

Chapitre 3

Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de douze ans et moins

Isabelle BOISVERT, Anne-Marie TOUGAS,
Marie-Laure GAMET, Marc TOURIGNY

1. Introduction

La sexualité représente une dimension fondamentale et importante de la vie de tout être humain. Pourtant, ce sujet demeure encore trop souvent tabou ou provoque malaise et gêne y compris dans les milieux professionnels, surtout lorsqu'il s'agit de la sexualité des enfants (Hackett, Carpenter, Patsios, & Szilassy, 2013 ; Sciaraffa & Randolph, 2011). Bien que peu d'écrits soient disponibles pour décrire les comportements sexuels manifestés par les enfants (Thigpen, 2009), les connaissances scientifiques permettent d'affirmer que la majorité d'entre eux s'engagent dans une variété de comportements sexuels avant l'adolescence (Clements, Tourigny, Cyr & McDuff, 2011 ; Lightfoot & Evans, 2000 ; Ryan, 2000).

La majorité des enfants vivent les différentes étapes de leur développement psychosexuel de façon saine, harmonieuse et sans difficulté. Cependant, il arrive que certains dévient de cette trajectoire et manifestent des comportements sexuels situés en dehors de ce qui est normalement attendu dans le cadre de leur développement et qualifiés de comportements sexuels problématiques (CSP) (Araji, 1997 ; Johnson & Feldmeth, 1993). Les enfants qui manifestent des CSP représentent désormais un objet d'études, mais il aura fallu attendre la fin des années 1980 pour que les chercheurs et les cliniciens s'intéressent davantage à ces comportements (Araji, 1997).

Le présent chapitre a pour objectif d'explorer l'ensemble de la littérature scientifique nord-américaine et européenne sur le sujet des CSP, dans le but de faire une synthèse des connaissances scientifiques disponibles. Un portrait des enfants qui présentent des CSP sera d'abord dressé, en exposant la définition des CSP, leur ampleur, les modèles théoriques utilisés pour expliquer leur développement et les caractéristiques des enfants qui présentent des CSP. Ensuite, les pratiques probantes en matière d'évaluation des enfants présentant des CSP seront décrites. Enfin, les différents programmes de traitement offerts aux enfants qui manifestent des CSP seront présentés, de même que les résultats attestant de leur efficacité. Ce chapitre se termine par une discussion des principales pistes de recherche à explorer au cours des prochaines années pour mieux comprendre les enfants qui présentent des CSP et identifier les interventions pouvant répondre à leurs besoins.

2. Le développement des comportements sexuels problématiques

2.1. Définition des comportements sexuels problématiques

Différents termes ont été utilisés au fil du temps pour désigner les CSP des enfants, dont comportements sexuels abusifs, comportements sexuels agressifs ou intrusifs, transgressions sexuelles entre mineurs. De plus, les enfants qui présentent des CSP ont parfois été étiquetés d'auteurs mineurs d'abus sexuels, d'enfants agresseurs sexuels ou d'enfants agressifs sexuellement (Buchta, 2009 ; Hall, Mathews & Pearce, 1998). Or, les experts soulignent que les enfants qui présentent des CSP ne doivent pas être considérés comme des agresseurs sexuels (Chaffin et al., 2006). Sans exclure la responsabilité des gestes qu'ils ont commis, on estime que, contrairement aux adultes, les enfants ne sont pas en mesure de s'engager dans des processus cognitifs complexes permettant de planifier leur CSP, d'amadouer une « victime » ou de rationaliser leur geste, compte tenu de leur stade de développement. Ainsi, les enfants qui présentent des CSP agissent généralement de façon impulsive plutôt que compulsive et adoptent de tels comportements pour des raisons qui peuvent être autres que la gratification ou la stimulation sexuelle, dont la curiosité, l'imitation ou la recherche d'apaisement, ce qui les distingue des adolescents et des adultes agresseurs sexuels (Jones, 2011). Cette distinction est essentielle dans l'approche des enfants présentant des CSP. En effet, l'absence de cette distinction entre les enfants et les adolescents/adultes peut expliquer les phénomènes de stigmatisation, de rejet, mais aussi d'intériorisation, par l'enfant présentant des CSP, du sentiment d'être mauvais (Johnson, 2000). Par conséquent, dans le but de représenter plus justement la vaste

gamme de CSP et d'éviter les erreurs d'appréciation qui contribuent à étiqueter négativement ces enfants, plusieurs chercheurs ont adopté les termes « enfants manifestant des CSP » (Araji, 1997 ; Bonner, Walker, & Berliner, 1999 ; Chaffin, Letourneau, & Silovsky, 2002 ; Silovsky & Niec, 2002). Ces termes seront également utilisés dans le présent chapitre pour qualifier ces enfants.

Les difficultés à distinguer un comportement sexuel sain d'un CSP ont été soulevées à maintes reprises dans la littérature clinique et scientifique. Actuellement, aucune définition des CSP ne fait consensus dans la littérature scientifique, faisant en sorte que les éléments permettant de définir ce qu'est un CSP diffèrent d'un auteur à l'autre. Toutefois, un groupe de travail de l'*Association for the Treatment of Sexual Abusers* (ATSA) (Chaffin et al., 2006), composé de 11 experts américains dans le domaine des CSP, a eu pour mandat de produire un guide de pratique concernant les enfants manifestant des CSP dans lequel une définition des CSP, désormais largement acceptée, a été proposée. Dans ce rapport, les CSP chez les enfants sont définis comme « des comportements impliquant des parties sexuelles du corps, adoptés par des enfants âgés de 12 ans et moins, qui sont inappropriés du point de vue du développement de ceux-ci ou qui sont potentiellement néfastes pour eux-mêmes ou pour les autres » (Chaffin et al., 2006 ; p. 3, traduction libre). Bien que l'attention des chercheurs se soit davantage posée sur les enfants manifestant des CSP impliquant une tierce personne (Carpentier, Silovsky, & Chaffin, 2006), il faut toutefois garder en tête que des comportements sexuels dirigés vers soi (ex. : masturbation excessive) peuvent également être considérés comme des CSP, selon la définition proposée.

Pour déterminer le caractère problématique des comportements sexuels des enfants, la définition des CSP proposée par l'ATSA (Chaffin et al., 2006) invite à évaluer si le comportement sexuel démontré par l'enfant est commun ou rare, en fonction de son stade développemental, de son sexe et de sa culture. Ainsi, les comportements sexuels sont jugés problématiques :

- s'ils surviennent à une fréquence ou à une intensité s'éloignant de la norme, persistent davantage dans le temps ou surviennent à un âge plus précoce que ce qui est attendu en comparaison avec les comportements d'enfants d'âge ou de stade développemental similaire ;
- s'ils deviennent une préoccupation importante pour l'enfant et interfèrent avec son développement (ex. : remplacent des intérêts ou des activités qui sont appropriées d'un point de vue développemental) ;
- s'ils persistent malgré les interventions d'un adulte.

Bernet (1997) appelle toutefois à la prudence, en indiquant que ce ne sont pas tous les comportements sexuels non fréquemment démontrés par les enfants qui doivent être perçus comme « anormaux » ou problématiques, en

raison d'influences diverses jouant sur la survenue des comportements sexuels des enfants, dont les valeurs familiales et sociales, les croyances, la religion et le contexte historique (Silovsky & Swisher, 2008 ; Thigpen & Fortenberry, 2009).

De plus, afin de déterminer si le comportement sexuel présente un danger potentiel pour l'enfant instigateur ou l'enfant qui le subit, il est crucial de prendre en considération différents éléments : la différence d'âge et de niveau de développement des enfants impliqués, l'usage de la force, de coercition ou d'intimidation et la présence de blessures physiques ou de détresse émotionnelle chez les enfants impliqués (Chaffin et al., 2006 ; Johnson, 2002 ; Kellogg, 2009 ; Suissa, Balençon, & Roussey, 2010). Finalement, un consensus semble exister entre les chercheurs quant à l'inclusion de certains comportements sexuels pouvant ou devant être considérés comme problématiques chez tous les enfants de 12 ans et moins. Parmi ceux-ci, on retrouve les tentatives de relations sexuelles, les contacts oraux-génitaux et les comportements impliquant une pénétration (Friedrich, Fisher, Broughton, Houston, & Shafran, 1998 ; Heiman, Leiblum, Esquilin, & Pallitto, 1998). Toutefois, aucun aspect ne permet, à lui seul, de distinguer les comportements sexuels sains des CSP (Gagnon & Tourigny, 2011).

En l'absence de définition opérationnelle des CSP, il demeure donc difficile, autant pour les chercheurs, les cliniciens que les parents, de distinguer clairement les comportements sexuels sains des comportements sexuels problématiques des enfants.

2.2. Ampleur et persistance des comportements sexuels problématiques

À notre connaissance, seule une étude populationnelle de prévalence ou d'incidence des CSP chez les enfants a été réalisée à ce jour : Långström, Grann et Lichtenstein (2002) ont estimé à 2,3 % la prévalence des comportements masturbatoires problématiques chez une population de 1480 jumeaux suédois âgés de 7 à 9 ans.

D'autres statistiques permettent toutefois d'estimer l'ampleur de la problématique comme la proportion d'agressions sexuelles commises par des enfants de 12 ans et moins ou par l'ensemble des enfants de moins de 18 ans. Ces statistiques provenant de différents pays livrent des chiffres préoccupants (Jaffé, 2011). En France, l'Observatoire sur la délinquance et les réponses pénales indique qu'en 2013, les mineurs (enfants et adolescents) étaient responsables de 22,9 % de l'ensemble des mises en cause pour atteintes volontaires à l'intégrité physique par le biais de violences sexuelles (Le Graët, 2014). De plus, parmi l'ensemble des condamnations des mineurs pour viols en 2010, 6,7 % concernaient des enfants de moins de 13 ans (Camus, Timbert, Ferré, & Guillot-Toubert, 2012). Aux États-Unis, les mineurs représentaient 14 % de

l'ensemble des arrestations pour viols en 2010, dont 33 % étaient des jeunes 14 ans et moins (Sickmund & Puzzanchera, 2014). Bien que la majorité des mineurs qui ont commis une offense sexuelle rapportée à la police soit des adolescents, Finkelhor, Ormrod et Chaffin (2009) indiquent qu'environ 16 % de ces mineurs sont des enfants de 12 ans et moins.

De plus, quelques études nous renseignent sur l'importance des CSP au sein des populations suivies par les services de protection de l'enfance. Dans un sondage mené en 2001, les différentes agences de protection de l'enfance de la ville de New York rapportent qu'entre 10 % et 30 % des jeunes qu'ils accompagnent ont des comportements sexuels problématiques (Baker, Schneiderman, & Parker, 2001). Au Québec, une étude réalisée sur un échantillon représentatif d'enfants québécois pris en charge par les services de protection de l'enfance mentionne que près d'un enfant sur six, âgé de 6 à 11 ans, présente des CSP dirigés vers soi ou vers les autres (Lepage, 2008). *L'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse* de 2008 (ÉIQ-2008 ; Hélie, Turcotte, Trocmé, & Tourigny, 2012) rapporte quant à elle que 10 % des enfants ayant au moins un incident de maltraitance ou de troubles de comportement jugé fondé par le service de protection de l'enfance au Québec présente des comportements sexuels problématiques.

Ceci étant dit, la prévalence réelle des CSP manifestés par les enfants pourrait être sous-estimée et ne représenter que la pointe de l'iceberg (Meyer-Bahlburg, Dolezal, Wasserman, & Jaramillo, 1999). D'abord, il faut considérer que les statistiques judiciaires ou les indices plus généraux de criminalité ne représentent que les comportements sexuels plus sévères qui ont été dénoncés aux instances policières. De plus, il est bien connu que de nombreuses victimes ne signalent pas ou ne déposent pas de plainte pour ce qu'elles ont vécu, rendant impossible la détection de l'infraction pénale. Cette absence de dénonciation est encore probablement plus élevée dans le cas des gestes commis par des mineurs. De plus, les recherches actuelles portant sur les CSP s'appuient principalement sur des faits rapportés par les parents. Or, certaines normes et représentations sociales font en sorte que les comportements sexuels entre enfants ne sont perçus que comme des jeux mutuellement initiés et représentent des expériences d'apprentissage positives ou neutres pour ceux qui sont impliqués, incitant les parents à ne pas rapporter les comportements de nature sexuelle (Gamet & Moïse, 2010 ; Gray, Busconi, Houchens, & Pithers, 1997 ; Meyer-Bahlburg & Steel, 2003). Quel que soit le nombre exact d'enfants manifestant ce type de comportement, il est clair que ce problème en touche une proportion non négligeable et qu'il est nécessaire que l'on s'y attarde sérieusement. D'ailleurs, l'expérience de l'enfant victime d'agression sexuelle est perçue aussi négativement et aussi dommageable par celui-ci, peu importe que l'auteur de l'agression sexuelle soit un enfant, un adolescent ou un adulte (Allen, Tellez, Wevodau, Woods, & Percosky, 2014; Sperry & Gilbert, 2005).

Enfin, peu d'études permettent d'évaluer la persistance des CSP. Parmi les rares études, Lévesque, Bigras et Pauzé (2012) mentionnent que 43 % des enfants de 4 à 11 ans, placés sous la protection de la jeunesse et manifestant des CSP, présentent toujours ce type de difficultés un an plus tard. Pour leur part, Bonner et ses collaborateurs (1999) indiquent qu'environ 15 % des enfants de 6 à 12 ans ont manifesté à nouveau un CSP au cours des deux années suivant la fin d'un traitement visant la réduction des CSP. Enfin, Carpentier et ses collaborateurs (2006) rapportent que, dix ans après la fin d'un traitement visant la réduction des CSP, 2 à 10 % des participants ont commis un crime de nature sexuelle. Par conséquent, les données disponibles suggèrent que la vaste majorité des enfants qui présentent des CSP n'ont pas un risque élevé de devenir ultérieurement des agresseurs sexuels lorsqu'ils participent à un traitement visant la réduction de ces CSP (Chaffin et al., 2006).

2.3. Modèles explicatifs des comportements sexuels problématiques

Parmi les premiers modèles théoriques qui se sont intéressés à l'étiologie des CSP, l'agression sexuelle a été considérée comme la cause prédominante, voire unique, du développement des CSP chez les enfants (Gagnon & Tourigny, 2011). Dans la littérature scientifique, les CSP ont été identifiés, au même titre que les symptômes de stress post-traumatique, comme l'une des deux seules manifestations qui distinguent les enfants victimes d'agression sexuelle des enfants non victimes qui reçoivent des services cliniques (Kendall-Tackett et al., 1993). Plus récemment, Wolfe (2007) a également classé les CSP, tout comme les symptômes de stress post-traumatique, de dissociation et de dépression, comme étant un symptôme propre à l'agression sexuelle, c'est-à-dire présent chez une proportion importante d'enfants victimes d'agression sexuelle et qui distingue les enfants victimes d'agression sexuelle des enfants non-victimes et des enfants issus de populations cliniques faisant face à d'autres types de problèmes. Il a également été remarqué qu'un pourcentage élevé d'enfants qui démontrent des CSP rapportent des antécédents d'agression sexuelle (Boisvert, Tourigny, Lancôt, & Lemieux, 2016). Ainsi, différents modèles théoriques ont été développés pour expliquer le développement des séquelles suite à l'agression sexuelle, dont les CSP. Les principaux modèles sont le *Traumagenic Dynamics of Sexual Abuse Model* (Finkelhor & Browne, 1985) et le *Trauma-Outcome Process Assessment Model* (TOPA ; Rasmussen, 2004).

Le modèle de Finkelhor et Browne (1985) indique que, suite à une sexualisation traumatique engendrée par l'agression sexuelle, la sexualité de l'enfant se développerait de façon dysfonctionnelle et inappropriée. L'agression sexuelle aurait pour effet de faire prendre conscience à l'enfant de l'existence de la sexualité, ce qui peut être particulièrement vrai chez les jeunes enfants

qui, en raison de leur stade de développement, n'ont pas encore exploré pleinement leur sexualité. Puisque les enfants victimes d'agression sexuelle ont été exposés de façon précoce à la sexualité, certains peuvent présenter des réactions inadaptées pour gérer leurs sensations sexuelles. En étant victimes d'agression sexuelle, ceux-ci peuvent avoir pris conscience du plaisir physique engendré par une stimulation génitale et peuvent se servir des comportements sexuels comme moyen pour s'apaiser. De plus, en étant « récompensé » par l'intermédiaire d'échanges d'affection, d'attention ou de privilèges suite aux comportements sexuels émis, l'enfant victime d'agression sexuelle pourrait apprendre à utiliser des comportements sexualisés pour interagir avec les autres ou pour obtenir la satisfaction de ses besoins. Enfin, la sexualisation traumatique pourrait également survenir lorsque l'enfant victime d'agression sexuelle associe des sentiments négatifs, dont la peur et la colère, aux comportements sexuels (Finkelhor & Browne, 1987). Toutefois, le degré et la forme de la sexualisation traumatique peuvent varier considérablement en fonction de l'expérience d'agression sexuelle vécue.

Pour sa part, le *Trauma-Outcome Process Assessment Model* (TOPA ; Rasmussen, 1999 ; 2004) est un modèle intégrateur développé en réponse aux différents modèles existants qui se sont limités seulement aux conséquences négatives suite à un trauma. Dans ce modèle, l'enfant peut expérimenter, suite à une expérience traumatique, trois types de réponses :

- l'intériorisation des émotions, qui favorise le développement de comportements autodestructeurs, dont font partie les CSP dirigés vers soi ;
- l'extériorisation des émotions, qui favorise le développement de comportements abusifs, dont font partie les CSP dirigés vers les autres ;
- l'expression des émotions, qui favorise la compréhension et l'intégration de l'expérience traumatique aux autres expériences de vie (rémission).

Dans le modèle TOPA, les conflits internes et les émotions non résolues liées à des expériences traumatiques passées sont perçus comme étant d'importants motivateurs du comportement actuel. Ainsi, ce modèle stipule qu'en l'absence des habiletés nécessaires pour réguler les émotions qui surgissent suite à un événement traumatique, les enfants peuvent présenter des comportements sexuels dirigés vers soi ou vers les autres pour comprendre ou contrôler les aspects traumatiques de l'agression sexuelle vécue. Finalement, l'agression sexuelle vécue y est représentée comme un processus dynamique : les enfants qui ont vécu une agression sexuelle ou un autre événement traumatique peuvent présenter l'une ou l'autre des réponses à différents moments de leur trajectoire de rétablissement.

En résumé, dans les modèles théoriques axés sur le trauma, dont le *Traumagenic Dynamics of Sexual Abuse Model* (Finkelhor & Browne, 1985) et le *Trauma-Outcome Process Assessment Model*, les CSP sont conceptualisés

comme une réaction face à l'agression sexuelle ou aux événements traumatiques vécus par l'enfant. La perturbation du développement psychosexuel de l'enfant suite à une agression sexuelle peut se traduire par une augmentation de l'intérêt de l'enfant pour la sexualité ou par une répétition compulsive de gestes sexuels afin de comprendre ou contrôler les aspects traumatiques de l'agression sexuelle vécue (Gamet & Moïse, 2010 ; Gil & Johnson, 1993).

