

Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 29 octobre 2021

par

Nadia Fouli

Née le 12 janvier 1986 à Limoges

**La pédophilie et sa prise en charge.
Description d'une population de patients présentant
un trouble pédophile et pris en charge par rTMS**

Thèse dirigée par Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO (Directeur)

Examineurs :

| | |
|---|-------------------|
| M. le Professeur Bertrand OLLIAC | Président |
| M. le Professeur Philippe NUBUKPO..... | Directeur et Juge |
| M. le Professeur Philippe COURATIER..... | Juge |
| M. le Docteur Jean-François THERME..... | Juge |
| Mme le Docteur Caroline CEOLATO-MARTIN..... | Membre invité |



Thèse d'exercice



Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 29 octobre 2021

par

Nadia Fouli

Née le 12 janvier 1986 à Limoges

La pédophilie et sa prise en charge. Description d'une population de patients présentant un trouble pédophile et pris en charge par rTMS

Thèse dirigée par Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO (Directeur)

Examineurs :

| | |
|---|-------------------|
| M. le Professeur Bertrand OLLIAC | Président |
| M. le Professeur Philippe NUBUKPO..... | Directeur et Juge |
| M. le Professeur Philippe COURATIER..... | Juge |
| M. le Docteur Jean-François THERME..... | Juge |
| Mme le Docteur Caroline CEOLATO-MARTIN..... | Membre invité |

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

| | |
|-------------------------------|--|
| ABOYANS Victor | CARDIOLOGIE |
| ACHARD Jean-Michel | PHYSIOLOGIE |
| AJZENBERG Daniel | PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE |
| ALAIN Sophie | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| AUBARD Yves | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| AUBRY Karine | O.R.L. |
| BERTIN Philippe | THERAPEUTIQUE |
| CAIRE François | NEUROCHIRURGIE |
| CHARISSOUX Jean-Louis | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE |
| CLAVERE Pierre | RADIOTHERAPIE |
| CLEMENT Jean-Pierre | PSYCHIATRIE d'ADULTES |
| CORNU Elisabeth | CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE |
| COURATIER Philippe | NEUROLOGIE |
| DARDE Marie-Laure | PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE |
| DAVIET Jean-Christophe | MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION |
| DESCAZEAUD Aurélien | UROLOGIE |

| | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| DES GUETZ Gaëtan | CANCEROLOGIE |
| DESSPORT Jean-Claude | NUTRITION |
| DRUET-CABANAC Michel | MEDECINE et SANTE au TRAVAIL |
| DURAND-FONTANIER Sylvaine | ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE) |
| FAUCHAIS Anne-Laure | MEDECINE INTERNE |
| FAUCHER Jean-François | MALADIES INFECTIEUSES |
| FAVREAU Frédéric | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| FEUILLARD Jean | HEMATOLOGIE |
| FOURCADE Laurent | CHIRURGIE INFANTILE |
| GAUTHIER Tristan | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| GUIGONIS Vincent | PEDIATRIE |
| HANTZ Sébastien | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| HOUETO Jean-Luc | NEUROLOGIE |
| JACCARD Arnaud | HEMATOLOGIE |
| JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile | IMMUNOLOGIE |
| JESUS Pierre | NUTRITION |
| LABROUSSE François | ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| LACROIX Philippe | MEDECINE VASCULAIRE |
| LAROCHE Marie-Laure | PHARMACOLOGIE CLINIQUE |
| LIENHARDT-ROUSSIE Anne | PEDIATRIE |
| LOUSTAUD-RATTI Véronique | HEPATOLOGIE |
| LY Kim | MEDECINE INTERNE |
| MABIT Christian | ANATOMIE |
| MAGY Laurent | NEUROLOGIE |

| | |
|--------------------------------------|---|
| MARIN Benoît | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| MARQUET Pierre | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |
| MATHONNET Muriel | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| MELLONI Boris | PNEUMOLOGIE |
| MOHTY Dania | CARDIOLOGIE |
| MONTEIL Jacques | BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE |
| MOUNAYER Charbel | RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE |
| NATHAN-DENIZOT Nathalie | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| NUBUKPO Philippe | ADDICTOLOGIE |
| OLLIAC Bertrand | PEDOPSYCHIATRIE |
| PARAF François | MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE |
| PLOY Marie-Cécile | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| PREUX Pierre-Marie | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| ROBERT Pierre-Yves | OPHTALMOLOGIE |
| ROUCHAUD Aymeric | RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE |
| SALLE Jean-Yves | MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION |
| STURTZ Franck | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| TCHALLA Achille | GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT |
| TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES |
| TOURE Fatouma | NEPHROLOGIE |
| VALLEIX Denis | ANATOMIE |
| VERGNENEGRE Alain | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |

| | |
|-----------------------------|-------------------------|
| VERGNE-SALLE Pascale | THERAPEUTIQUE |
| VIGNON Philippe | REANIMATION |
| VINCENT François | PHYSIOLOGIE |
| YARDIN Catherine | CYTOLOGIE et HISTOLOGIE |

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

| | |
|-------------------------|---|
| BRIE Joël | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE |
| KARAM Henri-Hani | MEDECINE D'URGENCE |
| MOREAU Stéphane | EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE |

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

| | |
|-------------------------------|---|
| BALLOUHEY Quentin | CHIRURGIE INFANTILE |
| BARRAUD Olivier | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| BOURTHOUMIEU Sylvie | CYTOLOGIE et HISTOLOGIE |
| COUVE-DEACON Elodie | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| DELUCHE Elise | CANCEROLOGIE |
| DUCHESNE Mathilde | ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| DURAND Karine | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| ESCLAIRE Françoise | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| JACQUES Jérémie | GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE |
| LE GUYADER Alexandre | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE |
| LIA Anne-Sophie | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| RIZZO David | HEMATOLOGIE |
| TERRO Faraj | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| WOILLARD Jean-Baptiste | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

Maitres de Conférences des Universités associés à mi-temps

SALLE Laurence

ENDOCRINOLOGIE

(du 01-09-2020 au 31-08-2021)

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie

(Responsable du département de Médecine
Générale)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

HOUDARD Gaëtan

(du 01-09-2019 au 31-08-2022)

LAUCHET Nadège

(du 01-09-2020 au 31-08-2023)

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

(du 01-09-2018 au 31-12-2020)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul

du 01-09-2017 au 31-08-2021

ALDIGIER Jean-Claude

du 01.09.2018 au 31.08.2020

BESSEDE Jean-Pierre

du 01-09-2018 au 31-08-2020

BUCHON Daniel

du 01-09-2019 au 31-08-2021

DESSPORT Jean-Claude

du 01-09-2020 au 31-08-2021

MERLE Louis

du 01.09.2017 au 31.08.2020

MOREAU Jean-Jacques

du 01-09-2019 au 31-08-2021

TREVES Richard

du 01-09-2020 au 31-08-2021

TUBIANA-MATHIEU Nicole

du 01-09-2018 au 31-08-2021

VALLAT Jean-Michel

du 01.09.2019 au 31.08.2022

VIROT Patrice

du 01.09.2018 au 31.08.2021

Le 25 février 2021

Assistants Hospitaliers Universitaires

| | |
|----------------------------|---|
| APPOURCHAUX Evan | ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE |
| HAZELAS Pauline | BIOCHIMIE |
| DAURIAT Benjamin | HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE |
| DUPONT Marine | HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE |
| DURIEUX Marie-Fleur | PARASITOLOGIE |
| GILBERT Guillaume | ANESTHESIE REANIMATION |
| HERMINEAUD Bertrand | LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE |
| HUMMEL Marie | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| LABRIFFE Marc | PHARMACOLOGIE |
| LADES Guillaume | BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE |
| LEFEBVRE Cyrielle | ANESTHESIE REANIMATION |
| LOPEZ Stéphanie | MEDECINE NUCLEAIRE |
| PASCAL Virginie | IMMUNOLOGIE CLINIQUE |
| PIHAN Franck | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| ROUX-DAVID Alexia | ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE |

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

| | |
|----------------------------|--|
| ALBOUYS Jérémie | HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE |
| ARGOULON Nicolas | PNEUMOLOGIE |
| ASLANBEKOVA Natella | MEDECINE INTERNE |
| BAÏSSE Arthur | REANIMATION POLYVALENTE |
| BERRAHAL Insaf | NEPHROLOGIE |
| BOSCHER Julien | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| BRISSET Josselin | MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES |

| | |
|------------------------------------|---|
| CAUDRON Sébastien | RADIOLOGIE |
| CAYLAR Etienne | PSYCHIATRIE ADULTE |
| CENRAUD Marie | NEUROLOGIE |
| CHAUBARD Sammara | HEMATOLOGIE |
| CHAUVET Romain | CHIRURGIE VASCULAIRE |
| CISSE Fatou | PSYCHIATRIE |
| COMPAGNON Roxane | CHIRURGIE INFANTILE |
| DARBAS Tiffany | ONCOLOGIE MEDICALE |
| DESCHAMPS Nathalie | NEUROLOGIE |
| DESCLEE de MAREDSOUS Romain | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| DESVAUX Edouard | MEDECINE GERIATRIQUE |
| DOUSSET Benjamin | CARDIOLOGIE |
| DUVAL Marion | NEPHROLOGIE |
| FIKANI Amine | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE |
| FORESTIER Géraud | RADIOLOGIE |
| FROGET Rachel | CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie) |
| GEYL Sophie | GASTROENTEROLOGIE |
| GUILLAIN Lucie | RHUMATOLOGIE |
| HARDY Jérémy | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| HESSAS-EBELY Miassa | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE |
| LALOZE Jérôme | CHIRURGIE PLASTIQUE |
| LAUVRAY Thomas | PEDIATRIE |
| LEMNOS Leslie | NEUROCHIRURGIE |
| MAURIANGE TURPIN Gladys | RADIOTHERAPIE |

| | |
|------------------------------|--|
| MEUNIER Amélie | ORL |
| MICLE Liviu-Ionut | CHIRURGIE INFANTILE |
| MOWENDABEKA Audrey | PEDIATRIE |
| PARREAU Simon | MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE |
| PELETTE Romain | CHIRURGIE UROLOGIE ET ANDROLOGIE |
| PEYRAMAURE Clémentine | ONCOLOGIE MEDICALE |
| PLAS Camille | MEDECINE INTERNE B |
| QUILBE Sébastien | OPHTALMOLOGIE |
| SALLEE Camille | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE |
| SANSON Amandine | REANIMATION POLYVALENTE |
| SANCHEZ Florence | CARDIOLOGIE |
| SERY Arnaud | ORL |
| TARDIEU Antoine | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE |
| TORDJMAN Alix | GYNECOLOGIE MEDICALE |
| TRICARD Jérémy | CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE |
| VAIDIE Julien | HEMATOLOGIE CLINIQUE |
| VERLEY Jean-Baptiste | PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT |
| VERNAT-TABARLY Odile | OPHTALMOLOGIE |
| VIDAL Thomas | OPHTALMOLOGIE |

Chefsde Clinique – Médecine Générale

BERTRAND Adeline

RUDELLE Karen

SEVE Léa

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CHRISTOU Niki

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

COMPAGNAT Maxence

MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION

LAFON Thomas

MEDECINE D'URGENCE

SALLE Henri

NEUROCHIRURGIE

Je dédie cette thèse à Yann alias YLF.

Remerciements

A l'ensemble des membres du Jury

Monsieur le Professeur Bertrand OLLIAC

Professeurs des Universités – Praticien hospitalier (Centre Hospitalier Esquirol de Limoges)

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent.

Pédopsychiatre

Président du Jury

Nous vous remercions du grand honneur et de la confiance que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse.

Nous avons bénéficié de la qualité de votre enseignement de la pédopsychiatrie tout au long de notre cursus, ainsi que de la bienveillance de l'accueil de vos équipes à l'occasion de mon stage actuel dans votre service.

Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO

Professeurs des Universités – Praticien hospitalier (Centre Hospitalier Esquirol de Limoges)

Chef de Pôle Universitaire Psychiatrie adulte, Personne âgée, Addictologie

Psychiatre et addictologue

Directeur de thèse

Nous vous remercions pour votre soutien et conseils en acceptant de diriger ce travail de thèse.

Votre enseignement pratique et théorique tout au long de notre internat, et au cours du diplôme interuniversitaire d'addictologie pratique, nous a permis d'élargir le champ de nos approches psychiatriques.

Votre disponibilité, votre engagement, votre attention et bienveillance à l'égard des internes sont exemplaires.

Recevez ici l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

Monsieur le Professeur Philippe COURATIER

Professeurs des Universités – Praticien hospitalier (Centre Hospitalier Universitaire de Limoges)

Chef de service de Neurologie CHU de Limoges

Neurologue

Lors de notre stage au Centre Jean-Marie LEGER, nous avons pu bénéficier de vos éclairages lors de vos contributions au CM2R faisant le lien entre la neurologie et les pathologies psychiatriques, nous permettant d'enrichir nos connaissances.

Vous nous faites l'honneur de considérer et juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et profond respect.

Monsieur le Docteur Jean-François THERME

Praticien hospitalier (Centre Hospitalier Esquirol de Limoges)

Responsable de l'unité de Liaison.

Les 6 mois que j'ai passé avec vous à l'unité de Psychiatrie de Liaison du CHU de Limoges, ont été particulièrement riches pour moi tant sur le plan professionnel que personnel.

Votre bienveillance et votre confiance, en m'octroyant de l'autonomie, supervisée, durant mon stage m'ont permis d'enrichir mes connaissances et de perfectionner ma pratique par la diversité et la spécificité des situations rencontrées à la psychiatrie de liaison.

Vous avez bien voulu considérer et juger cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et mon profond respect.

Madame le Docteur Caroline CEOLATO-MARTIN

Praticien hospitalier (Centre Hospitalier Esquirol de Limoges)

Psychiatre

Merci de me faire l'honneur d'être membre invitée de ma thèse.

Je me rappelle de la première fois où je t'ai vue, alors en premier semestre à Jean-Marie LEGER, tu venais voir Anthony ; j'étais impressionnée, tu m'avais l'air sévère.

J'ai alors eu la chance de travailler à tes côtés lors du semestre suivant, et j'ai fait la connaissance d'une psychiatre exemplaire, admirable. Une personne aux qualités humaines, bienveillante et respectueuse. J'ai surtout découvert une personne à la sensibilité touchante, qui est devenue mon amie.

Merci d'avoir partagé tes connaissances et ton expérience, mon stage à tes côtés était pleinement formateur et enrichissant, tant d'un point de vue professionnel que personnel.

A Christophe GAUBERT, Maître de Conférence en sociologie à l'Université de Limoges. Merci pour les cours que tu nous as prodigués. Penser les choses autrement, changer de paradigme, restent essentiel dans notre pratique médicale.

Nous remercions l'ensemble de l'unité de recherche du Centre hospitalier Esquirol, qui a œuvré à la concrétisation et au suivi de cette étude : Dr CALVET, Madame Muriel GIRARD Ingénieur HDR, Madame Mireille BELLE MBOU, Madame Michelle BOUCHAREYCHAS attachées de recherche clinique, Mme Mayline LANNAUD, technicienne rTMS et Sandrine GUIGNANDON, secrétaire médicale.

Nous rendons hommage au Docteur Serge STOLERU pour ses travaux de recherche sur la pédophilie et pour l'intérêt qu'il a porté à notre étude.

Mes plus vifs remerciements à Madame Julie SENOUCI, secrétaire du CRIAVS, qui a assuré le travail de secrétariat de cette thèse, ô combien fastidieux, avec une grande minutie. Merci pour tout Julie !

Aux patients, qui ont enrichi ma manière de voir et concevoir le soin, en constante évolution grâce à vous.

A toutes les équipes qui m'ont accueillie dans mes différents stages. Vous faites partie intégrante de notre formation en tant qu'interne, j'ai énormément appris à vos côtés. Vous aurez éternellement ma reconnaissance et mon admiration face à tant d'abnégation pour faire perdurer le service public.

A mes premières « chefs » Julie et Caroline (eh oui, double remerciement pour toi Caro), où la construction d'une amitié pendant mon internat m'a été précieuse. Merci pour votre présence et soutien, notamment dans les moments les plus durs.

Au Docteur Isabelle ALAMOME, merci pour ta transmission de savoir et d'expérience professionnelle de qualité, merci pour ta confiance.

Au Docteur Matthieu PARNEIX, merci pour le temps passé à explorer et préciser la sémiologie psychiatrique, ce fut un régal. Merci de m'avoir rappelé qu'être médecin c'est avant tout être artisan, en constant réajustement, merci de m'avoir donné le privilège d'assister à la maîtrise de cet art.

A toute l'équipe de l'unité Widlöcher, spéciale dédicace à cette merveilleuse team, sage, compétente, fun et bienveillante.

A toute l'équipe de l'EMPP, merci de m'avoir accueillie sur mes congés et m'avoir ouvert une porte sur une démarche de soins qui correspond à mes valeurs.

A tous mes camarades internes et Docteurs Juniors, ces années d'internat à vos côtés sont toujours pleines de surprises !

A Aude, super co-interne, compétente et rigoureuse ; merci pour ces aménagements m'ayant permis d'avancer dans ce travail.

A Jessica, merci d'avoir écouté mes angoisses lors du dernier sprint !

A Fatou, Chef de clinique exemplaire, merci pour ton impartialité, ton soutien et ta bienveillance.

Aux médecins qui m'ont accompagné tout au long de ma formation.

Aux deux pires BG, Anthony et Stephen, merci de donner l'exemple de personnes merveilleuses et bienveillantes. Merci pour les rires et les beaux moments partagés.

Anthony, tu sais que tu as toujours été pour moi un exemple à suivre. Merci pour tout.

A Claire, Cyrille et Eva, encore une relation professionnelle évoluée en amitié qui m'est chère. Claire, merci pour ta confiance et ton affection, merci de m'avoir donné la force de refuser l'inacceptable. A très vite autour d'un plateau d'huîtres !

A Anne-Laure, j'espère que tes vacances à Biarritz avec Caro se sont bien passées !

A Laure, merci pour nos échanges, toujours très riches et réconfortants. L'hôpital va perdre un bon psychiatre.

A Agnès, son beau citronnier et son sublime jasmin. Merci pour ces moments parfumés plein de douceur, merci pour ta confiance, merci pour nos rires et confidences.

A Manon et Steph, voilà 14 ans que nous nous sommes rencontrées sur les bancs de l'IFSI et nous ne sommes jamais quittées malgré la distance et les aléas de la vie. Merci pour cette amitié solide et durable, qui m'a permis notamment de surmonter six ans de ma vie loin de tout.

A Romain alias Wobey, qu'il est bon de constater que tu fais toujours partie du tableau après toutes ces années ! Merci d'être présent.

A Rim, rencontre roumaine, aux univers franco-maroco-tunisiens ! Merci d'avoir résisté à mes silences et mes fuites. Merci pour ton amour, ton soutien et ta bienveillance.

