

La sexualité, une dimension de la personne

L'essentiel - La sexualité ne se réduit pas à l'acte sexuel. C'est une dimension de l'être humain, présente tout au long de la vie. En tant que professionnel·le de l'accompagnement, la question n'est pas « est-ce mon rôle ? » mais « comment être professionnel·le face à elle ? ».

Définition de l'OMS

- La sexualité est « un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie ».
- Elle englobe le sexe biologique, l'identité et les rôles de genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction.
- Elle s'exprime dans les pensées, les fantasmes, les désirs, les valeurs, les comportements et les relations.

La santé sexuelle

- « Un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité » (OMS, 2006).
- Ce n'est pas seulement l'absence de maladie ou de dysfonction : c'est la présence d'un bien-être.
- Elle suppose une approche positive et respectueuse, et la possibilité d'expériences agréables et sûres, sans contrainte, discrimination ni violence.

Les droits sexuels

- Ils découlent des droits humains : liberté, égalité, vie privée, intégrité corporelle, information, éducation, santé.
- La Déclaration des droits sexuels de la World Association for Sexual Health (1999, révisée en 2014) en dresse la liste.
- « Nul n'a un droit à la sexualité, chacun a le droit de développer une sexualité » (B. Py, juriste).

Pourquoi c'est votre affaire

- Vous touchez le corps des personnes (soins, toilette).
- Vous observez leurs comportements et leurs émotions.
- Vous êtes souvent le premier adulte à qui l'on ose poser une question.

À RETENIR

Sexualité = dimension globale de la personne (biologique, psychologique, relationnelle, sociale). Santé sexuelle = bien-être, pas seulement absence de problème.

Pour s'entraîner

1. Citez quatre composantes de la sexualité selon l'OMS.
2. Pourquoi la définition de la santé sexuelle est-elle dite « positive » ?
3. Donnez deux situations professionnelles où la sexualité d'une personne accompagnée se manifeste.

SOURCES

OMS (2006, mise à jour 2010). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Genève : OMS.

World Association for Sexual Health (2014). Déclaration des droits sexuels.

Py, B., professeur de droit privé (Université de Lorraine), co-directeur de Le sexe et la norme (Presses universitaires de Nancy, 2011). Citation rapportée : source exacte à confirmer.

La réponse sexuelle : modèles et idées reçues

L'essentiel • Comprendre comment fonctionne la réponse sexuelle permet de démystifier beaucoup d'idées reçues et d'aborder ces questions plus sereinement avec les personnes accompagnées.

Masters et Johnson (1966)

- Premier modèle issu de l'observation en laboratoire.
- Quatre phases : excitation, plateau, orgasme, résolution.
- Chez l'homme, une période réfractaire suit l'orgasme.

Kaplan (1979)

- Ajoute une étape en amont : le désir.
- Modèle en trois phases : désir, excitation, orgasme.
- Le désir devient un objet d'étude et de soin à part entière.

Basson (2000)

- Modèle circulaire, construit à partir de la sexualité des femmes en couple durable.
- Le désir est souvent réactif : il apparaît après le début de l'excitation, pas avant.
- L'intimité émotionnelle, le contexte et la satisfaction nourrissent le cycle suivant.

Les limites des modèles linéaires

- La réponse sexuelle varie selon l'histoire personnelle, le contexte, les émotions et la relation.
- Modèle du double contrôle (Bancroft et Janssen, 2000) : la réponse dépend d'un équilibre entre un système d'excitation et un système d'inhibition. Le stress, la honte, la douleur et certains traitements (psychotropes notamment) activent l'inhibition.
- Idées reçues fréquentes : l'érection prouve le désir ; l'hymen prouve la virginité ; la ménopause met fin à la sexualité. Les trois sont fausses.

À RETENIR

Il n'existe pas une réponse sexuelle « normale » unique. Désir spontané et désir réactif sont tous deux normaux.

Pour s'entraîner

1. Nommez les quatre phases du modèle de Masters et Johnson.
2. Qu'apporte le modèle de Basson par rapport aux précédents ?
3. Citez deux facteurs qui peuvent inhiber la réponse sexuelle chez une personne accompagnée.

SOURCES

Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1966). Human Sexual Response. Boston : Little, Brown.

