8.
113. Anzieu D. Le Moi-peau. 2e ed. Dunod; 1995.
114. Balier C. Psychanalyse des comportements sexuels violents: une pathologie de l'inachèvement. 1. éd. Paris: Presses universitaires de France; 1996.
115. Univ. Lyon 2, FRA, J B. Le passage à l'acte et la violence chez l'enfant et l'adolescent. Compréhension et prévention des phénomènes
Acting out and violence in children and adolescents: understanding and prevention of the phenomenon
. *Psychol. Éducation Dourdan.* 1993;(14):11–24.
116. Chaperon S. Les origines de la sexologie, 1850-1900. Paris: Éd. Payot & Rivages; 2012.
117. Définition de DISCERNEMENT. Available from: <http://www.cnrtl.fr/definition/discernement>
118. Beauvallet O, Lazare SY, Collectif. Justice des mineurs. Berger-Levrault; 2012.
119. Justice / Portail / L'infraction. Available from: <http://www.justice.gouv.fr/>
120. Code pénal | Legifrance [Internet]. [cited 2013 Apr 23]. Available from: <http://legifrance.gouv.fr/>
121. Document officiel des Nations Unies. Déclaration des droits de l'enfant du 20 novembre 1959.. Available from: <http://www.un.org/french/documents/>

122. Ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.
123. Code civil - Article 388. Code Civ.
124. Code pénal - Article 122-8. Code Pénal.
125. Bellon L. L'atelier du juge : A propos de la justice des mineurs. Erès; 2011.
126. Romeuf J-P, Aaron C, Lucas J-M, Dintilhac J-P, Bergeron F, Courtois J. Criminalité et délinquance apparentes: une approche territoriale. La Documentation Française; 2000.
127. Crimes et Délits 2012. Available from: <http://www.inhesj.fr/>
128. Chanseau J-C. L'expertise mentale et ses contraintes. Ses spécificités générales en pédopsychiatrie. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 2009 Oct;57(7-8):549-66.
129. LOI no 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. 98-468 juin, 1998.
130. LOI n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité. 2004-204 Mar 9, 2004.
131. Justice / Portail / Annuaires statistiques de la Justice. Available from: <http://www.justice.gouv.fr/>
132. INHESJ. Available from: <http://www.inhesj.fr/>
133. Tableaux 2007 - 2012 - n°6. Available from: <http://www.inhesj.fr/fr/ondrp/les-publications/tableaux-de-bord/26>
134. Mucchielli L. Note statistique de (re)cadrage sur la délinquance des mineurs. *Champ Pénal.* Available from: <http://champpenal.revues.org/7053>
135. Ciavaldini A, Choquet M. Maltraitements sexuelles. Available from: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/>
136. Rapport d'activités SNATEM. 63, Bld Bessières, Paris; 2001.
137. Jacob M, McKibben A. Les adolescents agresseurs sexuels. *Doc. Cent. Psychiatr. Légale Montréal Cplm Inst. Pinel.* 16p.
138. Senon J-L, Lopez G, Cario R. *Psychocriminologie. Clinique, prise en charge, expertise.* Paris Dunod. 2008
Available from: <http://www.lavoisier.fr/livre/>
139. Jespersen AF, Lalumière ML, Seto MC. Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: A meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2009 Mar;33(3):179-92.
140. Laforest S, Paradis R. Adolescents et délinquance sexuelle. *Criminologie.* 1990;23(1):95.
141. Galli V, McElroy SL, Soutullo CA, Kizer D, Raute N, Keck PE Jr, et al. The psychiatric diagnoses of twenty-two adolescents who have sexually molested other children. *Compr. Psychiatry.* 1999 Apr;40(2):85-8.
142. Seto MC, Lalumière ML, Blanchard R. The discriminative validity of a phallometric test for pedophilic interests among adolescent sex offenders against children. *Psychol. Assess.* 2000 Sep;12(3):319-27.
143. Haute Autorité de Santé - Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930913/prise-en-charge-des-auteurs-dagression-sexuelle-a-lencontre-de-mineurs-de-moins-de-15-ans
144. Seto MC, Murphy WD, Page J, Ennis L. Detecting anomalous sexual interests in juvenile sex offenders. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2003 Jun;989:118-130; discussion 144-153.
145. Seto MC, Lalumière ML. What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychol. Bull.* 2010;136(4):526-75.
146. Kavoussi RJ, Kaplan M, Becker JV. Psychiatric diagnoses in adolescent sex offenders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1988 Mar;27(2):241-3.
147. Prentky R, Righthand S. *Juvenile sex offender assessment protocol-II (J-SOAP-II) manual.* US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Washington, DC; 2003.
Available from: <http://www.psicologiagiuridica.eu/files/didattica/jsoap2.pdf>
148. Viljoen JL, Scalora M, Cuadra L, Bader S, Chavez V, Ullman D, et al. Assessing Risk for Violence in Adolescents Who Have Sexually Offended: A Comparison of the J-SOAP-II, J-SORRAT-II, and SAVRY. *Crim. Justice Behav.* 2007 Dec 4;35(1):5-23.
149. Chaffin M. Our Minds Are Made Up--Don't Confuse Us With the Facts: Commentary on Policies Concerning Children With Sexual Behavior Problems and Juvenile Sex Offenders. *Child Maltreat.* 2008 May 1;13(2):110-21.
150. Nisbet IA, Wilson PH, Smallbone SW. A prospective longitudinal study of sexual recidivism among adolescent sex offenders. *Sex. Abuse J. Res. Treat.* 2004 Jun;16(3):223-34.
151. Worling JR, Curwen T. Adolescent sexual offender recidivism: success of specialized treatment and implications for risk prediction. *Child Abuse Negl.* 2000 Jul;24(7):965-82.
152. Fortune C-A, Lambie I. Sexually abusive youth: A review of recidivism studies and methodological issues for future research. *Clin. Psychol. Rev.* 2006 Dec;26(8):1078-95.
153. Caldwell MF. Sexual offense adjudication and sexual recidivism among juvenile offenders. *Sex. Abuse J. Res. Treat.* 2007 Jun;19(2):107-13.
154. Borduin CM, Mann BJ, Cone LT, Henggeler SW, Fucci BR, Blaske DM, et al. Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: long-term prevention of criminality and violence. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1995 Aug;63(4):569-78.
155. Moulin V, Senon J-L. Évaluation de la dynamique criminelle et des processus qui sous-tendent l'agir infractionnel dans un cadre expertal. *Ann. Médico-Psychol. Rev. Psychiatr.* 2010 Apr;168(3):240-50.
156. Ciavaldini A. Vers une clinique de l'agir. *Ann. Médico-Psychol. Rev. Psychiatr.* 2004 Oct;162(8):664-7.