Malgré l'utilité des différents modèles axés sur le trauma pour expliquer le développement des CSP, les études récentes ont mis en lumière un constat important : selon les études, entre 16 % et 85 % des enfants n'ont pas été victimes d'agression sexuelle (Boisvert et al., 2016). Sans évacuer complètement le rôle de l'agression sexuelle dans l'étiologie des CSP, les théories explicatives actuelles soutiennent désormais que l'origine et le maintien des CSP sont influencés par un ensemble de facteurs individuels, familiaux et sociaux (Friedrich, 2007).

À ce jour, seul Friedrich (2007) a proposé un modèle théorique qui intègre non seulement l'agression sexuelle, mais également un ensemble de facteurs influençant le développement des CSP. En effet, le modèle théorique de Friedrich (2007), adapté de Greenberg, Speltz et DeKlyen (1993) et quelque peu modifié par Boisvert et al. (2016), a été conçu afin d'expliquer spécifiquement le développement des CSP, autant chez les enfants victimes d'agression sexuelle que chez les enfants non-victimes. Le modèle proposé conçoit le développement et le maintien des CSP par le biais des interactions entre cinq domaines de risque :

- les facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement ;
- les stressseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant ;
- les pratiques parentales coercitives ;
- la perturbation du développement psychosexuel de l'enfant ;
- la qualité de l'attachement parent-enfant.

Le modèle suggère qu'une accumulation de facteurs de risque augmente la probabilité de présenter des problèmes de comportement, dont les CSP font partie, et que ce sont les interactions entre les différents facteurs de risque qui conduisent aux difficultés. Au-delà des interactions entre les différents domaines, ce modèle postule également que les CSP des enfants puissent être une manifestation comportementale d'un développement psychosexuel perturbé à la suite d'une agression sexuelle ou encore d'une exposition inappropriée à la sexualité. En raison du peu d'études disponibles, il est toutefois impossible actuellement d'établir l'importance relative de chaque domaine de risque ou de se prononcer sur les combinaisons de domaines ayant le plus d'influence sur le développement des CSP.

De façon plus spécifique, le premier domaine concerne l'ensemble des facteurs individuels prédisposant l'enfant à présenter des problèmes de comportement. Certaines caractéristiques biologiques résultant de dysfonctions du lobe frontal gauche seraient impliquées dans le développement de problèmes de comportement chez les enfants (Greenberg et al., 1993). À ce sujet, Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone et Pennington (2005) ont répertorié un nombre important d'études montrant des performances plus faibles quant aux fonctions exécutives, en particulier celles impliquant l'inhibition, chez des enfants présentant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Des déficits aux niveaux cognitif et langagier pourraient être transmis génétiquement alors que d'autres pourraient résulter d'un trauma périnatal, d'une exposition à des toxines (plomb, alcoolisme fœtal, drogues), d'un trauma physique (ex. : trauma crânien durant l'enfance) ou provenir de l'effet de privation sur la croissance neuro-anatomique (Lui, 2004). Alors que Greenberg et al. (1993) s'attardent principalement aux caractéristiques biologiques, Friedrich (2007) élargit ce domaine à d'autres caractéristiques individuelles. Certains traits de tempérament (ex. : inflexibilité) (Frick & White, 2008) et le sexe masculin (Card, Stucky, Sawalani, & Little, 2008) ont notamment été invoqués comme ayant un impact sur le développement de problèmes de comportement.

Le deuxième domaine regroupe un éventail de stressseurs qui affectent la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant. Ainsi, les caractéristiques du parent (faible niveau de scolarité, problème de santé mentale, problème d'abus d'alcool et/ou de drogues, criminalité), le fonctionnement conjugal (présence de violence conjugale) et les caractéristiques de l'environnement, telles que la pauvreté ou la surpopulation de la maisonnée, peuvent affecter la qualité des soins offerts par les parents aux enfants. Evans (2003) suggère que l'effet cumulatif des stress vécus est davantage lié aux difficultés de comportement chez l'enfant qu'à chacun des stressseurs considéré individuellement. Ce cumul de stress peut avoir un effet direct sur le développement de comportements perturbateurs chez l'enfant (Friedrich, 2007), de même qu'un effet indirect, en influençant négativement les pratiques parentales, qui se répercutent à leur tour sur les comportements des enfants (Greenberg et al., 1993).

Le troisième domaine réfère aux pratiques parentales coercitives qui constituent le facteur dont les liens avec les comportements perturbateurs sont les plus documentés. Ainsi, les pratiques parentales punitives ou inappropriées constituent de forts prédicteurs des comportements perturbateurs chez les enfants (Keenan, 2003 ; Sheehan & Watson, 2008). Toutefois, il semble qu'une relation bidirectionnelle puisse être observée, de sorte que les comportements perturbateurs peuvent engendrer, à leur tour, des pratiques parentales punitives ou inappropriées. Friedrich (2007) ajoute que l'enfant peut apprendre à entrer en contact avec les autres de façon coercitive par modelage des comportements

du parent ou d'expériences de maltraitance. De plus, il semble que l'absence de comportements positifs de la part du parent à l'égard de son enfant a également un impact important dans l'étiologie des comportements perturbateurs (Greenberg et al., 1993). L'absence d'échanges sociaux positifs, d'intérêt accordé aux activités de l'enfant et d'expression affective de la part du parent rendent l'enfant davantage susceptible de présenter des comportements perturbateurs.

Afin d'appliquer le modèle de Greenberg et al. (1993) aux enfants manifestant des CSP, Friedrich (2007) a proposé l'inclusion d'un quatrième domaine lié à la perturbation du développement psychosexuel de l'enfant. Ainsi, il est proposé que les enfants manifestant des CSP apprennent à entrer en relation avec les autres de façon sexuellement intrusive ou à diriger l'intérêt sexuel vers eux-mêmes en raison de facteurs perturbant leur développement psychosexuel. Parmi ceux-ci se trouvent, entre autres, la victimisation sexuelle ou l'exposition inadéquate à la sexualité dans l'environnement familial (ex. : un niveau élevé de comportements sexuels dans la famille, être témoin de comportements sexuels inappropriés entre adultes, être exposé à de la pornographie). Quel que soit le type d'exposition inappropriée à la sexualité, celle-ci fournit aux enfants des modèles inadaptés de relations interpersonnelles et diminue le seuil d'inhibition pour passer à l'action (Gamet & Moïse, 2010 ; Jaffé, 2011).

Finalement, la qualité de l'attachement précoce est susceptible d'influencer le développement des comportements perturbateurs (Greenberg et al., 1993). Le développement d'un attachement sécure en bas âge agit comme un facteur de protection en favorisant l'établissement de relations positives avec les parents ainsi qu'une régulation émotionnelle plus efficace dans les années subséquentes (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978 ; Richters & Waters, 1991). À l'inverse, un attachement insécure agit comme un facteur de risque de difficultés relationnelles, d'absence d'auto-contrôle et de développement de comportements perturbateurs, par la cristallisation des modèles de relations interpersonnelles caractérisées par la colère, l'absence de confiance et l'insécurité. Sans pour autant en diminuer l'impact, la qualité de la relation d'attachement parent-enfant peut varier dans le temps en fonction des événements de vie et des caractéristiques du milieu familial, soulevant le fait que l'attachement est en interaction constante avec les autres domaines du modèle proposé (Gamet, 2013 ; Greenberg et al., 1993).

2.4. Caractéristiques des enfants qui présentent des comportements sexuels problématiques

Les recherches réalisées auprès des enfants qui présentent des CSP démontrent qu'il n'existe aucun profil unique ou caractéristique commune à l'ensemble des enfants (Chaffin et al., 2006). Ainsi, les caractéristiques des enfants qui présentent des CSP peuvent varier grandement d'un enfant à l'autre. Néanmoins,

certaines caractéristiques individuelles et familiales ont été associées de façon assez constante à la présence de CSP chez les enfants (Chaffin et al., 2006 ; Elkovitch, Latzman, Hansen, & Flood, 2009 ; Kambouropoulos, 2005 ; St-Amand, Saint-Jacques, & Silovsky, 2011). À cet effet, Boisvert et al. (2016) ont recensé de façon systématique 18 études s'étant intéressées aux facteurs associés aux CSP chez les enfants de 12 ans et moins, en les classant sur la base de l'adaptation du modèle de Friedrich présenté précédemment. Les prochaines sections offrent les faits saillants en lien avec les cinq groupes de facteurs proposés par le modèle de Friedrich.

2.4.1. Facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement

Les résultats de la recension de Boisvert et al. (2016) indiquent que les enfants manifestant des CSP sont davantage susceptibles de présenter diverses difficultés comportementales comparativement aux enfants ne manifestant pas de CSP. En effet, les études concluent généralement que les enfants manifestant des CSP démontrent davantage de comportements extériorisés, une fréquence de comportements sexuels (qui inclut des comportements sains et problématiques) plus élevée et plus de comportements délinquants ou agressifs. Les enfants manifestant des CSP se distinguent également au regard d'une fréquence plus élevée de comportements intériorisés (anxiété, dépression) et de symptômes de stress post-traumatique que les autres enfants. Une vaste gamme de comportements traduisant des déficits sur le plan des compétences sociales (ex. : manque d'empathie, perception négative d'autrui, modulation de la colère, évitement de l'affect) sont également davantage présents chez les enfants manifestant des CSP.

En ce qui concerne les caractéristiques biologiques, le sexe représente le facteur le plus souvent étudié. De façon générale, les études possédant une meilleure qualité méthodologique indiquent que les garçons sont plus à risque de manifester des CSP que les filles. Cependant, certains auteurs ne rapportent pas de lien entre le sexe de l'enfant et la présence de CSP, si bien qu'il est encore difficile de statuer de façon définitive sur le rôle du sexe dans le développement des CSP.

L'âge des enfants a également été étudié en tant que facteur associé aux CSP. Toutefois, les résultats de ces études sont contradictoires. En effet, alors que certaines études démontrent que l'âge des enfants n'est pas associé à la présence de CSP, d'autres rapportent que les enfants plus jeunes (d'âge préscolaire) sont plus prédisposés à manifester des CSP que les enfants plus âgés. Enfin, les rares études qui se sont intéressées à l'origine ethnoculturelle concluent généralement que celle-ci ne joue pas un rôle significatif dans la présence de CSP chez les enfants.

D'autres caractéristiques individuelles, notamment l'utilisation moindre du soutien d'un adulte ou d'un ami ou la présence de certains traits de tempérament (ex. : insensibilité, persistance, humeur), ont été associées aux CSP chez les enfants. Enfin, les enfants manifestant des CSP ne semblent pas se distinguer des autres enfants en ce qui a trait au niveau intellectuel et aux difficultés d'apprentissage/de lecture.

2.4.2. Stresseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant

Certaines caractéristiques parentales, considérées comme des stresseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant, ont été explorées dans les études portant sur les enfants qui présentent des CSP. Toutefois, en raison du nombre restreint d'études, leurs résultats demeurent mitigés. Néanmoins, une plus forte proportion d'enfants avec CSP vivent dans une famille monoparentale ou dont les parents sont séparés, comparativement aux enfants sans CSP. Les enfants qui présentent des CSP sont également plus nombreux que les enfants sans CSP à avoir vécu différents événements stressants, comme la mort d'un membre de la famille immédiate ou le retrait du domicile familial. Enfin, certaines études concluent que les enfants manifestant des CSP sont plus susceptibles de vivre dans une famille à faible statut socio-économique. Cependant, les parents d'enfants manifestant des CSP ne se distinguent pas des autres parents quant à la présence de problèmes de santé mentale ou de symptômes de stress post-traumatique.

2.4.3. Pratiques parentales coercitives

Malgré le fait que les premiers écrits, basés sur des observations cliniques, aient suggéré que les mauvais traitements vécus par les enfants puissent favoriser le développement des CSP, peu de liens significatifs ont été établis entre la présence de CSP chez les enfants et des antécédents d'abus physique, d'abus émotionnel, de négligence ou le fait d'avoir été témoin de violence conjugale. Les limites méthodologiques des études recensées (ex. : manque de puissance statistique) et la composition des échantillons, qui sont majoritairement de nature clinique, pourraient expliquer cette difficulté à identifier un lien significatif entre les différentes formes de maltraitance vécue (à l'exception de l'agression sexuelle) et la présence de CSP chez les enfants. Étant donné que la plupart des études ciblent des enfants recevant des services ou référés aux services de protection de l'enfance, il est difficile de déceler des différences significatives puisque la grande majorité des enfants de ces études a vécu de la maltraitance. Cependant, quelques études ont établi un lien entre le fait d'être témoin de différentes formes de violence (conjugale, criminelle, dans

la communauté ou en milieu scolaire) et la présence de CSP. Finalement, les parents d'enfants manifestant des CSP semblent percevoir davantage négativement leur enfant que les parents d'enfants qui ne présentent pas de CSP.

2.4.4. Perturbation du développement psychosexuel de l'enfant

La victimisation sexuelle et son impact sur le développement des CSP chez les enfants demeurent la forme de maltraitance vécue la plus étudiée. Les études concluent dans une forte proportion que les enfants manifestant des CSP sont davantage à risque d'avoir été victimes d'agression sexuelle que les enfants ne manifestant pas de CSP. En effet, les études s'étant intéressées à cette caractéristique rapportent qu'entre 15 % et 84 % des enfants qui présentent des CSP ont été victimes d'agression sexuelle (Boisvert et al., 2016). De plus, certaines caractéristiques des agressions sexuelles vécues indiquant une sévérité élevée (ex. : les agressions impliquant une pénétration et la fréquence élevée des agressions) sont liées à la présence de CSP chez les enfants. Finalement, les enfants manifestant des CSP sont davantage susceptibles d'avoir été exposés à des gestes sexuels explicites dans le milieu familial ou exposés à la nudité (de façon directe ou par le biais de la pornographie) que les enfants ne manifestant pas de tels comportements.

2.4.5. Qualité de l'attachement parent-enfant

Malgré le fait que certains des facteurs présentés précédemment puissent représenter un indicateur de relation d'attachement parent-enfant détériorée (ex. : mauvais traitements envers l'enfant, jugement négatif du parent envers l'enfant, placement de l'enfant), aucune étude n'a exploré directement le rôle de l'attachement comme facteur associé aux enfants manifestant des CSP. Toutefois, plusieurs experts émettent l'hypothèse qu'un attachement insécure jouerait un rôle dans l'apparition des CSP chez les enfants (Gamet, 2009). Certains chercheurs font d'ailleurs référence à la présence possible d'un trouble d'attachement ou d'un attachement de type insécure dans l'interprétation de leurs résultats. C'est le cas notamment de Lightfoot et Evans (2000) qui ont noté une fréquence plus élevée d'interruptions avec une figure d'attachement primaire chez les enfants qui présentent des CSP, ainsi que de Tarren-Sweeney (2008) qui suggère une relation proximale entre CSP et problèmes d'attachement en raison de la présence accrue de traits psychopathologiques complexes révélés par l'analyse du profil des enfants ayant des CSP.

En somme, plusieurs caractéristiques individuelles et familiales ont été identifiées comme jouant un rôle dans le développement ou le maintien des CSP chez les enfants. Ainsi, la survenue des CSP chez les enfants semble provenir de la conjonction de plusieurs vulnérabilités dans différents domaines

de risque. Toutefois, plusieurs limites des études scientifiques sur le sujet viennent restreindre notre compréhension de l'origine de ces comportements. Parmi les plus importantes se trouvent l'absence d'une définition opérationnelle et commune des CSP, l'utilisation de devis transversal et de stratégies d'analyses statistiques univariées qui ne tiennent pas compte des interactions entre les différentes caractéristiques, et finalement des échantillons de petite taille qui entraînent une faible puissance statistique.

S'il n'existe pas de profil-type d'enfants présentant des CSP (Chaffin et al., 2006), des chercheurs se sont intéressés à vérifier la présence de différents sous-groupes d'enfants, en fonction des caractéristiques des comportements sexuels démontrés, dont leur sévérité (Bonner et al., 1999 ; Hall, Mathews, & Pearce, 2002 ; Szanto, Lyons, & Kisiel, 2012), leur répétition malgré l'intervention d'un adulte (Curwen, 2007), l'usage de la force (Dandurand, 2003) et le type de victimes (intra- ou extra-familiale) (Dandurand, 2003). Finalement, deux études (Boisvert, Tourigny, Lanctôt, Gagnon, & Tremblay, 2015 ; Pithers, Gray, Busconi, & Houchens, 1998) ont catégorisé les enfants manifestant des CSP à partir d'une variété de facteurs individuels et familiaux.

En utilisant un ensemble de variables individuelles et familiales – et non seulement des variables liés aux comportements sexuels –, l'étude de Pithers et al. (1998) a identifié cinq sous-groupes d'enfants présentant des CSP, à partir d'un échantillon de 127 enfants référés au système de protection de l'enfance. Ces sous-groupes identifient des enfants : 1) non-symptomatiques, 2) agressifs sexuellement, 3) « briseurs de règles », 4) hautement traumatisés, et 5) réactifs à l'abus. Les sous-groupes se distinguent tant au niveau des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe), de l'histoire de maltraitance vécue (nombre d'agresseurs, type de victimisation), des caractéristiques des CSP démontrés (nature des gestes, nombre d'enfants impliqués, etc.), des autres difficultés comportementales présentes (comportements extériorisés, comportements intériorisés), que du stress vécu par le parent. La typologie proposée par Boisvert et al. (2015) identifie trois profils psychosociaux d'enfants, à partir d'un échantillon composé de 147 enfants référés pour CSP ou suite à une agression sexuelle subie : 1) les enfants résilients, 2) les enfants impliqués dans un cycle intergénérationnel de maltraitance, et 3) les enfants au fonctionnement grandement altéré. Les enfants résilients sont caractérisés par le fait qu'ils démontrent moins de comportements extériorisés, moins de symptômes liés au trauma et sont moins susceptibles d'avoir été victimes de mauvais traitements, comparativement aux enfants issus des deux autres profils. Pour leur part, les enfants impliqués dans un cycle intergénérationnel de maltraitance sont susceptibles d'avoir été victimes de maltraitance et rapportent davantage de symptômes liés au trauma, comparativement aux enfants issus des autres profils. Les parents de ces enfants rapportent également davantage avoir été victimes de maltraitance durant l'enfance que le reste de l'échantillon.

Finalement, un dernier sous-groupe se compose d'enfants présentant un fonctionnement grandement altéré, caractérisé par des scores les plus élevés en regard des comportements extériorisés, des comportements sexuels et des symptômes liés au trauma, comparativement à ceux des autres profils. Ces enfants sont également plus susceptibles d'avoir été victimes de négligence ainsi que d'avoir été exposés à la sexualité de façon plus importante que le reste des enfants de l'échantillon. Par ailleurs, les enfants référés pour des CSP et ceux victimes d'agression sexuelle se répartissent également dans chacun des profils.