Kaplan, H. S. (1979). Disorders of Sexual Desire. New York : Brunner/Mazel.

Basson, R. (2000). The female sexual response: a different model. Journal of Sex & Marital Therapy, 26(1), 51-65.

Bancroft, J. & Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 24(5), 571-579. Vulgarisé par Nagoski, E. (2015). Come as You Are. New York : Simon & Schuster.

Le consentement

L'essentiel · Depuis la loi du 6 novembre 2025, le Code pénal définit le consentement : une agression sexuelle est « tout acte sexuel non consenti ». Le consentement n'est plus seulement l'absence de « non », c'est la présence d'un accord réel.

Ce que dit la loi (art. 222-22 du Code pénal)

- Le consentement est libre, éclairé, spécifique, préalable et révocable.
- Il est apprécié au regard des circonstances.
- Il ne peut pas être déduit du seul silence ou de la seule absence de réaction.
- Il n'y a pas de consentement en cas de violence, contrainte, menace ou surprise.

Les cinq critères expliqués

- Libre : sans pression, peur, chantage ni manipulation. Personne ne peut consentir à la place d'un autre.
- Éclairé : en connaissant ce qui va se passer (pas de mensonge, pas de retrait du préservatif à l'insu).
- Spécifique : oui à un acte ne veut pas dire oui à tout.
- Préalable : donné avant l'acte.
- Révocable : on peut changer d'avis à tout moment.

Les mineurs

- Majorité sexuelle : 15 ans.
- Depuis la loi du 21 avril 2021, tout acte de pénétration commis par un majeur sur un mineur de moins de 15 ans est un viol, si l'écart d'âge est d'au moins cinq ans.
- Le seuil est de 18 ans en cas d'inceste.

Spécificités en ESSMS

- Déficience intellectuelle, troubles psychiques, dépendance, traitements : l'évaluation est plus complexe.
- Silence et passivité ne valent pas consentement.
- Le consentement ne se présume ni dans un sens ni dans l'autre : il s'observe et s'évalue en équipe pluridisciplinaire.

À RETENIR

Libre, éclairé, spécifique, préalable, révocable. Le silence n'est pas un oui. En cas de doute sur une situation : on observe, on trace, on transmet.

Pour s'entraîner

1. Citez les cinq caractéristiques légales du consentement.
2. Que change la loi du 21 avril 2021 pour les mineurs de moins de 15 ans ?
3. Pourquoi l'évaluation du consentement est-elle plus complexe auprès de personnes vulnérables ?

SOURCES

Loi n° 2025-1057 du 6 novembre 2025 visant à modifier la définition pénale du viol et des agressions sexuelles. JORF.

Loi n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste. JORF.

Code pénal, articles 222-22 et suivants (Legifrance).

Sexe, genre, orientation : ne pas confondre

L'essentiel · Le sexe biologique, l'identité de genre, l'expression de genre et l'orientation sexuelle sont des dimensions indépendantes. L'une ne détermine pas l'autre.

Les quatre dimensions

- Sexe biologique : chromosomes, hormones, anatomie. Les variations existent (intersexuation).
- Identité de genre : sentiment intime d'être homme, femme, les deux, ni l'un ni l'autre.
- Expression de genre : la manière dont on montre son genre (vêtements, attitudes, prénom).
- Orientation sexuelle : vers qui on est attiré-e, sur le plan sexuel et amoureux.

Les grands modèles

- Kinsey (1948) : une échelle de 0 (exclusivement hétérosexuel) à 6 (exclusivement homosexuel). L'orientation est un continuum.
- Storms (1980) : attirance homo et hétéro sont deux axes indépendants. On peut être fort sur les deux (bisexualité) ou faible sur les deux (asexualité).
- Klein (1985) : l'orientation combine plusieurs variables (attirance, comportement, fantasmes, préférences affectives, mode de vie) et peut évoluer dans le temps.

Quelques repères

- Bisexualité, pansexualité (attirance indépendante du genre), asexualité (peu ou pas d'attirance sexuelle, environ 1 % de la population selon Bogaert).
- Être trans ne dit rien de l'orientation sexuelle.

Erreurs à éviter

- Confondre identité de genre et orientation.
- Considérer ces réalités comme une « mode ».
- Ne pas respecter le prénom et les pronoms choisis, ou ne pas se corriger après une erreur.