A Yanick, loin des yeux près du cœur ! On ne se quitte pas, merci pour cela.

A Steph, Xav et Rose ; rencontre improbable dans une contrée lointaine de la Creuse. Merci pour cette amitié spontanée et authentique.

A Delphine, Nico, Margaux, Juliette et Elia, merci pour ces doux moments de sérénité, qui m'ont permis, lors de la dernière ligne droite, de continuer à chalouper.

A Françoise, Momo, Sarah et Mehdi, Danielle, Sinda et Sami, les Menzli, Danielle et Raphaël, nos amis de toujours.

A Jeanne, tu fais partie d'une des figures rassurantes avec laquelle j'ai grandi et me suis construite. Merci pour nos débats passionnés, merci pour ta constance et ton soutien inébranlable.

A Irina, Cristian et leurs deux puces, merci pour la magie et la poésie du temps passé à vos côtés.

A Laurence, Denis et leurs enfants, merci de m'avoir suivie dans mon périple et d'avoir accepté de faire perdurer nos rencontres annuelles ! J'espère encore passer des moments chaleureux à vos côtés.

A Noémie, Guillaume, Brigitte et Michel, merci pour ces souvenirs d'enfance inoubliables.

A tou.tes ceux du « bon grougroupe » (n'en déplaise à Verniche et son positionnement sur l'écriture inclusive, je ne saurais contrarier Théobald), merci pour ces belles rencontres et ces discussions intéressantes. Un grand merci à Gaëlle, Swanahilde, Léon et Théo ; Delk, Eka et Léandre de nous avoir accueillis avec tant de générosité.

A l'excellent Benjamin Lavigne, merci d'avoir été le psychiatre VIP d'Aurélien, tu (nous) as été d'un grand soutien, tu as mon éternelle reconnaissance.

A Laureline et Avinash, merci de m'avoir fait prendre du recul sur des situations professionnelles difficiles et douloureuse. Merci pour vos sourires ensoleillés.

A Hélène et Hadrien, je suis heureuse d'avoir fait votre connaissance. Je suis impatiente de pouvoir reparler avec vous du séisme engendré par Paul B. Preciado à l'Ecole de la cause freudienne !

A la belle Isabelle, qui força le destin...Merci ! Ta générosité et ta bienveillance nous rendent vivants.

A toutes les personnes que j'oublie certainement mais auxquelles je pense beaucoup !

A Pascale, Jacques, Lorrie, Matheus, Emeline, Rémi et Yuka. Recevez toute ma gratitude pour m'avoir accueillie si chaleureusement au sein de votre famille.

A mes grands-parents, Luminada et Lucien, je regrette que vous n'ayez pas pu assister à cet accomplissement tardif. Merci pour la transmission de votre amour, de valeurs fondamentales pouvant consolider le bonheur, s'il en est.

A mes parents, merci d'avoir toujours été présents, de m'avoir soutenue dans ce parcours semé d'obstacles et de rebondissements.

A Sarah, Lucie et leurs deux merveilleuses petites puces, Béatrice et Elisabeth.

A Augustin et Aurélien, merci de partager nos vies, nos rires et nos joies. Aurélien, merci de m'avoir pardonné mes maladresses durant l'élaboration de ce travail (RIP cafetières, lampe de chevet,...), merci d'avoir toléré tant de procrastination.

Merci pour ton soutien, le bonheur que nous construisons ensemble est inestimable.

A Audrey, Benoît, Yann et Simona, partis trop tôt.

« Impose ta chance, serre ton bonheur, va vers ton risque.

A te regarder, ils s'habitueront. »

René Char – Rougeur des matinaux.

« Les Hommes deviennent humains ensemble »

Margaret Mead.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 31 |
| Première partie, THEORIQUE | 34 |
| A - La pédophilie : étymologie et bref rappel historique | 34 |
| 1) Etymologie..... | 34 |
| 2) Bref rappel historique..... | 34 |
| a) La Grèce antique : activité codifiée..... | 34 |
| b) Période romaine : la débauche..... | 35 |
| c) Le moyen-âge : morale judéo-chrétienne et châtiments..... | 35 |
| d) Période de la renaissance : faste des seigneurs..... | 36 |
| e) Le XVIII ^{ème} siècle : intérêt judiciaire naissant..... | 36 |
| f) La révolution française : une tolérance..... | 36 |
| g) Le XIX ^{ème} siècle : une protection de l'enfance ambivalente..... | 36 |
| h) Le XX ^{ème} siècle | 38 |
| B - Les violences sexuelles envers les enfants : enjeu de santé publique | 40 |
| 1) L'épidémiologie et ses écueils..... | 40 |
| a) Les biais méthodologiques..... | 40 |
| b) Le chiffre noir..... | 41 |
| c) Les chiffres officiels..... | 41 |
| d) Les enquêtes de victimologie..... | 43 |
| e) Synthèse..... | 44 |
| 2) Les conséquences des violences sexuelles sur les enfants..... | 45 |
| a) Conséquences sur les auteurs de violences sexuelles..... | 45 |
| b) Conséquences des violences sexuelles sur les victimes..... | 45 |
| C–Aspects médico-légaux des violences sexuelles | 48 |
| 1) Versant préventif et répressif de la loi..... | 48 |
| a) Les infractions sexuelles visées par la loi..... | 49 |
| b) Une complexification du droit..... | 50 |
| 2) Le versant sanitaire : les soins pénalement ordonnés..... | 52 |
| a) L'obligation de soins..... | 52 |
| b) L'injonction de soins..... | 53 |
| c) Les problématiques des soins pénalement ordonnés..... | 56 |
| d) Plaidoyer éthique pour les soins pénalement ordonnés..... | 60 |
| D–Classifications | 61 |
| 1) Définitions psychiatriques internationales (DSM5 et CIM10)..... | 61 |
| a) Le DSM5 de l'APA..... | 61 |
| b) CIM10 de l'OMS..... | 62 |
| 2) Prévalence du trouble pédophile..... | 63 |
| 3) Typologies..... | 63 |
| a) Caractéristiques des pédophiles..... | 65 |
| b) Typologies dans une optique motivationnelle et comportementale..... | 68 |
| c) Typologies dans une optique psycho-dynamique et de relation d'objet..... | 73 |
| d) Typologie dans une optique psycho-criminologique..... | 74 |
| e) Cas particuliers (inceste, cyberpédophilie, pédophilie féminine). | 75 |
| f) Profils de personnalités de pédophiles..... | 78 |
| E – Les théories explicatives | 80 |
| 1) Les théories psycho dynamiques..... | 80 |
| a) S. Freud ou la naissance de la <i>pulsion sexuelle</i> . Aux confins du Psychique et du somatique..... | 81 |

| | |
|--|------------|
| b) S.Ferenczi et la « <i>confusion des langues</i> »..... | 83 |
| c) Apport de M. Klein : « <i>la position schizo-paranoïde et la position dépressive</i> »..... | 84 |
| d) Synthèse de l'approche psychanalytique : les apports théoriques et les critiques..... | 86 |
| 2) J. Bowlby : la théorie de l'attachement..... | 87 |
| 3) Les théories cognitivo-comportementales explicatives de la pédophilie..... | 89 |
| a) Définition et principes de base des théories cognitivo-comportementales..... | 90 |
| b) Rappel historique..... | 91 |
| c) Les différents modèles..... | 91 |
| - Modèles comportementaux du conditionnement..... | 91 |
| - Modèles cognitifs :..... | 93 |
| ▪ L'apprentissage social..... | 93 |
| ▪ Le système de traitement de l'information..... | 93 |
| ▪ Les cognitions dysfonctionnelles de la pédophilie..... | 95 |
| ▪ Contenus des schémas cognitifs de la pédophilie..... | 96 |
| d) Synthèse :..... | 100 |
| 4) Les théories intégratives multifactorielles..... | 101 |
| a) le modèle des pré-conditions quadri-factoriel..... | 101 |
| b) Le modèle de Marshall &Barbaree..... | 102 |
| c) Le modèle quadripartite de Hall &Hirschman..... | 103 |
| d) Le modèle de Marshall & Marshall..... | 104 |
| e) Le modèle des trajectoires de Ward &Siegert..... | 107 |
| f) L'ITSO ou la théorie intégrative de l'agression sexuelle..... | 111 |
| g) Synthèse..... | 112 |
| F - Prises en charge..... | 113 |
| a) Les prises en charge psychothérapeutiques..... | 113 |
| b) Les traitements médicamenteux..... | 114 |
| c) Les modalités spécifiques d'organisation de la prise en charge : articulation santé/justice..... | 122 |
| G – Les données des neurosciences..... | 122 |
| 1) - « Un cerveau nommé désir »..... | 123 |
| a) La réponse sexuelle..... | 123 |
| b) « Le philtre d'amour » | 123 |
| c) Le circuit de la récompense (MFB) faisceau médian du télencéphale..... | 123 |
| d) Modèle neuro-comportemental du désir sexuel..... | 125 |
| 2) - « Le cerveau pédophile »..... | 128 |
| a) Aspects neuro-développementaux..... | 129 |
| b) Aspects neuro-psychologiques..... | 130 |
| c) Aspects anatomiques et électro-encéphalographiques..... | 131 |
| d) Neurologie lésionnelle..... | 132 |
| e) Neuro-imagerie du désir sexuel..... | 133 |
| f) Neuro-imagerie anatomique et pédophilie..... | 134 |
| g) Neuro-imagerie fonctionnelle et pédophilie..... | 136 |
| h) Synthèse de l'approche neuro-biologique..... | 139 |
| i) rTMS et pédophilie..... | 140 |
| Deuxième partie : présentation des résultats préliminaires de l'étude de l'effet d'un traitement par rTMS chez des patients présentant un trouble pédophilie..... | 143 |
| 1) Type d'étude..... | 143 |
| 2) Description de la population étudiée (critère d'inclusion et de non-inclusion)..... | 143 |
| 3) Procédure et déroulement de l'étude..... | 144 |
| 4) Typologie de la population étudiée..... | 145 |
| 5) Analyses statistiques..... | 145 |
| 6) Résultats préliminaires..... | 146 |

| | | |
|----------------------------------|---|------------|
| 7) | Discussion des résultats au regard de la littérature..... | 161 |
| 8) | Biais et limites..... | 163 |
| 9) | Perspectives..... | 164 |
| Conclusion..... | | 165 |
| Références bibliographiques..... | | 167 |
| Annexes : | | 178 |
| Serment d'Hippocrate | | 247 |

Table des illustrations

FIGURE 1 : TYPOLOGIE DE GROTH

FIGURE 2 : TYPOLOGIE DE KNIGHT&PRENTKY

FIGURE 3 : NAISSANCE DE LA PULSION SEXUELLE (FREUD)

FIGURE 4 : MODELE INTER ACTIONNEL (COTTRAUX)

FIGURE 5 : CONDITIONNEMENT RECONDANT (PAVLOV)

FIGURE 6 : CONDITIONNEMENT OPERANT (SKINNER)

FIGURE 7 : STI : SYSTEME DE TRAITEMENT DE L'INFORMATION (COTTRAUX& BLACK BURN)

FIGURE 8 : TOM (THEORY OF MIND) DUVAL

FIGURE 9 : THEORIEINTEGRATIVE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE (CLARK)

FIGURE 10 : ETIOLOGICALSTEPS TO SEXUALOFFENDING (MARSHALL WL ET MARSAHALL LE)

FIGURE 11 : PATWAYS MODEL (WARD&SIEGERT)

FIGURE 12 : ITSO (INTEGRATEDTHEORY OF SEXUALOFFENDING. WARD&BEECH)

FIGURE 13 : GUIDELINES (WSBP.THIBAUT)

FIGURE 14 : CIRCUIT DE LA RECOMPENSE (D'APRES CERVEAU MC GILL.CA)

FIGURE 15 : MODELE NEUROCOMPORTEMENTAL DU DESIR SEXUEL (STOLERU& AL)

FIGURE 16 : FACTEURS ETHIOLOGIQUES DE LA PEDOPHILIE (TENBERGEN& AL)

Liste des abréviations

APA : American Psychiatric Association

ATV : Aire Tégmentale Ventrale

AVS : Auteur de Violences Sexuelles.

AVSE : Auteur de Violences Sexuelles envers Enfants.

BA : Aire de Brodmann

BIS : Barratt Impulsivity Scale

CHE : Centre Hospitalier Esquirol

CIASE : Commission Indépendante sur les Abus Sexuels dans l'Eglise

CIM : Classification Internationale des Maladies

COF : Cortex Orbito-Frontal

CP : Code Pénal

CPF DL : Cortex Pré-Frontal Dorso-Latéral

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CPP : Code de Procédure Pénale

CRIAVS : Centre Ressource régional pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles.

CRIP : Cellule de Recueil d'Informations Préoccupantes

CRPC : Comparution sur Reconnaissance Préalable de Culpabilité

CSP : Code de Santé Publique

CVS : Cadre de Vie et Sécurité

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FFCRIAIVS : Fédération Française de CRIAIVS

FLIP : Front de Libération des Pédophiles

GnRH : Gonadotrophin – Releasing Hormone

HAS : Haute Autorité de Santé

HDRS : Hamilton Depression Rating Scale

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRMf : Imagerie par Résonance Magnétique Fonctionnelle

IRMs : Imagerie par Résonance Magnétique Structurale

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

IT : ImplicitThéory

ITSO : IntégratedThéory of SexualOffending

JAP : Juge de l'Application des Peines.

JI : Juge d'Instruction.

JLD : Juge des Libertés et de la Détention.

LH : Luteinizing Hormone

MMPI : Minnesota MultiphasicPersonnality Inventory

PPSMJ : Personne Placée Sous-Main de Justice

rTMS : Répétitive TranscranialMagnetic Stimulation

SNATED : Service d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SSJ-IS : Suivi Socio Judiciaire avec Injonction de Soins.

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

TEP-FDG : Tomographie par émission de Positons au Fluorodéoxyglucose

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

ToM : Theory of Mind

VBM : Voxel-Based-Morphométry

VIRAGE : Violence et Rapports de Genre

WFSBP : World Federation of Society of BiologicalPsychiatry

Introduction

La violence sexuelle n'est ni nouvelle, ni réellement renouvelée. L'histoire l'ayant décrite sous toutes ses formes.

Cependant, si la pédophilie a toujours existé dans le monde, son acceptabilité ou sa répression ont été conditionnées par la culture du moment et par les évolutions sociétales.

Les agressions sexuelles sur mineurs, et sans doute leurs déclarations, ont beaucoup augmenté ces dernières années. Ainsi, là où le parricide était jadis le crime par excellence, le pédophile aujourd'hui fait métaphore de nos peurs majeures. Il a accédé, de la sorte, au statut de nouvel objet phobique des peurs sociales (1,2).

Dans ce contexte, des faits divers souvent dramatiques relancent régulièrement le débat sur la prise en charge judiciaire et sanitaire des auteurs de violences sexuelles envers les enfants (AVSE).

Ce constat a rendu inéluctable l'intérêt porté par les pouvoirs publics et la communauté scientifique à ce problème, qui est devenu un enjeu majeur de santé publique, tant pour les auteurs de violences sexuelles en général et les AVSE en particulier, que, surtout, pour les victimes en raison de la gravité des conséquences séquellaires, physiques, psychiques et neurobiologiques engendrées chez elles.

Pour cette raison, les pouvoirs publics se sont trouvés à devancer les professionnels de santé, en élaborant des dispositifs législatifs, les incitant à se préoccuper des violences sexuelles.

Ainsi, il y a eu notamment le vote de la loi Guigou, du 17 juin 1998, « relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs ». Cette loi a instauré le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins (SSJ-IS), comme peine médico-sociale pouvant avoir une durée de dix ans pour les délits et de vingt ans pour les crimes.

Elle a instauré aussi la fonction de médecin coordonnateur, assurant l'interface entre le médecin traitant, qui prend en charge le pédophile, et le juge de l'application des peines (JAP), aux fins de sauvegarde du secret médical.

Par la suite il y a eu les circulaires d'avril 2006 et d'août 2008 permettant la mise en place de centres ressources régionaux pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS).

Les CRIAVS devront alors assurer comme missions la documentation, l'information, la formation, l'animation de réseaux de soins et la recherche.

Dans le contexte de cette évolution législative et réglementaire, le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges (CHE) a mis en place une unité de soins spécifiques, adossée au CRIAVS, pour l'évaluation, l'orientation et les soins pour les auteurs de violences sexuelles (AVS).

Cette prise en charge constitue un défi pour les professionnels, tant elle soulève de questions sur le corpus des connaissances, balbutiantes, dans le domaine des violences sexuelles, que sur le plan éthique et des techniques de soins qui devraient être évaluées.

Ainsi, pour répondre aux missions assignées à l'hôpital et au CRIAVS en particulier, le CHE a mis en place un protocole de recherche, incluant la personne humaine, intitulé « Etude de l'effet d'un traitement par rTMS haute fréquence de patients présentant une pédophilie » (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation).

C'est dans le cadre de mon cursus DES de psychiatrie, et de mon affectation au département santé-justice de l'hôpital, que mon intérêt s'est porté sur la problématique de la pédophilie et à cette étude, objet de ce travail de thèse qui est présenté ici.

A cet effet, nous présenterons dans une première partie, théorique, une revue générale de la littérature, portant sur les violences sexuelles et la pédophilie, dans leurs aspects épidémiologiques, médico-légaux, cliniques, psychopathologiques, psychocriminologiques et thérapeutiques. Toujours dans cette revue de littérature, nous présenterons aussi les données récentes des neurosciences et de la neuro-imagerie fonctionnelle de la pédophilie, permettant d'envisager la rTMS comme thérapeutique potentielle de la pédophilie.

Dans une seconde partie, empirique, nous présenterons les résultats préliminaires d'un échantillon de patients issus d'une étude portant sur l'effet de la rTMS chez des patients présentant un trouble pédophile.

Avec l'espoir que cette technique de soins, la rTMS, devienne éventuellement une modalité supplémentaire de soins dans l'éventail thérapeutique actuel, à destination des personnes présentant un trouble pédophile. Bien sûr, cette technique devra s'inscrire en complément, dans une prise en charge globale, multidisciplinaire et interdisciplinaire, de cette pathologie complexe et multifactorielle qu'est la pédophilie.

PREMIERE PARTIE : THEORIQUE

A. La pédophilie : étymologie et bref rappel historique.

1) Etymologie.

La pédophilie est une occurrence apparue à la fin du XIXème siècle. Auparavant on parlait plutôt de pédérastie.

La pédophilie est formée de deux racines grecques, *paĩdos* donnant le préfixe *pédo* qui veut dire enfant, et, *philein* donnant le suffixe *philie* qui signifie aimer. Ce mot apparaît ambigu puisque le pédophile n'aime pas les enfants, mais les désire sexuellement (3).

La pédérastie renvoie à des relations sexuelles entre adultes et enfants. Etymologiquement, la pédérastie est formée de la racine grecque *paĩdos*, donnant le préfixe *pédo* signifiant enfant, et *eraste* dérivé d'éros où est présent le désir sexuel.