Un constat important émerge des typologies empiriques basées sur les caractéristiques des comportements sexuels démontrés ou sur un ensemble de caractéristiques individuelles et familiales. En effet, la majorité de ces typologies identifient différents sous-groupes d'enfants qui présentent des CSP qualitativement différents, allant des comportements sexuels moins problématiques à plus problématiques. Par exemple, il est possible de retrouver au sein des typologies proposées par Bonner et al. (1999), Hall et al. (2002), Pithers et al. (1998) et Szanto et al. (2012) au moins un groupe d'enfants ayant des CSP qualifiés d'agressifs, en fonction de la nature agressive des gestes commis ou de l'utilisation de la force lors des comportements sexuels. De façon générale, les enfants qui ont des CSP plus sévères (ex. : impliquant une pénétration ou l'utilisation de l'agressivité) tendent à démontrer des difficultés psychosociales plus importantes que les enfants qui ont des CSP moins sévères. Par exemple, les enfants manifestant les CSP les plus sévères ont tendance à avoir vécu davantage de situations adverses (cumul d'événements de vie négatifs, histoire de victimisation), à manifester davantage de difficultés comportementales (comportements extériorisés et intériorisés, symptômes de stress post-traumatique) et à vivre dans des familles qui présentent davantage de difficultés (structure familiale dysfonctionnelle, pratiques parentales inadéquates).

3. Lignes directrices entourant l'évaluation des enfants et de leur famille

L'évaluation joue un rôle fondamental pour déterminer la présence d'éléments justifiant la nécessité d'intervenir auprès d'un enfant, le type d'intervention requis et les priorités d'intervention (Jaffé, 2011). À cet effet, les experts sont unanimes : les politiques publiques, les procédures d'évaluation et la plupart des protocoles de traitement élaborés pour les délinquants sexuels adultes ne sont pas adaptés aux enfants et ne devraient pas être utilisés auprès de ceux-ci (Chaffin et al., 2006 ; Jones, 2011). Compte tenu de la diversité des profils, les meilleures pratiques en évaluation d'enfants qui présentent des CSP

soulignent l'importance de considérer, au moment de l'évaluation, non seulement les comportements sexuels démontrés par l'enfant et leurs facteurs contributifs, mais également un ensemble de sphères, dont le profil psychologique et comportemental de l'enfant, de même que son environnement familial et social (Chaffin et al., 2006 ; Kellogg, 2009). En somme, une approche systémique d'évaluation est recommandée (de Becker, 2006). Cette évaluation devrait également mettre en évidence les ressources individuelles et familiales qui peuvent être utilisées en levier face aux difficultés d'adaptation. En tenant compte de l'ensemble de ces sphères, les cliniciens seront en mesure de planifier une intervention spécifiquement conçue pour répondre aux besoins individuels de l'enfant évalué et de sa famille (Jones, 2011).

La durée et la complexité de l'évaluation peuvent varier considérablement, en fonction de la situation de chaque enfant. Toutefois, les pratiques probantes en matière d'évaluation auprès des enfants qui présentent des CSP indiquent que pour la majorité des cas, quelques rencontres suffisent pour recueillir les informations nécessaires (Chaffin et al., 2006). Celles-ci sont accessibles par le biais d'une consultation des notes et des rapports pré-existants concernant l'enfant, d'un entretien avec les parents et avec l'enfant dans un climat exempt de pression et empreint de confiance, de soutien et d'empathie, de même que par l'administration de quelques instruments de mesure. La collecte d'informations devrait se réaliser auprès de diverses sources (parents, enseignants, éducateurs, intervenants sociaux, etc.) afin d'avoir un portrait global de l'enfant. Par ailleurs, une évaluation plus approfondie peut s'avérer pertinente dans les cas plus complexes, notamment lorsque l'enfant a reçu plusieurs diagnostics, ou encore, lorsque l'enfant présente des besoins particuliers (retard intellectuel, victime d'agression sexuelle, etc.) (Gagnon & Tourigny, 2011).

Les sphères d'évaluation principales auprès des enfants qui présentent des CSP et les méthodes d'évaluation à privilégier pour chacune seront décrites en détail dans les prochains paragraphes.

3.1. Description détaillée des CSP et facteurs contributifs

L'évaluation devrait permettre d'établir une description claire du développement psychosexuel global de l'enfant (Hébert, Berthelot, & Gamet, 2015), de la nature des comportements sexuels démontrés et du contexte dans lequel ceux-ci surviennent. Grâce à sa collecte d'informations, l'évaluateur doit parvenir à déterminer si les comportements sexuels démontrés par l'enfant s'inscrivent dans le cadre d'un développement psychosexuel sain ou sont, au contraire, problématiques (Kellogg, 2009). L'évaluateur veillera donc à documenter le moment auquel les CSP ont débuté, leur fréquence, ainsi que leur progression ou leur diminution dans le temps afin de juxtaposer cette chronologie aux événements clés survenus dans la vie de l'enfant et de sa famille (Chaffin et al.,

2006). Par exemple, un évaluateur attentif aux éléments contextuels pourrait découvrir que les comportements sexuels sont liés à un état émotif puisqu'ils surviennent lors de moments stressants, lorsque l'enfant est déprimé, apeuré ou en colère, ou lorsqu'il se remémore les agressions sexuelles subies.

Si les comportements sexuels impliquent d'autres enfants, il devient primordial d'évaluer le degré de mutualité, de planification et d'impulsivité des comportements sexuels, et s'ils impliquent de la force ou de l'agressivité afin de déterminer la nécessité de superviser ou de restreindre les contacts de l'enfant avec les autres pour protéger ceux-ci. Les interventions déjà mises en place par les parents pour diminuer les comportements sexuels devraient également être documentées, de même que les effets de ces interventions sur l'enfant. Les facteurs émotionnels et environnementaux présents ou récents qui maintiennent les CSP devraient davantage retenir l'attention des évaluateurs que les facteurs plus anciens (Chaffin et al., 2006). Comprendre et déterminer l'origine des CSP peut être informatif, mais s'avère non nécessaire pour offrir des interventions permettant de les réduire en misant sur les facteurs actuels qui maintiennent les CSP.

Outre l'entrevue clinique avec l'enfant et les adultes le connaissant, la nature et la fréquence des comportements sexuels peuvent être documentés par le biais d'instruments de mesure. Bien qu'il n'existe, à ce jour, aucun instrument de mesure spécifiquement conçu pour dépister la présence de CSP chez les enfants, les évaluateurs peuvent utiliser différents instruments afin de mesurer un éventail de comportements sexuels (sains et problématiques). Parmi ces outils, le *Child Sexual Behavior Checklist* (CSBCL; Johnson, s.d.) tient compte, entre autres, du contexte dans lequel les CSP se manifestent. Cet outil, bien que moins utilisé que le *Child Sexual Behavior Inventory-III* (CSBI-III; Friedrich, 1997), a été développé spécifiquement pour aider les cliniciens à évaluer les enfants de 12 ans et moins référés pour une évaluation pour CSP. Le CSBCL contient :

- une liste de 150 comportements d'enfants relatifs à la sexualité, allant des comportements sexuels sains et naturels à des comportements présentant de sévères difficultés au niveau de la sexualité ;
- des items qui évaluent les aspects de la vie de l'enfant qui pourraient augmenter la fréquence des comportements sexuels (ex. : la nudité à la maison, l'accès à la pornographie, l'histoire d'abus, l'exposition à la violence) ;
- des questions détaillant les comportements sexuels que l'enfant a présentés avec d'autres enfants.

Mis en œuvre dans un entretien structuré avec le parent ou adulte significatif, l'outil spécifie les 26 caractéristiques des comportements sexuels des enfants qui devraient soulever des inquiétudes s'ils sont identifiés dans

l'évaluation. Bien que complet, en fournissant un large éventail de questions relatives aux comportements sexuels des enfants, le CSBCL présente l'inconvénient d'avoir un système de cotation informatique qui ne repose pas sur des données normatives.

Finalement, d'autres instruments ou guides d'entrevue peuvent être utilisés pour documenter les comportements sexuels des enfants, mais sont nettement moins reconnus ou utilisés par les cliniciens : une sous-échelle du *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991), le *Behavior Assessment System for Children* (BASC-2; Reynolds & Kamphaus, 2004); le *Trauma Outcome Process Assessment Model* (TOPA ; Rasmussen, 1999), le *Multiplex Empirically Guided Inventory of Ecological Aggregates for Assessing Sexually Abusive Children and Adolescents* (MEGA ; Miccio-Fonseca, 2006), le *Structured Interview for Symptoms Associated with Sexual Abuse* (SASA; Wells, McCann, Adams, Voris, & Dahl, 1997), le *Risk for Sexual Behavior Perpetration – Below 12* (RSBP12; Curwen, 2007) et le *Latency Age-Sexual Adjustment and Assessment Tool* (LA-SAAT; Stetson School, 2012).

3.2. Profil psychologique et comportemental de l'enfant

Comme dans l'évaluation de tout enfant présentant une difficulté comportementale, l'évaluation exhaustive des enfants qui manifestent des CSP inclut celle de leur profil psychologique et comportemental. Une évaluation du fonctionnement général de l'enfant, combinée à l'évaluation des CSP, permet de prioriser les difficultés vécues par l'enfant et ainsi, d'ajuster les objectifs d'intervention en fonction de celles-ci. L'ensemble des difficultés de nature non sexuelle présentées dans la section portant sur les caractéristiques des enfants qui présentent des CSP devraient être documentées. Ainsi, une attention particulière devrait être accordée à la présence de troubles de comportements extériorisés (trouble d'attention avec hyperactivité, trouble de la conduite, comportements d'opposition, agressivité, comportements délinquants) et intériorisés (dépression, anxiété) ainsi qu'aux symptômes de stress post-traumatique. L'évaluation devrait également aborder les antécédents de négligence, d'agression sexuelle, d'agression physique, d'abus psychologique et d'exposition à la violence conjugale vécus par l'enfant, en plus des possibles séquelles qui en découlent (Chaffin et al., 2006). De plus, selon le cas, il pourrait s'avérer pertinent d'évaluer d'autres sphères du fonctionnement de l'enfant, notamment son développement intellectuel, ses capacités langagières et la présence de troubles d'apprentissage (Gagnon & Tourigny, 2011).

Pour guider l'évaluation du profil psychologique et comportemental de l'enfant, le clinicien peut se référer à différents documents qui font état des pratiques probantes en matière d'évaluation auprès des enfants qui présentent

des difficultés émotionnelles ou comportementales, notamment Mash et Barkley (2009), Sattler et Hoge (2006) ou Whitcomb et Merrell (2013).

3.3. Environnement familial et social

Puisque l'environnement familial et social (groupe de pairs, voisinage, école, etc.) de l'enfant peut grandement influencer le développement et le maintien des CSP, il importe d'évaluer le contexte environnemental dans lequel évolue l'enfant qui présente des CSP (Chaffin et al., 2006).

Les lignes directrices en matière d'évaluation auprès des enfants qui présentent des CSP suggèrent de recueillir des informations sur la qualité de l'attachement parent-enfant, la capacité du parent à monitorer et à superviser les comportements de leur enfant, le soutien parental offert, la présence de modèles (adultes et pairs) positifs ou négatifs, les pratiques parentales utilisées (ex. : la discipline, les limites, les conséquences imposées) et la réponse de l'enfant face à cet encadrement, les frontières émotionnelles, physiques et sexuelles dans la maison, le degré d'exposition à la sexualité et à la violence dans l'environnement de l'enfant et l'exposition à des situations potentiellement traumatiques. Une attention particulière devrait être accordée aux valeurs culturelles de la famille et de la communauté en ce qui concerne la sexualité, de même qu'aux différents facteurs de protection présents dans le milieu de vie de l'enfant, qui pourront servir de leviers d'intervention. Enfin, les stressors affectant la capacité du parent à fournir des soins optimaux à leur enfant devraient être documentés, notamment en prenant en considération les différents événements traumatiques vécus par le parent lui-même. Il ressort clairement des recherches réalisées sur cette question que l'implication des parents dans l'évaluation est déterminante pour la réussite des interventions offertes aux enfants qui présentent des CSP (Jones, 2011).

Deux vignettes cliniques sont présentées ci-après afin d'illustrer certains critères liés à la définition des CSP et la présence de certains facteurs associés aux CSP. Il s'agit donc d'extraits provenant de plusieurs rencontres avec chacun des enfants et la 3^e auteure dans un centre spécialisé en France.

Vignette clinique 1 : Laurie

Laurie est née à terme d'un accouchement qui s'est déroulé dans des conditions normales après une grossesse sans problème. Elle est l'aînée de deux enfants du même couple. Sa petite enfance se passe sans problème particulier. L'entrée en première année d'école primaire à ses 6 ans est marquée par des troubles du comportement : agitation, colères fréquentes, difficultés d'endormissement. Elle est suivie dans une structure publique où elle bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire (pédopsychiatre, psychologue et psychomotricien). L'évaluation globale

mettra alors en évidence des difficultés au sein de la famille de Laurie puisque ses parents sont en processus de séparation après trois années de conflits apparus après la naissance de la petite sœur, Lucie. Peu à peu, les troubles du comportement de Laurie s'atténuent, mais il y a persistance d'une certaine intolérance à la frustration qui se réactive lorsque chacun des parents se remet en couple puis à la naissance de deux demi-frères dans chacun des deux couples. La prise en charge thérapeutique est donc maintenue, mais de façon plus espacée. Alors que Laurie a 9 ans et qu'elle vit en garde partagée une semaine sur deux chez ses parents, la maman vient relater les faits suivants à la pédopsychiatre :

Elle a surpris Laurie couchée sur Lucie, de 14 mois plus jeune et dit qu'il s'agit du troisième épisode similaire depuis environ une année. La mère explique que Laurie, à chaque fois, lui a semblé se frotter avec son pubis sur le corps de sa sœur avec des mouvements de va-et-vient suggérant un comportement à connotation sexuelle. Elle explique avoir aussi observé que sa fille se touche souvent les parties génitales, de façon beaucoup plus fréquente que lorsqu'elle était plus petite et d'une façon qu'elle estime impudique, ce qui n'était pas le cas auparavant. La mère dit ne pas s'être fâchée, mais qu'elle a, comme les fois précédentes, clairement signifié à Laurie que ce n'est pas une attitude adaptée d'autant que Lucie a manifesté son mécontentement. Lucie, interrogée par sa mère, a dit que cela se serait produit à d'autres moments toujours en journée alors que les deux filles jouent ensemble et que « Laurie veut toujours voir sa foufoune ». À présent, la mère exprime son désarroi et ses inquiétudes vis-à-vis des comportements de sa fille aînée dont elle redoute la réitération d'autant qu'après ce dernier épisode, Laurie s'est mise très en colère quand sa mère lui a parlé.

La pédopsychiatre adresse Laurie en consultation de médecine sexuelle pour évaluation du CSP en précisant que des CSP n'ont jamais été constatés ni recherchés jusqu'alors. Elle a informé Laurie que c'est pour ce motif qu'elle a demandé cette consultation.

Laurie est amenée par sa mère. Après des présentations générales et le rappel du motif de consultation, je propose à Laurie de la voir seule, ce qu'elle accepte puisque sa maman a dit « qu'elle est déjà bien autonome, probablement en lien avec l'organisation de la vie actuelle de Laurie en garde partagée, mais aussi parce qu'elle a beaucoup grandi depuis un an ». De fait, Laurie apparaît comme une fille plus âgée par rapport à son âge biologique. Manifestement, Laurie amorce sa puberté comme l'indiquent sa courbe de croissance et un certain développement mammaire.

Pour ce qui est de ses connaissances sur les étapes de la vie, Laurie se voit plutôt comme une adolescente dans les images que je lui montre de personnes d'âges différents. La définition de la Personne que je lui propose à l'aide d'un dessin (tête, cœur et corps) montre que Laurie semble accorder beaucoup d'importance au corps. Lorsque je lui demande d'énumérer les différentes parties du corps, elle cite d'emblée les seins. Elle connaît bien les autres parties, mais ne nomme pas les parties génitales tout en les montrant sur le dessin et en disant : « ça c'est dégoûtant ». Je demande à Laurie si les petites filles et les petits garçons ont des seins. Elle dit non et ajoute spontanément que ce sont les dames et pas les garçons. Je demande à Laurie si elle sait pourquoi les dames ont des seins et pas les petites filles, elle répond par la négative. Je parle alors

des trois périodes de la vie que sont l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. L'adulte est défini dans sa capacité physique à pouvoir avoir des enfants à la différence des enfants. D'où l'importance de la période intermédiaire que constitue l'adolescence avec notamment des changements corporels, mais aussi dans la tête et le cœur. Cela permet à Laurie de dire qu'elle « n'est pas contente d'avoir déjà des seins alors que ses copines n'en ont pas » et que cela la gêne, notamment à la piscine. Je parle alors des différences qui existent entre les personnes, qui peuvent faire souffrir et que je comprends sa peine. D'où l'importance de pouvoir parler de ces aspects de la vie d'autant que ces changements s'accompagnent aussi de choses positives. Je lui demande si elle connaît d'autres changements physiques de cette période. Laurie dit : « Il y a les poils aussi ». Je lui demande si c'est pour cela qu'elle disait que cette partie était dégoûtante et Laurie sourit, semble gênée et ne répond pas. Je n'insiste pas. Je lui explique que je vais, pour la rassurer sur son état de changement corporel, l'adresser à un médecin pédiatre qui s'occupe des transformations du corps afin qu'elle puisse se sentir plus tranquille dans sa tête, son cœur et son corps.

La consultation se poursuit sur ce qui est nécessaire à un enfant pour grandir. Laurie cite alors : manger, boire, dormir, jouer, aller à l'école, faire du sport et les parents. Chacun de ces aspects semble aller de soi pour Laurie sauf le dernier puisqu'elle dit spontanément : « Pour moi, c'est maman parce que mon père, il ne s'occupe pas de moi ni de ma sœur quand on est avec lui ». Comme je sais qu'elle vit en garde partagée, je lui demande quelles sont les personnes adultes qui s'occupent d'elles lorsqu'elles sont chez leur père. Laurie dit que c'est sa belle-mère qui est gentille, mais qu'elle n'aime pas comme sa maman. Je parle alors du lien d'affection comme étant le premier lien que les enfants découvrent pour la plupart avec leurs parents et leur famille composée de leur fratrie et les adultes comme sa belle-mère lorsque les parents se séparent et refont un autre couple. J'explique qu'aucun enfant ne choisit ses parents ou les autres adultes de la famille ou même ses sœurs et frères, ce qui n'est pas toujours facile pour les enfants. Laurie dit alors : « C'est pour ça qu'il faut devenir grand (adulte) pour être avec plein d'autres personnes ». Je lui demande si elle a l'impression de devoir être grande, de devoir se débrouiller dans la vie. Laurie répond par l'affirmative et me précise que cela est vrai « dans sa vie de chez Maman et dans sa vie de chez Papa ». La consultation se poursuit sur les centres d'intérêt de Laurie. Je constate que ses intérêts sont plutôt ceux de jeunes âgés de 12 à 15 ans (personnalités de la musique, du cinéma, des séries télévisées, etc.).