À RETENIR

Quatre dimensions indépendantes. Posture professionnelle : accueillir sans hiérarchiser, respecter le prénom et les pronoms choisis, ne pas projeter ses propres valeurs.

Pour s'entraîner

1. Distinguez identité de genre et orientation sexuelle.
2. Qu'apporte le modèle de Storms par rapport à l'échelle de Kinsey ?
3. Un jeune vous demande si son attirance pour une personne du même sexe est « normale ». Quelle posture adoptez-vous ?

SOURCES

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. & Martin, C. E. (1948). Sexual Behavior in the Human Male. Philadelphie : Saunders.
Storms, M. D. (1980). Theories of sexual orientation. Journal of Personality and Social Psychology, 38(5), 783-792.
Klein, F., Sepekoff, B. & Wolf, T. J. (1985). Sexual orientation: a multi-variable dynamic process. Journal of Homosexuality, 11(1-2), 35-49.
Bogaert, A. F. (2004). Asexuality: prevalence and associated factors in a national probability sample. Journal of Sex Research, 41(3), 279-287.

Le cadre légal en établissement

L'essentiel • La vie intime, affective et sexuelle des personnes accompagnées est un droit, encadré par la loi. Le rôle de l'établissement n'est pas de l'interdire, mais de la rendre possible en protégeant les personnes.

Les droits des personnes

- Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 (art. L311-3 du CASF) : respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité.
- Loi 2005-102 du 11 février 2005 : égalité des droits et des chances des personnes handicapées, non-discrimination.
- Mesures de protection juridique (tutelle, curatelle) : les actes strictement personnels restent à la personne (art. 458 du Code civil).
- Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (2006, ratifiée par la France en 2010) ; circulaire DGCS du 5 juillet 2021 sur l'intimité et les droits sexuels en ESSMS.

Les recommandations

- HAS (février 2025) : « Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS », volet 1, socle transversal.
- Elle demande d'inscrire le sujet dans le projet d'établissement, de former les équipes, de recueillir les souhaits des personnes et de prévoir des espaces d'intimité.
- CCNE, avis n° 118 (2012) : reconnaît la vie affective et sexuelle des personnes handicapées mais ne recommande pas l'assistance sexuelle.

Protéger

- La vulnérabilité de la victime est une circonstance aggravante des violences sexuelles (Code pénal).
- Obligation de signaler les mauvais traitements et violences sexuelles sur un mineur ou une personne vulnérable (art. 434-3 du Code pénal).
- Enfance en danger : information préoccupante à la CRIP du département (loi du 5 mars 2007).

L'éducation à la sexualité

- Code de l'éducation, art. L312-16 : au moins trois séances par an, de l'école au lycée.
- Programmes publiés en février 2025 : EVAR à l'école maternelle et élémentaire, EVARS au collège et au lycée.

À RETENIR

Droit à l'intimité (2002-2) + non-discrimination (2005) + protection des personnes vulnérables (Code pénal). Référence actuelle : recommandation HAS de février 2025.

Pour s'entraîner

1. Quel article du CASF garantit le respect de l'intimité des personnes accompagnées ?
2. Que recommande la HAS en 2025 pour les ESSMS ?
3. Quelle est la conduite à tenir face à une suspicion de violence sexuelle sur un mineur ?

SOURCES

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ; CASF, art. L311-3.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances.

HAS (2025). Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS. Volet 1 : socle transversal.

CCNE (2012). Avis n° 118 : Vie affective et sexuelle des personnes handicapées. Question de l'assistance sexuelle.

Code pénal, art. 434-3 ; loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance ; Code de l'éducation, art. L312-16.

Convention relative aux droits des personnes handicapées (ONU, 2006) ; circulaire DGCS du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité et des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées en ESSMS.

Sexualité et handicap

L'essentiel • Les personnes en situation de handicap ont une vie affective et sexuelle, comme tout le monde. Les difficultés viennent souvent moins du handicap lui-même que de l'environnement et des représentations.

Deux représentations opposées

- La désexualisation : la personne est vue comme un « éternel enfant », sans désir.
- L'hypersexualisation : son désir est vu comme incontrôlable ou dangereux.
- Les deux empêchent un accompagnement juste.