2) Bref rappel historique.

L'histoire rapporte des pratiques pédophiliques retrouvées dans d'anciennes civilisations et sous tous les continents (papous, aborigènes, Polynésie, Chine, Japon, Crète). Mais la pratique pédophilique est alors utilisée comme rite initiatique qui connaîtra cependant deux évolutions alternant condamnation et tolérance suivant les époques.

a) La Grèce antique : activité codifiée.

La mythologie grecque rapporte le mythe de Zeus, Dieu des dieux, qui enleva Ganymède, un bel adolescent, en raison de sa beauté et qui devait lui servir d'échanson.

Bien que ce mythe ait eu plusieurs interprétations différentes, on y trouve toujours l'amour homosexuel pour les jeunes garçons.

Ce mythe va ainsi servir d'exemple pour une pratique habituelle dans la Grèce antique à partir du IV^{ème} siècle avant Jésus-Christ mais qui devait, selon Platon, rester spirituelle et dénuée d'amour charnel. Aussi, plus que de pédophilie, on doit parler exclusivement de pédérastie (4).

La relation pédérastique est institutionnalisée et encadrée par la culture de l'époque. Elle est codifiée comme étant une modalité de transmission initiatique et pédagogique de valeurs de citoyenneté.

La relation pédérastique est alors formée par un éraste, âgé de 20 à 40 ans, et d'un éromène âgé de 12 ans jusqu'à l'apparition de la première barbe. Il s'agit d'une relation d'identification d'un cadet vers son aîné. Les relations sexuelles sont quasi inexistantes, et quand elles ont lieu, elles ne se déroulent que debout, sans pénétration anale. Une fois l'éromène devenu adulte, il devient à son tour éraste tout en se mariant et en ayant des enfants.

b) Période romaine : la débauche (5)

A Rome, où la débauche régnait, la devise était « le plaisir avant tout ». La relation pédérastique perdait sa valeur initiatique et pédagogique et les relations entre adultes et jeunes garçons ou jeunes filles étaient répandues. Les riches familles offraient à leur fils, à sa puberté, un jeune esclave qui devait lui servir de concubin.

c) Le Moyen-Âge : morale judéo-chrétienne et châtiments.

Avec l'avènement du christianisme, la sexualité va être régentée pendant plusieurs siècles par l'église judéo-chrétienne, jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, suivie par la séparation de l'église et de l'état.

L'église va alors imposer une morale sexuelle, se centrant sur une sexualité pour la procréation uniquement.

Ainsi, les homosexuels vont être condamnés au bûcher par l'édile de 390, et ceux qui corrompent les enfants seront frappés d'excommunication et des pénitences diverses sont appliquées au péché.

d) Période de la Renaissance : faste des seigneurs (5)

Vers le XV^{ème} siècle, cette période est marquée par la pédérastie chez les grands seigneurs. Ainsi, le roi Henri III avait ses « *mignons, de beaux éphèbes enrubannés, froufroutant et parfumés qui s'adonnaient à la débauche et au plaisir* ». Cette pratique va s'étendre tout au long du XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles et l'appellation de *mignon* va s'étendre aux favoris d'un seigneur ou d'un souverain.

e) Le XVIII^{ème} siècle : intérêt judiciaire naissant.

A cette période, la pratique du placement des enfants en nourrice se répandait, favorisant les actes de pédophilie et la prostitution des garçons. La justice commença alors à s'intéresser à ce problème et à condamner les actes pédophiliques par de l'emprisonnement. En même temps, la psychiatrie naissante commença aussi à s'intéresser aux troubles des comportements sexuels.

f) La révolution française : une tolérance.

Sous l'influence de Voltaire, défenseur de l'homosexualité, la pédérastie et l'homosexualité vont connaître une certaine tolérance. Le code pénal de 1791 supprime le délit d'homosexualité et aucune loi ne prévoit de sanction pour des rapports entre adultes et enfants, si ce dernier est consentant.

g) Le XIX^{ème} siècle : une protection de l'enfance ambivalente.

Pendant ce siècle, d'avènement de la société industrielle, la médecine va s'intéresser à la sexualité et la justice à l'enfant mineur à protéger.

Ainsi, l'attentat à la pudeur sur mineur par un adulte ayant autorité est sanctionné par les travaux forcés à perpétuité.

La majorité sexuelle, qui était fixée à 11 ans en 1832, va passer à 13 ans en 1863 et à 15 ans en 1945. Cette évolution législative va se poursuivre et la majorité sexuelle, en cas d'inceste, passera à 18 ans en avril 2021.

Pendant la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle, en 1867, le médecin légiste Tardieu publia ses travaux sur les enfants victimes maltraités et abusés. Une prise de conscience sociale du problème commence alors à s'opérer, conduisant la justice à davantage de répression.

Cependant, cette prise de conscience n'est pas totalement affirmée et consolidée puisqu'en 1904, une loi est votée portant sur « l'éducation des enfants difficiles et vicieux de l'assistance publique », ceux-là même qui ont subi des abus sexuels (6). Lors de certains procès pour agression sexuelle sur mineur, la parole de l'enfant demeurait sujette à caution. Il y a une suspicion de l'enfant dans sa crédibilité, ce d'autant que les médecins experts, lors de procès, arguait de l'incompatibilité anatomique des organes génitaux de l'adulte et de l'enfant. Il y a à souligner par ailleurs, que la question posée à l'expert sur la crédibilité de la parole de l'enfant ne sera supprimée, dans les ordonnances de missions expertales, que suite au fiasco du procès Outreau dans les années 2000.

La transition de ce siècle avec le suivant va permettre à la médecine et à la psychiatrie de s'intéresser davantage aux troubles du comportement sexuel. Le mot de pédophilie apparaît pour la première fois sous la plume du psychiatre légiste germano-autrichien Richard von Krafft Ebing, en 1886, qui publia son ouvrage de référence « *psychopathia sexualis* », faisant entrer la sexualité en psychiatrie. Il définit alors la pédophilie comme étant un penchant érotique ressenti par le sujet pour un enfant impubère. Ainsi, ce qui était dévolu jusque-là aux prêtres est progressivement transféré à la médecine.

h) Le XXème siècle :

➤ Première moitié du siècle : psychiatrisation de la pédophilie

Quelques années après Krafft Ebing, S. Freud fait paraître, en 1905, ses « *trois essais sur la théorie sexuelle* », qui restent encore aujourd'hui pertinents concernant le développement psycho-sexuel de l'enfant.

Pendant très longtemps, en l'absence d'autre modèle théorique de la sexualité, la théorie freudienne restait la seule référence dans le domaine de la sexualité. Ainsi, la pédophilie est alors considérée dans ce cadre théorique, comme une déviance dans le choix d'objet sexuel, une perversion.

Sur le plan légal, la loi du 22 juillet 1912 crée les tribunaux pour enfants et l'ordonnance du 2 février 1945, portant sur l'enfance en danger, est à la base de l'actuelle justice des mineurs.

➤ Deuxième moitié du siècle : reflux et condamnations.

Pendant cette deuxième moitié du siècle, il y aura deux phases successives, rapprochées, une de reflux et une autre de condamnations, où la pédophilie devient un problème social(6).

- Le reflux.

Dans le sillage de la révolution de mai 1968 et de la libération des mœurs, il y a eu des slogans tels que « *jouissez sans entrave* », ou « *il est interdit d'interdire* ». On assistait alors, dans les années 1970/1980, à l'essor d'un courant pro-pédophilie. Ainsi se créa le FLIP, Front de Libération des Pédophiles, avec le soutien d'intellectuels, d'artistes et d'hommes politiques de tous bords, qui vont faire l'apologie de la pédophilie.

- La condamnation.

Suite au procès Dutroux en Belgique, aux marches blanches et au poids des associations de défense des victimes, les années 90, jusqu'encore aujourd'hui, vont être marquées par des lois de plus en plus répressives et des condamnations de plus en plus sévères en matière d'infraction à caractère sexuel, à tel point que le Conseil

de l'Europe a estimé que la France est l'un des pays européens le plus répressif dans ce domaine.

La libération de la parole, et les affaires récentes suivies par les hashtags « *balance ton porc* » et « *meeto* », feront voter de nouvelles lois en 2016, 2018 et 2021 que nous exposerons plus loin.

Parallèlement, sur le plan international, a été votée à New York la Convention des Droits de l'Enfant, que la France a signée en 1990, donnant à l'enfant le droit d'exprimer son opinion et faisant en sorte que cette dernière soit prise en considération (5).

Le fait marquant dans cette évolution est le vote de la loi du 17 juin 1998 « relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs » qui a introduit un changement considérable, notamment en matière sanitaire par l'interpellation des professionnels de santé.

Cette loi sera alors suivie par une conférence de consensus en novembre 2001, portant sur les auteurs d'agressions sexuelles, et une autre en 2003 portant sur les victimes de maltraitance sexuelle.

Suite à ces conférences, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis plusieurs recommandations :

- En mars 2010 : sur la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs de moins de quinze ans,
- En septembre 2017 : sur le repérage des maltraitances à enfant,
- En janvier 2021 : sur la situation des enfants en danger.

Notons par ailleurs, toujours dans un but de protection de l'enfant, que la loi du 5 novembre 2015 a introduit un régime dérogatoire pour tous les professionnels de santé, et pas seulement les médecins, afin d'encourager les signalements sans que cela engage la responsabilité pénale, civile, administrative ou disciplinaire de l'auteur du signalement.

B. Les violences sexuelles envers les enfants : enjeu de santé publique.

1) L'épidémiologie et ses écueils.

Les données épidémiologiques en matière d'agressions sexuelles sur mineurs de moins de quinze ans sont difficiles à appréhender, car pour la plupart elles sont fournies par les services de l'état (police, gendarmerie, chancellerie, pénitentiaire). Or, il y a des biais de plusieurs ordres qui viennent impacter leurs recueils (7,8).

a) Les biais méthodologiques.

➤ Biais de langage :

Les catégories pénales et psychiatriques ne coïncident pas. Ainsi, la pédophilie n'existe pas dans le Code Pénal en tant que qualification juridique. L'infraction est qualifiée de viol, agression, ou atteinte sexuelle sur mineur de moins de quinze ans. Le Code Pénal précise qu'il y a une circonstance aggravante si l'infraction est commise par un ascendant ou une personne ayant autorité. Cela ne permet pas de distinguer clairement l'auteur des faits.

Par ailleurs, l'inceste n'est apparu dans le Code Pénal qu'en 2016. Auparavant, il était difficile de distinguer l'acte pédophilique et l'acte incestueux, alors qu'ils n'ont pas les mêmes caractéristiques psycho-pathologiques et psycho-criminologiques.

Enfin, sur le plan médical et psychiatrique, le viol en tant que qualification juridique, et même l'inceste, ne sont pas répertoriés et catégorisés dans les classifications psychiatriques du DSM-5 et de la CIM-10.

➤ Biais administratif :

Les données administratives ne permettent pas toujours de mesurer l'ampleur du problème des agressions sexuelles sur mineurs. En effet, d'une part les services de l'état chargés des statistiques sont changeants et n'utilisent pas la même

méthodologie, d'autre part, sous la pression sociale, il y a une inflation pénale aggravant et complexifiant le droit.

Ainsi, il devient difficile de réaliser des analyses longitudinales fiables tant les sources de données et leur classement sont multiples et changeants (7,8).

b) Le chiffre noir.

Un constat se dégage, à travers la littérature, indiquant qu'en matière de violences sexuelles les statistiques officielles ne montrent que la partie émergée de l'iceberg et qu'il existe un chiffre noir en la matière. Ce, d'autant qu'en raison du tabou portant sur l'intimité sexuelle et les difficultés inhérentes au parcours judiciaire, beaucoup de victimes renoncent à porter plainte et beaucoup de violences sexuelles restent marquées par le sceau du silence (7–10).

Aussi, le nombre des agressions sexuelles ne peut être connu que de manière indirecte par les enquêtes de victimologie.

c) Les chiffres officiels.

➤ Une tendance générale :

Dans le dossier de la Santé en action (11), sur la prévention des violences sexuelles, A. Debauche indique que les différentes sources disponibles sur les violences sexuelles montrent une augmentation importante du nombre annuel des plaintes et des condamnations depuis les années 80 jusqu'aux années 2000.

Le nombre de plaintes pour viol a été multiplié par 6,4 entre 1979 et 2009, passant de 1 500 à 10 000, tandis que les plaintes pour agression sexuelle ont été multipliées par 2,4 ; passant de 5 604 à 13 411.

Par la suite, le nombre de plaintes pour viol a stagné de 2001 à 2007 pour repartir à la hausse à nouveau depuis l'année 2017. Cette augmentation apparaît en lien avec

le contexte de dénonciations massives par les femmes des violences sexuelles ainsi que par les réseaux sociaux et les hashtags « *balance ton porc* » et « *meeto* ».

➤ Les données de la Haute Autorité de Santé (2010) :

La HAS note une augmentation des condamnations pour viol sur mineur de moins de 15 ans depuis 1980, passant de 4,5/1000000 en 1994 à 8/1000000 en 2005.

En outre, 16 % des femmes et 5% des hommes déclarent avoir subi une agression sexuelle. Avant 18 ans pour 59% des femmes et 77% des hommes.

En population générale, 11% des femmes âgées de 18 à 39 ans déclarent avoir subi une agression sexuelle avant 18 ans.

Le Conseil de l'Europe estime, dans un rapport de 2016, qu'un enfant sur 5 est victime de violences sexuelles en Europe.

➤ Les données du Ministère de la Justice :

De 2007 à 2016 il y a eu 68 783 condamnations pour violences sexuelles dont 3 866 pour viols sur mineurs de moins de 15 ans, et 27 481 pour agressions sexuelles sur mineurs de moins de 15 ans.

➤ Les données de la Police Nationale et de la Gendarmerie :

En 2017, il y a eu 40 400 victimes de violences sexuelles dont 0.7 /1000 sont des fillettes âgées de 6 à 10 ans et 0.3 /1000 des garçons âgés de 6 ans.

➤ Les données du SNATED (Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger) (numéro de téléphone 119):

- En 2001 : sur 5 500 déclarations annuelles d'abus sexuels sur enfants, 50% l'étaient pour des attouchements, 25 % pour viol, et 25% pour climat équivoque.

En milieu scolaire :

- Les attouchements : en maternelle 19.4 %, en primaire 23.9%, au collège 14.9% et au lycée 3%

- Les viols : en maternelle 11.9%, en primaire 7.5%, au collège 7.5%, au lycée 1.5%.
 - Climat équivoque : en maternelle 3%, en primaire 6%, au collège 1.5% et au lycée 0%.
- En 2014 : le SNATED a traité 613 635 appels téléphoniques. 13 895 de ces appels ont fait l'objet de signalements à la CRIP des Conseils Départementaux (Cellule de Recueils d'Informations Préoccupantes) dont 19.9% pour violences sexuelles envers les enfants.
- En 2016 : 700 000 appels téléphoniques entrants dont 2 647 pour violences sexuelles envers les mineurs.

d) Les enquêtes de victimologie.

- L'enquête CVS (Cadre de Vie et Sécurité) indique qu'entre 2008 et 2016, en moyenne chaque année, 220 000 personnes déclarent avoir été victimes de violences sexuelles dont 17 900 mineurs rapportent avoir été victimes d'une atteinte sexuelle.
- L'enquête VIRAGE en 2015 (Violences et Rapports de Genre) (12) réalisée par l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) a enquêté un échantillon de 27 268 personnes dont 15 556 femmes et 11 712 hommes : 1 femme sur 7, soit 14.5%, et 1 homme sur 25, soit 3.9%, déclarent avoir subi au moins une forme d'agression sexuelle entre l'âge de 0 et 14 ans.
Ces faits se déroulaient en famille, ou par les proches de la famille, pour 82% des femmes et 87% des hommes.
Les faits se déroulent dans tous espaces de vie pour 40% des femmes et 60% des hommes.
Il est à préciser que cette enquête s'est adressée aux personnes vivant en « ménage ordinaire », autrement dit ne résidant pas en habitat collectif, type foyer

ou cité universitaire, ce qui aurait certainement pu aggraver l'ampleur statistique du problème.

- L'enquête du CIASE (Commission Indépendante sur les Abus Sexuels dans l'Eglise).

Il s'agit d'une commission présidée par JM Sauvé, ancien Vice-président du Conseil d'Etat. Les travaux de cette commission ont été réalisés avec l'aide de l'INSERM.

Le rapport de cette commission devrait paraître en septembre 2021. Cependant, son Président a réalisé un point d'étape de ces travaux au mois de mars 2021, en donnant une estimation d'au moins 10 000 victimes d'agressions sexuelles et viols par des prêtres et religieux. Les faits se déroulaient dans les paroisses, les aumôneries, les établissements scolaires catholiques (13).

e) Synthèse.

En synthèse de cette revue de l'épidémiologie, deux constats sont à retenir :

- Le premier constat est qu'il existe une disparité des données concernant la prévalence des violences sexuelles sur mineurs, en lien avec les biais évoqués précédemment.

Ceci a conduit l'audition publique sur les violences sexuelles, en juin 2018, mise en place sous l'égide de la Fédération Française des CRIAVS (FFCRIAVS), à émettre des recommandations dont celle de se donner les moyens méthodologiques de mesures de la prévalence des violences sexuelles sur mineurs.

- Le deuxième constat est que les violences sexuelles sur mineurs apparaissent constituer un enjeu majeur de santé publique en raison de la gravité de ses conséquences sur les auteurs, et surtout sur les victimes, sur le plan psychologique, psychiatrique et social, à court, à moyen et à long terme. En effet, on considère aujourd'hui que 30 à 40% des pédophiles ont été eux-mêmes victimes d'actes pédophiliques dans leur enfance.

Cette victimologie altère profondément le développement psychosexuel de l'enfant, le rendant vulnérable, et, par un phénomène d'identification à l'agresseur, l'enfant victime devenu adulte pourrait reproduire, à son tour, le même comportement. Ainsi, il y a une répétition à travers les générations, d'où l'importance de la prévention primaire et secondaire pour éviter le risque de récurrence et rompre ce cycle de répétition intergénérationnelle.

2) Les conséquences des violences sexuelles sur enfants.

a) Conséquence sur les auteurs de violences sexuelles.

Les auteurs de violences sexuelles, sans distinction des faits incriminés, représentent 20 à 25% de la population carcérale. Ce taux semble lié, à la fois à l'augmentation du nombre de condamnations, et aussi à l'allongement des peines en raison d'un dispositif législatif de plus en plus répressif en la matière d'après le magistrat D. SALAS (cité par Senon) (9,10).

Lors de l'incarcération, il y a un risque suicidaire engendré par le choc carcéral. A la libération, il y a une fragilisation, une perte de repères, une altération de l'image et de l'estime de soi. Entre-temps, il y a eu les séparations, les tensions, l'éclatement des familles et, par la suite, la perte d'emploi, l'inactivité professionnelle, les problèmes financiers et de logement. Autant de facteurs constituant un risque pour la délinquance, qu'elle soit sexuelle ou non sexuelle.

b) Conséquences des violences sexuelles sur les victimes mineures.