À la consultation suivante, un retour sur l'activité « la personne et ses besoins pour grandir » permettent de constater que Laurie a bien investi la première consultation. Elle a apporté des images d'enfants et d'adolescents qu'elle commente de façon adaptée. Ces supports confirment qu'elle se voit comme une adolescente dans sa globalité tête, cœur et corps. Elle dit aussi : « Les petits, c'est embêtant, il faut s'en occuper, ça m'énerve ». Je lui demande si elle a l'impression qu'à la maison, les adultes s'occupent davantage ou même trop des plus petits et pas suffisamment d'elle. Elle répond : « Oui, mais il faut pas le dire sinon, après ils me diront que comme je suis petite, je dois faire que des choses de petite ». Je lui dis que ce doit être parfois compliqué de devoir faire

plus grande et qu'il est sûrement nécessaire de réfléchir à l'aider sur ce point. Je fais alors référence au CSP en lui disant que ces moments où sa maman l'a vue sur sa petite sœur et qui ont motivé la consultation ici me semblent aussi montrer qu'elle fait des choses de personne plus grande que 9 ans. Je reprends alors la définition des liens entre les personnes : nous avons parlé de l'affection, de l'amitié. Il y a aussi ce lien de l'amour. Ces trois liens sont différentes façons d'aimer. Le troisième, elle l'a peut-être déjà connu en étant amoureuse. Laurie dit : « Ah oui, j'ai déjà eu quatre amoureux ». Je parle alors des amours enfantines et des amours des grandes personnes entre elles, qui sont évidemment bien différentes. En effet, les grandes personnes ne sont plus ni des enfants ni des adolescent(e)s, ce qui leur permet, parce qu'ils ont suffisamment grandi, de s'aimer de toute leur personne entière (tête, cœur et corps) pour partager les grandes choses de l'amour ; ce qui peut leur permettre aussi d'avoir des enfants. Laurie dit alors : « Ah oui, ils font du sexe ». Aussitôt après ces paroles, Laurie semble gênée et baisse la tête. Je lui dis que je vois qu'elle sait déjà beaucoup de choses et que c'est important de pouvoir parler de tout cela puisque ces choses-là sont importantes dans la vie. Je lui demande de me préciser ce que cela veut dire pour elle. Laurie dit : « Ils se mettent tout nus et ils font des choses ». Je dis : « Effectivement, comme ils sont adultes, ils ont décidé ensemble de construire un tête-à-tête, un cœur à cœur et un corps à corps, avec tout leur corps en entier dont aussi cette partie du corps qui a aussi ce rôle de rendre les personnes heureuses (je montre la zone génitale sur le dessin) ». Je demande à Laurie si, lorsqu'elle disait que cette partie du corps était dégoûtante, elle pensait aux adultes qui font du sexe comme elle le dit. Elle dit oui. Je lui explique que c'est une des raisons pour laquelle la sexualité, comme les grandes personnes peuvent la vivre, ne peut pas encore être pour les petites personnes. Mais je précise que pour elle, en tant que fille de 9 ans, il est aussi important qu'elle ne pense pas que cette partie de son corps est sale puisque les enfants peuvent déjà constater en touchant eux-mêmes cette partie de leur corps, qu'elle est agréable. Laurie a alors un sourire et dit : « Ça fait des chatouilles quand je touche et j'aime bien, mais des fois, je le fais trop et ça m'énerve ». Je demande alors à Laurie si elle a déjà vu des adultes avoir une sexualité. Elle dit alors : « Oui, mais pas pour de vrai ». Je demande des précisions. Laurie pourra ainsi dire que son cousin Benjamin, âgé de 11 ans, lui a montré à plusieurs reprises depuis environ un an, des images dont la description ne laisse guère de doute sur le caractère pornographique.

La suite de l'évaluation permettra de constater que Laurie n'a pas subi de violences sexuelles directes à l'exception de cette effraction qu'a représentée la pornographie dans son développement. Le pédiatre évaluera que le développement pubertaire de Laurie est prématuré, mais harmonieux et qu'il est déjà trop avancé pour être freiné par un traitement. Laurie aura ses règles à 10 ans.

Il sera indispensable de recevoir ses parents pour voir les pistes de sécurisation de l'attachement (facteur associé). Je constaterai que les deux parents ont un regard plutôt négatif sur leur fille qui s'est aggravé avec l'apparition des CSP. Il sera nécessaire de les aider à réfléchir sur ce point, au-delà des seuls CSP. Il sera également indispensable de les aider à réfléchir à la protection de Laurie puisqu'il apparaîtra que le père avait surpris Laurie et Benjamin regardant des images pornographiques (facteur

associé), mais avait banalisé cet événement. En conséquence, une réflexion sera aussi menée avec la pédopsychiatre et son équipe pour guider les parents dans leur attitude vis-à-vis du cousin et de ses parents. Quant à la petite sœur Lucie, je la verrai avec la pédopsychiatre pour évaluer un éventuel retentissement des CSP de Laurie sur elle. La prise en charge de Laurie, adaptée à son âge et à son histoire, se poursuivra sur une année afin qu'elle puisse continuer à réfléchir sur les repères humains et relationnels nécessaires pour s'apaiser dans son développement sexuel. Il sera particulièrement nécessaire de l'aider à se mettre à distance des images qui avaient fait effraction et qui avaient manifestement eu un impact plus sévère que ce qui pouvait apparaître de prime abord. En abordant ses comportements sexualisés avec sa sœur, je pourrai voir le lien entre le souvenir des images et les comportements masturbatoires ou de CSP. Elle dira à ce sujet : « Je ne pouvais pas m'en empêcher, ça me prenait tout à coup ». Il sera important qu'elle puisse trouver une image positive de son corps au-delà de l'arrivée de ses règles. La sécurisation des affects par une meilleure communication avec ses parents et une authenticité des liens avec son père et sa nouvelle famille favoriseront cet apaisement en lui redonnant une estime et une confiance en elle. Il n'y aura pas de nouveaux constats de CSP par la suite. La prise en charge sera arrêtée à ses 12 ans.

Vignette 2 : Victor

L'histoire de Victor est la suivante : les parents de Victor apparaissent vulnérables dès la grossesse de Victor. Sa mère est psychotique (facteur associé) et son père a commis des faits de petite délinquance (facteur associé), d'où la mise en place d'un suivi par les services sociaux et de la protection de l'enfance. Lorsque Victor a 4 ans, le père est incarcéré pour violence conjugale (facteur associé) et les deux enfants de la famille sont confiés à une famille d'accueil en raison de sévères carences éducatives (facteur associé). La mère reçoit régulièrement ses enfants en droits de visite à son domicile. Une prise en charge pluridisciplinaire de Victor est organisée permettant de porter le diagnostic d'une déficience intellectuelle légère.

Vers ses 6 ans, sont repérés de premiers CSP dans les rapports de ses référents sociaux et médicaux : Victor a des propos à connotation sexuelle. Il se masturbe très fréquemment en présence d'autres enfants ou adultes et peut chercher à toucher les parties intimes d'autres enfants. À noter que sa petite sœur présente aussi de tels propos, avec une moindre importance toutefois.

Aux 8 ans de Victor, du fait de ses difficultés qui épuisent la famille d'accueil, Victor est placé en foyer de groupe (facteur associé). À 9 ans, des révélations de Victor et de sa sœur permettent de constater que leur mère les expose régulièrement à des films à caractère pornographique et qu'elle peut avoir des relations sexuelles devant eux avec des hommes, et ce, depuis plusieurs années comme elle le dira elle-même (facteur associé). Les droits de visite chez la mère sont suspendus. Par la suite, Victor, qui semble apaisé, revient en visite régulière dans son ancienne famille d'accueil pour voir sa sœur. Mais alors qu'il vient d'avoir 11 ans, des rapports éducatifs précisent que Victor « parle de sexe à tort et à travers, qu'il s'exhibe fréquemment avec une

tendance au voyeurisme dans les salles de bain de son lieu de vie, ce qui nécessite une surveillance particulière et éprouvante pour les professionnels » (élément de définition des CSP). Lors des visites effectuées à sa sœur, la responsable de la famille d'accueil le surprend couché sur sa sœur, qui révélera que cela se produit quasiment à chaque fois qu'elle voit son frère depuis environ 6 mois (élément de définition).

Victor a 11 ans quand une plainte pour attouchements sexuels sur sa sœur âgée de 9 ans est présentée au magistrat, c'est-à-dire que Victor est mis en examen. En France, un enfant peut être mis en examen avant 13 ans et reconnu coupable. Entre 10 ans et 13 ans, il peut alors faire l'objet de sanctions éducatives (telles que le placement en famille d'accueil ou l'interdiction de voir la victime, etc.). Une expertise psychiatrique est ordonnée. Victor quitte le foyer de groupe et vit dans une famille d'accueil thérapeutique. Dans les mois suivants, il est adressé en consultation de médecine sexuelle par la psychologue du service de l'Aide sociale à l'enfance.

La première consultation avec Victor ne s'oublie pas ! Il est accompagné de son éducatrice référente puisqu'il ne me connaît pas et qu'il est important qu'il se sente sécurisé. Il dit d'emblée : « On m'a dit que tu étais un docteur du sexe et moi je veux savoir ce que ça, ça veut dire ». Et il écrit PD et GOUINE sur le tableau que j'utilise dans les consultations. Je lui dis qu'il va apprendre dans ces consultations ce que cela veut dire, mais qu'il lui faut un peu de patience, car il faut que je lui amène d'abord un certain nombre de choses pour répondre précisément à sa question dont je le félicite. Et je trace un dessin au tableau pour commencer à définir avec Victor ce dont une personne a besoin pour grandir. Victor participe activement et écoute attentivement les explications que je donne ; il se tient assis quasiment tout le temps de la consultation, ce que son éducatrice qualifie de prouesse. À la fin de la consultation, il me demande : « Est-ce que je pourrai avoir un jour des enfants, car je n'ai qu'une couille ? » Je le rassure tout en lui disant que je vais me renseigner auprès de son médecin traitant.

À la consultation suivante, je peux effectivement le rassurer, car il a un testicule. À la quatrième consultation, alors que nous parlons de la manière dont on apprend à se respecter soi-même dans son corps (y compris génital) et que je lui dis qu'il doit en être de même de la part de toutes les personnes vis-à-vis des autres, Victor déclare : « mais alors Yann ne devait pas me toucher le zizi avec son zizi à lui ? ». Yann, 17 ans, était le fils de son assistante familiale. L'enquête établira la véracité de ces révélations, mais beaucoup plus tard (facteur associé).

Entre temps, l'évaluation a amené à cerner que Victor retient ce qui lui est apporté et ce qui est réfléchi durant les consultations ; il apparaît possible de le « déssexualiser » tout en lui amenant peu à peu ce qui peut lui permettre de développer sa personnalité sexuelle sans confusion avec l'affection ou l'amitié. En témoignent des signes d'apaisement dans son comportement sexuel. Dans ce contexte, il apparaît indispensable de sécuriser son attachement de type désorganisé/désorienté (facteur associé). Or, son père s'est totalement désintéressé de ses enfants à sa sortie de prison. Quant à sa mère, elle reste très vulnérable et vient peu aux droits de visite. Environ un an plus tard, Victor est reconnu coupable des faits commis sur sa sœur et est inscrit sur le fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions

sexuelles ou violentes. Les expertises psychiatrique et psychologique ont fait état de la sévérité de son état en déclarant même pour la seconde que « cet enfant apparaît inaccessible à toute ressource thérapeutique du fait de l'apparition précoce de ses troubles et de leur gravité ». Cela motive le pédopsychiatre à demander la reprise du suivi en médecine sexuelle d'autant que ses CSP sont revenus au premier plan. Victor vit alors en semaine à l'internat de l'Institut médico-éducatif (l'IME est un établissement qui accueille les enfants présentant des handicaps intellectuels au titre de leur scolarité) et en famille d'accueil le week-end. L'évaluation permettra de mettre en évidence le rôle des troubles de l'attachement dans l'exacerbation ou, au contraire, l'atténuation des CSP de Victor. Je constate qu'ils sont très présents le week-end avec énurésie et encoprésie alors que ces dernières ne sont pas notées à l'internat. Et puis, les CSP vont rapidement disparaître à l'internat. Il est intéressant de préciser qu'une psychologue de l'IME accompagne Victor aux consultations et que l'équipe veille à l'aider dans les petits travaux personnels que je demande entre les consultations (trouver des images, une musique, etc.). Les professionnels sécurisent son attachement en le soutenant, en l'encourageant à réfléchir à cette dimension de son développement. Mais il faudra plus de temps pour que les conditions de vie de Victor et leur impact dans la genèse des CSP soient mieux pris en compte.

4. Le traitement des enfants qui présentent des comportements sexuels problématiques

Suite au constat révélé au cours de la décennie 1980-1990 à l'effet qu'environ 50 % des adolescents auteurs d'agressions sexuelles seraient des récidivistes (Awad & Saunders, 1991; Becker, Kaplan, Cunningham-Rathner, & Kavoussi, 1986; Fehrenbach, Smith, Monastersky, & Deisher, 1986), il est apparu primordial de chercher à enrayer les CSP dès leur apparition, tout comme de prévenir leur persistance. Ainsi, près d'une trentaine de programmes de traitements spécialisés pour enfants qui présentent des CSP auraient vu le jour aux États-Unis pendant cette période (Sirles, Araj, & Bosek, 1997). S'il demeure encore difficile aujourd'hui d'obtenir un portrait juste des programmes de traitement offerts à cette clientèle, c'est que très peu d'entre eux ont fait l'objet d'une publication scientifique, voire d'une évaluation systématique.

Les premiers programmes de traitement destinés aux enfants qui présentent des CSP se sont d'abord et avant tout inspirés d'approches et de techniques développées pour les adolescents et les adultes auteurs d'agressions sexuelles. Leurs résultats peu concluants ont rapidement indiqué qu'ils s'avéraient inadéquats auprès des enfants. Parce qu'ils présentent un niveau de développement affectif, social et cognitif moins avancé et que la famille joue un rôle prépondérant dans leur vie, les enfants présentent des besoins qui les distinguent des adolescents et des adultes et qui impliquent des interventions adaptées en matière de CSP

(Johnson, 1998). Comme cela a été démontré précédemment, la clientèle des enfants qui présentent des CSP comporte également une forte hétérogénéité. Un consensus tend donc à s'établir à l'effet que le traitement des CSP nécessite la mise en œuvre de programmes qui répondent aux besoins des enfants en tenant compte de leur niveau de développement, des caractéristiques de leur environnement de vie et de leur histoire personnelle (Chaffin et al., 2006).

Dans la prochaine section, nous présentons les résultats d'une recension des écrits scientifiques réalisée par notre équipe et dont les objectifs consistaient à décrire les programmes de traitement existants, à connaître leur efficacité et à identifier les facteurs associés à cette efficacité. Pour être retenus dans la recension, les programmes devaient avoir fait l'objet d'une publication (source primaire ou secondaire) accessible (physiquement ou en ligne) et rédigée en langue française ou anglaise. De plus, les CSP devaient constituer le principal objectif de traitement de ces programmes. En d'autres termes, la clientèle devait être assignée au programme en raison des CSP manifestés par un enfant de 12 ans et moins et le programme devait viser en priorité la réduction des CSP. Ainsi, tout programme s'adressant à priori aux victimes d'agression sexuelle et visant à en réduire les séquelles, dont les CSP, a été exclu de la recension. Au total, 19 programmes ont été repérés, la quasi-totalité provenant des États-Unis. Leurs principales caractéristiques sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1. Programmes d'intervention destinés aux enfants qui présentent des CSP

Programmes	Cibles d'intervention	
Gil and Johnson treatment model (Gil & Johnson, 1993), États-Unis Approches : cognitive, familiale Durée : 4 phases Modalités : groupe parents, groupe enfants (n = 4-6, répartis selon l'âge et le sexe), groupe fratrie, thérapie familiale Animation : 1 homme et 1 femme Milieu : clinique	Violet enfant : • connaissances sur les CSP • éducation à une sexualité saine et correction des pensées erronées à ce sujet • identification des précurseurs des CSP • intégration des sentiments et pensées en rapport à une expérience d'abus développement - des habiletés sociales et de l'empathie • résolution de problèmes • prise de responsabilité pour ses gestes	Violet parent : • expression et gestion des émotions • compréhension des CSP • supervision adéquate • gestion des comportements • identification des précurseurs familiaux des CSP • habiletés de communication
Stop and Think group program (Butler & Elliott, 1999 ; Elliott & Butler, 1994), Royaume-Uni Approches : TCC, résolution de problèmes, prévention de la récidive Durée : 21 séances x 90 min., Intensité : 1 à 2 séances/sem. Modalités : groupes parents et enfants (♂, 9-10 ans) au besoin adaptés en individuel, suivi familial préventif, séances de maintien (au besoin) Animation : 1 homme et 1 femme détenant une formation clinique (gr. enfants), 1 travailleur social (gr. parent) Milieu : clinique	Violet enfant : • éducation à la sexualité saine • apprentissage et application d'un modèle de résolution de problèmes • identification des précurseurs de CSP • gestion de la colère/contrôle de soi • stratégies de coping positives • développement de l'empathie	Violet parent : • compréhension et acceptation des enjeux et besoins de l'enfant • supervision adéquate • soutien à la généralisation (application du modèle au quotidien)

Programmes		Cibles d'intervention	
Sexually reactive youth program (Ray et al., 1995), États-Unis Approches : éducation, comportementale, holistique Durée : 18 mois et plus Modalités : séances individuelles enfant, groupe enfants, thérapie familiale, groupes éducatifs et de soutien pour parents biologiques, d'accueil ou adoptifs Animation : formation d'une équipe attirée à l'enfant Milieu : services de protection		<u>Volet enfant :</u> • élimination du déni • correction des pensées erronées • développement de l'identité sexuelle • développement de l'empathie • identification des précurseurs des CSP • gestion des histoires d'abus ou de trauma	<u>Volet parent :</u> • habiletés de communication • éducation à une saine sexualité • gestion de la colère • habiletés d'affirmation de soi • relations interpersonnelles • estime de soi
		<u>Volet famille :</u> • dynamique familiale propice aux CSP • soutien à la réintégration de l'enfant dans son milieu	
Specialized treatment of sexually abusive behavior problems (Ryan & Lane, 1997, Ryan et al., 2011), États-Unis Approches : cycle de l'abus, psychoéducation, éclectique, thérapie complémentaire (si autre trouble ou déficit) Modalités : groupe enfants (2 semaines), séances éducatives pour parents, séances individuelles (si nécessaire), thérapie familiale (si nécessaire)		<u>Volet enfant :</u> • identification des précurseurs des CSP et de stratégies d'adaptation adéquates • prise de responsabilité pour ses gestes • éducation sur les effets d'un trauma • expression des émotions • résolution de problèmes • estime de soi • sentiment de compétence	<u>Volet parent :</u> • compréhension des CSP • gestion de comportements • supervision adéquate • établissement d'un plan de sécurité
	Relapse Prevention Therapy (RPT) (Pithers et al., 1998 ; Pithers & Gray, 1998), États-Unis Approche : souple, expérientielle, créative	ET : • règles de sexualité adéquate et établissement des frontières physiques • gestion des émotions • connaissances des impacts de l'agression sexuelle • résolution de problèmes • habiletés sociales	
Durée : 32 semaines Modalités : groupe parents, groupe enfants (mixte, 6-9 ans et 10-12 ans)		RPT : • identification et intervention sur les précurseurs des CSP - mise sur pied d'une équipe de soutien	