AUTEUR : Nom : TANGUY-STIEVENARD

Prénom : AUDREY

Date de Soutenance : 24 juin 2013

Titre de la Thèse : *De la curiosité à l'agression :
le comportement sexuel et ses troubles chez l'enfant et l'adolescent.*

Thèse - Médecine - Lille 2013

Cadre de classement : *DES de psychiatrie*

Mots-clés : comportement sexuel de l'enfant et de l'adolescent, développement psychosexuel, sexualité infantile, théorie de l'attachement, troubles du comportement sexuel, violence sexuelle, justice des mineurs, statistiques de la délinquance, psychocriminologie.

Résumé : L'intérêt scientifique pour les conduites sexuelles de l'enfance date du début du XXème siècle, avec les premières théories sexuelles infantiles élaborées par Sigmund Freud, père de la psychanalyse. Depuis, la théorie de l'attachement, les approches cognitivo-comportementalistes, sociologiques et neurobiologiques ont enrichi la compréhension de leur fonction et des processus qui sous-tendent le développement psycho-sexuel. Il existe un gradient des comportements sexuels de l'enfant et de l'adolescent, des plus classiques pour l'âge jusqu'aux plus préoccupants, par leur récurrence, par leur décalage avec le niveau de maturité physique et psychique, ou encore par l'implication d'un pair et l'utilisation de la contrainte ou de la violence. Les actes intrusifs et agressifs requièrent une prise en charge éducative, thérapeutique, sociale voire judiciaire. Cependant, distinguer un « jeu », une expérience partagée d'une interaction troublée, dans laquelle il y aurait une victime et un auteur, n'est pas toujours aisé. Par ailleurs, pendant de nombreuses années, l'abus sexuel a été considéré, comme le facteur principal d'apparition de troubles du comportement sexuel, il n'est cependant ni nécessaire ni suffisant. Ceux-ci résultent d'un ensemble de facteurs individuels, psychopathologiques, environnementaux, et relationnels, qui explique l'hétérogénéité des présentations cliniques. D'autre part, la justice des mineurs est amenée à traiter les situations répondant à la qualification d'« infraction sexuelle ». Le nombre de condamnations de mineurs est en augmentation toutefois pas de manière exponentielle comme cela a parfois été présenté dans les discours politiques. Il est possible que la violence sexuelle soit croissante dans cette population mais, ce phénomène reflète également la vigilance des autorités et des professionnels ainsi que la capacité des victimes à porter plainte. En conclusion, cette problématique est mal connue des pays occidentaux et particulièrement en France, la nécessité d'études à échelle nationale et de formation des professionnels va devenir urgente au regard des évolutions culturelles, notamment l'exposition médiatique de la sexualité et l'accès à la pornographie, changeant les conceptions et les pratiques des enfants et adolescents d'aujourd'hui.

Composition du Jury :

Président : **Monsieur le Professeur Pierre DELION**

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS
Monsieur le Docteur Renaud JARDRI
Monsieur le Docteur Gérard GOBERT

Adresse de l'auteur :

██
██