Senon relie les agressions sexuelles sur mineurs au problème général de la maltraitance sur enfants. Ainsi, sur 20 000 cas de maltraitance il est retrouvé 5 000 violences sexuelles, 7 000 violences physiques, 5 000 négligences et 1 000 actes de cruautés mentales (14). Tous ces événements constituent un traumatisme pour l'enfant qui va avoir des conséquences cliniques et une traduction neurobiologique (14).

La HAS observe que les enfants victimes de maltraitance, suivis par l'aide sociale à l'enfance (ASE), sont surreprésentés dans les services de pédopsychiatrie.

Les souffrances et les conséquences médico-psychologiques, psychiatriques et sociales sont fréquentes et présentes à court, moyen et long terme pour les victimes (15). Ce qui impose aux professionnels de savoir les repérer, les soigner, les prévenir. Sur le plan éthique et médico-légal, la notion de non-ingérence doit s'arrêter ici, là où commence la non-assistance à personne en péril (15).

➤ Conséquences sur le plan clinique.

Les études dans ce domaine rapportent une fréquence et un polymorphisme de tableaux cliniques importants. Ainsi, il est rapporté des symptômes de traumatisme immédiat, des états de stress post-traumatique, des symptômes et tableaux psychiatriques à plus long terme à type d'attaque de panique, d'anxiété généralisée, d'état dépressif récurrent, des difficultés d'ordre sexuel, des conduites addictives, des troubles de conduites alimentaires, des automutilations, des prises de risques, des troubles du comportement sexuel, des troubles somatoformes et des pathologies chroniques (15).

Ces pathologies secondaires sont soumises à l'influence de facteurs individuels, environnementaux et temporels, et notamment, à l'attitude des parents et de l'entourage qui, s'ils sont attentifs et soutenant, peuvent constituer des facteurs de protection contre une évolution défavorable.

➤ Traduction neurobiologique.

Les pédopsychiatres, Benarous et al. (16), ont réalisé une revue de la littérature et constatent que les différents types de maltraitances sont associés dans la majorité des cas. En outre, ils ont une traduction psychologique, psychiatrique et neurobiologique quant au développement cérébral précoce. Des travaux ont fourni des données sur les mécanismes impliqués dans le retentissement et le développement affectif et cognitif.

L'impact de ces traumatismes concerne le système hormonal de régulation du stress (système hypothalamo-hypophysaire), les structures anatomiques impliquées dans la régulation émotionnelle (l'amygdale), et les fonctions inhibitrices du cortex frontal.

En effet, récemment, des altérations épigénétiques ont été mises en évidence chez les victimes de violences sexuelles dans l'enfance, avec la modification du gène NR3C1 impliqué dans le contrôle des réponses au stress et de la sécrétion des hormones de stress (cortisol, adrénaline). Ces altérations épigénétiques peuvent être transmises à la génération suivante (17).

Ces altérations épigénétiques portent exactement sur la méthylation de l'exon 1F du gène NR3C1, codant pour le récepteur des glucocorticoïdes. Cette modification a un impact permanent sur l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (18,19).

Ainsi, les stress répétés entraînent une hyperactivation amygdalienne et, l'augmentation du cortisol, altérant les récepteurs sérotoninergiques, entraînerait des changements structuraux dans le cerveau, avec une diminution du nombre de récepteurs au glucocorticoïde dans l'hippocampe et le cortex préfrontal. Nous verrons plus loin que des similitudes au niveau neurobiologique sont retrouvées chez les adultes pédophiles.

Les études qui ont été rapportées par Benarous et al. (16), font un lien entre les structures anatomiques impliquées et la période de survenue du traumatisme, en suivant une progression allant des structures sous-corticales vers le néocortex :

- une diminution du volume de l'hippocampe est observée en cas de traumatisme sexuel survenant entre trois et cinq ans ;
- des anomalies du corps calleux sont observées en cas de traumatisme sexuel survenant entre 9 et 10 ans ;
- des anomalies du cortex préfrontal pour les traumatismes survenant entre 14 et 16 ans.

Ainsi, les auteurs précisent que l'une des conséquences redoutée est la répétition de ces situations, en raison de la difficulté chez l'enfant de construire et intégrer des images parentales stables et sécurisantes. De la sorte, à la vulnérabilité biologique se surajoutent des mécanismes d'imitation et d'apprentissage sur le plan cognitif, et des mécanismes d'identification à l'agresseur sur le plan psycho-dynamique.

Par ailleurs, les auteurs rattachent les troubles psychologiques observés à la nature de la maltraitance subie :

- ils constatent que le risque attribuable des troubles mentaux aux abus sexuels est de 13% ;
- les violences sexuelles subies avant l'âge de 12 ans engendrent :
 - 23% d'état de stress post-traumatique,
 - Un risque de tentative de suicide multiplié par deux,
 - Des automutilations (non retrouvées pour les autres types de maltraitance non sexuelle),
 - Des troubles des conduites alimentaires,
 - Des troubles de la personnalité borderline.

C. Aspects médico-légaux des violences sexuelles.

En raison de la prévalence des violences sexuelles et de certaines affaires récentes, la législation a évolué sur deux versants :

- Un versant sanitaire par le biais de soins pénalement ordonnés, dont l'obligation de soins et l'injonction de soins, pouvant atteindre 10 ans pour les délits et 20 ans pour les crimes.
- Un versant législatif, qui a ajouté de nouvelles incriminations et qualifications, aggravant les peines encourues, dans un but de protection des mineurs.

1) Le versant préventif et répressif de la loi.

Pour qualifier une infraction, le Code Pénal prévoit trois éléments constitutifs :

- Un élément moral ou intentionnel,
- Un élément matériel qui est la réalisation de l'acte,
- Un élément légal, l'infraction est prévue dans le Code Pénal.

La qualification pénale de l'infraction permet de la classer en délit, relevant du Tribunal Correctionnel, ou en crime, relevant de la Cour d'Assises ou en contravention, relevant du Tribunal de Police.

a) Les infractions sexuelles visées par la loi.

Les infractions à caractère sexuel commises sur mineur, prévues par le Code Pénal, sont multiples :

- *L'atteinte sexuelle* : qui désigne tout comportement en lien avec l'activité sexuelle, avec ou sans pénétration, mais sans qu'il y ait violence, contrainte, menace ou surprise.
- *L'agression sexuelle* : qui est un acte sexuel sans pénétration commis par violence, contrainte, menace ou surprise.
- *La proposition sexuelle* : quelle qu'en soit la teneur, faite par un majeur à un mineur via internet (tchat, réseaux sociaux, etc.)
- *La corruption de mineur* : qui consiste pour un adulte à imposer, éventuellement par internet, des propos, des actes, des scènes ou des images pouvant le pousser à adopter une attitude ou un comportement sexuel dégradant.
- *La sextorsion* : qui consiste à inciter un mineur à transmettre ou à diffuser des images ou vidéos dans lesquelles il effectue des actes pornographiques.
- Le recours à une *prostitution de mineur*.

Des affaires récentes concernant des mineurs ont conduit le législateur à aggraver et complexifier le droit.

Citons d'abord l'affaire « Sarah », fillette de 11 ans, dont la plainte des parents pour viol par un voisin âgé de 28 ans a été requalifiée par le tribunal de Pontoise, en février 2018, en simple atteinte sexuelle et renvoyée devant le Tribunal Correctionnel alors que le viol relève de la Cour d'Assises.

Ensuite il y a eu l'affaire « Julie », mineure de moins de 15 ans, dont la plainte pour viol en réunion par des sapeurs-pompiers a été requalifiée, là aussi, par la Cour d'Appel de Versailles en atteinte sexuelle.

Dans ces deux affaires, les auteurs des faits ont été renvoyés devant le Tribunal Correctionnel, où la peine de prison encourue est de 5 ans, au lieu d'un renvoi pour viol devant la Cour d'Assises où la peine encourue est de 20 ans.

La différence de l'atteinte sexuelle avec l'agression sexuelle et le viol se situe au niveau de la notion de consentement. Dans ces deux affaires, le tribunal a estimé qu'il y a eu consentement en considérant qu'un mineur de moins de 15 ans peut théoriquement consentir à une relation sexuelle, ce d'autant que dans les deux affaires citées, il n'y avait ni

violence, ni contrainte, ni menace, ni surprise. Ainsi, le Conseil constitutionnel a estimé qu'il appartient « aux juridictions d'apprécier si les deux mineures étaient en état de consentir à la relation sexuelle ». Par conséquent, si l'absence de consentement n'est pas suffisamment caractérisée, on tombe sous la qualification d'atteinte sexuelle puisqu'il n'y a ni violence, ni contrainte, ni menace, ni surprise.

Parallèlement aux affaires « Sarah » et « Julie », il y a eu l'affaire Harvey Weinstein, la publication des livres de Vanessa Springora, « Le consentement », celui de Camille Kouchner, « La familia grande », les hashtags « balance ton porc » et « meetoo », la mobilisation des associations féministes et des associations de défense de l'enfance, ce qui a abouti à la loi du 3 août 2018 et à celle du 21 avril 2021.

b) Complexification du droit.

- La loi Schiappa du 3 août 2018 : cette loi est venue « allonger les délais de prescription du crime de viol qui passe de 20 ans à 30 ans après la majorité de la victime ». Désormais, une victime mineure peut porter plainte jusqu'à l'âge de 48 ans. En outre, l'inceste devient une surqualification pénale qui se superpose aux qualifications existantes en matière d'atteinte sexuelle, d'agression sexuelle et de viol.

Concernant le consentement, la loi prévoit que la différence d'âge entre l'auteur et sa victime, ou l'absence de maturité du mineur, vulnérable, suffisent pour caractériser la contrainte morale et la surprise et, donc, la qualification des faits d'agression sexuelle ou de viol et non d'atteinte sexuelle.

- La loi du 21 avril 2021 :

Elle a créé deux nouvelles infractions et apporté des précisions en complétant la définition du viol et en aggravant les peines.

- Seuil du consentement et inceste.

La mesure emblématique de cette loi consiste en l'instauration d'un seuil de non-consentement. Ainsi, les magistrats n'ont plus à se poser la question du consentement, ni à chercher à établir s'il y a eu violence, contrainte, menace ou surprise comme dans le cas du viol et de l'agression sexuelle d'une victime adulte.

Ainsi, tout mineur de moins de 15 ans est désormais considéré comme non-consentant. Dans le cas d'inceste, ce seuil est porté à 18 ans. En outre, l'inceste a été étendu aux frères, sœurs, oncles, tantes, grands-oncles, grandes-tantes, neveux et nièces (art. 222-22-3 du Code Pénal).

- Nouvelle définition du viol.

Antérieurement, le viol se référait à l'acte de pénétration sexuelle. La nouvelle loi apporte des précisions en intégrant les actes bucco-génitaux, y compris la fellation et le cunnilingus commis par l'auteur sur la victime mineure, ou par le mineur sur l'auteur et ce, même en l'absence de violence, menace, contrainte ou surprise (art. 222-23-1 du Code pénal).

Ainsi, le crime de viol sur mineur de moins de 15 ans et le viol incestueux sur mineur de moins de 18 ans sont punis tous les deux de 20 ans de réclusion criminelle (art. 222-23-1 & 222-22-3 du Code Pénal).

- Les agressions sexuelles sur mineurs de moins de 15 ans (art. 222-22) et les agressions sexuelles incestueuses sur mineurs de moins de 18 ans (art. 222-22-3 du Code Pénal) sont punies de 10 ans d'emprisonnement et de 150.000 euros d'amende.

- L'atteinte sexuelle sur mineur (art. 227-25 du Code Pénal) est punie de 7 ans d'emprisonnement et de 100.000 euros d'amende, alors qu'auparavant la peine était de 5 ans de prison et de 75 000 euros d'amende.

- La sextorsion est punie de 10 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende (art. 227-22-2 du Code Pénal) et de 10 ans d'emprisonnement et 1 000 000 euros d'amende si les faits sont commis en bande organisée.

- La prostitution de mineurs par un proxénète est punie de 20 ans de réclusion criminelle et 3 000 000 euros d'amende.

- En matière d'exhibition sexuelle, l'infraction est constituée si la réalisation explicite d'un acte sexuel ou un geste obscène est imposée à autrui et ce, même en absence de partie dénudée. Elle est alors punie de 2 ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende (art.222-32 du Code Pénal).

- Enfin, l'inscription est systématique au FIJ AISV (Ficher Judiciaire des Auteurs d'Infractions Sexuelles et Violentes) et les magistrats sont incités à prononcer, à titre définitif, l'interdiction d'une activité professionnelle ou bénévole auprès des enfants.

2) Le versant sanitaire : les soins pénalement ordonnés

La loi a reconnu aux juges la faculté de proposer des soins, comme alternative ou comme complément à la peine de prison.

Hormis la loi de 1954 concernant les *alcooliques dangereux* qui n'est pas appliquée, et *l'injonction thérapeutique* de la loi du 31 décembre 1970 concernant les toxicomanes qui ne sera pas abordée dans ce travail, nous présenterons l'obligation de soins et l'injonction de soins concernant les infractions à caractère sexuel applicables aux personnes présentant un trouble pédophile.

a) L'obligation de soins.

- ✓ C'est la plus ancienne mesure de soins pénalement ordonnée.
- ✓ Elle date de 1958 et elle est apparue dans l'article 138 du Code de Procédure Pénale (CPP), reprise en 1994 dans l'article 132-5 lors de la révision du Code Pénal.
- ✓ Les deux articles indiquent les mêmes choses : « *se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soin, même sous le régime de l'hospitalisation* ». Cette mesure peut consister en l'injonction thérapeutique prévue par les articles L 3413-1 à L 3413-4 du Code de la Santé Publique (CSP) lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou à une consommation habituelle excessive de boissons alcoolisées.
- ✓ Avant jugement : l'obligation de soins est une modalité de contrôle judiciaire (art. 138-10 du Code Pénal). Elle est prononcée par le Juge d'Instruction (JI) ou par le Juge

des Libertés et de la Détention (JLD) si la peine principale encourue relève du tribunal Correctionnel ou d'une Cour d'Assises.

- ✓ Lors du jugement : elle est prononcée par la juridiction de jugement, de condamnation (Tribunal Correctionnel, Cour d'Assises ou Cour d'Appel).
- ✓ Après jugement : elle est prononcée par le Juge d'Application des Peines (JAP) lors de l'aménagement de la peine, des permissions de sortie, de la semi-liberté, du placement extérieur (établissement professionnel ou centre de post-cure), du placement sous surveillance électronique (mobile ou non), de la libération conditionnelle et de la suspension de peine.
- ✓ La loi n'a pas défini la relation entre l'autorité judiciaire et sanitaire. Le juge décide de l'obligation de soins sans avis médical ou expertal. Le condamné a le libre choix du médecin traitant et la durée maximale de l'obligation de soin est de trois ans.
- ✓ Enfin, depuis les lois Perben 1 et 2, il y a une évolution judiciaire à l'américaine. En effet, dans le but de désengorger les tribunaux et les juridictions de jugement, le Procureur de la République, ses Substituts ou ses Délégués peuvent prononcer des obligations de soins dans le cadre de compositions pénales ou de comparutions sur reconnaissance préalable de culpabilité (CRPC). Dans ce cas, la décision du Parquet doit quand même être validée par un magistrat du siège qui peut s'y opposer, car les magistrats du siège sont les seuls garants des libertés individuelles telles que prévues par la Constitution. En outre, la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) ne reconnaît pas les magistrats français du Parquet comme étant une autorité judiciaire indépendante.

b) L'injonction de soins.

- ✓ Il s'agit d'une peine médico-sociale, sécuritaire, qui a un double objectif, de soin et de prévention de la récidive.
- ✓ C'est la mesure la plus lourde des soins pénalement ordonnés puisqu'elle peut atteindre une durée de 20 ans.

- ✓ Elle a été instaurée par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi que la protection des mineurs.
- ✓ Pendant une dizaine d'années l'injonction de soins était rattachée spécifiquement aux infractions sexuelles.
- ✓ Les lois sécuritaires de mars 2007 et d'août 2007 ont étendu l'injonction de soins à d'autres infractions graves non sexuelles : meurtres, assassinat, acte de torture et de barbarie (art. 221.9-1 du Code Pénal), enlèvement et séquestration (art. 224.10 du Code pénal), destruction par substance explosive, incendie volontaire.
- ✓ L'injonction de soins est prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (SSJ) assuré par les Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (CPIP) du Service Pénitentiaire d'Insertion de Probation (SPIP).
- ✓ Le rôle des CPIP est d'assurer un contrôle, une assistance et une surveillance du condamné.
- ✓ S'agissant d'une mesure lourde, elle n'est jamais prononcée avant jugement. Elle est prononcée par une juridiction de jugement (Tribunal Correctionnel, Cour d'Assises, Cour d'Appel), ou par le JAP et le Tribunal de l'Application des Peines lors d'une libération conditionnelle du détenu.
- ✓ L'injonction de soins est prononcée soit comme peine complémentaire de l'emprisonnement, soit comme peine principale en tant qu'alternative à l'emprisonnement.
- ✓ L'injonction de soins ne s'applique qu'en liberté. En détention, le JAP ne peut qu'inciter aux soins tous les six mois et, si le patient s'engage dans des soins, il peut bénéficier d'une remise de peine.
- ✓ La condamnation à une injonction de soins dans le cadre d'un SSJ nécessite l'avis préalable d'un expert judiciaire psychiatre. Suite à l'audition publique de 2007 sur l'expertise psychiatrique, il est recommandé à l'expert de ne pas se prononcer sur l'opportunité d'instaurer une injonction de soin si le mis en cause nie les faits.

- ✓ Dans le cadre de l'injonction de soin, les relations entre l'autorité judiciaire et sanitaire ont été définies par la loi. Elle a introduit les notions de médecin coordonnateur, de médecin traitant et de psychologue traitant.

Concernant le médecin coordonnateur, ce dernier figure sur la liste établie par le Procureur de la République.

Son rôle est défini, notamment, par l'art. R 3711-8 du CSP.