Programmes		Cibles d'intervention	
Cognitive Behavioral Therapy (CBT)	Dynamic Play Therapy (DPT)	Volet enfant CBT : • connaissances sur les CSP • éducation à la sexualité • règles de sexualité adéquate • contrôle de soi	Volet parent CBT : • comportements sexuels normaux et atypique • supervision adéquate • gestion des comportements
(Bonner et al., 1999 ; Carpentier et al., 2006), États-Unis	Approche : TCC, psychoéducation, structurée		
Durée : 12 séances x 60 min.		Volet enfant DPT : • connaissances sur les CSP • frontières physiques • éducation à la sexualité • estime de soi	Volet parent DPT : • habiletés parentales
Modalités : groupe parents, groupe enfants (n = 10-15, mixte, 5/6-12 ans)			
Animation : 1 homme et 1 femme, formés en psychologie et au programme, supervisés de façon hebdomadaire			
Milieu : Clinique			
The Intensive program (Jones et al., 2006 ; Ownbey et al., 2001), États-Unis		Volet enfant : • identification des pensées erronées • habiletés de résolution de problèmes • compréhension de ses sentiments et comportements • prise de responsabilité pour ses gestes • gestion des CSP • éducation à la sexualité • développement de l'empathie • estime de soi	Volet parents d'accueil : • développement de l'enfant et sexualité • caractéristiques des enfants ayant des CSP • enjeux liés à l'attachement et à la famille d'origine • élaboration d'un plan de sécurité • gestion de comportement • évaluation continue et multidimensionnelle des besoins de l'enfant
Approches : éducation, comportementale, holistique			
Durée : non-précisée			
Modalités : formation des parents d'accueil (6 séances du Professionnal Parenting Program x 30 min.), visite de la famille d'accueil par le Program Manager (1x/sem. et sur demande), séances de groupe éducatives pour enfant (mixte, 1x/sem.), séances de groupe éducatives et de soutien pour parent d'accueil (1x/sem.), séances éducatives familiales (trimestrielles), Program Manager disponible 24/7, mise sur pied d'une équipe de traitement multidisciplinaire spécifique à chaque enfant, services de répit (au besoin), services de counseling externes			

Cibles d'intervention		Programmes
<u>Volet enfant :</u> • éducation à la sexualité • identification et correction des pensées erronées • développement de l'empathie • gestion des comportements pour réduire l'excitation sexuelle déviante • plan de prévention de la récidive	<u>Volet famille :</u> • soutien à la famille • gestion des comportements • communication efficace • habiletés générales de coping au sein de la famille	Day program (Robbins, 2001), États-Unis Modalités : TCC, éclectique, psychoéducative, prévention de la récidive Durée : 18 semaines Intensité : 2 h/jour Modalités : groupe enfants (n = 10 maximum, répartis selon l'âge : 6-9 et 10-12), suivi individuel, thérapie familiale (1 séance x 60 min. /sem.) Animation : 1 thérapeute formé dans une discipline psychosociale ou en clinique Milieu : scolaire ou hospitalier
<u>Volet enfant :</u> • responsabilité pour ses gestes • identification des précurseurs des CSP • résolution de problèmes • développement de l'empathie • création d'un réseau de soutien • estime de soi et confiance en soi	<u>Volet parent :</u> • connaissance des CSP • compréhension et réponse adéquate aux besoins de l'enfant • discipline appropriée et constante • réduction de la colère et du déni • identification et modification des précurseurs familiaux des CSP • création d'un réseau de soutien	Transformers program (Staiger et al., 2005), Australie Approches : TCC, systémique Durée : 20 semaines Modalités : groupe parents, groupe enfants, suivi individuel (au besoin), thérapie familiale (au besoin) Milieu : communautaire
• restructuration cognitive • éducation à la sexualité • sentiment de compétence • pratiques éducatives et habiletés parentales • structure et cohésion familiale • prévention de la récidive • gestion de l'expérience de victimisation de l'enfant		Multisystemic family treatment model for children who have sexual behavior problems (Griffith, 2005), États-Unis Approches : multisystémique, TCC, entraînement aux habiletés parentales Durée : 3 à 5 mois Animation : un thérapeute de niveau maîtrise, supervisé par un professionnel en santé mentale de niveau PhD, consultation hebdomadaire d'un expert en TMS Milieu : communautaire

Programmes	Cibles d'intervention	
À la croisée des chemins (Gagnon, Bégin, & Tremblay, 2005 ; Gagnon, Tremblay, & Bégin, 2005 ; Tremblay & Bégin, 2008), Canada Approches : TCC, éclectique, psychoéducation, systémique Durée : 20 à 23 semaines Intensité : 1 séance x 90 min. /sem. Modalités : groupe parents (n = 4-14), groupe enfants (n = 4-7, répartis selon le sexe et l'âge : 6-9 et 10-12) Animation : 1 homme et 1 femme, formés dans une discipline psychosociale et sur le programme (3 jours) Milieux : services de protection et communautaire	<u>Volet enfant :</u> • connaissances sur les CSP • identification des précurseurs et conséquences des CSP • éducation à la sexualité • frontières physiques • habiletés sociales • autocontrôle • estime de soi	<u>Volet parent :</u> • connaissances sur les CSP • compréhension des précurseurs des CSP • supervision adéquate • connaissances et habiletés d'éducation à la sexualité • pratiques éducatives positives
Group treatment for preschool children with sexual behavior problem (Silovsky et al., 2007), États-Unis Approche : TCC, comportementale, psychoéducative Durée : 12 séances x 90 min. Modalités : groupe parents, groupe enfants (n = 3-7) Animation : 1 psychologue formé en thérapie comportementale et psychoéducative, 1 co-thérapeute selon la taille du groupe enfant, supervision hebdomadaire	<u>Volet enfant :</u> • frontières physiques • contrôle des impulsions • prévention des CSP • habiletés d'expression • correction des croyances erronées	<u>Volet parent :</u> • développement sexuel • prévention des CSP • règles familiales • gestion de comportements • relation parent-enfant
Family-based, attachment-focused therapy (Friedrich, 2007), États-Unis Approches : TCC par le jeu, thérapie d'interaction parent-enfant, intervention fondée sur l'attachement Durée : 5 à 35 semaines Intensité : 1 séance x 60 min. /sem. (sauf les séances 1 et 2 qui durent 90 min.) Modalités : séances individuelles (enfant ou parent), séances en dyade	• connaissances des règles de sexualité adéquate • identification des précurseurs des CSP • supervision parentale adéquate • gestion des CSP • pratiques parentales positives • interactions parent-enfant positives • établissement d'un climat de sexualité saine dans la famille • gestion des mauvais traitements de l'enfant (et des parents)	

Programmes	Programmes		
Navigators group (Rose, 2008), États-Unis Approches : TCC, psychoéducation Durée : 12 semaines Modalité : groupe enfants Milieu : établissement de réadaptation fermé (résidentiel)	• éducation à la sexualité • reconnaissance des règles de sexualité enfreintes • développement de l'empathie • création d'un plan de prévention de la récidive		
Project Pathfinder (Stewart, 2009), États-Unis Approche : TCC, psychoéducation, thérapie par le jeu Modalités : individuel, groupe parents, groupe enfants, thérapie familiale	<table><tr><td><u>Volet enfant :</u> • résolution de problème • entraînement aux habiletés sociales • contrôle de soi • expression des émotions • prévention de la récidive </td><td><u>Volet parent :</u> • connaissances sur les CSP • supervision adéquate • gestion des comportements </td></tr></table>	<u>Volet enfant :</u> • résolution de problème • entraînement aux habiletés sociales • contrôle de soi • expression des émotions • prévention de la récidive	<u>Volet parent :</u> • connaissances sur les CSP • supervision adéquate • gestion des comportements
<u>Volet enfant :</u> • résolution de problème • entraînement aux habiletés sociales • contrôle de soi • expression des émotions • prévention de la récidive	<u>Volet parent :</u> • connaissances sur les CSP • supervision adéquate • gestion des comportements		
The four quadrants (Bergman & Creeden, 2011), pays non précisé Approches : neuro-développementale, fondée sur l'attachement, fondée sur le trauma, éclectique, expérientielle (ex. : arts, théâtre, EMDR, pleine conscience) Durée : non-précisée Modalités : séances en dyades (parent-enfant ♂), suivies de séances en groupe Animation : thérapeutes formés en neurodéveloppement et sur les conséquences associées au trauma Milieux : clinique ou communautaire	• éducation sur le fonctionnement du cerveau (ex. : impact des traumatismes) • compréhension des CSP et de ses conséquences • identification de la dynamique menant aux CSP • prise de conscience de ses émotions/pensées • apprentissage des stratégies d'autorégulation • prise de responsabilité pour ses gestes • développement de l'empathie • sentiment de compétence • habiletés de relations sociales saines et sécuritaires • gestion de l'expérience de trauma et de deuils • éducation à la sexualité et clarification du rôle masculin		
Boundary Project Model (Gil & Shaw, 2014), États-Unis Approches : thérapie familiale, TCC fondée sur les traumatismes, intervention fondée sur l'attachement, thérapie par le jeu, psychoéducation Durée : 12 semaines (répétition possible si les décisions cliniques le recommandent) Modalités : séances individuelles ou de groupes parents et enfants (répartis selon l'âge : 4-6, 7-9, 9-11), thérapie familiale (au besoin)	<table><tr><td><u>Volet enfant :</u> • connaissances sur les CSP • frontières physiques • identification et expression des émotions • relaxation • autocontrôle • estime de soi, sentiment de compétence • interactions sociales </td><td><u>Volet parent :</u> • compréhension des causes des CSP • correction des pensées erronées • gestion des histoires d'abus ou trauma • supervision adéquate • relation parent-enfant positive • création d'un réseau de soutien </td></tr></table>	<u>Volet enfant :</u> • connaissances sur les CSP • frontières physiques • identification et expression des émotions • relaxation • autocontrôle • estime de soi, sentiment de compétence • interactions sociales	<u>Volet parent :</u> • compréhension des causes des CSP • correction des pensées erronées • gestion des histoires d'abus ou trauma • supervision adéquate • relation parent-enfant positive • création d'un réseau de soutien
<u>Volet enfant :</u> • connaissances sur les CSP • frontières physiques • identification et expression des émotions • relaxation • autocontrôle • estime de soi, sentiment de compétence • interactions sociales	<u>Volet parent :</u> • compréhension des causes des CSP • correction des pensées erronées • gestion des histoires d'abus ou trauma • supervision adéquate • relation parent-enfant positive • création d'un réseau de soutien		

TCC : thérapie cognitive-comportementale ; ♂ : garçons ; EMDR: eye movement desensitization and reprocessing ; TMS : thérapie multisystémique.

4.1. Les programmes de traitement existants

La plupart du temps, les programmes de traitement destinés aux enfants qui présentent des CSP sont offerts dans un contexte volontaire. Rarement la participation est mandatée par les services de protection ou de justice. La référence des enfants (et de leur famille) s'effectue le plus souvent par l'intermédiaire d'un intervenant psychosocial œuvrant au sein de l'un ou l'autre des milieux suivants, également susceptibles d'offrir l'intervention : protection de l'enfance, santé et services sociaux, scolaire, communautaire. Un examen des critères d'admission aux différents programmes révèle que, lorsque précisée, la nature des CSP faisant l'objet d'une intervention concerne principalement des comportements dirigés vers les autres plutôt que dirigés vers soi : *sexually abusive actions* (Bergman & Creeden, 2011), *sexually aggressive behavior* (Butler & Elliott, 1999; Elliott & Butler, 1994), *abusive sexual behavior* (Ryan & Lane, 1997), *sexually dangerous to others* (Ownbey, Jone, Judkins, Everidge, & Timbers, 2001), *equivalent to adult criminal violations* (Pithers et al., 1998), *inappropriate sexual acts against other children* (Ray, Peterson, Gray, Schaffner, & Houff, 1995), *not exclusively problematic self-touch sexual behavior* (Silovsky, Niec, Bard, & Hecht, 2007).

Sur le plan des approches thérapeutiques privilégiées, la majorité des programmes recensés ont recours à la théorie de l'apprentissage social pour expliquer les CSP et met en œuvre des interventions qui s'inspirent des principes de la thérapie cognitive-comportementale (TCC) pour les traiter. C'est donc dire que les CSP sont généralement conçus comme des comportements acquis, par conditionnement, modelage ou renforcement, et que leur traitement implique le recours à un protocole d'intervention relativement structuré pour enseigner comment corriger les cognitions erronées, adopter de nouveaux comportements, et mettre en pratique les apprentissages réalisés. Dans la plupart des programmes de TCC, une deuxième approche d'intervention est offerte en complémentarité, comme la psychoéducation, la thérapie systémique, l'intervention fondée sur le trauma ou sur l'attachement, etc. Les cibles d'intervention généralement poursuivies auprès des enfants concernent : l'éducation à la sexualité, l'identification des CSP, l'apprentissage des règles de comportement sexuel adéquat (ex. : frontières physiques), l'application de techniques d'auto-contrôle (ex. : résolution de problème, relaxation), ainsi que le développement d'habiletés sociales et d'interactions positives (ex. : empathie).

La quasi-totalité des programmes recensés valorise l'implication des parents (biologique, d'accueil ou d'adoption) sous différentes formes, dont la participation à des séances de groupe, en dyade ou de thérapie familiale. Si la majorité des programmes met l'accent sur la nécessité d'éduquer les parents sur divers plans, un rôle de partenaires actifs dans le traitement leur est souvent conféré, en ce sens qu'ils peuvent être chargés de veiller à l'implantation d'un plan de sécurité de l'enfant au quotidien. Les cibles d'intervention généralement poursuivies auprès des parents concernent l'amélioration des connaissances sur

le développement sexuel normal et problématique, l'identification des CSP, de ses déclencheurs et ses facteurs de maintien, l'apprentissage de stratégies de supervision adéquate et de gestion de CSP, l'amélioration des pratiques éducatives et de la relation parent-enfant, ainsi que l'établissement de règles familiales appropriées (ex. : communication, climat de sexualité).

La modalité de groupe est souvent privilégiée dans les programmes recensés, de sorte que l'enfant et le parent participent chacun de leur côté à une intervention de groupe offerte au même moment et se rejoignent à la fin de la séance pour une période de temps conjointe. D'entrée de jeu, la modalité de groupe revêt un caractère économique appréciable. Elle présente aussi un fort potentiel sur le plan clinique, en ce sens que le groupe offre aux enfants et à leurs parents l'occasion d'apprendre au contact des autres, de réduire l'isolement, ainsi que d'observer et pratiquer de nouveaux comportements (Chaffin et al., 2006). Toutefois, le groupe peut aussi présenter un certain nombre d'inconvénients : enjeux de confidentialité, non-réponse aux troubles sévères et/ou en comorbidité, gestion de comportement nécessaire au bon fonctionnement du groupe, renforcement négatif entre les membres, long délai de traitement impliqué par la formation du groupe, etc. (Chaffin et al., 2006 ; Friedrich, 2007).

Si certains programmes n'indiquent pas la durée prévue du traitement, cette dernière paraît très variable lorsque précisée, sans compter que des suivis supplémentaires peuvent s'ajouter au besoin. Néanmoins, la plupart des programmes recensés sont de courte durée (3 à 5 mois). Enfin, la co-animation par un homme et une femme est parfois privilégiée lors des séances de groupes destinées aux enfants. Cette formule présenterait certains avantages sur le plan de l'intervention, dont ceux de fournir un modèle de rôles positifs aux jeunes filles et garçons, de favoriser l'emploi de différents styles d'interaction susceptibles de retenir leur attention, et de permettre aux enfants d'observer des interactions homme-femme égalitaires et non conflictuelles (Gagnon, Tremblay, & Bégin, 2006 ; Gil & Johnson, 1993).

4.2. L'efficacité des programmes de traitement des CSP

Des 19 programmes de traitement recensés, 11 ont fait l'objet d'une évaluation sous l'angle de leur efficacité. De façon plus importante, les programmes évalués incluaient une modalité de groupe (10 études sur 11) et privilégiaient une approche d'intervention de type TCC (7 études sur 11). Parmi les 11 programmes évalués, quatre ont fait l'objet d'études expérimentales au cours desquelles les participants ont été assignés aléatoirement à l'une ou l'autre des deux conditions de traitement. Ces études expérimentales s'inscrivaient à l'intérieur de deux lignées de travaux initiés au cours d'une même période, par l'équipe de Pithers et al. (1998) et par celle de Bonner et al. (1999).

Les travaux réalisés par Pithers et al. (1998) visaient à comparer l'efficacité d'une TCC de type « prévention de la récidive » à une thérapie expressive, impliquant la réalisation d'activités créatives à l'intérieur d'un cadre d'intervention souple. Les données recueillies auprès des 93 enfants participant à l'une ou l'autre des thérapies révèlent qu'à la mi-traitement (16 semaines après le début de la thérapie) les enfants participant à la TCC avaient une diminution statistiquement significative des comportements sexuels comparativement aux enfants participant à la thérapie expressive. Lors d'un suivi réalisé un an après la fin du traitement, une diminution progressive des comportements sexuels a été observée, ainsi qu'une diminution des problèmes de comportement, chez l'ensemble des participants (Pithers & Gray, 1998). À moyen terme, les enfants des deux groupes ont vu leurs comportements sexuels diminués et les deux groupes ne se distinguaient plus (Bonner & Fahey, 1998, cité dans Carpentier et al., 2006).

Les travaux réalisés par Bonner et al. (1999) visaient à comparer l'efficacité d'une TCC à celle d'une thérapie par le jeu. Les données recueillies au début et à la fin de l'intervention ($n = 39$) ont révélé des améliorations significatives équivalentes pour les deux groupes d'enfants en ce qui concerne leurs comportements sexuels, leurs compétences sociales et leurs problèmes de comportement. Un suivi réalisé deux ans après leur participation ($n = 20$) a montré des taux de récidive équivalents chez les enfants des deux groupes (TCC = 15 %, thérapie par le jeu = 17 %), tandis qu'un suivi réalisé sur une période de 10 ans auprès de 135 enfants ayant participé à l'un ou l'autre de ces deux traitements pointe plutôt en faveur de la TCC (Carpentier et al., 2006). En effet, des taux plus faibles d'arrestations pour une offense à caractère sexuel ont été notés chez les participants de ce groupe (2 %), comparativement à ceux du groupe de thérapie par le jeu (10 %).