Obstacles du côté de la personne

- Image du corps altérée, difficultés à exprimer son désir.
- Manque d'éducation à la sexualité adaptée.
- Honte, sentiment de ne pas avoir le droit.
- Isolement affectif et social, effets des traitements.

Obstacles du côté de l'institution

- Infantilisation, absence de politique claire.
- Manque d'intimité : chambres sans verrou, portes ouvertes.
- Inconfort des équipes non formées, pression des familles, peur juridique.

Protéger sans priver

- Les enfants en situation de handicap sont près de trois fois plus exposés aux violences sexuelles (Jones et al., 2012).
- Une éducation à la sexualité adaptée (supports visuels, FALC, répétition) est un facteur de protection.
- Ressources : Planning familial, centres de santé sexuelle, CeGIDD.

À RETENIR

Ni désexualiser, ni hypersexualiser. Le rôle de l'équipe : informer, protéger, rendre l'intimité possible, et réfléchir collectivement aux situations complexes.

Pour s'entraîner

1. Expliquez les notions de désexualisation et d'hypersexualisation.
2. Citez trois obstacles institutionnels à la vie intime des personnes accompagnées.
3. Pourquoi l'éducation à la sexualité est-elle un facteur de protection ?

SOURCES

Jones, L. et al. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, 380(9845), 899-907.
HAS (2025). Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS. Volet 1.
CCNE (2012). Avis n° 118.

Sexualité et grand âge

L'essentiel • Le vieillissement modifie la sexualité, il ne l'éteint pas. Les principaux freins sont psychologiques, relationnels et sociaux, bien plus que biologiques.

Ce que disent les données

- Aux États-Unis, 73 % des 57-64 ans, 53 % des 65-74 ans et 26 % des 75-85 ans déclarent une activité sexuelle dans l'année (Lindau et al., 2007).
- Le besoin de tendresse, de contact et de reconnaissance demeure.

Les transformations physiologiques

- Chez les femmes : ménopause, baisse des œstrogènes, sécheresse vaginale.
- Chez les hommes : il faut plus de stimulation pour obtenir et maintenir une érection.
- Ces changements n'empêchent pas une vie sexuelle satisfaisante.

En établissement

- Obstacles : chambres non verrouillables, entrées sans frapper, séparation des couples, regard des familles.
- Nouvelles relations entre résidents : elles sont possibles et relèvent de la vie privée, si elles sont consenties.
- Personnes âgées LGBT : souvent invisibles, elles ont grandi quand l'homosexualité était considérée comme une maladie.

Démence et désinhibition

- La désinhibition est un symptôme de la maladie, pas une intention.
- Conduite à tenir : sécuriser, poser un cadre calme, rediriger l'attention, tracer, transmettre en équipe.
- Le consentement entre résidents atteints de troubles cognitifs s'évalue en équipe pluridisciplinaire.

À RETENIR

Respecter la vie intime des résidents tout en veillant à leur sécurité. Ni ignorer, ni sur-réagir : observer, tracer, transmettre.

Pour s'entraîner

1. Citez deux transformations physiologiques liées à l'âge et leur impact réel.
2. Comment réagir face à un comportement désinhibé lié à une démence ?
3. La fille d'une résidente demande de mettre fin à sa relation avec un autre résident. Que répondez-vous ?

SOURCES

Lindau, S. T. et al. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774.
HAS (2025). Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS. Volet 1.
CCNE (2012). Avis n° 118.

Posture professionnelle et ressources

L'essentiel • Face à une situation qui touche à la vie intime, l'éducateur·rice n'a pas à décider seul·e. Sa posture : accueillir, ne pas juger, poser le cadre, transmettre et orienter.

Ce qui relève de votre rôle

- Accueillir la parole sans juger.
- Garantir autant que possible l'intimité matérielle.
- Informer avec des mots justes et adaptés.
- Transmettre à l'équipe et tracer les observations.

Ce qui ne relève pas de votre rôle

- Juger moralement la vie intime d'une personne.
- Décider seul·e de ce qui est acceptable pour un couple.
- Évaluer seul·e la capacité à consentir.
- Imposer ses propres valeurs ou sa religion.