Les missions du médecin coordonnateur :

- Il assure l'interface entre le médecin traitant et le JAP afin de sauvegarder le secret médical ;
- Il est désigné par une ordonnance du JAP qui lui transmet le dossier judiciaire (jugement, expertise psychiatrique et psychologique, enquête de personnalité, etc.) ;
- Le médecin coordonnateur convoque le condamné patient dans un délai d'un mois et l'invite à choisir un médecin traitant ;
- Le médecin traitant, tel que défini par la loi du 17 juin 1998, est différent du médecin traitant du parcours de soins habituels tel que défini par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale ;
- Depuis la loi du 12 décembre 2005, le médecin traitant peut être un psychologue traitant s'il a une ancienneté d'exercice de plus de cinq ans. En outre, cette loi précise que la prescription de traitements anti-hormonaux, anti-androgène, doit se faire après un consentement écrit et signé par le condamné-patient et renouvelé tous les ans ;
- Le médecin coordonnateur réalise une évaluation du patient (rôle d'expert) et il peut valider ou s'opposer au choix du patient de son médecin traitant. En cas de désaccord persistant, c'est le JAP qui tranche pour le choix du médecin traitant ;
- Le médecin traitant choisi par le patient, s'il accepte, doit adresser son accord écrit au médecin coordonnateur car il s'engage dans un cadre légal ;

- Dans ce cas, le médecin coordonnateur transmet au médecin traitant le dossier judiciaire, répond à ses questions et le conseille si besoin est ;
- Le médecin traitant reste cependant seul maître pour décider du type de soins, et il peut demander à tout moment au JAP une expertise psychiatrique, pour évaluer l'évolution du patient et, éventuellement, pour mettre fin à l'injonction de soins ;
- Le médecin traitant doit signaler au médecin coordonnateur ou, depuis la loi du 10 mars 2010, directement au JAP, l'inobservance des soins ou l'absence à un rendez-vous par le patient ;
- Dans ce cas, le JAP a le pouvoir de délivrer un mandat d'arrêt ou un mandat d'amener (art. 767-5 du CPP) du condamné-patient ;
- Enfin, le médecin coordonnateur adresse des bilans réguliers au JAP et au CPIP sur l'évolution du patient et les *éléments nécessaires pour le contrôle* de la mesure de SSJ-IS (une fois par an suivant la loi du 17 juin 1998, trois fois par an suivant la circulaire Dati Garde des Sceaux, quatre fois par an suivant les directives du Guide de l'injonction de soin du ministère de la santé).

c) Les problématiques des soins pénalement ordonnés.

Le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins, qui est une peine médico-sociale à visée sécuritaire et de prévention de la récidive, a été décrié par beaucoup de professionnels de santé mentale (20).

Lors de l'unique conférence de consensus à ce jour, sur les auteurs d'agression sexuelle en 2001, Lanteri Laura avait souligné que « la médecine mentale va avoir deux prétentions contradictoires, en se présentant comme la discipline qui allait expliquer ce que la pratique pénale (le juge) ne pouvait appréhender qu'à titre de monstruosité peu intelligible, et en réclamant pour ses propres institutions les sujets ainsi repérés non sans risque grave de confusion entre criminogénèse et étiologie, entre mesure punitive et entreprise thérapeutique ». En effet, comment adresser des auteurs de violences sexuelles, des pédophiles qui ne demandent rien, à des psychiatres qui, dans leur majorité, ne se sentent ni concernés, ni compétents (9).

Ainsi, une peine thérapeutique est-elle acceptable ? Les médecins doivent-ils prendre en charge des patients ayant une peine sanction-traitement ? Peut-on appliquer des traitements médicaux ou psychothérapeutiques dont l'efficacité n'a pas été validée ? L'expert judiciaire psychiatre doit-il se prononcer pour un soin pénalement ordonné, en pré-sentenciel, alors que la personne n'a pas été encore jugée et est donc présumée innocente ? Faut-il appliquer le secret médical de manière absolue ? Le patient condamné a-t-il la liberté du choix de son médecin ?

Comme nous le voyons, autant de questions posant problème sur divers plans.

- Sur le plan philosophique et sociétal :

On a pu dire qu'il y a une tendance à médicaliser les aspects dérangeants de la société par la psychiatrisation des individus qui se trouvent aux frontières du groupe social. Ainsi, l'inadaptation aux valeurs morales devient-elle une maladie à soigner.

Comme le souligne Jean-Louis Senon, l'attente sociale, vis-à-vis de la psychiatrie, va bien au-delà du soin qu'elle apporte aux malades mentaux pour s'orienter vers la

défense sociale en matière de violences sexuelles. Cela a conduit aussi Paul Ricœur à poser la question de savoir si l'on doit traiter la maladie, nous pouvons dire le mal, non plus pour la souffrance engendrée, mais pour le risque qu'elle représente.

- Sur le plan éthique :

A travers les points de vue de bioéthique et les avis numéros 39, 51 et 87 du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), nous avons extrait des points que nous

apportons ici, afin d'illustrer la complexité de cette peine médico-sociale qu'est l'injonction de soins dans le domaine des violences sexuelles.

- L'auteur de violences sexuelles est-il un malade à soigner ? Il y a à souligner que le CCNE ne se prononce pas sur ce point, pour savoir si les AVS sont des malades mentaux ou non. Cependant, il donne son avis malgré tout, sur ce que l'on doit attendre des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques (!). Et il indique « qu'il se peut qu'à l'avenir, des progrès futurs dans la compréhension du contrôle du passage à l'acte, permettent une approche moins symptomatique ».

- Problème de l'information/consentement : après avoir précisé que le consentement est d'ordre déontologique, et le consentement éclairé d'ordre éthique, le CCNE conclut que « la difficulté centrale se trouve à ce niveau » en raison des mécanismes de clivage et de déni chez les AVS. Le CCNE ajoute « qu'au regard de l'éthique, le traitement entrepris sans le consentement nécessaire de la personne, constitue une contradiction avec un des principes fondamentaux en matière de soins ».
 - A propos des traitements anti-hormonaux/anti-androgène (appelés improprement castration chimique), le CCNE précise que l'information doit porter sur les risques de rechute en cas de refus ou d'arrêt de traitement, et aussi sur les risques en cas de traitement au long cours, de la non réversibilité possible de la fonction sexuelle sur laquelle il n'y a pas de connaissance médicale établie. Autrement dit, ces informations rendent le choix du patient difficile, voire impossible.
 - A propos des victimes, le CCNE indique « que l'agression sexuelle constitue un acte niant la personne dans toutes ses dimensions, y compris psychique et spirituelle, et il bafoue la dignité de l'être humain ». Quant à l'auteur, le CCNE indique que « malgré la monstruosité de son acte, il n'en demeure pas moins qu'il reste, malgré tout, une personne qui doit être considérée comme telle. Sa dignité ne saurait être déniée sur fond inconscient de vengeance ou d'agressivité. Autrement dit, il ne doit pas être résumé à son acte, ni rester enfermé dans la prison de son acte ».
- Sur le plan médical et scientifique.

Sur le plan médical et déontologique, soigner une personne contre son gré, en la forme d'une injonction de soins, constitue indéniablement une injonction paradoxale. Ce d'autant que le condamné-patient a été reconnu responsable de ses actes devant la justice. Autrement dit, il est présumé avoir son libre arbitre et, par conséquent, être indemne de maladie mentale ayant pu altérer ou abolir son discernement.

Pour cette raison, le « collectif des 39 contre la Nuit Sécuritaire », ainsi que les recommandations du Conseil des Ministres, des Etats membres du Conseil de l'Europe, relatifs à la protection des droits de l'Homme et de la dignité des personnes, considèrent que les soins doivent être dictés par l'intérêt de la personne et non par la

protection et la défense sociale. La loi Kouchner du 4 mars 2002 va d'ailleurs dans le même sens.

Par ailleurs, sur le plan des connaissances médicales et scientifiques, la conférence de consensus dans ce domaine souligne plusieurs points d'importance, à savoir (21):

- Un corpus de connaissances cliniques et théoriques actuellement en cours de réflexion et d'élaboration,
- Des stratégies thérapeutiques qui restent à valider,
- Une offre de soins balbutiante,
- Une difficulté d'accès aux soins pour les AVS,
- Le peu de professionnels formés et/ou expérimentés,
- L'intérêt d'entreprendre des travaux de recherches dans ce domaine.

Dans ce sens, Lepoutre souligne « l'importance de nos ignorances dans le domaine des violences sexuelles et l'étendue du champs de connaissances, de recherches et d'expériences à acquérir ».

Le professeur Olié, dans le Quotidien du médecin du 6 décembre 2007, ne dit pas autre chose en précisant que « l'exercice médico-légal est assurément le plus difficile qu'il soit en notre discipline (la psychiatrie). Il est aussi le plus fascinant par les perspectives de recherches qu'il offre : tout est à découvrir dans le domaine des déviances comportementales ».

- Problèmes liés au secret médical.

Le problème du secret médical constitue la clef de voûte de l'exercice professionnel et les médecins y sont attachés à juste titre. Il couvre les informations confiées par le patient, mais aussi tout ce qui a pu être vu, entendu, compris et interprété dans l'exercice médical. Ce secret est donc, en principe, général et absolu.

Dans la pratique, comme souligné par le rapport sénatorial du 8 juillet 2009, la réalité est moins simple et les frontières du secret sont difficiles à définir. Ainsi, par exemple, la loi du 17 juin 1998 indique que le médecin coordonnateur doit transmettre au JAP « les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins », mais sans préciser lesquels. Il est donc

laissé au médecin le soin d'en définir les limites, en conscience, et d'interpréter le texte soit de manière restrictive soit de manière extensive.

d) Plaidoyer éthique pour les soins pénalement ordonnés (20).

Le fonctionnement de la personnalité d'un auteur de violences sexuelles, comme nous le verrons plus loin, procède par des mécanismes psychologiques de clivage et de déni. Aussi, comme le souligne Balier, attendre une demande de soins de la part d'un AVS est une hérésie (22).

Dans une démarche éthique, positive, si l'éthique de l'action se réfère aux lois et aux normes, l'éthique de responsabilité doit conduire à se préoccuper des conséquences de l'action à un niveau à la fois individuel et collectif. Or, les violences sexuelles sur mineurs constituent un enjeu de santé publique en raison de ses conséquences sur les victimes et doit obliger à une éthique de responsabilité.

La difficulté de la prise en charge se heurte, de prime abord, aux mécanismes de défense à type de clivage et de déni, qui mettent le patient dans l'incapacité de consentir aux soins. Or, il existe des techniques d'entretien motivationnel permettant de travailler avec le déni pour aider à la prise de conscience, susciter une demande de soins, et une adhésion aux soins de la part du patient.

Ainsi, refus et demande de soins apparaissent être les deux facettes d'un même processus où le patient s'oppose à ce qu'il demande pourtant (1), et cette ambivalence du patient peut être travaillée par le biais de l'entretien motivationnel. Cela a été rappelé par la conférence de consensus de février 2013, organisée par la Chancellerie, portant sur la prévention de la récidive chez les personnes placées sous main de justice (PPSMJ), où il a été démontré l'efficacité de l'entretien motivationnel dans ce cadre.

En procédant de la sorte, on peut arriver à un triangle éthique à l'instar des canadiens (Jocelyn Aubut), qui concilie trois quêtes :

- ✓ Quête de sens pour le soignant,
- ✓ Quête du soin pour le patient,
- ✓ Quête de contrôle pour la justice et la société.

D. Classifications

1) Définitions psychiatriques internationales (DSM-5 de l'APA et CIM 10 de l'OMS)

a) Le DSM-5 de l'APA (23):

Le Diagnostic and Statistical of Mental Disorders de l'American Psychiatric Association :

Le DSM, élaboré dans les années 1950 à partir d'un consensus d'experts psychiatres, a connu plusieurs évolutions et révisions dans ses classifications catégorielles diagnostiques.

La dernière révision, qui a abouti au DSM-5, a connu de grands débats, notamment sur les addictions sexuelles et les troubles de la personnalité.

Dans le dernier DSM, qui est le DSM-IV-TR, la pédophilie était classée, en tant que telle, comme une des paraphilies qui sont répertoriées dans les troubles sexuels et les troubles de l'identité sexuelle.

Dans l'actuelle version en vigueur, le DSM-5, les troubles paraphiliques constituent une rubrique à part et le diagnostic de pédophilie a été remplacé par le diagnostic de *trouble pédophile* (302.2).

Cette rubrique de troubles paraphiliques rend compte des différentes déviations sexuelles en tant que troubles psychopathologiques.

Le terme de pédophilie a remplacé celui de perversion qui renvoyait à une approche étiologique psychanalytique. En effet, le DSM se veut athéorique afin de faciliter la communication entre les professionnels de santé, notamment, dans le domaine de la recherche.

Bien que le DSM-5 ne répertorie que huit troubles paraphiliques, le nombre des paraphilies est en extension et on en compte des dizaines.

Quoi qu'il en soit, le DSM-5 a introduit, comparativement aux versions antérieures, une distinction entre paraphilie et trouble paraphilique et, donc, entre pédophilie et trouble pédophilique. Ainsi, une paraphilie, en tant que telle, ne justifie pas systématiquement une intervention psychiatrique et n'est pas obligatoirement synonyme de trouble paraphilique.

Dans le trouble paraphilique, la personne a mis en acte ses besoins sexuels atypiques ou encore, ses besoins et fantasmes lui causent une souffrance ou des difficultés interpersonnelles (24).

- Critères diagnostiques du trouble pédophile selon le DSM-5.
 - Critère a : « *pendant une période d'au moins six mois, présence de fantasmes entraînant une excitation sexuelle intense et récurrente, de pulsions sexuelles ou comportements impliquant une activité sexuelle avec un enfant ou plusieurs enfants pré-pubères (généralement âgés de 13 ans ou moins) ».*
 - Critère b : « *l'individu a mis en acte ses pulsions sexuelles, ou les pulsions sexuelles ou les fantasmes, entraînent une détresse importante ou des difficultés relationnelles. »*
 - Critère c : « *l'individu est âgé de 16 ans ou plus, et a au moins cinq ans de plus que l'enfant ou les enfants mentionnés au critère a ».*

Pour compléter le diagnostic, il est nécessaire de préciser la préférence sexuelle du sujet (attirance hétérosexuelle, homosexuelle ou bisexuelle) et le type exclusif (attiré uniquement par les enfants) ou non exclusif, et de spécifier si le trouble pédophile se limite à l'inceste.

Au vu de cette définition, tout auteur de violences sexuelles sur enfant (AVSE) ne supporte pas obligatoirement le diagnostic de trouble pédophile, et toute personne ayant un trouble pédophile ne passe pas obligatoirement à l'acte s'il n'y a, uniquement, que des fantasmes.

- b) CIM 10 de l'OMS (Classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé) (25).

Dans la dernière Classification Internationale des Maladies, la pédophilie (F65.4) est une sous-rubrique des troubles de la préférence sexuelle (F65), classée dans la catégorie des troubles de la personnalité et du comportement (F60-F69).

La pédophilie est ainsi définie comme étant « *une préférence sexuelle pour les enfants, généralement d'âge prépubère ou au début de la puberté. Certains pédophiles sont uniquement attirés par les filles, d'autres uniquement par les garçons et d'autres encore par les deux sexes. La pédophilie est rarement mise en évidence chez les femmes.* »

Comme nous le verrons plus loin, ces deux définitions, celle du DSM-5 et de la CIM10, ne rendent pas compte de la diversité et de l'hétérogénéité, notamment quant à la dangerosité psycho-criminologique et la prise en charge thérapeutique.

Aussi, pour affiner les diagnostics, des auteurs vont avoir recours à d'autres classifications et typologies en relation avec les réalités cliniques.

2) Prévalence du trouble pédophile.

La pédophilie concerne essentiellement les hommes dans 90% des cas (24) et la prévalence du trouble pédophile dans la population générale est estimée, selon les auteurs, entre 0,3 et 3,8%, voire entre 3 et 5% (26,27).

La prévalence des fantasmes pédophiliques est estimée à 5% dans la population générale (27). Dans une enquête canadienne, citée par Coutanceau (20), 20% des hommes

hétérosexuels peuvent être excités occasionnellement par un enfant. Une autre enquête, citée par Thibaut (28), auprès d'étudiants américains, indique que 15 à 20% des enquêtés auraient voulu avoir une relation sexuelle avec un enfant mais qu'ils étaient freinés par la loi.

3) Typologies.

Dans le domaine de la pédophilie, la littérature rapporte une grande hétérogénéité de pédophiles, quant aux caractéristiques psychopathologiques, psycho-criminologiques, et leur personnalité. Autant de critères qui conditionnent l'évaluation et la prise en charge des pédophiles.

Aussi, plusieurs typologies ont été proposées pour palier aux insuffisances des définitions et classifications internationales.

Ces typologies vont porter sur certaines caractéristiques de l'auteur, voire celles de la victime, et elles sont tellement diverses qu'elles échouent à offrir des entrées possibles à tous les cas de figures cliniques (29). En effet, pour être opérationnelles, les catégories

doivent être à la fois exhaustives et mutuellement exclusives (30), ce qui n'est pas toujours le cas, en raison, d'une part, de l'absence de critères communs de classification (31) et, en même temps, du chevauchement entre certaines catégories (32).

Ainsi, dans la pratique psychiatrique, les cliniciens se trouvent à adopter, suivant leur formation et leur sensibilité, telle ou telle autre typologie.

Pour ces diverses raisons, la plupart des auteurs s'accordent, en l'absence de typologie satisfaisante, sur la nécessité de développer la recherche (32).

Nous allons présenter, dans la section qui suit, les typologies se référant aux caractéristiques de l'auteur en fonction :

- De la spécificité de la pulsion et de l'excitation sexuelle déviante (pédophiles exclusifs ou non exclusifs)
- De la proximité avec la victime (pédophiles intrafamiliaux ou extrafamiliaux)
- Du sexe de la victime et de l'orientation sexuelle de l'auteur (pédophiles homosexuels, hétérosexuels ou bisexuels)
- En fonction de l'âge de la victime
- De l'âge du pédophile
- Du profil de personnalité du pédophile.

Par la suite, nous présenterons les typologies les plus référencées dans la littérature et les plus utilisées par les cliniciens :

- Deux typologies anglo-saxonne et américaine :
 - o Une typologie dans une optique de l'intention motivationnelle et de compétences sociales (typologie de Groth)
 - o Une typologie dans une optique comportementale (typologie de Knight & al.) (33).
- Une typologie francophone canadienne dans une optique psycho-dynamique et de relation d'objet (typologie de van Gijseghem) (30).
- Une typologie française, dans une optique psycho-criminologique (Coutanceau & al.) (20).

Enfin nous terminerons par exposer trois cas spécifiques : l'inceste, la pédophilie féminine et la cyber-pédopornographie.

a) Caractéristiques des pédophiles.

➤ Typologie en fonction de l'âge du pédophile :

Mohr & al. (34) distinguent trois groupes de pédophiles (in (29,31,35)) :

- Les très jeunes, de l'adolescence à 20 ans. Il s'agit d'adolescents inhibés qui vont adopter une pédophilie exploratoire, transitoire et passagère.
- Les hommes de 30 à 50 ans : il s'agit de sujets ayant des difficultés dans leur couple, dans leur travail ou dans leur insertion sociale et qui vont éprouver un sentiment d'infériorité. Ils vont alors se tourner vers des partenaires perçus comme étant moins menaçants. Cette conduite est quelque fois favorisée par l'usage de l'alcool.
- Les hommes au-delà de la cinquantaine, il s'agit de sujets qui commencent à éprouver des difficultés érectiles et qui vont alors chercher à pimenter leur sexualité par une conduite pédophilique. On trouve dans cette catégorie les libertins des « ballets roses » ou « bleus ».