Parmi les sept autres programmes de traitement évalués, deux ont fait l'objet d'une étude quasi-expérimentale avec assignation non aléatoire des participants à l'une ou l'autre de deux conditions de traitement (Rose, 2008; Staiger, Kambouropoulos, Evertsz, Mitchell, & Tucci, 2005), tandis que cinq ont plutôt fait l'objet d'une étude pré-expérimentale impliquant une seule condition de traitement (Gagnon, Tremblay, & Bégin, 2005 ; Jones, Ownbey, Everidge, Judkins, & Timbers, 2006 ; Ownbey et al., 2001 ; Ray et al., 1995 ; Silovsky et al., 2007 ; Stewart, 2009). D'entrée de jeu, les résultats de ces études confirment ceux des travaux évoqués précédemment, à savoir que les enfants se sont améliorés de manière statistiquement significative sur le plan des comportements sexuels (Gagnon, Tremblay et al., 2005 ; Jones et al., 2006 ; Ownbey et al., 2001 ; Ray et al., 1995 ; Rose, 2008 ; Silovsky et al., 2007 ; Staiger et al., 2005 ; Stewart, 2009), des problèmes de comportement intériorisés (Gagnon, Tremblay et al., 2005 ; Staiger et al., 2005) ou extériorisés (Ray et al., 1995 ; Stewart, 2009) et des compétences sociales (Gagnon, Tremblay et al., 2005 ; Ray et al., 1995). D'autres améliorations statistiquement significatives en lien

avec les cibles d'intervention des programmes de traitement des CSP ont aussi été notées chez les enfants participants : connaissances relatives à la sexualité (Ray et al., 1995 ; Rose, 2008 ; Silovsky et al., 2007 ; Staiger et al., 2005 ; Stewart, 2009), reconnaissance ou prise de responsabilité pour ses gestes (Ray et al., 1995 ; Staiger et al., 2005), empathie (Rose, 2008 ; Staiger et al., 2005) et sentiment de sécurité personnelle (Stewart, 2009). Seule l'étude de Staiger et al. (2005) a évalué la présence de changements chez les parents, lesquels se sont traduits par une amélioration des connaissances sur les CSP et une augmentation de la confiance en leur capacité à les gérer. Enfin, Ray et al. (1995) ont évalué la présence de changement sur le plan familial et leurs résultats indiquent une amélioration des relations entre ses membres au sortir du programme.

En résumé, les études évaluatives recensées révèlent des résultats positifs, en ce sens qu'il s'avère possible de diminuer la fréquence des comportements sexuels émis par les enfants, de même que de prévenir leur récurrence à plus long terme. Certaines études rapportent également des résultats prometteurs au regard de quelques cibles d'intervention visées par les programmes de traitement des CSP, dont les connaissances en matière de sexualité et de frontières personnelles, la reconnaissance des gestes, l'empathie, les compétences sociales et les difficultés de comportements (extériorisés et intériorisés). Des études supplémentaires sont toutefois nécessaires pour fournir une réponse plus complète à la question de l'efficacité des programmes de traitement existants, c'est-à-dire : « *Dans quelle mesure ces programmes permettent-ils d'atteindre l'ensemble des cibles d'intervention envisagées auprès de l'enfant, de ses parents et de sa famille ?* ». Pour assurer la validité d'une telle réponse, les études futures mériteraient de recourir à une méthodologie rigoureuse qui pallie les principales limites notées dans ce domaine : utilisation de devis pré-expérimentaux (absence de groupe contrôle), faible taille d'échantillon, recours à un seul informateur, mesure des CSP imprécise (c'est-à-dire présence et fréquence de comportements sexuels au sens large, pas nécessairement problématiques).

4.3. Les caractéristiques associées à l'efficacité des traitements

Afin d'améliorer l'efficacité des programmes de traitement existants, des études sur les mécanismes de changement thérapeutique sont également nécessaires pour examiner l'influence de certaines caractéristiques individuelles, environnementales ou de l'intervention sur les effets de ces programmes. *Qui sont les participants qui bénéficient le plus de ces programmes ? Quelles caractéristiques du programme sont responsables des effets observés ?* L'étude des mécanismes de changement peut ainsi contribuer à mieux cerner les caractéristiques essentielles à l'efficacité des programmes d'intervention. Aussi, l'identification de telles caractéristiques offre-t-elle la possibilité de soutenir une utilisation judicieuse des connaissances scientifiques en contexte de pratique, notamment en

guidant les cliniciens dans leur travail visant à adapter, voire personnaliser, les interventions aux spécificités de leur clientèle (Tougas & Tourigny, 2013).

À ce jour, peu d'études ont exploré les caractéristiques qui sont associées à l'évolution positive des enfants ou aux effets des programmes d'intervention auprès des enfants présentant des CSP (Pithers & Gray, 1998 ; Silovsky et al., 2007 ; Stewart, 2009 ; Tougas, Boisvert, Tourigny, Lemieux, Tremblay & Gagnon, 2016 ; Tougas, Tourigny, Boisvert, Lemieux, Tremblay & Gagnon, 2016).

Dans un premier temps, les travaux de Pithers et al. (1998), présentés à la section précédente, démontrent que les effets des deux interventions évaluées varient selon les sous-groupes d'enfants examinés. Plus spécifiquement, les enfants du sous-groupe « très traumatisé » (caractérisé par le fait d'avoir vécu diverses formes de maltraitance) s'améliorent davantage au niveau des comportements sexuels suite à une participation à la TCC comparativement à une participation à la thérapie expressive. Les auteurs rapportent également que la proportion d'enfants qui s'améliorent cliniquement après 16 semaines d'intervention varie selon les sous-groupes (très traumatisé, réactif sexuellement, briseur de règle, agressif sexuellement et sans symptôme). Par exemple, 58 % des enfants du sous-groupe « briseur de règles » passent d'un score clinique (nécessitant une intervention) au niveau des comportements sexuels au début du traitement à un score non clinique 16 semaines plus tard, démontrant ainsi une réduction de la fréquence des comportements sexuels. Pour les enfants du sous-groupe « agressif sexuellement » seulement 7 % d'entre eux passent d'un score clinique à un score non clinique concernant les comportements sexuels. Ces résultats suggèrent ainsi que la TCC est mieux adaptée aux enfants ayant vécu des mauvais traitements. À plus long terme, il semble toutefois que la différence en faveur de la TCC pour ce sous-groupe d'enfants n'est plus significative (Chaffin et al., 2002, cité dans Staiger et al., 2005).

Les résultats de l'étude de Tougas et al. (2016) vont partiellement dans le même sens en confirmant un lien entre les formes de mauvais traitements et l'amélioration en cours d'intervention des CSP. Cette étude avait pour but d'examiner si les mauvais traitements, vécus par l'enfant ou par son parent, permettaient de prédire l'évolution de 75 enfants de 6 à 12 ans participant à un programme d'intervention visant à traiter leurs CSP au moyen d'une approche fortement inspirée des orientations cognitive-comportementale et psychoéducative. Bien que les résultats montrent que, dans l'ensemble, les mauvais traitements de l'enfant ne sont pas associés à l'évolution des problèmes de comportement de l'enfant ni à l'évolution des habiletés sociales en cours d'intervention, le fait pour les enfants d'avoir vécu diverses formes de mauvais traitements est associé à l'évolution positive en cours d'intervention de différentes mesures de comportements sexuels. En effet, concernant les problèmes de comportements sexuels, tels que rapportés par le parent, les enfants ayant vécu une agression sexuelle s'améliorent davantage que les enfants qui n'ont pas vécu cette forme de

maltraitance. Par ailleurs, l'amélioration de ces problèmes serait plus importante chez les enfants plus jeunes que chez les plus âgés. De plus, les enfants ayant subi un abus physique ont une diminution plus grande de comportements sexuels suite à l'intervention que les enfants n'ayant pas vécu d'agression physique.

Concernant la maltraitance vécue par les parents dans leur enfance, les résultats de l'étude de Tougas et al. (2016) montrent que les diverses formes de maltraitance (agression sexuelle, négligence, abus émotionnel et abus physique) ne sont pas associées à l'évolution, suite à un traitement, de la plupart des problèmes de comportement et des habiletés sociales de l'enfant. Par contre, les enfants qui ont un parent ayant vécu des abus émotionnels durant l'enfance présentent une légère augmentation des comportements sexuels, comparativement aux enfants dont le parent n'a pas vécu cette forme de mauvais traitements qui voient leurs comportements sexuels diminués suite au traitement. De plus, les enfants dont le parent a vécu de la négligence durant l'enfance ont une plus grande diminution des problèmes de comportements sexuels suite à l'intervention. Enfin, les enfants dont le parent a vécu de la violence conjugale ont une plus grande diminution des problèmes de comportements sexuels et une amélioration plus importante de leurs habiletés sociales suite à l'intervention, comparativement aux enfants dont le parent n'a pas vécu de violence conjugale.

Silovsky et al. (2007), en plus d'avoir réalisé une étude d'efficacité d'un traitement s'adressant à des enfants de 3 à 7 ans présentant des CSP ($n = 28$), ont vérifié si l'âge et le sexe des enfants participants pouvaient être associés à leur évolution suite au traitement. Leurs résultats démontrent que l'âge et le sexe sont significativement associés à l'évolution des comportements sexuels. Plus spécifiquement, les filles et les enfants plus âgés présentent une plus grande amélioration au niveau des comportements sexuels suite au traitement. Par contre, une histoire d'agression sexuelle vécue par les enfants n'est pas associée à une plus grande réduction des CSP suite au traitement.

Dans une étude réalisée auprès de 27 enfants âgés entre 4 et 12 ans ($M = 8,1$ ans) et qui ont participé à une intervention visant à traiter leurs CSP, Stewart (2009) a exploré le lien entre quatre variables sociodémographiques (âge, sexe de l'enfant, revenu, structure familiale) et l'évolution des enfants suite à l'intervention au niveau des comportements sexuels, des problèmes de comportements et des connaissances concernant la sécurité personnelle et les frontières interpersonnelles. Dans l'ensemble, les résultats montrent que l'âge n'est pas lié à l'évolution des enfants en cours de traitements sauf pour une sous-échelle du CSBI, laquelle indique que les enfants plus âgés voient leurs comportements sexuels diminuer davantage comparativement aux plus jeunes.

Le sexe de l'enfant, de même que le revenu et la structure familiale ne sont pas associés à une amélioration des problèmes de comportements extériorisés ou intériorisés. Par contre, ces trois variables sont associées à une diminution de la fréquence des comportements sexuels, mais le sens du lien n'est pas précisé.

En conclusion, ces quelques études permettent de penser que les interventions visant à réduire les CSP peuvent ne pas avoir le même effet selon certaines caractéristiques de l'enfant, en l'occurrence le sexe, l'âge et l'histoire de mauvais traitements, ainsi que certaines caractéristiques de sa famille. Ces études tendent à montrer que les enfants qui ont vécu des mauvais traitements évoluent aussi bien, sinon mieux, que ceux qui n'en ont pas vécu, suggérant que ces programmes sont bien adaptés aux enfants dans leur singularité.

4.4. Recommandations relatives au traitement des CSP

Au cours des dernières années, la réalisation d'études évaluatives a graduellement conduit à la formulation de recommandations pour l'intervention en matière de CSP. En parallèle aux travaux de l'ATSA (Chaffin et al., 2006), St-Amand, Bard et Silovsky (2008) ont réalisé une méta-analyse dont un des objectifs consistait à mettre en lumière les composantes qui influencent l'efficacité des programmes visant à réduire les comportements sexuels problématiques chez les enfants qui présentent des CSP et les enfants ayant été victimes d'agression sexuelle. Les résultats de ces travaux, juxtaposés à ceux de notre recension, peuvent contribuer à éclairer les décisions cliniques entourant l'intervention à mettre en œuvre auprès des enfants qui présentent des CSP.

4.4.1. *Approches et modalités de traitement*

D'entrée de jeu, les recommandations formulées par l'ATSA mettent en valeur le potentiel des programmes de traitement de courte durée, offerts en milieu clinique et structurés selon une approche de TCC. En raison des résultats des études randomisées qui confèrent des bénéfices légèrement plus importants à ce type de programmes, ainsi que des faibles implications qui en découlent en termes de coûts et de risques pour les participants, l'ATSA suggère d'y recourir d'office lorsqu'il est question de traiter un enfant qui manifeste des CSP. Selon l'ATSA, l'efficacité des programmes de traitement en matière de CSP repose davantage sur l'approche d'intervention privilégiée que sur la modalité mise en œuvre. Le groupe d'experts rappelle à cet effet que les séances de groupe ne constituent pas l'unique modalité possible, et que malgré sa forte popularité sur le plan clinique, rien n'indique qu'elle soit supérieure aux autres modalités. Selon Burton, Rasmussen, Bradsaw, Christopherson et Huke (1998, cité dans Gagnon, 2004), la réalisation de séances individuelles complémentaires peut contribuer au bon déroulement des séances de groupe. Les enfants y seraient plus confortables pour parler de leurs CSP et poser des questions sur la sexualité, tandis que le thérapeute peut profiter de ces occasions pour clarifier les notions couvertes en groupe et explorer les problèmes spécifiques à chacun.

Si à première vue les résultats de notre recension semblent favorables à la TCC, il nous apparaît prématuré de déconseiller le recours à des programmes qui privilégient d'autres approches d'intervention en matière de CSP (ex. : éducative, psychodynamique, systémique). Il en est de même en ce qui concerne les modalités de traitement.

Dans cette perspective, les conclusions de notre recension se rapprochent de celles émises par St-Amand et al. (2008). En effet, les résultats de la méta-analyse ont révélé que l'approche d'intervention privilégiée n'influencait pas significativement l'efficacité des programmes de traitement évalués et ce, bien que les résultats observés semblaient favoriser la TCC. De plus, la méta-analyse a démontré des résultats semblables pour ce qui est de la modalité de groupe, à savoir que cette dernière n'était pas associée à des résultats plus favorables que les modalités individuelle ou familiale. Il convient toutefois de demeurer prudent dans l'interprétation de tels résultats puisque l'échantillon de la méta-analyse était surtout composé d'études ayant évalué des programmes de traitement destinés à des victimes d'agression sexuelle qui visaient à réduire les CSP (12 études sur 18) et que les mesures d'efficacité retenues témoignaient uniquement des comportements sexuels au sens large sans tenir compte d'autres effets possibles comme les troubles du comportement, les habiletés sociales, etc.

4.4.2. Implication des parents et des autres soignants

L'importance d'impliquer activement les parents dans le traitement des CSP constitue sans aucun doute la recommandation qui trouve le plus large consensus entre les travaux de l'ATSA (Chaffin et al., 2006), ceux de St-Amand et al. (2008) et les nôtres. Lorsqu'il est question des parents dans les études portant sur les programmes de traitement des CSP, les auteurs incluent tout autant les parents biologiques, les parents d'accueil, la famille élargie en situation d'accueil et les autres soignants, en considérant à la fois ceux qui interviennent actuellement dans la vie de l'enfant et ceux qui sont pressentis pour le futur.

Selon le groupe d'experts de l'ATSA, les parents constituent la clé d'une intervention efficace en matière de CSP et il est profitable de multiplier les approches pour favoriser leur participation : séances en dyades, séances en parallèle à celles destinées à l'enfant, rencontres à la maison, thérapie familiale, etc. Si dans certains cas, les parents sont interpellés pour stabiliser l'environnement familial et y gérer les facteurs susceptibles de maintenir les CSP, dans d'autres cas où l'environnement familial ne contribue pas au problème, les parents sont plutôt appelés à assurer l'application d'un plan d'intervention au quotidien. La recommandation émise par l'ATSA est appuyée par les résultats de la méta-analyse de St-Amand et al. (2008) qui a démontré que l'implication des parents était associée à une plus grande efficacité des programmes de traitement évalués en termes de diminution des comportements sexuels. Notre recension des écrits

pointe également vers la pertinence clinique de cette composante. En effet, la quasi-totalité des programmes de traitement recensés (18 études sur 19) prévoit au moins une modalité favorable à l'implication des parents (ex. : groupe psychoéducatif ou de soutien, thérapie familiale, séances en dyade, etc.) et certaines études évaluatives ont décelé des changements significatifs chez ces derniers (Staiger et al., 2005) ou dans la famille (Ray et al., 1995) suite à leur participation.

4.4.3. Composante d'entraînement aux habiletés parentales

Pour intervenir adéquatement auprès des parents dans le cadre d'un traitement visant à réduire les CSP, l'ATSA suggère de s'inspirer des programmes d'entraînement aux habiletés parentales dont l'efficacité a été démontrée dans le domaine des problèmes de comportement (ex. : *Parent-Child Interaction Therapy*, Brexant & Eyberg, 1998; *Ces années incroyables*, Webster-Stratton, 2005 ; *Barkley's Deviant Child protocol*, Barkley & Benton, 2013; *Triple-P program*, Sanders, Cann, & Markie-Dadds, 2003). Par ailleurs, les résultats de la méta-analyse de St-Amand et al. (2008) indiquent que les programmes comportant une composante d'habiletés parentales et de gestion des comportements se sont révélés les plus efficaces pour diminuer les comportements sexuels des enfants. Les objectifs généralement visés par les programmes qui incluent une telle composante consistent à enseigner aux parents comment donner des directives claires, renforcer les comportements positifs, recourir à des conséquences logiques en fonction de l'âge, assurer une présence constante, chaleureuse et sensible aux besoins de l'enfant (Chaffin et al., 2006). D'après notre analyse, plus de la moitié des programmes recensés (11 études sur 18) comprennent cette cible d'intervention générale (gestion des comportements). Afin de répondre aux besoins des enfants qui présentent des CSP, l'ATSA suggère de viser également deux cibles d'intervention plus spécifiques : établir un plan de supervision et créer un environnement sécuritaire non sexualisé pour l'enfant. D'après notre analyse, ces cibles spécifiques se retrouvent dans plus de la moitié des programmes recensés (10 études sur 18).