Une démarche en quatre questions

- Que dit la loi ?
- Que dit le projet d'établissement ou de l'association ?
- Qu'en pense l'équipe pluridisciplinaire ?
- Quelles ressources extérieures mobiliser ?

Ressources à connaître

- Planning familial et centres de santé sexuelle : contraception, IVG, IST, violences.
- CeGIDD : dépistage gratuit des IST.
- 119 : enfance en danger. 3919 : violences faites aux femmes. 3977 : maltraitance des personnes âgées et en situation de handicap.
- Fil Santé Jeunes : 0 800 235 236.

À RETENIR

Neutralité bienveillante. Jamais seul·e face à une situation complexe : la réponse est une réponse d'équipe, appuyée sur la loi et le projet d'établissement.

Pour s'entraîner

1. Citez deux actions qui relèvent du rôle de l'éducateur·rice, et deux qui n'en relèvent pas.
2. Quelles sont les quatre questions à se poser face à une situation complexe ?
3. Vers quel numéro orienter en cas de suspicion de maltraitance d'une personne âgée ?

SOURCES

HAS (2025). Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS. Volet 1.
Code pénal, art. 434-3 ; Code de l'action sociale et des familles, art. L311-3.
Sites officiels : allo119.gouv.fr ; arretonslesviolences.gouv.fr ; 3977.fr ; filsantejeunes.com.

Anatomie et idées reçues

L'essentiel · Nommer le corps avec les mots justes est la base de toute éducation à la sexualité. Beaucoup d'adultes, professionnels compris, confondent encore vulve et vagin ou ignorent la taille réelle du clitoris.

Anatomie féminine

- La vulve est la partie externe et visible ; le vagin est interne. Trois orifices : urètre, vagin, anus.
- Le clitoris est un organe d'environ 10 cm, en grande partie interne : seul le gland est visible. Son anatomie complète a été décrite par O'Connell en 1998.
- La lubrification vaginale vient d'un suintement à travers la paroi (transsudation), pas de glandes.

Anatomie masculine

- Le pénis comprend des corps caverneux et un corps spongieux : l'érection est un phénomène vasculaire.
- Les testicules produisent les spermatozoïdes et la testostérone.
- La prostate participe à l'éjaculation et peut être une zone de plaisir.

Vrai ou faux ?

- Un hymen intact prouve la virginité : FAUX. L'OMS condamne les « tests de virginité », sans valeur scientifique.
- Une érection prouve le désir : FAUX. Elle peut être réflexe, par exemple pendant le sommeil.
- Un homme peut avoir un orgasme sans éjaculer : VRAI.
- Le périnée compte autant chez l'homme que chez la femme : VRAI.

En pratique professionnelle

- Utiliser les mots exacts (vulve, pénis, vagin, testicules) avec les personnes accompagnées, y compris les enfants, avec des supports adaptés.
- Des mots justes permettent à une personne de dire ce qui lui arrive, notamment en cas de violence.
- Ne pas hésiter à reconnaître ce qu'on ne sait pas et à orienter vers un professionnel de santé.

À RETENIR

Vulve ≠ vagin. Le clitoris mesure environ 10 cm. L'hymen ne prouve rien. Nommer le corps avec les bons mots, c'est aussi protéger.

Pour s'entraîner

1. Quelle est la différence entre vulve et vagin ?
2. Pourquoi l'état de l'hymen ne permet-il pas de savoir si une personne a eu des rapports ?
3. En quoi le fait de connaître les mots exacts du corps protège-t-il les personnes accompagnées ?

SOURCES

O'Connell, H. E., Hutson, J. M., Anderson, C. R. & Plenter, R. J. (1998). Anatomical relationship between urethra and clitoris. *Journal of Urology*, 159(6), 1892-1897.
Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston : Little, Brown.
OMS, HCDH, ONU Femmes (2018). *Eliminating virginity testing: an interagency statement*. Genève : OMS.

Vie intime, maladie psychique et traitements

L'essentiel • Les troubles sexuels sont plus fréquents chez les personnes qui vivent avec une maladie psychique ou chronique. Ils viennent autant de la maladie que des traitements, et ils sont rarement abordés.

Les effets des traitements

- Antipsychotiques : baisse du désir, troubles de l'érection et de l'éjaculation, troubles de l'orgasme, douleurs lors des rapports.
- Antidépresseurs : éjaculation retardée, difficulté à atteindre l'orgasme, baisse du désir.
- Ces effets sont fréquents et bien documentés dans la littérature.