On remarquera que, dans cette typologie de Mohr il n'y a pas de place pour les pédophiles ayant un attrait sexuel habituel et préférentiel pour les jeunes enfants.

➤ Typologie en fonction de la spécificité de la pulsion sexuelle déviante. On distingue :

- Les pédophiles exclusifs, attirés uniquement par les enfants : il s'agit de pédophiles « primaires » fixés, et les pédophiles non-exclusifs attirés à la fois par les adultes et par les enfants.
- Les pédophiles prévalents, masqués par des relations homosexuelles ou hétérosexuelles avec des adultes, mais peu investis.
- Enfin, les pédophiles dont l'attrait pour les enfants est secondaire, occasionnel.

➤ Typologie en fonction de la proximité avec la victime. On distingue les pédophiles intrafamiliaux et les pédophiles extrafamiliaux.

Le profil intrafamilial, renvoie au cercle familial au sens large, qui comprend l'inceste, mais l'auteur peut être aussi un membre plus ou moins éloigné de la famille, voire un ami ou une connaissance de la famille.

Les études dans ce domaine ne sont pas concordantes. Certaines études suggèrent que la distinction entre les pédophiles intrafamiliaux et extrafamiliaux est plus artificielle que réelle (14,21,36).

Cependant, Seto & al. (37) ont réalisé une méta-analyse de 78 échantillons, incluant 6 605 pédophiles intrafamiliaux et 10 573 extrafamiliaux, répertoriés sur une période allant de 1978 à 2013.

Leurs résultats montrent que :

- Les pédophiles extrafamiliaux sont plus jeunes, souvent en inactivité professionnelle et présentent davantage de tendances antisociales. En outre, ils présentent des scores plus élevés aux mesures phallométriques en présence de stimulus représentant des enfants. Ils présentent aussi plus de paraphilies associées et des cognitions dysfonctionnelles de minimisation de leurs actes.
 - Les pédophiles intrafamiliaux étaient plus susceptibles d'avoir été victimes de violences sexuelles, de maltraitance, de négligence et, par conséquent, des attachements dysfonctionnels dans la relation parents-enfants. Et les passages à l'acte, dans ce cas, sont favorisés par des événements stressants tels que rupture, perte, chômage, etc.
- Typologie en fonction de l'orientation sexuelle (homosexuelle, hétérosexuelle ou bisexuelle).

Ce critère est considéré par la plupart des auteurs comme étant discriminant et prédicteur de la dangerosité et du risque de récidive (31). Ainsi, la littérature internationale rapporte un taux de récidive de 10% à dix ans pour les pédophiles hétérosexuels, et de 40% à dix ans pour les pédophiles homosexuels (38).

Dans une étude d'Abel & al. (38,39), sur une population de 377 sujets étudiés, les pédophiles hétérosexuels avaient eu, en moyenne, 19,8 victimes alors que chez les pédophiles homosexuels le nombre moyen des victimes s'élevait à 150,2.

Enfin, dans l'étude de Mc Kibben (31), sur 150 pédophiles évalués en consultations externes, il y avait une proportion plus forte (80% contre 40 %) de pédophiles « primaires » homosexuels que de pédophiles hétérosexuels.

Ainsi, les pédophiles homosexuels apparaissent commettre plus de délits sexuels que les pédophiles hétérosexuels.

➤ Typologie en fonction de l'âge de la victime.

La pédophilie peut se décliner par tranches d'âges en :

- Népiophilie (enfants de 0 à 1 an)
- Infantophilie (enfants de 1 à 6 ans)
- Pédophilie (enfants de 6 ans à la pré-puberté, vers 11 ans)
- L'hébéphilie (adolescents de 11 à 14 ans).

Bien que la dernière catégorie, l'hébéphilie, ne réponde pas au diagnostic du DSM-5 du trouble pédophilie, elle constitue néanmoins une réalité clinique. En effet, Blanchard & al. (40) ont cherché à valider le concept d'hébéphilie, en étudiant la concordance entre les intérêts sexuels auto-déclarés et les réponses pénienes à l'enregistrement pléthysmographique :

Sur un échantillon de 881 personnes, les comparaisons au sein du groupe ont montré que les hommes qui ont déclaré une attirance sexuelle pour les enfants pubères avaient des réponses pénienes plus importantes aux représentations d'enfants pubères qu'aux représentations d'enfants plus jeunes ou plus âgés. Les comparaisons des réponses pénienes ont permis de distinguer les hébéphiles de ceux qui avaient une attirance pour les enfants pré-pubères ou pour les adultes. Ainsi, les auteurs ont démontré que l'hébéphilie existe en tant que préférence discriminante pour l'érotisme. Ils ont alors proposé de remplacer le diagnostic de pédophilie par celui de pédo-hébéphilie et de spécifier trois sous-groupes :

- Le type pédophile attiré par les enfants de moins de 11 ans,
- Le type hébéphile attiré par les enfants âgés de 11 à 14 ans,
- Le type pédo-hébéphile qui serait attiré par les deux.

Les auteurs proposent que l'hébéphilie soit intégrée aux classifications du DSM et recommandent aux utilisateurs, lorsqu'ils portent le diagnostic de pédophilie, de préciser l'âge de l'enfant préférentiel pour le patient.

b) Typologies dans une optique motivationnelle et comportementale.

➤ Typologie de Groth (in(29,31,41,42)).

Cet auteur s'est intéressé, d'une part, aux motivations et modalités de l'acte, et, d'autre part, aux relations avec la victime.

Deux critères sont utilisés par l'auteur :

- Le niveau de violence utilisé par l'agresseur d'enfant. L'auteur distingue :
 - L'attentat à la pudeur (qui correspond à l'atteinte sexuelle en France)
 - Le viol.
- Ensuite, il utilise le concept de fixation-régression.

Modèle de classification de Groth

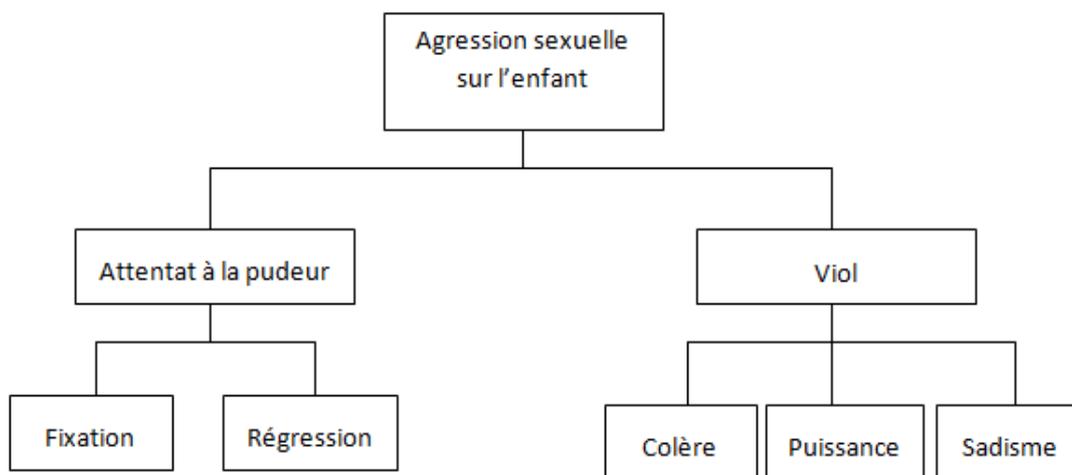


Figure 1

❖ Dans l'attentat à la pudeur :

- L'agresseur sexuel de l'enfant est « fixé », dans le sens qu'il a une attirance préférentielle pour l'enfant, évoluant depuis l'adolescence. Ici, le pédophile use de séduction, de jeux, de persuasion et de pseudo-rapprochement affectif. Il manipule l'enfant et lui fait croire qu'il désire l'aider et s'occuper de

lui. Ainsi, l'agresseur a le sentiment d'être utile et aimé par l'enfant. Il cherche la pseudo-réciprocité sexuelle, l'échange et l'affection auprès de l'enfant. Les actes sont prémédités et planifiés. Les rapports du pédophile avec les adultes sont craintifs, distants, formels et conformistes. Ce profil est rencontré assez fréquemment en clinique (29).

- Dans le type « régressé », l'attirance sexuelle pour l'enfant est apparue à l'âge adulte. Les actes délictuels constituent une brisure et un écart temporaire survenant à l'occasion d'événements stressants tels que difficultés conjugales, échec affectif, ou difficultés professionnelles et sociales. La plupart du temps, l'on retrouve l'usage de produits désinhibiteurs tels que l'alcool.
- ❖ Dans le viol, l'auteur distingue trois tableaux dynamiques sous-tendant l'agression sexuelle (31) :
 - La colère : le passage à l'acte sexuel constitue pour le pédophile une vengeance contre toutes les injustices qu'il estime avoir subies. L'agression sexuelle s'accompagne d'injures, d'obscénités, d'humiliations de l'enfant et elle est réalisée de manière explosive non planifiée.
 - La puissance : ici l'auteur use juste de la force nécessaire. Il donne des ordres et contrôle la situation. Il veut que l'enfant lui obéisse comme il veut et quand il veut.
 - Le sadisme : l'agression sexuelle est réalisée après l'enlèvement de l'enfant. La victime est abusée et torturée selon un rituel précis. Les cris et la douleur de l'enfant suscitent chez l'agresseur l'excitation érotique.
- Typologie de Knight & al. (33)

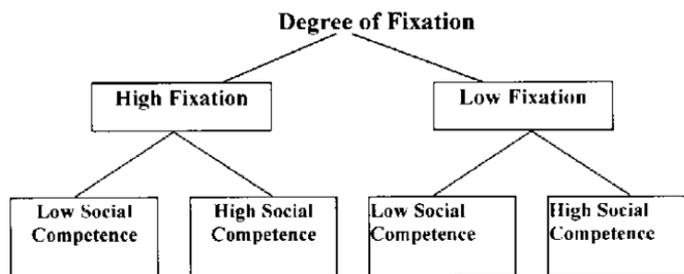
Knight a développé la troisième version de la Massachusetts Treatment Center Child Molester Typology (MTC : CM3) (in (29,31,32,41–43)).

La population sélectionnée, qui a servi à l'étude et à l'élaboration de cette typologie, répondait à des critères stricts comme définis par le DSM, mais en ayant écarté :

- les incestueux
- les pédophiles sans contact envers les enfants
- ceux qui ont commis des délits sexuels à la fois envers les enfants et envers les adultes.

La typologie a été mise à l'épreuve d'abord auprès de 68 auteurs d'agressions sexuelles envers les enfants, puis améliorée auprès d'un échantillon plus conséquent. Ceci a permis de développer une typologie en arborescence qui a été validée par la technique statistique de *cluster analysis*. La présentation graphique étant plus parlante, nous la présentons ci-dessous puis nous la commenterons.

Axis I



Axis II

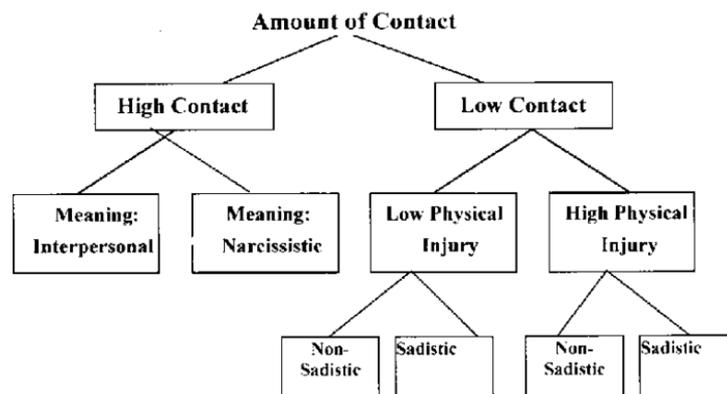


Figure 2

Diagram of the MTC : CM3 (Knight and Prentky 1990)

Axe 1 : Degré de fixation.

Fixation envers les enfants
Haute

Fixation envers les enfants
Faible

| | |
|--|--|
| Compétences sociales Faibles | Compétences sociales Elevées |
|--|--|

| | |
|--|--|
| Compétences sociales Faibles | Compétences sociales Elevées |
|--|--|

Axe 2 : Contacts

Haute fréquence de contacts

Faible fréquence de contacts

| | |
|-----------------|-------------|
| Inter-personnel | Narcissique |
|-----------------|-------------|

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Blessures physiques Faibles | Blessures physiques Elevées |
|---------------------------------------|---------------------------------------|

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Niveau de sadisme Faible | Niveau de sadisme Elevé | Niveau de sadisme Faible | Niveau de sadisme Elevé |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|

La typologie est basée sur deux axes :

L'axe I - définit le degré de fixation, autrement dit, la haute ou la faible intensité des intérêts pédophiliques, pouvant être associée chacune à une faible ou à une forte compétence sociale.

L'axe II - définit la fréquence des contacts couplée aux blessures physiques infligées et à la notion de sadisme.

L'axe I - distingue deux niveaux :

Le premier niveau évalue la force des intérêts pédophiles avec les critères de présence de cognitions et de fantasmes sexuels pédophiliques, leur nature, leur durée ainsi que le nombre de contacts avec l'enfant. Un nombre de contacts de plus de trois et durant plus de six mois, indique une forte fixation et une haute intensité des intérêts pédophiliques.

Le deuxième niveau évalue les compétences sociales en se basant sur les critères professionnels, sociaux et familiaux, tels que la durée de l'insertion professionnelle, le mariage, les responsabilités parentales, la relation aux adultes en général et les activités ou la participation à des activités associatives.

L'axe II - distingue deux niveaux :

Le premier niveau, de haute fréquence de contacts :

Il s'agit d'une mesure comportementale du degré de contact et du temps passé avec les enfants. Ce temps comprend les situations sexuelles ou non sexuelles. Il s'agit d'une variable importante car le pédophile cherche aussi à être accepté et aimé par les enfants, mais il s'agit d'un contact pseudo-affectif. Là aussi, un nombre de contacts supérieur à trois indique une grande fréquence de contacts. A partir de là, la motivation est examinée :

- si la motivation est interpersonnelle, l'activité sexuelle se limite à des caresses et des étreintes, sans activité génitale orgasmique. Ici, habituellement, le pédophile connaissait déjà l'enfant et il est soucieux de la qualité de la relation perçue, par lui, comme objet d'affection et d'amour.

- Si la motivation est narcissique, le sujet est alors égocentrique, peu soucieux de l'enfant, en général inconnu, et qui sera utilisé ici comme objet sexuel, la relation y est génitalisée et orgasmique.

Le deuxième niveau, en cas de faible fréquence de contacts :

L'intérêt est porté, ici, au niveau de violences exercées et qui peuvent être soit réduites soit élevées. Chacun de ces deux groupes est évalué selon la présence ou non de fantasmes ou de comportement sadique.

Parmi les agresseurs sexuels d'enfants qui infligent des blessures physiques élevées, la distinction se fait sur l'absence ou la présence d'érotisation.

c) Typologies dans une optique psycho-dynamique et de relation d'objet (typologie francophone canadienne Van Gijseghem) (30)

Cet auteur va se démarquer des typologies comportementales précédentes, pour élaborer une typologie à partir d'une optique psycho-dynamique, de la relation d'objet et de la structure du caractère, en fonction de la fixation à l'un des stades du développement psychosexuel de la théorie freudienne (3,29,42).

Ainsi, il va distinguer plusieurs classes : la carence affective, l'état « borderline », la pathologie narcissique, le registre névrotique, les troubles organiques et la déficience intellectuelle.

Par ordre d'importance nous envisageons seulement la carence affective et la pathologie narcissique.

- La carence affective concerne les sujets dont l'enfance a été marquée par des altérations de la relation aux parents, des discontinuités, et des changements de repères. La carence affective renvoie à ce que l'auteur désigne par « *maternal deprivation* », rencontrée aussi lors des institutionnalisations prolongées dans la petite enfance. Ainsi, le type de relations futures du sujet sera marqué par une grande avidité orale chaotique se manifestant par l'abus sexuel.

- Cette carence affective rappelle les troubles de l'attachement, qui seront abordés plus loin, et rend, d'après l'auteur, tout carencé comme étant un abuseur potentiel.
- La pathologie narcissique. Le narcissisme constitué au cours des premières années de la vie, et sa pathologie, résultent du fait que l'enfant ne peut se séparer de sa mère, fantasmée comme toute puissante. Ce lien en miroir, l'enfant s'y accroche, lui permettant de ne pas se confronter à sa petitesse. Ainsi, il va recourir à la construction d'un « soi grandiose » et ainsi élaborer des « scénario de vie » pathologiques conduisant à la délinquance.

d) Typologie dans une optique psycho-criminologique (Coutanceau) (20).

Cet auteur considère que la structure de personnalité des pédophiles renvoie à la classe « névrotico-immaturo-pervers », conditionnant trois profils psycho-criminologiques, qui sont les agirs pédophiliques, les attouchements pédophiliques et les viols :

- Les agirs pédophiliques, sans fantasmatique pédophilique prévalente, concernent des sujets dont les fantasmes sont d'ordre hétérosexuels ou homosexuels adultes. Lors des passages à l'acte, il n'y a pas de fantasmatique pédophilique qui accompagne l'acte auto-érotique.
- Les attouchements pédophiliques, avec fantasmatique pédophilique, constituent le groupe le plus fréquent de pédophiles. Ils ont une fixation pédophilique et leur mode opératoire est la manipulation. L'enfant est en général connu du pédophile et se trouve dans son entourage habituel. Souvent, les sujets exercent une profession ou une activité sportive, ou d'enseignement, ou de loisir, les mettant en contact avec les enfants. Dans ces cas-là, le pédophile gagne souvent la confiance des adultes/parents, il a tendance à idéaliser l'enfant et à rechercher une pseudo-réciprocité affective avec le ou les enfants.
- Les viols pédophiliques concernent les sujets prédateurs. Leur mode opératoire est celui de la contrainte et de la violence. L'enfant victime est choisi loin de l'environnement habituel afin de rechercher l'anonymat. Souvent, il s'agit de rapt et de séquestration pour une relation sexuelle ponctuelle où l'enfant sert d'objet sexuel. Ces passages à l'acte sont rares, souvent médiatisés et correspondent aux représentations sociales du pédophile.

e) Cas particuliers.

❖ L'inceste :

Beaucoup d'auteurs font une différenciation entre inceste et pédophilie et ce, à la fois pour des raisons criminologiques, thérapeutiques et de la nature de l'attirance sexuelle déviante envers les enfants (4,9,10,20,24,32).