4.4.4. Adaptations en contexte de comorbidité

Tel qu'abordé plus en détail précédemment, le groupe d'experts de l'ATSA, tout comme St-Amand et al. (2008), rappelle que les CSP peuvent faire partie d'une constellation de problèmes et recommande de réaliser une évaluation approfondie de la situation afin d'adapter l'intervention à la réalité de chaque enfant. Lorsque les CSP représentent le problème à traiter en priorité, les approches de TCC de courte durée et offertes en milieu clinique sont recommandées. Dans les cas où les CSP constituent plutôt le symptôme d'un autre problème plus urgent à traiter, il est suggéré de recourir d'abord à une approche d'intervention ayant fait ses preuves auprès du problème prioritaire. Par exemple, lorsque les CSP semblent

émaner d'un ensemble de symptômes associés à un épisode de stress post-traumatique, une intervention fondée sur le trauma mériterait d'être envisagée en premier lieu. En revanche, lorsque les CSP représentent plutôt une manifestation d'un trouble de comportement sévère parmi d'autres, les programmes d'entraînement aux habiletés parentales devraient être privilégiés. Enfin, la thérapie familiale serait propice lorsque la priorité consiste à assurer un environnement sécuritaire, sain, stable et structuré à l'enfant, tandis que l'intervention fondée sur l'attachement serait profitable dans les situations où la relation parent-enfant détériorée semble être à la source du problème. Une fois l'approche d'intervention prioritaire établie, l'ATSA suggère d'y intégrer certaines composantes psychoéducatives répondant aux principes de la TCC appliquée aux CSP. Auprès de l'enfant, les composantes à intégrer peuvent viser l'apprentissage des règles et normes sociales entourant le toucher, la sexualité et les frontières (Chaffin et al., 2006). Auprès des parents, ces composantes peuvent viser à enseigner comment réduire les sources d'exposition aux situations inappropriées encourageant la sexualité dans la maison, superviser adéquatement les interactions avec les autres enfants, et gérer les comportements sexualisés de l'enfant (Chaffin et al., 2006).

4.5. Enjeux et défis relatifs au traitement des CSP

Si l'examen des écrits scientifiques permet de dégager un certain nombre de recommandations pour l'intervention en matière de CSP, leur mise en œuvre implique néanmoins des enjeux et défis particuliers. Nous en esquissons ici les principaux contours en nous appuyant sur les deux orientations s'étant le plus imposées dans notre recension : assurer un environnement sécuritaire et favoriser l'adhésion au traitement.

4.5.1. Assurer un environnement sécuritaire

De l'avis de plusieurs auteurs, aucune intervention ne devrait être entreprise auprès des enfants qui présentent des CSP si ces derniers n'évoluent pas au sein d'un environnement sécuritaire, propice aux apprentissages et au changement thérapeutique (Butler & Elliott, 1999 ; Friedrich, 2007 ; Gil & Shaw, 2014 ; Ray et al., 1995 ; Ryan, Leversee, & Lane, 2011). Pour favoriser un tel contexte, une double protection doit être assurée : envers l'enfant qui présente des CSP et envers les autres enfants de son entourage.

D'entrée de jeu, les enfants qui présentent des CSP constituent une clientèle hautement vulnérable, car susceptibles d'avoir vécu des traumatismes sévères et/ou multiples. Rapidement, ce constat pose l'enjeu du placement qui, pour certains enfants, représente la seule option envisageable en vue d'assurer leur sécurité. Or, cette option serait loin d'être idéale pour l'intervention en matière de CSP, notamment en raison du fait que la séparation de la famille d'origine peut

induire un traumatisme difficilement réparable (Barker, 1998 cité dans Rose, 2008) en plus d'aggraver la situation, par exemple, en maintenant les problèmes d'attachement de l'enfant. De plus, bien que les traitements offerts en milieux fermés (ou résidentiels) paraissent prometteurs pour réduire les problèmes de comportement des enfants, ces derniers éprouveraient de grandes difficultés à généraliser les comportements appris lorsqu'ils réintègrent leur milieu de vie d'origine (Rose, 2008). Enfin, certains auteurs expliquent l'échec de ces programmes offerts en milieux fermés (ou résidentiels) par la trop grande distance entre le milieu d'accueil et le domicile d'origine de l'enfant qui pose obstacle aux visites régulières de la famille et à son implication dans le traitement (Schladale, 2002 cité dans Griffith, 2005). C'est pourquoi, lorsque le placement d'un enfant qui présente des CSP est inévitable, il est recommandé de choisir l'environnement le plus naturel et le moins restrictif possible (Chaffin et al., 2006).

Dans la perspective où les CSP de l'enfant sont dirigés vers les autres enfants, il importe tout autant d'assurer la sécurité de ces derniers. Pour ce faire, plusieurs auteurs recommandent de mettre en place des règles de sécurité et de convenir d'arrangements avec les parents pour éviter que l'enfant se retrouve dans des situations qui augmentent les risques d'émettre des CSP (Butler & Elliott, 1999 ; Elliott & Butler, 1994 ; Gil & Johnson, 1993 ; Jones et al., 2006). La mise en œuvre de telles règles pointe également vers la nécessité de créer un filet de sécurité plus large et d'impliquer les adultes et intervenants évoluant au sein des différents milieux de vie de l'enfant : éducateurs en garderie, enseignants et intervenants scolaires, chauffeur d'autobus, responsables d'activités parascolaires, voisins, etc. La création d'un filet de sécurité plus large qui inclut les intervenants de différents milieux signifie également de tirer profit du travail en équipe multidisciplinaire : consultation de collègues experts, répartition des tâches, soutien entre professionnels, triangulation des observations, prévention des problèmes liés à la manipulation par le client (Griffith, 2005). Aussi avantageuse puisse-t-elle paraître, la présence de multiples collaborateurs en contexte de traitement des CSP implique des défis particuliers (Jones et al., 2006). D'une part, le respect de la confidentialité pose le défi de limiter le partage d'information au véritable besoin d'informations de chaque intervenant pour participer adéquatement au processus de traitement. D'autre part, la non-reconnaissance des CSP par certains adultes pose le défi de convaincre ces derniers de la dangerosité des gestes de l'enfant et de la nécessité d'intervenir au sein du milieu de vie qui les concerne. Comme l'ont souligné Staiger et al. (2005), il y a un besoin urgent de formation auprès des intervenants de divers milieux susceptibles d'entrer en contact avec les enfants qui présentent des CSP et leurs familles. Dans un même esprit, le groupe d'expert de l'ATSA est formel à l'effet qu'il n'est pas nécessaire ni profitable, de réserver l'intervention en matière de CSP uniquement à des thérapeutes spécialisés dans ce domaine.

4.5.2. Favoriser l'adhésion au traitement

Une fois la sécurité des enfants assurée, l'adhésion des participants au programme de traitement constituerait le principal défi en matière de traitement des CSP (Elliott & Butler, 1994 ; Gil & Shaw, 2014 ; Ryan et al., 2011 ; Stewart, 2009). À titre d'exemple, l'étude réalisée par Bonner et al. (1999) rapporte que seulement 63 % des participants aux programmes de traitement offerts ont complété au moins 9 des 12 séances prescrites. Si, à l'heure actuelle, les écrits scientifiques nous renseignent sur les composantes à mettre en œuvre auprès des enfants et de leurs parents, encore faut-il que ces derniers en bénéficient selon une fréquence et une intensité appropriée pour qu'apparaissent les effets escomptés. Dans un contexte où les programmes de traitement destinés aux enfants qui présentent des CSP sont offerts sur une base volontaire, l'adhésion au traitement se trouve lourdement menacée en raison des vulnérabilités que présentent les familles participantes (ex. : situation de garde, précarité financière, stress, faible niveau d'éducation, etc.) et des émotions que les CSP suscitent chez elles (ex. : confusion, inquiétudes, honte, culpabilité, détresse).

Selon plusieurs auteurs, dont Gil et Shaw (2014) et Friedrich (2007), les premières démarches thérapeutiques à entreprendre auprès des enfants et de leurs parents doivent chercher à gagner leur confiance afin de favoriser leur réceptivité et leur adhésion aux faits, concepts, approches et conseils suggérés dans le cadre d'un programme de traitement. Une fois le traitement entamé, différentes modalités peuvent être privilégiées pour consolider l'engagement et l'adhésion des enfants comme des adultes participants. Les sections qui suivent en résumeront les principales orientations. Le lecteur est invité à consulter la littérature clinique disponible dans ce domaine pour connaître les modalités concrètes à envisager à cet effet.

Afin de favoriser la réceptivité des enfants qui présentent des CSP envers les contenus d'un programme de traitement et d'accroître leur motivation à y participer, il importe que les activités qui y sont proposées soient appropriées à leur âge, limitées dans le temps, répétitives, et stimulantes à tous les niveaux de leur développement : intellectuel, émotionnel, physique et expressif (Gil & Shaw, 2014).

Sur le plan cognitif, les enfants ne disposent pas de la maturité nécessaire pour intégrer le contenu abstrait transmis sous forme de présentations didactiques ou pour participer à de longues discussions en groupe, comme cela se fait traditionnellement avec les adolescents ou les adultes. De plus, ils ne sont pas en mesure d'anticiper les conséquences de leurs gestes, de comprendre les raisons morales derrière certaines règles sociales, comme d'identifier les mécanismes de pensées qui les conduisent à émettre des CSP. Si la TCC représente l'approche d'intervention la plus populaire auprès de cette clientèle, il est néanmoins suggéré d'adapter le contenu et les modalités de manière à faire appel à des mécanismes simples et concrets en misant sur des démonstrations et des occasions de pratiques et de renforcement (Gil & Shaw, 2014 ; Stewart, 2009). Afin de respecter les capacités d'attention limitées des enfants et de tenir compte de leur difficulté

à contrôler leurs impulsions, il est préférable d'introduire les contenus nécessitant un apprentissage à l'intérieur d'une fenêtre de temps restreinte et de répéter fréquemment le matériel à chaque séance. Enfin, pour faciliter la répétition des contenus sans pour autant perdre l'intérêt des enfants, les thérapeutes doivent faire preuve de créativité en proposant des activités diversifiées (ex. : quiz, bandes dessinées, jeux de rôle, procédés mnémotechniques, mises en situation, etc.).

Des recommandations sont également émises quant à la façon d'organiser les séances de groupe pour mieux répondre aux besoins des enfants. Par exemple, une répartition en fonction de l'âge serait plus appropriée pour enseigner les comportements socialement attendus (Rasmussen, 2006), tandis qu'une répartition selon le genre éviterait les malaises lorsque vient le temps d'aborder la sexualité (Gil & Johnson, 1993). Une division des groupes selon l'âge permet également de privilégier des techniques spécifiques et appropriées telle que le jeu ou l'art pour les plus jeunes et l'écriture ou la vidéo pour les plus vieux (Gagnon, 2004). Le moment des séances serait aussi un élément à considérer selon Butler et Elliott (1999) qui suggèrent de les mener en matinée pour profiter d'une atmosphère calme, plutôt qu'en après-midi où les enfants sont généralement plus agités. Enfin, Gil et Shaw (2014) rappellent que les périodes de transition méritent également d'être soigneusement réfléchies, en privilégiant des activités qui favorisent la relaxation et la conscience de soi.

En raison des vulnérabilités qu'ils sont susceptibles de présenter, l'établissement d'une alliance de travail avec les parents d'enfants qui manifestent des CSP peut nécessiter un investissement important de la part du thérapeute. Afin de favoriser leur réceptivité et leur adhésion au programme de traitement proposé, il importe donc d'aborder en premier lieu leurs propres besoins avant d'envisager les solutions possibles pour répondre à ceux de leur enfant. Quelques travaux seulement, dont ceux de Friedrich (2007) et de Gil et Shaw (2014), nous renseignent sur les précautions à prendre auprès des parents, préalablement ou pendant leur participation au programme de traitement.

Selon la perception qu'ils ont de leur enfant et l'interprétation qu'ils tirent d'expériences antérieures vécues, certains parents sont méfiants vis-à-vis des services offerts et préfèrent nier la situation plutôt que l'affronter. Une intervention est nécessaire auprès de ces parents afin de les informer adéquatement du rationnel et des implications du programme de traitement, de les rassurer quant au potentiel de changement de leur enfant et de les convaincre du rôle important qu'ils jouent dans ce processus de changement. Si la plupart des parents vivent difficilement la découverte des CSP de leur enfant, certains peuvent avoir besoin d'une aide thérapeutique supplémentaire pour accepter la situation, notamment si elle ravive une histoire personnelle de mauvais traitements non résolue. Ainsi, dès le moment de la référence de l'enfant au programme de traitement, il importe de prendre en compte les caractéristiques et l'histoire personnelle des parents afin d'évaluer la pertinence de diriger ces derniers au besoin vers une thérapie individuelle, préalable ou en parallèle au traitement des CSP de l'enfant.

Une fois que leurs besoins sont compris et abordés ouvertement, il est possible de consolider la confiance et la réceptivité des parents en les impliquant étroitement dans le processus de traitement, et ce, dès les premières séances. Plus spécialement, les parents peuvent être invités à collaborer avec le thérapeute dans l'élaboration et l'évaluation des objectifs de traitement. Parallèlement aux séances offertes dans le milieu d'intervention, le thérapeute peut effectuer des appels téléphoniques réguliers auprès des parents afin de soutenir les efforts de ces derniers dans l'actualisation du plan de traitement au quotidien. Des contacts répétés permettent également d'assurer une présence essentielle pour répondre aux besoins des parents au fur et à mesure qu'ils surviennent en cours de traitement. Cette stratégie serait déterminante pour rappeler aux parents qu'il y a espoir de changement pour leur enfant, qu'il est toujours important qu'ils s'investissent dans cette direction et qu'ils ne sont pas seuls pour y arriver.

5. Conclusion

Les CSP représentent un phénomène préoccupant et complexe, tant pour les parents, les professionnels et les chercheurs qui cherchent à venir en aide aux enfants qui les présentent. Néanmoins, la grande majorité des auteurs s'accordent pour souligner la difficulté, mais aussi l'importance de reconnaître objectivement et humainement qu'il soit possible que les enfants présentent des CSP. Il est désormais nécessaire de tenir compte de la souffrance vécue par les enfants qui manifestent des CSP, tout en s'assurant que ceux-ci reçoivent un accompagnement social et psychologique individualisé pour leur permettre de rejoindre la trajectoire normative du développement psychosexuel.

Pour finir, ce chapitre aura permis de dresser un portrait des connaissances scientifiques actuelles sur les enfants qui présentent des CSP. Malgré l'intérêt grandissant pour ce phénomène, ce dernier est encore trop peu documenté. Des efforts devront inévitablement être consacrés, dans les prochaines années, afin d'intensifier la coopération internationale pour affiner la définition des CSP chez les enfants, mieux comprendre leur origine et développer des services d'évaluation et d'intervention qui permettent de répondre de façon adaptée aux besoins complexes des enfants qui présentent de tels comportements. Il est toutefois encourageant de constater que plusieurs cliniciens et chercheurs tentent, par leur expertise, de consolider les connaissances exposées dans ce chapitre.

6. Références

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT : University of Vermont.

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen, B., Tellez, A., Wevodau, A., Woods, C. L., & Percosky, A. (2014). The impact of sexual abuse committed by a child on mental health in adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(12), 2257-2272. doi:10.1177/0886260513517550
- Araji, S. K. (1997). *Sexually aggressive children: Coming to understand them*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Awad, G. A., & Saunders, E. B. (1991). Male adolescent sexual assaulters: Clinical observations. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(4), 446-460. doi:10.1177/088626091006004004
- Baker, A. J. L., Schneiderman, M., & Parker, R. (2001). A survey of problematic sexualized behaviors of children in the New York City child welfare system. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(4), 67-80. doi:10.1300/J070v10n04_05
- Barkley, R. A., & Benton, C. M. (2013). *Your defiant child. Eight steps to better behavior* (2nd ed.). New York, NY : Guilford Press.
- Becker, J. V., Kaplan, M. S., Cunningham-Rathner, J., & Kavoussi, R. (1986). Characteristics of adolescent incest sexual perpetrators: Preliminary findings. *Journal of Family Violence*, 1(1), 85-97. doi:10.1007/BF00977034
- Bergman, J., & Creeden, K. (2011). Attachment is a verb: Experiential treatment for addressing self-regulation and relationship issues in boys with sexual behavior difficulties. Dans C. Haen (Dir.). *Engaging boys in treatment: Creative approaches to the therapy process* (pp. 241-264). New York, NY : Routledge/Taylor & Francis.
- Bernet, W. (1997). Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3), 423-442. doi:10.1097/00004583-199703000-00026
- Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N., & Lemieux, S. (2016). Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 173-203.
- Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N., Gagnon, M. M., & Tremblay, C. (2015). Psychosocial profiles of children referred for treatment for sexual behavior problems or for having been sexually abused. *Sexual Offender Treatment*, 10(2), Online issues. <http://www.sexual-offender-treatment.org/143.html>
- Bonner, B. L., Walker, C. E., & Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment* (Final, Report, Grant No. 90-CA-1469). Washington, DC : U.S. Department of Health and Human Services, National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect. Récupéré de <http://www.dshs.wa.gov/>.
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior disorders: 29 years, 82 studies, and 5272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 179-188. doi:10.1207/s15374424jccp2702_5
- Buchta, L. G. (2009). *Children with sexual behavior problems: An examination of characteristics before and after treatment* (Thèse de doctorat). University of Utah, Salt Lake City, UT.
- Butler, L., & Elliott, C. (1999). Stop and think: Changing sexually aggressive behaviour in young children. Dans M. Erooga & H. Masson (Dir.), *Children and young people who sexually abuse others: Challenges and responses* (pp. 183-203). New York, NY : Routledge.