Les conséquences

- Anxiété de performance, évitement des relations, honte.
- Risque majeur : l'arrêt du traitement par la personne elle-même, avec un risque de rechute.
- Dans les maladies chroniques : fatigue, douleur, image du corps modifiée, baisse de l'estime de soi.

Ce que peut faire l'éducateur-riche

- Ouvrir la possibilité d'en parler, sans tabou.
- Encourager la personne à en parler au médecin prescripteur, qui peut ajuster le traitement.
- Ne jamais conseiller d'arrêter ou de modifier un traitement.
- Proposer des groupes de parole, orienter vers un-e sexologue.

Repenser la sexualité

- La notion de « scripts sexuels » (Gagnon et Simon) : notre sexualité suit des scénarios appris, qui peuvent être réinventés.
- Quand le corps change, on peut chercher d'autres façons de vivre la tendresse et le plaisir.
- La sexualité ne se résume pas à la pénétration.

À RETENIR

Les effets sexuels des traitements sont fréquents, réels et taboués. Bon réflexe : en parler et orienter vers le médecin prescripteur. Jamais d'arrêt de traitement sans avis médical.

Pour s'entraîner

1. Citez deux effets possibles des antipsychotiques sur la sexualité.
2. Pourquoi est-il important d'aborder ces effets avec les personnes accompagnées ?
3. Qu'est-ce qu'un script sexuel ?

SOURCES

Serretti, A. & Chiesa, A. (2009). Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 29(3), 259-266.

Serretti, A. & Chiesa, A. (2011). A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics. *International Clinical Psychopharmacology*, 26(3), 130-140.

Gagnon, J. H. & Simon, W. (1973). *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*. Chicago : Aldine.

Vie affective des enfants et adolescents placés

L'essentiel • Carences, séparations, attachements fragilisés : l'histoire des jeunes placés pèse sur leur vie affective. Le rôle de l'éducateur·rice est de réintroduire de la sécurité dans la relation et de protéger leur intimité.

Ce que vivent ces jeunes

- Carences affectives précoces, violences, séparations répétées, turn-over des professionnels.
- Attachements insécures : rapport ambivalent à la proximité et à la confiance (théorie de l'attachement, Bowlby).
- Vie en collectivité avec peu d'intimité, sous le regard permanent des autres.

Les conséquences possibles

- Difficulté à identifier et apaiser ses émotions, image de soi dévalorisée.
- Rapport ambivalent au corps : pudeur extrême ou exhibition.
- Confusion entre contact sexuel et preuve d'amour, recherche d'une réparation affective.

Les risques à repérer

- IST, grossesses non désirées.
- Prostitution des mineurs. Signes d'alerte : fugues répétées, cadeaux ou téléphone neuf, argent inexplicable, relation avec un adulte ou un jeune plus âgé.
- Tout mineur qui se prostitue, même occasionnellement, est réputé en danger (loi du 4 mars 2002).

Le rôle de l'éducateur·rice

- Être une figure stable et prévisible : la répétition du lien compte plus que les grands discours.
- Créer des espaces personnels : un lieu, un temps, un objet à soi.
- Nommer les émotions, poser des limites rassurantes, parler de respect, de consentement et de confiance.
- Coordonner avec les psychologues, l'école, la famille d'accueil, et transmettre toute inquiétude.

À RETENIR

Sécuriser, stabiliser, protéger l'intimité. Face aux signes d'une conduite prostitutionnelle : ne pas rester seul·e, transmettre et faire une information préoccupante.

Pour s'entraîner

1. En quoi les ruptures d'attachement peuvent-elles fragiliser la vie affective d'un jeune placé ?
2. Citez trois signes d'alerte d'une conduite prostitutionnelle.
3. Donnez deux actions concrètes pour protéger l'intimité d'un jeune en collectivité.

SOURCES

Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss, vol. 1 : Attachment. Londres : Hogarth Press.
Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale, art. 13.
ONPE (2023). Protéger les enfants et les adolescents de la prostitution. Dossier thématique.
Gouvernement (2021). Plan national de lutte contre la prostitution des mineurs.