- Sur un plan psycho-criminologique, l'inceste, une fois judiciairisé, ne récidive quasiment pas. La récidive est estimée à 5 % environ comparativement au pédophile homosexuel dont la récidive est de 40%. En outre, 95% des incestueux n'ont pas d'antécédent judiciaire (20).
Bagley & al. (in (32)) ont comparé des incestueux, des agresseurs sexuels d'enfants intra-familiaux (non biologiques), et des agresseurs sexuels d'enfants extra-familiaux. Ainsi, il est apparu que les deux derniers groupes avaient commis, dans leurs antécédents, en plus des faits sexuels, des faits de nature non sexuelle tels que les violences contre les biens ou contre les personnes.
- Sur le plan de l'excitation sexuelle déviante et de l'intérêt préférentiel pour les enfants, Thibaut indique qu'il existe un certain nombre de particularités dans les facteurs cognitifs, permettant de distinguer les pédophiles et les incestueux (24). En effet, les pédophiles présentent des réponses pénienues plus fortes à la présentation de vidéos érotiques à caractère pédophilique que lors de la présentation de stimuli érotiques représentant des adultes. Alors que les pères incestueux et les sujets non pédophiles ont, au contraire, des réponses pénienues plus importantes lors de la présentation de stimuli érotiques représentant des femmes adultes.
- Sur le plan thérapeutique, la prise en charge, si la famille se reconstitue, doit tenir compte de la dynamique familiale et des interactions entre ses membres. On a pu décrire une mère démissionnaire et une collusion inconsciente avec son mari. Le père incestueux par ailleurs est décrit comme psychorigide avec des traits paranoïaques de possessivité, « c'est ma fille » (20).
Sur le plan thérapeutique une thérapie familiale peut être proposée dans un second temps (20).

❖ La cyber-pédopornographie.

Il s'agit d'une nouvelle catégorie émergente de pédophiles, facilitée par le développement des nouvelles technologies et d'internet.

○ Ampleur de la sexualité sur internet :

Actuellement les mots « sexe », « porn », « love », sont les mots les plus utilisés par les moteurs de recherche sur internet. 25% des requêtes sur internet sont d'ordre pornographique (44–46).

L'industrie du sexe rapporte mille milliards de dollars, soit autant que l'industrie de l'armement et l'industrie pharmaceutique réunies (47).

20 000 nouvelles images de pédopornographie sont rajoutées toutes les semaines sur les sites internet.

En 2012, la Gendarmerie Royale du Canada (GRC) a répertorié 14 millions de sites pornographiques sur internet et plus d'un million d'images d'abus sexuels sur les enfants (48).

○ La conduite de cyber pédopornographie :

Chez certains sujets il y a, au départ, le passage d'une consommation compulsive de pornographie vers la pédopornographie, puis, progressivement, par un phénomène de tolérance et d'accoutumance, ils vont s'orienter vers la recherche de matériel toujours de plus en plus hard (âge des enfants et activités pratiquées) et ce, afin de retrouver les mêmes sensations en raison d'une élévation du seuil dopaminergique. Carnes, rattache cette

Cyber-pédopornographie aux addictions sexuelles (in(45)). Cette pratique contribue à entretenir et à renforcer l'intérêt sexuel déviant pour les enfants.

La population qui s'adonne à la cyber-pédopornographie est très hétérogène. Quayle & al. (48) en décrivent plusieurs types.

- Certains vont entrer en contact avec des mineurs en utilisant une conversation à caractère sexuel, voire même avoir des relations sexuelles en ligne,
- D'autres vont proposer une rencontre et passer à une relation sexuelle avec contact.

Dans une étude franco-belge (49), portant sur 175 auteurs d'infractions à caractère sexuel (172 hommes et 3 femmes), judiciairisés pour détention de matériel pédopornographique, il est rapporté des résultats indiquant qu'il s'agit d'une population spécifique contrastant avec le polymorphisme habituel des pédophiles.

❖ La femme pédophile :

Dans l'imaginaire collectif et les représentations sociales, la femme représente la mère aimante, douce, bienveillante et qui prend soin. Ainsi donc, un acte pédophilique chez la femme devient impensable. Raison pour laquelle il s'agit d'un sujet qui est resté longtemps tabou, sous-évalué et sous-théorisé (24).

Sa prévalence est estimée entre 1 et 5%.

En 2004, sur 7 956 détenus condamnés pour agressions sexuelles (sans précision), il y avait seulement 2% de femmes (24).

Ce taux traduit probablement une non-révélation des faits, voire l'impossibilité de leur qualification sur le plan juridique, lorsque les faits se déroulent pendant des soins donnés à un enfant dénudé.

- Les situations et les contextes : Hall & al. ont décrit plusieurs cas de figure (50) :
 - Les expérimentatrices, qui, à la faveur d'une garde d'enfant, profitent de l'occasion pour l'agresser sexuellement ;
 - La femme complice, qui participe de son plein gré à l'agression sexuelle commise par son compagnon ;
 - Les femmes qui agissent sous la contrainte du compagnon pour participer à l'agression sexuelle ;
 - Les femmes qui ont la charge de donner des soins à l'enfant et, sous ce prétexte, vont commettre l'agression ;

- Les femmes en position d'autorité par rapport à l'enfant (par exemple professeur) et qui envisagent une relation amoureuse et sexuelle, considérant qu'elle est consentie ;
- Enfin, des femmes qui s'apparentent aux hommes et qui tirent du plaisir de la relation sexuelle avec le mineur.

▪ Les aspects psychologiques :

Généralement, la motivation qui guide la femme pédophile est plus d'ordre affectif que sexuel. Il s'agit souvent de femmes jeunes, de 20 à 30 ans, de faible niveau intellectuel et de faibles ressources financières. Elle est isolée, vit seule et peut s'adonner à l'usage de l'alcool ou à d'autres produits psychoactifs.

Les troubles psychiatriques associés sont plus importants que chez les hommes pédophiles et, notamment, elles présentent des troubles graves de la personnalité et des antécédents de victimologie physique et/ou sexuelle.

f) Profils de personnalités de pédophiles.

Lors de la conférence de consensus sur les auteurs d'agressions sexuelles (2001), il a été indiqué que les points communs entre les différentes formes de déviations sexuelles sont plus nombreux que ce qui les différencie entre eux, et qu'il n'est pas possible de distinguer, par exemple, des pédophiles extrafamiliaux, des pédophiles intrafamiliaux, des auteurs de viols, etc. (21)

Aussi, certains auteurs ont cherché à trouver un dénominateur commun chez les pédophiles, par le biais de passation de tests psychométriques de personnalité.

La personnalité est définie par Cottraux et Blackburn comme étant le style usuel d'une personne, consistant en l'intégration de composantes biologiques, cognitives, émotionnelles et comportementales. Et ce, en interaction avec l'environnement social (51).

En matière de pédophilie, hormis une minorité d'actes pédophiliques symptomatiques d'une maladie mentale, telles que déficience intellectuelle, détérioration intellectuelle débutante,

accès maniaque ou troubles schizophréniques, la grande majorité des auteurs pédophiles renvoie à un trouble de la personnalité (35).

Ainsi, Tenbergen trouve chez 60% de pédophiles, un trouble de la personnalité (27).

Cohen & al. (52) ont comparé 20 sujets pédophiles masculins à 24 témoins sains en consultation externe. Les auteurs ont utilisé le MCMI-2 (Million Clinical Multiaxial Inventory). Le but était de rechercher un indice d'impulsivité plus élevé chez les pédophiles. Les résultats ne suggèrent pas la prédominance de traits impulsifs. Par contre, les auteurs ont trouvé des troubles de la personnalité envahissants, dans les trois clusters (A, B et C) du DSM. La pathologie était plus saillante dans le cluster A que le cluster B qui, lui, était moins saillant que dans le groupe du cluster C. Van Gijseghem (53) a recensé une douzaine d'études ayant utilisé le MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Le MMPI est considéré comme étant le prototype des tests objectifs. Il comprend 10 échelles catégorielles qui donnent des traits de personnalités mais n'indiquent pas une pathologie.

Ces catégories sont :

1-hypocondrie, 2-dépression, 3-hystérie, 4-psychothérapie, 5-masculinité/féminité, 6-paranoïa, 7-psychasthénie, 8-schizophrénie, 9-hypomanie, 0-introversion sociale.

L'auteur constate qu'il y a une constante constituant un dénominateur commun chez les pédophiles, représentée par l'élévation du score à l'échelle 4-psychothérapie.

Puis, il constate l'existence de trois sous-groupes, chaque sous-groupe combinant deux échelles : la paire 4-psychothérapie/8-schizophrénie, un sous-groupe 4-psychothérapie/9-hypomanie et un sous-groupe 4-psychothérapie/3-hystérie.

Cependant, la combinaison la plus fréquente de deux échelles est celle 4-psychothérapie/8-schizophrénie.

Campbell a rapporté certaines études (54) :

Celle de Langevin, qui a montré chez les pédophiles homosexuels, une élévation des échelles 2-dépression, 4-psychothérapie et 8-schizophrénie, alors que chez les pédophiles hétérosexuels il y a une augmentation du score à l'échelle 1-hypocondrie.

Nagayama confirme les scores significatifs aux échelles 4-psychothérapie/8-schizophrénie retrouvée chez les pédophiles, et note que 67% des pédophiles avaient plus de deux échelles ayant un score élevé.

Panton trouve une élévation des échelles 2-dépression/4-psychopathie et note que seuls les pédophiles incestueux avaient un score élevé à l'échelle 0-introversion sociale.

Bouchet-Kervella (29) a rapporté une étude utilisant le Rorschach comparant des pédophiles et des délinquants non sexuels. L'étude a mis en évidence, chez les pédophiles, des traits de personnalité comme la pauvre estime de soi, la fragilité narcissique, les signes d'anxiété et d'impuissance face aux événements.

En définitive, en examinant les résultats des études précédentes, les auteurs s'accordent sur l'existence de troubles de la personnalité chez les pédophiles et des scores significatifs aux échelles 4-psychopathie et 8-schizophrénie, voire une combinaison entre les deux échelles.

E. Les théories explicatives.

La pédophilie étant un problème complexe et multi-factoriel, son étude s'est faite par des abords disciplinaires différents et qui vont devenir de plus en plus intégratifs.

1) les théories psychodynamiques.

Dans le format de ce travail de thèse, nous n'avons pas la prétention de présenter des travaux psychanalytiques de S.Freud, et de ses successeurs, en détail, mais nous nous contenterons de souligner les concepts essentiels permettant la compréhension du problème de la pédophilie, qui font consensus et qui restent encore aujourd'hui opérants.

L'approche psychanalytique princeps de S.Freud et de ses successeurs, va s'intéresser au rôle primordial de la sexualité infantile dans le développement psychique. Ce dernier s'inscrit dans la relation de l'enfant à ses parents, dont les aléas et les vicissitudes vont apporter un éclairage dans la compréhension de la pédophilie.

a) S.Freud ou la naissance de la *pulsion sexuelle* : aux confins du psychique et du somatique.

L'apport de Freud a été de montrer le rôle primordial de la sexualité infantile dans le développement psychique. Il considère que, dans le cadre du développement psychoaffectif, nous passons d'une dépendance absolue à une indépendance relative.

Dans ces *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905) (55), Freud va décrire la naissance de la pulsion sexuelle et son évolution.

Ainsi, à la naissance, dans la dyade mère-enfant, c'est l'instinct de conservation qui est à l'œuvre. Cet instinct est représenté par le réflexe de succion, permettant la tétée. Progressivement, le nourrisson découvre le plaisir oral en tant que zone érogène liée à la succion. Le nourrisson se met alors à suçoter son pouce, à vide, pour le simple plaisir oral. Ainsi, Freud considère que la pulsion sexuelle naît par *étayage* sur l'instinct de conservation et évolue pour son propre compte.



Figure 3

Freud considère alors ici, que la pulsion sexuelle *pervertit* l'instinct de conservation.

Par la suite, au cours du développement psychosexuel ultérieur, et par la maturation et la maîtrise neurophysiologique des différents sphincters, l'enfant va passer par différents stades successifs, oral, anal, urétral-phallique. La pulsion sexuelle va ainsi investir ces nouvelles zones érogènes et l'enfant devient *un pervers polymorphe*.

Ces pulsions sexuelles partielles vont par la suite s'unifier sous le primat du génital.

La réussite de cette évolution correspond à la résolution du complexe d'Œdipe qui se déroule habituellement entre l'âge de 3 et 5 ans.

Dans « *Totem et Tabou* » (56) Freud postule l'existence de pulsions incestueuses et meurtrières de l'enfant vers les parents. Ainsi, dans le stade du complexe d'Œdipe l'enfant va éprouver du désir sexuel pour le parent de sexe opposé et de l'hostilité envers le parent de même sexe. Cela engendre, chez le petit garçon, une angoisse de castration (punition) dont la gestion va conditionner l'évolution future.

- Lors d'une évolution heureuse, l'enfant effectue un refoulement de la pulsion incestueuse, renonce à son désir incestueux, intègre l'interdit de l'inceste qui va aboutir à la constitution du surmoi, instance morale. Le petit garçon s'identifie alors à son père et plus tard, adulte, il choisira une femme qui lui rappellera l'image inconsciente maternelle ou complètement à l'opposé de cette image maternelle, ce qui a la même signification dans les théories psychanalytiques.
Pour C. Levi-Strauss, l'interdit de l'inceste a une portée symbolique. Le passage de l'état de nature à l'état de culture est permis par l'intégration des interdits fondamentaux que sont l'inceste et le meurtre (57).

Freud affirme le caractère dynamique et évolutif des pulsions sexuelles dans la succession des stades oral, anal et phallique et qui constituent des zones érogènes. Ainsi, il existe une *prédisposition à la perversion* dont l'évolution va dépendre de la qualité de la relation de l'enfant à ses parents. Ainsi, les différents stades peuvent constituer des ancrages pour des fixations et être à l'origine de perversions. Pour Freud, « *les penchants pervers étaient largement répandus. L'idée s'imposa à nous que la disposition à la perversion était la prédisposition originelle* ».

- Lors d'une évolution fâcheuse, quand la relation de l'enfant aux parents est de mauvaise qualité, et que l'enfant se trouve face à l'angoisse de castration, il peut exister des fixations à un stade du développement constituant des ancrages de fixation-régression. Ainsi, chaque fois qu'un stade de développement psychosexuel n'est pas résolu et dépassé, il y a une régression au stade précédent.

En définitive, pour Freud, le complexe d'Œdipe est l'organisateur central de la vie psychique, autour duquel se structure l'identité sexuelle de la personne. Sa non-résolution est à la base des perversions, et la sexualité perverse va s'organiser sur le mode des pulsions partielles prégénitales avec des relations préobjectales à un objet partiel.

b) S. Ferenczi et la « confusion des langues ».

Ferenczi, contemporain et disciple de Freud, a été un réformateur en défendant notamment l'homosexualité. Il a opéré une rupture avec certaines théories freudiennes, puisque Freud considérait que les violences sexuelles subies par les enfants relèvent de la sphère du fantasme (58) en affirmant « *le constat certain qu'il n'y a pas de signe de réalité dans l'inconscient, de sorte que l'on ne peut pas différencier la vérité et la fiction investie d'affect* » (59).

En matière de pédophilie, Ferenczi va lutter contre cette approche et contre le déni collectif des traumatismes sexuels dans l'enfance. De plus, il considérait que, ce qui aggrave le traumatisme subi par l'enfant, c'est la non-reconnaissance de l'enfant en tant que victime. Toujours en matière de pédophilie, il a introduit le concept de la « confusion des langues, entre les attitudes passionnelles des adultes et la tendresse recherchée par les enfants »,

qui va être interprétée, par le pédophile, comme une recherche de la sexualité de la part de l'enfant. Cette *confusion des langues* traduit des distorsions cognitives chez le pédophile que nous aborderons plus loin dans l'approche cognitive. Ainsi, Ferenczi considère la victimologie sexuelle au cours de l'enfance, comme étant un traumatisme psychique, engendrant des séquelles sévères et durables, que nous avons abordées précédemment dans le chapitre des conséquences de l'agression sexuelle envers les enfants.

Par ailleurs l'enfant victime, qui a été passif, peut devenir actif à son tour par un mécanisme d'identification à l'agresseur tel que décrit par Anna Freud en 1936. Auquel cas, « *soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur* » (60). Pour Bibing, cette compulsion de répétition de l'agression sexuelle subie a une valeur restitutive dont la fonction est de tenter de rétablir la situation antérieure d'avant le traumatisme (60). Pour Marcelli (61), la compulsion de répétition est portée avant tout par un besoin de continuité existentielle. La trace mnésique du traumatisme, si elle n'est pas refoulée, va persister en ayant une trace au niveau neurocognitif.

c) Apport de Mélanie Klein : « la position schizo-paranoïde et la position dépressive » (62).

Mélanie Klein, élève de Freud, va s'en démarquer sur le plan théorique, grâce à son expérience clinique de psychanalyste auprès des enfants.

Ainsi, cette auteure considère que la succion chez le nourrisson n'est pas qu'un simple réflexe physiologique. En effet, quand la mère nourrit et gratifie le nourrisson, elle lui permet d'introjecter et d'installer le bon objet interne dans la psyché du nourrisson. Par conséquent, dans cette approche, la pulsion est davantage psychologique que biologique.

D'autre part, cette auteure considère que ce n'est pas l'angoisse de castration qui contraint l'enfant à renoncer au désir incestueux, mais l'angoisse de perdre l'objet aimé, la mère ou son substitut.

Sa théorie est basée sur le concept des *positions* qui ont un intérêt clinique et constituent un modèle d'approche du fonctionnement à l'adolescence et chez l'adulte dans le domaine sexuel et non sexuel.

Ces *positions* ne sont pas déterminées chronologiquement par des stades, comme dans la théorie freudienne, mais se déroulent la première année de la vie et permettent d'accéder à un complexe d'Œdipe précoce, ou proto-œdipe, différent du complexe d'Œdipe freudien.

D'autres auteurs situent aussi la problématique sexuelle au niveau du stade oral qui se situe la première année (J. McDougall) et évoquent la difficulté de séparation/individualisation de l'enfant par rapport à une mère symbiotique (M. Mahler).

❖ La position schizo-paranoïde :

Pour l'auteure, il existe dès la naissance, et avant toute expérience vécue, une pulsion de vie et une pulsion de mort (agressive et destructrice). Ces pulsions sont à l'origine d'un conflit intra-psychique générant de l'angoisse. Pour gérer cette angoisse, le nourrisson opère par des mécanismes de défense du type clivage, introjection et projection. Ce clivage porte à la fois sur la psyché du moi et sur le sein qui nourrit (ou son substitut). La pulsion de vie est projetée sur le bon sein lorsqu'il nourrit, gratifie et procure du plaisir, puis elle est introjectée. Alors que la pulsion agressive est projetée sur le mauvais sein lorsqu'il frustre et devient persécuteur.

L'introjection d'un bon objet est nécessaire pour le développement et elle est conditionnée par la qualité des soins maternels. C'est ce que Winnicott appelle « la mère suffisamment bonne » (*The good-enough mother*, 1953).