- Camus, B., Timbert, O., Ferré, T., & Guillot-Toudert, M. (2012). *Annuaire statistique de la Justice, Édition 2011-2012*. Paris, FR : Documentation française - Direction de l'information légale et administrative.
- Card, N. A., Stucky, B. D., Sawalani, G. M., & Little, T. D. (2008). Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: A meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. *Child Development*, 79(5), 1185-1229. doi:10.1111/j.1467-8624.2008.01184.x
- Carpentier, M., Silovsky, J. F., & Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 482-488. doi:10.1037/0022-006X.74.3.482
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., ... Madden, C. (2006). *Report of the ATSA Task Force on children with sexual behavior problems*. Beaverton, OR: Association for the treatment of sexual abusers (ATSA). Récupéré de <http://www.atsa.com/pdfs/Report-TFCSBP.pdf>.
- Chaffin, M., Letourneau, E., & Silovsky, J. (2002). Adults, adolescents and children who sexually abuse children: A developmental perspective. Dans J. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. Hendrix, C. Jenny, & T. Reid (Dir.). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2nd ed., pp. 205-232). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Clements, G., Tourigny, M., Cyr, M., & McDuff, P. (2011). Les comportements sexuels des enfants de 2 à 12 ans victimes d'agression sexuelle ou non. Dans M. Tardif (Dir.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, CIFAS 2009*. Textes choisis (pp. 16-39). Montréal, QC : CIFAS-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca/>
- Curwen, T. (2007). *Differentiating children with and without a history of repeated problematic sexual behaviours following adult reprimand* (Thèse de doctorat). University of Toronto, Toronto, ON.
- Dandurand, L. M. (2003). *Developmental antecedents in juveniles with sexual behavior problems* (Thèse de doctorat). Massachusetts School of Professional Psychology, Newton, MA.
- de Becker, E. (2006). L'approche systémique et la thérapie familiale des mineurs d'âge auteurs d'agression sexuelle intrafamiliale. *Psychothérapies*, 26, 143-153. doi:10.3917/psys.063.0143
- Elkovitch, N., Latzman, R. D., Hansen, D. J., & Flood, M. F. (2009). Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 586-598. doi:10.1016/j.cpr.2009.06.006
- Elliott, C. E., & Butler, L. (1994). The stop and think group: Changing sexually aggressive behaviour in young children. *Journal of Sexual Aggression*, 1(1), 15-28. doi:10.1080/13552609408413239
- Evans, G. W. (2003). A multimethodological analysis of cumulative risk and allostatic load among rural children. *Developmental Psychology*, 39(5), 924-933. doi:10.1037/0012-1649.39.5.924
- Fehrenbach, P. A., Smith, W., Monastersky, C., & Deisher, R. W. (1986). Adolescent sexual offenders: Offender and offense characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(2), 225-233. doi:10.1111/j.1939-0025.1986.tb02722.x
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. doi:10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x

- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Chaffin, M. (2009). Juveniles who commit sex offenses against minors. *Juvenile Justice Bulletin*. Rockville, MD: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs. Récupéré de <http://www.unh.edu/ccrc/pdf/CV171.pdf>.
- Frick, P. J. & White, S. F. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 359-375.
- Friedrich, W. N. (1993). Sexual victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. *Child Abuse & Neglect*, 17(1), 59-66. doi:10.1016/0145-2134(93)90008-S
- Friedrich, W. N. (1997). *Child Sexual Behavior Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Friedrich, W. N. (2007). *Children with sexual behavior problems: Family-based, attachment-focused therapy*. New York, NY : W. W. Norton & Company.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M., & Shafran, C. R. (1998). Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics*, 101(4), E9. doi:10.1542/peds.101.4.e9
- Friedrich, W. N., Gully, K.J., & Trane, S. T. (2005). Letter to the Editor: Re: It is a mistake to conclude that sexual abuse and sexualized behavior are not related: A reply to Drach, Wientzen, and Ricci (2001). *Child Abuse & Neglect*, 29(4), 297-302. doi:10.1016/j.chiabu.2005.03.004
- Gagnon, M. M. (2004). *Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Étude exploratoire* (Thèse de doctorat). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Gagnon, M. M., & Tourigny, M. (2011). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 12 ans et moins. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome I* (pp. 333-362). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Gagnon, M. M., Bégin, H., & Tremblay, C. (2005). Profil psychosocial d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Étude descriptive. *Revue Québécoise de Psychologie*, 26(1), 223-242.
- Gagnon, M. M., Tremblay, C., & Bégin, H. (2005). Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Évolution comportementale, affective et sociale. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 257-279. doi:10.7202/012148ar
- Gagnon, M. M., Tremblay, C., & Bégin, H. (2006). Intervention auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Un programme novateur au Québec. *Revue Québécoise de Psychologie*, 27(1), 203-220.
- Gamet, M.-L. (2013). Violences sexuelles des mineurs en France : Comment les médecins peuvent devenir des interlocuteurs privilégiés des victimes ? *Sexologies*, 22(3), 112- 123. doi:10.1016/j.sexol.2013.06.001.
- Gamet, M.-L., & Moïse, C. (2010). *Les violences sexuelles des mineurs. Victimes et auteurs : De la parole au soin*. Paris, FR : Dunod.
- Gamet, M.-L. (2009). Une cellule départementale d'accompagnement du développement de la sexualité. *Sexologies*, 18(1), 60-74. doi:10.1016/j.sexol.2008.01.004
- Gil, E., & Johnson, T. C. (1993). *Sexualized children: Assessment and treatment of sexualized children and children who molest*. Rockville, MD: Launch Press.

- Gil, E., & Shaw, J. A. (2014). *Working with children with sexual behavior problems*. New York, NY : Guilford Press.
- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P., & Pithers, W. D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sexual Abuse*, 9(4), 267-290. doi:10.1177/107906329700900402
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5(1-2), 191-213. doi:10.1017/S095457940000434X
- Griffith, D. M. (2005). *Children with sexual behavioral problems: A review of existing research and a proposed treatment model* (Thèse de doctorat). Alliant International University, San Diego, CA.
- Hackett, S., Carpenter, J. S. W., Patsios, D., & Szilassy, E. (2013). Interprofessional and interagency training for working with young people with harmful sexual behaviours: An evaluation of outcomes. *Journal of Sexual Aggression*, 19(3), 329-344. doi:10.1080/13552600.2012.753122
- Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22(10), 1045-1063. doi:10.1016/S0145-2134(98)00078-7
- Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: A preliminary typology. *Child Abuse & Neglect*, 26(3), 289-312. doi:10.1016/S0145-2134(01)00326-X
- Hébert, M., Berthelot, N., & Gamet, M.-L. (2015). Victimation sexuelle chez les mineurs : Modèles explicatifs des conséquences associées et pratiques d'intervention et de prévention. Dans F. Courtois & M. Bonierbale (Dir.), *Médecine sexuelle : Fondements et pratiques* (pp. 256-269). Paris, FR : Éditions Lavoisier.
- Heiman, M. L., Leiblum, S., Esquelin, S. C., & Pallitto, L. M. (1998). A comparative survey of beliefs about normal childhood sexual behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 22(4), 289-304. doi:10.1016/S0145-2134(97)00176-2
- Hélie, S., Turcotte, D., Trocmé, N., & Tourigny, M. (2012). *Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2008. Rapport final*. Montréal, QC : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- Jaffé, P. D. (2011). Enfants et adolescents auteurs d'abus sexuels - Pour une approche de la réhabilitation fondée sur des preuves scientifiques. Dans Conseil de l'Europe (Dir.), *La protection des enfants contre la violence sexuelle - Une approche globale* (pp. 247-269). Strasbourg, FR : Édition du Conseil de l'Europe.
- Johnson, T. C. (1998). Children who molest. Dans W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, S. M. Hudson, & T. Ward (Dir.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (pp. 337-352). New York, NY : Plenum Press.
- Johnson, T. C. (2000). Sexualized children and children who molest. *SIECUS Report*, 29(1), 35-39.
- Johnson, T. C. (2002). Some considerations about sexual abuse and children with sexual behavior problems. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(4), 83-105. doi:10.1300/J229v03n04_05
- Johnson, T. C. (s.d.). *About the Child Sexual Behavior Checklist (CSBCL) - Second Revision*. Récupéré de http://www.tcavjohn.com/pdfs/About_CSBCL.pdf
- Johnson, T. C., & Feldmeth, J. R. (1993). Sexual behaviors : A continuum. Dans E. Gil & T. C. Johnson (Dir.), *Sexualized children : Assessment and treatment of*

- sexualized children and children who molest* (pp. 41-52). Rockville, MD: Launch Press.
- Jones, R. J., Ownbey, M. A., Everidge, J. A., Judkins, B. L., & Timbers, G. D. (2006). Focused foster care for children with serious sexual behavior problems. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23(3), 278-297. doi:10.1007/s10560-006-0048-7
- Jones, V. (2011). Les enfants et les jeunes au comportement sexuel dangereux - Qu'avons-nous appris et que devons-nous savoir pour intervenir efficacement ? Dans Conseil de l'Europe (Dir.), *La protection des enfants contre la violence sexuelle - Une approche globale* (pp. 247-269). Strasbourg, FR : Édition du Conseil de l'Europe.
- Kambouropoulos, N. (2005). Understanding the background of children who engage in problem sexual behaviour. Dans P. Staiger (Dir.), *Children who engage in problem sexual behaviours: Context, characteristics and treatment* (pp. 14-31). Ringwood, Australia: Australian Childhood Foundation.
- Keenan, K. (2003). Le développement et la socialisation de l'agressivité pendant les cinq premières années de la vie. Dans R. E. Tremblay, R. G. Barr, & R. De V. Peters (Dir.), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur internet]. Montréal, QC : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. Récupéré de <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KeenanFRxp.pdf>.
- Kellogg, N. D. (2009). Clinical report - The evaluation of sexual behaviors in children. *Pediatrics*, 124(3), 992-998. doi:10.1542/peds.2009-1692
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180. doi:10.1037//0033-2909.113.1.164
- Lane, S. (1997). The sexual abuse cycle. Dans G. Ryan & S. Lane (Dir.), *Juvenile sexual offending : Causes, consequences, and corrections* (2nd ed., pp. 77-121). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Långström, N., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2002). Genetic and environmental influences on problematic masturbatory behavior in children: A study of same-sex twins. *Archives of Sexual Behavior*, 31(4), 343-350. doi:10.1023/A:1016224326301
- Le Graët, A. (2014). Majeurs et mineurs mis en cause par les services de Police en 2013. Dans S. Lollivier & C. Soullez (Dir.), *La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales 2014* (pp. 758-767). Paris, FR : INHESJ/ONDRP.
- Lepage, J. (2008). *Caractéristiques des enfants pris en charge par la protection de la jeunesse ayant des comportements sexuels inappropriés* (Mémoire de maîtrise). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Lévesque, M., Bigras, M., & Pauzé, R. (2012). Persistence of problematic sexual behaviors in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(2), 239-245. doi:10.1080/15374416.2012.651991
- Lightfoot, S., & Evans, I. M. (2000). Risk factors for a New Zealand sample of sexually abusive children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1185-1198. doi:10.1016/S0145-2134(00)00173-3
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(3), 93-103. doi:10.1111/j.1744-6171.2004.tb00003.x
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2009). *Assessment of childhood disorders* (4th ed.). New York, NY : Guilford Press.

- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Steel, J. L. (2003). Using the parents as a source of information about the child with special emphasis on the sex problems scale of the Child Behavior Checklist. Dans J. Bancroft (Dir.), *Sexual Development in Childhood* (pp. 34-53). Bloomington, ID: Indiana University Press.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C. L., Wasserman, G. A., & Jaramillo, B. M. (1999). Prepubertal boys' sexual behavior and behavior problems. *AIDS Education and Prevention*, 11(2), 174-186.
- Miccio-Fonseca, L. C. (2006). *Multiplex Empirically Guided Inventory of Ecological Aggregates for Assessing Sexually Abusive Youth (Ages 19 and under) (MEGA)*. San Diego, CA : Author.
- Ownbey, M. A., Jones, R. J., Judkins, B. L., Everidge, J. A., & Timbers, G. D. (2001). Tracking the sexual behavior-specific effects of a foster family treatment program for children with serious sexual behavior problems. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18(6), 417-436. doi:10.1023/A:1012988015834
- Pithers, W. D., & Gray, A. (1998). The other half of the story: Children with sexual behavior problems. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4(1-2), 200-217. doi:10.1037/1076-8971.4.1-2.200
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998). Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3(4), 384-406. doi:10.1177/1077559598003004010
- Rasmussen, K. (2006). *Sexually abusive children: Treatment recommendations from the literature and therapists* (Thèse de doctorat). Alliant International University, San Francisco Bay, États-Unis.
- Rasmussen, L. A. (1999). The Trauma Outcome Process: An integrated model for guiding clinical practice with children with sexually abusive behavior problems. *Journal of Child Sexual Abuse*, 8(4), 3-33. doi:10.1300/J070v08n04_02
- Rasmussen, L. A. (2004). Differentiating youth who sexually abuse: Applying a multidimensional framework when assessing and treating subtypes. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3-4), 57-82. doi:10.1300/J070v13n03_04
- Ray, J. A., Smith, V., Peterson, T., Gray, J., Schaffner, J., & Houff, M. (1995). A treatment program for children with sexual behavior problems. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 12(5), 331-343. doi:10.1007/BF01876734
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *Behavior Assessment System for Children – Second edition manual*. Circle Pines, MN : American Guidance Service Publishing.
- Richters, J., & Waters, E. (1991). Attachment and socialization: The positive side of social influence. Dans M. Lewis & S. Feinman (Dir.), *Social influences and socialization in infancy* (pp. 185-214). New York, NY : Plenum Press.
- Robbins, J. D. (2001). *A school-based day treatment program for elementary school-aged children with sexual behavior problems* (Thèse de doctorat). Carlos Albizu University, Miami, FL.
- Rose, K. S. (2008). *Navigator's Group : Group therapy for sexually reactive children* (Thèse de doctorat). Spalding University, Louisville, KY.
- Ryan, G. (2000). Childhood sexuality: A decade of study. Part I - Research and curriculum development. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 33-48. doi:10.1016/S0145-2134(99)00118-0
- Ryan, G., & Lane, S. (Dir.) (1997). *Juvenile sexual offending: Causes, consequences, and correction* (2nd ed.). San Francisco, CA : Jossey-Bass.

- Ryan, G., Leversee, T. F., & Lane, S. (2011). *Juvenile sexual offending: Causes, consequences, and correction* (3rd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Sanders, M. R., Cann, W., & Markie-Dadds, C. (2003). The Triple P-Positive Parenting Programme: A universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child Abuse Review*, 12(3), 155-171. doi:10.1002/car.798
- Sattler, J. M., & Hoge, R. D. (2006). *Assessment of children: Behavioral, social, and clinical foundations* (5th ed.). San Diego, CA : Jerome M. Sattler, Publisher.
- Sciaraffa, M., & Randolph, T. (2011). « You want me to talk to children about what? ». Responding to the subject of sexuality development in young children. *Young Children*, 66(4), 32-38.
- Sheehan, M. J., & Watson, M. W. (2008). Reciprocal influences between maternal discipline techniques and aggression in children and adolescents. *Aggressive Behavior*, 34(3), 245-255. doi:10.1002/ab.20241
- Sickmund, M., & Puzzanchera, C. (2014). Law enforcement and juvenile crime. Dans *Juvenile offenders and victims : 2014 National report* (pp. 115-147). Pittsburgh, PA : National Center for Juvenile Justice.
- Silovsky, J. F., & Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems: A pilot study. *Child Maltreatment*, 7(3), 187-197. doi:10.1177/1077559502007003002
- Silovsky, J. F., & Swisher, L. M. (2008). Sexual development and sexual behavior problems. Dans M. L. Wolraich, D. D. Drotar, P. H. Dworkin, & E. C. Perrin (Dir.), *Developmental-behavioral pediatrics : Evidence and practice* (pp. 805-825). Philadelphia, PA: Mosby Elsevier.
- Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D., & Hecht, D. B. (2007). Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: A pilot study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 378-391. doi:10.1080/15374410701444330
- Sirles, E. A., Araj, S. K., & Bosek, R. L. (1997), Redirecting children's sexually abusive and sexually aggressive behaviors. Dans S. K. Araj (Dir.), *Sexually aggressive children: Coming to understand them* (pp. 161-192). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Sperry, D. M., & Gilbert, B. O. (2005). Child peer sexual abuse: Preliminary data on outcomes and disclosure experiences. *Child Abuse & Neglect*, 29, 889-904.
- Staiger, P., Kambouropoulos, N., Evertsz, J., Mitchell, J., & Tucci, J. (2005). *A preliminary evaluation of the Transformers Program for children who engage in problem sexual behaviour*. Ringwood, Australia: Australian Childhood Foundation.
- St-Amand, A., Bard, D. E., & Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: Practice elements and outcomes. *Child Maltreatment*, 13(2), 145-166. doi:10.1177/1077559508315353
- St-Amand, A., Saint-Jacques, M.-C., & Silovsky, J. F. (2011). Comprendre les enfants aux comportements sexuels problématiques et intervenir auprès d'eux : Bilan des connaissances. *Revue Canadienne de Service Social*, 28(2), 225-253.
- Stetson School (2012). *Latency Age-Sexual Adjustment and Assessment Tool (LA-SAAT) (version 4)*. Barre, MA : Author. Récupéré de <http://www.philrich.net/risk-assessment-instruments.html>
- Stewart, A. M. (2009). *Treatment program evaluation for pre-adolescent children with sexual behavior problems* (Thèse de doctorat). Capella University, Minneapolis, MN.

- Suissa, P., Balençon, M., & Roussey, M. (2010). Mineurs auteurs d'abus sexuels sur d'autres mineurs. Dans O. Kremp & M. Roussey (Dir.), *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement, Tome 2* (pp. 236-249). Rueil-Malmaison, FR : DOIN.
- Szanto, L., Lyons, J. S., & Kisiel, C. (2012). Childhood trauma experience and the expression of problematic sexual behavior in children and adolescents in state custody. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29(3), 231-249. doi:10.1080/0886571X.2012.702519
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Predictors of problematic sexual behavior among children with complex maltreatment histories. *Child Maltreatment*, 13(2), 182-198.
- Thigpen, J. W. (2009). Early sexual behavior in a sample of low-income, African American children. *Journal of Sex Research*, 46(1), 67-79. doi:10.1080/00224490802645286
- Thigpen, J. W., & Fortenberry, J. D. (2009). Understanding variation in normative childhood sexual behavior: The significance of family context. *Social Service Review*, 83(4), 611-631. doi:10.1086/650401
- Tougas, A. M., & Tourigny, M. (2013). L'étude des mécanismes de changement, une avenue de recherche prometteuse pour optimiser les programmes de traitement destinés aux jeunes en difficultés : Enjeux conceptuels et méthodologiques. *Revue Canadienne d'Évaluation de Programme*, 27(2), 61-86.
- Tougas, A.-M., Boisvert, I., Tourigny, M., Lemieux, A., Tremblay, C., & Gagnon, M. M. (2016). Psychosocial profile of children having participated in an intervention program for their sexual behavior problems: The predictor role of maltreatment. *Journal of Child Sexual Abuse*. DOI: 10.1080/10538712.2016.1120258.
- Tougas, A.M., Tourigny, M., Boisvert, I., Lemieux, A., Tremblay, C., & Gagnon, M. M. (2016). Le rôle prédictif des mauvais traitements au regard de l'évolution des enfants participant à un programme d'intervention ciblant les comportements sexuels problématiques. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 149-173.
- Tremblay, C., & Bégin, H. (2008). Impact de l'intervention auprès d'enfants qui ont des comportements sexuels problématiques. *Revue Québécoise de Psychologie*, 29(3), 15-26.
- Webster-Stratton, C. (2005). The Incredible Years: A training series for the prevention and treatment of conduct problems in young children. Dans E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Dir.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (2nd ed., pp. 507-555). Washington, DC : American Psychological Association.
- Wells, R., McCann, J., Adams, J., Voris, J., & Dahl, B. (1997). A validation study of the structured interview of symptoms associated with sexual abuse (SASA) using three sample of sexually abused, allegedly abused and nonabused boys. *Child Abuse & Neglect*, 21(12), 1159-1167. doi:10.1016/S0145-2134(97)00091-4
- Whitcomb, S., & Merrell, K. W. (2013). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents* (4th ed.). New York, NY : Routledge.
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336-1346. doi:10.1016/j.biopsych.2005.02.006
- Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. Dans E. J. Marsh & R. A. Barkley (Dir.), *Assessment of childhood disorders* (4th ed., pp. 685-748). New York, NY : Guilford Press.