❖ La position dépressive :

Dans cette dyade mère-enfant, progressivement le nourrisson va percevoir que ses sensations bonnes ou mauvaises proviennent de la même personne qui prend soin de lui et sur laquelle il projette sa pulsion agressive. Il va alors éprouver de la culpabilité et une angoisse de perte de l'objet total réel qui est la mère, et ainsi élaborer la position dépressive et acquérir la permanence de l'objet, la mère. Cette évolution va lui permettre d'accéder au proto-œdipe.

L'apport de M. Klein a un intérêt clinique. Pour elle, la position dépressive se trouve à la croisée des chemins entre les points de fixation des névroses et des psychoses.

Ainsi, la non-élaboration de la position dépressive, aboutit à des fonctionnements de type état-limite, opérant par des mécanismes de clivage et de déni à l'adolescence et à l'âge adulte. Ainsi, le sujet va établir des relations de type anaclitique. Les mécanismes de défense de clivage et déni vont porter à la fois sur la réalité interne du sujet telle que des affects pénibles, de l'angoisse, de la dépressivité, indicibles et qui vont être déniées. Concernant l'environnement, il se trouve clivé en une partie adaptative et une partie déniée permettant le passage à l'acte.

Ainsi, chez le pédophile, la victime est perçue comme un objet sexuel et non comme une personne et donc il y a un déni de l'altérité. En plus, il y a un déni de la différence de sexe et de la différence de génération.

Ainsi la théorie de M Klein, qui introduit la notion de clivage et de déni, de même la non-élaboration de la position dépressive, permettent d'aborder la pédophilie comme une solution illusoire pour régler une problématique affective, des émotions internes négatives telles que l'angoisse et la dépressivité sous-jacente.

Cependant, la condition qui permet d'élaborer cette position dépressive nécessite des soins maternels de qualité pour permettre l'introjection et la mise en place d'un bon objet stable et sécurisant.

Sous-jacente à cette approche théorique, on perçoit la notion d'attachement que John Bowlby va développer et que nous aborderons plus loin.

d) Synthèse de l'approche psychanalytique : les apports théoriques et les critiques.

➤ Les apports théoriques.

Indéniablement, les apports psychanalytiques freudiens dans le développement psychosexuel et du psychisme de l'enfant, a enrichi considérablement la psychiatrie et continue à fournir des grilles de lecture pour comprendre le fonctionnement de la personnalité et les déviations sexuelles.

La description par Freud des différents stades oral, anal, phallique, génital, font consensus actuellement. Les notions de fixation-régression à un stade du

développement psychosexuel, ont permis de donner lieu à des classifications des pédophiles, pertinentes sur le plan clinique.

L'apport de M Klein avec les notions de clivage et déni, ainsi que la notion de *confusion des langues* de Ferenczi, contribuent à la compréhension du passage à l'acte du pédophile.

➤ Les critiques.

Les théories psychanalytiques manquent de critères objectifs pour se prêter à une évaluation. En outre, le concept de perversion est critiquable sur les plans clinique, éthique et théorique (63).

Ainsi, dans le dictionnaire de la psychanalyse, la perversion est définie comme « une déviation de l'acte sexuel normal qui est un coït par pénétration génitale avec une personne du sexe opposé » (64). Or, la normalité sexuelle est difficile à définir en raison des variabilités interindividuelles, interculturelles, et dépend des évolutions sociétales.

Sur ce point, E. Roudinesco, historienne de la psychanalyse, note que les psychanalystes, « *sont restés arqueboutés sur un conservatisme le plus étriqué, notamment à propos de l'homosexualité, du PACS et des nouvelles formes de filiation* » (65).

Par ailleurs, la perversion renvoie à pervers, qui a une connotation morale de perversité. Or, un pervers n'a pas obligatoirement de perversion sexuelle et une personne qui a une perversion sexuelle n'a pas obligatoirement de perversité morale.

Pour ces raisons, le concept de perversion est remis en cause actuellement en matière de pédophilie. L'ensemble des recherches actuelles montre qu'il est nécessaire de sortir la pédophilie du ghetto de la perversion (9). En outre, sur le plan

psychopathologique, on note des troubles de la personnalité et des typologies diversifiées qui devraient faire prendre de la distance vis-à-vis du concept historique du pervers sexuel (9).

Enfin, suite aux travaux de Claude Balier (22), référence française en la matière, un point apparaît faire consensus entre les experts, qui est le constat que « les troubles de comportement sexuels correspondent bien moins à des troubles de la sexualité proprement dits, qu'à des tentatives de solutions défensives par rapport à des angoisses majeures, elles-mêmes consécutives à des carences fondamentales de l'environnement primaire au cours de la petite enfance » (4,14,21). Il y a donc un trouble majeur du narcissisme qui entraîne, à l'insu du sujet, un état de dépression menaçant l'équilibre du moi. L'acte pédophile devient une tentative de sauvegarde face à une telle menace. Ainsi, le pédophile a connu une enfance trop perturbée affectivement pour que l'assise identitaire puisse se développer favorablement (9). D'où la régression infantile chez le pédophile, retrouvée aussi comme défense lui permettant une immersion dans le monde de l'enfance (35).

2) J. Bowlby : la théorie de l'attachement (66,67)

Bowlby, élève de M. Klein, va s'en démarquer et s'opposer à sa vision pulsionnelle intrapsychique. Il va aussi s'éloigner de la théorie freudienne de l'étayage de la pulsion sexuelle sur l'instinct de conservation.

Pour élaborer sa théorie de l'attachement, il a été influencé par les théories évolutionniste et de l'éthologie.

C'est donc dans le sillage des travaux de Lorenz sur l'empreinte, qui avait montré que des cannetons s'attachent à un objet dès la naissance, indépendamment de toute relation de nourrissage, que Bowlby va développer, dans le cadre de ses travaux, la théorie de l'attachement.

Il postule qu'il existe chez le nourrisson un besoin de proximité à la mère, ou de son substitut, bien distinct de la libido (la pulsion sexuelle).

Ce besoin primaire d'attachement est en interaction relationnelle avec le parent, dans sa capacité à percevoir et à interpréter les signaux du nourrisson et à y répondre de façon rapide et adaptée. Cela va conditionner le style et le type d'attachement. Cependant, Bowlby avait décrit l'attachement sous un aspect binaire, soit il se réalise bien, soit il est insécure.

Il revenait alors à Ainsworth d'avoir complété et approfondi cette approche en décrivant l'attachement qui se réfère à la relation qui émerge dans les interactions du *care giving* et le *care seeking*, et la mère constitue, dans ce cas, la *base de sécurité* pour l'enfant.

Ainsi, dans le cadre de ces interactions, plusieurs types d'attachements sont décrits en fonction de l'attitude de la personne qui s'occupe de l'enfant.

- Une mère stable, sensible, soutenante, répondant de manière adaptée aux besoins de l'enfant, conditionne un attachement *sécuré* chez l'enfant qui aura des représentations positives de soi et des autres et des compétences sociales dans les relations interpersonnelles.
- Une mère distante conditionne un attachement anxieux/évitant.
- Une mère incohérente, à la fois sensible et indifférente suivant les moments, conditionne un attachement anxieux résistant (ambivalent)
- Une mère réagissant de manière imprévisible conditionne un attachement désorganisé.

Ainsi, un défaut de réponse aux besoins de l'enfant, équivaut à une violence psychologique. La théorie de l'attachement de Bowlby/Ainsworth a été vérifiée et confirmée par Harlow (68) par son expérience chez les très jeunes singes macaques. Il a constaté que les jeunes macaques préfèrent aller se blottir sur une « mère de coton », peluche, que d'aller vers une « mère fil de fer qui donne de la nourriture ». Harlow conclut, lui aussi, que le besoin de nourriture n'est pas essentiel et qu'il y a un besoin inné de relations affectives, d'échanges et de communication.

De nombreuses recherches indiquent que les facteurs familiaux dans l'enfance joueraient un rôle dans la délinquance et la pédophilie. Les délinquants sexuels se décrivent comme ayant été victimes de mauvais soins, que leurs relations parentales étaient distantes et dénuées d'affect.

Pour Marshall & al. (69,70), l'attachement dysfonctionnel altérerait la confiance en soi et l'estime de soi, ne permettant pas d'établir des relations interpersonnelles satisfaisantes. Pour ces auteurs, le type d'attachement anxieux, ambivalent ou évitant, est corrélé au déficit dans les relations intimes. Ainsi, il est admis que les pédophiles n'ont pas les compétences et les habiletés sociales pour accéder à un(e) partenaire sexuel(le) adulte (21,71). D'autres études ont confirmé que les auteurs d'agressions sexuelles sur enfants ou sur majeurs développent un style d'attachement de type insécuré avec crainte de l'intimité.

Dans une étude, Cornet et Mormont (72) se sont intéressés aux représentations parentales et au style d'attachement chez des pédophiles (n:24), des délinquants non sexuels (n:20) et sujets contrôles (n:20).

Ils ont utilisé comme instruments de mesure :

- Le PCR (le Clark Relation Questionnaire)
- Le questionnaire de l'attachement chez l'adulte.

Les résultats ont montré que les pédophiles se distinguent des deux autres groupes, délinquants non sexuels et sujets contrôle, par un style d'attachement insécure de type évitant.

3) Les théories cognitivo-comportementales explicatives de la pédophilie.

Dans le cadre de ce travail de thèse, nous développerons particulièrement ce chapitre en raison de ses implications théoriques, cliniques, étiologiques et thérapeutiques de la pédophilie.

En effet, actuellement, la majorité des théories explicatives de l'agression sexuelle envers les enfants considère les distorsions cognitives chez les pédophiles comme un élément clé de l'étiologie de ce comportement délinquant pédophile (audition publique juin 2018 sur les auteurs de violences sexuelles) (73,74).

Comme on le verra plus loin, l'importance des théories cognitives a conduit la HAS (14) à adopter et recommander le guidelines de la WFSBP (World Federation of Societies of Biological Psychiatry) qui recommande d'utiliser les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) en première intention (75).

Par ailleurs, l'altération du traitement de l'information, en lien avec les schémas cognitifs, a des implications neuropsychologiques et neurobiologiques sur les fonctions exécutives et la capacité d'inhibition avec le processus d'activation/désactivation de certaines zones cérébrales, et ces aspects sont en lien avec le sujet de ce travail de thèse.

a) Définition et principes de base des théories cognitivo-comportementales.

Comme définition « les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) représentent l'application de la démarche scientifique et de la psychologie expérimentale à la solution d'un problème clinique ».

Trois principes de base sous-tendent les théories cognitivo-comportementales:

- Dans cette optique, l'approche cognitivo-comportementale considère que tous les comportements, qu'ils soient adaptés ou inadaptés, sont appris. Par conséquent, on peut les désapprendre et remplacer un comportement inadapté par un comportement adapté (76).
- Le modèle interactionnel de Cottraux postule que la personnalité a quatre composantes, biologique, cognitive, émotionnelle et comportementale, qui sont en interaction entre elles et s'influencent les unes les autres. Cette personnalité est en interaction avec son environnement (cf. schéma ci-dessous) (76). Ce modèle pourrait avoir des implications épigénétiques et neurodéveloppementales.

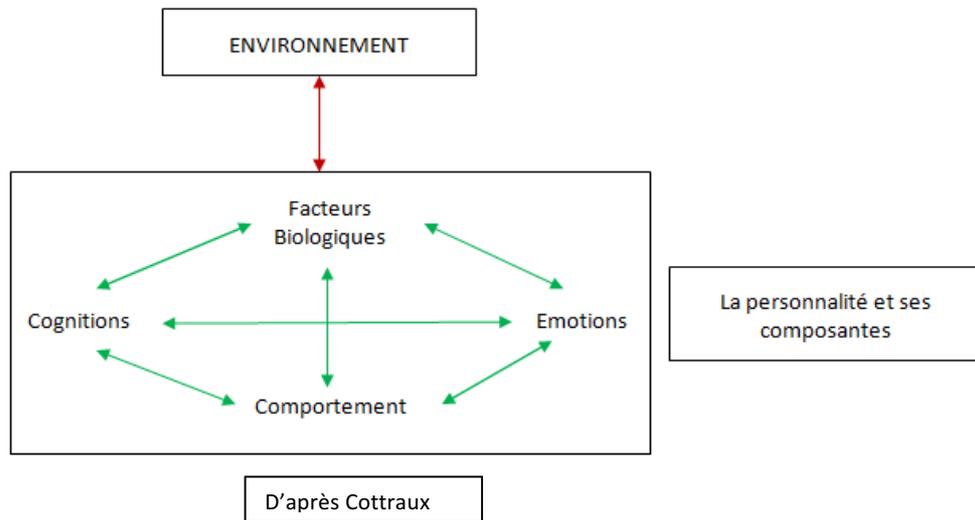


Figure4

Ces quatre composantes de la personnalité peuvent être la cible d'actions thérapeutiques : traitement médicamenteux, thérapie cognitive, thérapie comportementale et relaxation.

- Le comportement verbal ou non verbal, les monologues, émis par une personne, dépendent de la manière dont le sujet perçoit et interprète les situations, en fonction de ses propres schémas cognitifs (filtre).

b) Rappel historique.

Les approches cognitivo-comportementales ont connu trois vagues dans leur développement.

- Une première vague, dans la première moitié du XX^{ème} siècle, essentiellement comportementale, en référence au conditionnement répondant de Pavlov (1927) puis au conditionnement opérant de Skinner (1937).
- La deuxième vague cognitiviste de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle fait référence à l'apprentissage social de Bandura (77) en 1977 puis au système de traitement de l'information de Cottraux et Blackburn (51).
- La troisième vague, fin du XX^{ème}, début du XXI^{ème} siècle, basée sur le mindfulness ou la pleine conscience.

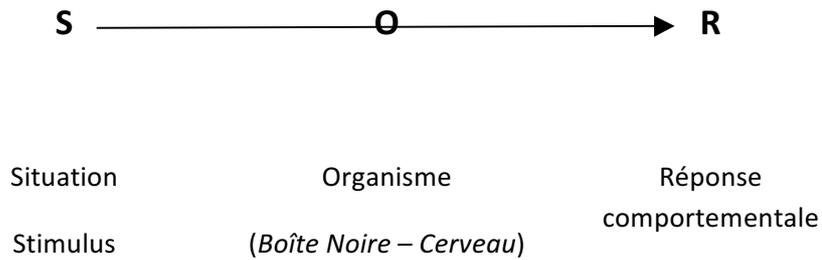
Nous présenterons dans le cadre de ce travail les deux premières vagues en lien avec notre travail de ce sujet de thèse.

c) Les différents modèles.

➤ Les modèles comportementaux :

- Le conditionnement pavlovien, appelé aussi conditionnement classique, ou de type 1, ou *répondant*.

Dans ce modèle, l'association d'un stimulus neutre et d'un stimulus inconditionnel fait que le stimulus neutre peut devenir à son tour un stimulus conditionnel.



Conditionnement répondant (PAVLOV)

Figure 5

Ainsi, dans ce modèle, un stimulus sensoriel visuel (film érotique) ou tactile (caresses) induit une réponse inconditionnelle (érection). Si ceci est associé à un stimulus neutre, un enfant, ce dernier devient à son tour conditionnel.

Ce type de conditionnement permet l’installation et l’acquisition d’un comportement dont le maintien va se faire par le conditionnement opérant de Skinner.

- Le conditionnement opérant de Skinner.

Dans ce modèle, une fois que le comportement est installé, son maintien se fait par un renforcement, par les conséquences du comportement.

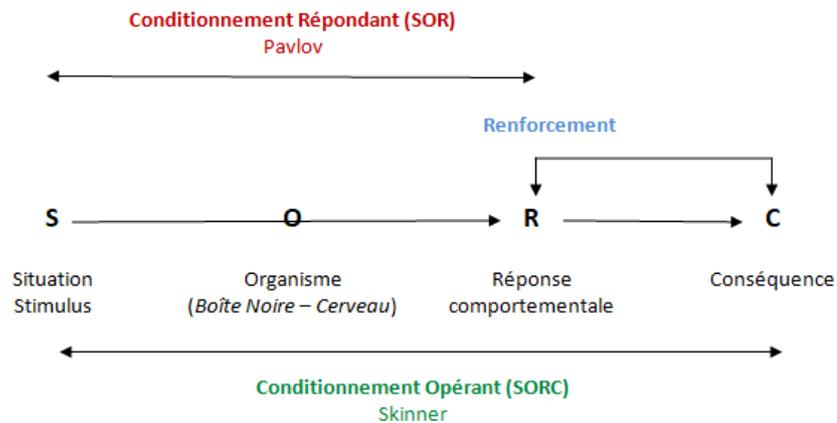


Figure 6

Ainsi, l’excitation sexuelle déviante et les fantasmes sexuels déviants pourront être utilisés lors de masturbation. Le comportement masturbatoire peut procurer du plaisir ou soulager des affects pénibles et cette conséquence va renforcer et maintenir le comportement sexuel déviant.

➤ Les modèles cognitifs.

Les modèles cognitifs vont pallier les insuffisances des modèles comportementaux, en s'intéressant à la « boîte noire » (le psychisme) en intégrant les aspects cognitifs.

- L'apprentissage social, Vicariant de A. Bandura (77).

Bandura postule que l'apprentissage peut consister en un apprentissage Vicariant par l'observation et l'imitation de modèles. Ces modèles peuvent être réels, symboliques ou imaginaires, tels que films, romans, revues ou vidéos pornographiques...

Ainsi, le sujet pourra apprendre ou modifier son comportement par le biais de cet apprentissage.

Laws et Marshall (78) ont avancé une théorie en tenant compte du conditionnement classique, du conditionnement opérant et de l'apprentissage social, mais sans aborder les schémas cognitifs que nous présenterons plus loin.

Selon ces auteurs, les abus sexuels précoces peuvent s'associer à des réactions d'excitation sexuelle. Cela peut alimenter ensuite, des fantasmes sexuels déviants s'accompagnant de masturbation qui renforcent le comportement et contribuent à son maintien. Par la suite, les fantasmes sexuels déviants peuvent s'enrichir par l'apprentissage social et de nouveaux scénarios sexuels déviants vont être élaborés et se fixer, augmentant ainsi le désir de passage à l'acte. Parallèlement, les fantasmes et les préférences sexuelles normales vont subir une extinction et disparaître.

Cette approche peut donc expliquer le rôle de la victimisation sexuelle dans l'installation et le maintien des fantasmes sexuels déviants et de la préférence sexuelle déviante. Cependant, dans cette approche, il manque l'abord des schémas cognitifs qui conditionnent les cognitions dysfonctionnelles facilitatrices du passage à l'acte.

- Le système de traitement de l'information (STI) et les schémas cognitifs.

→ Le système de traitement de l'information de Cottraux et Blackburn (51,79).

Ce modèle suppose que l'organisme est considéré comme une machine à traiter l'information. C'est la métaphore de l'ordinateur que nous présentons dans le schéma ci-dessous (51).

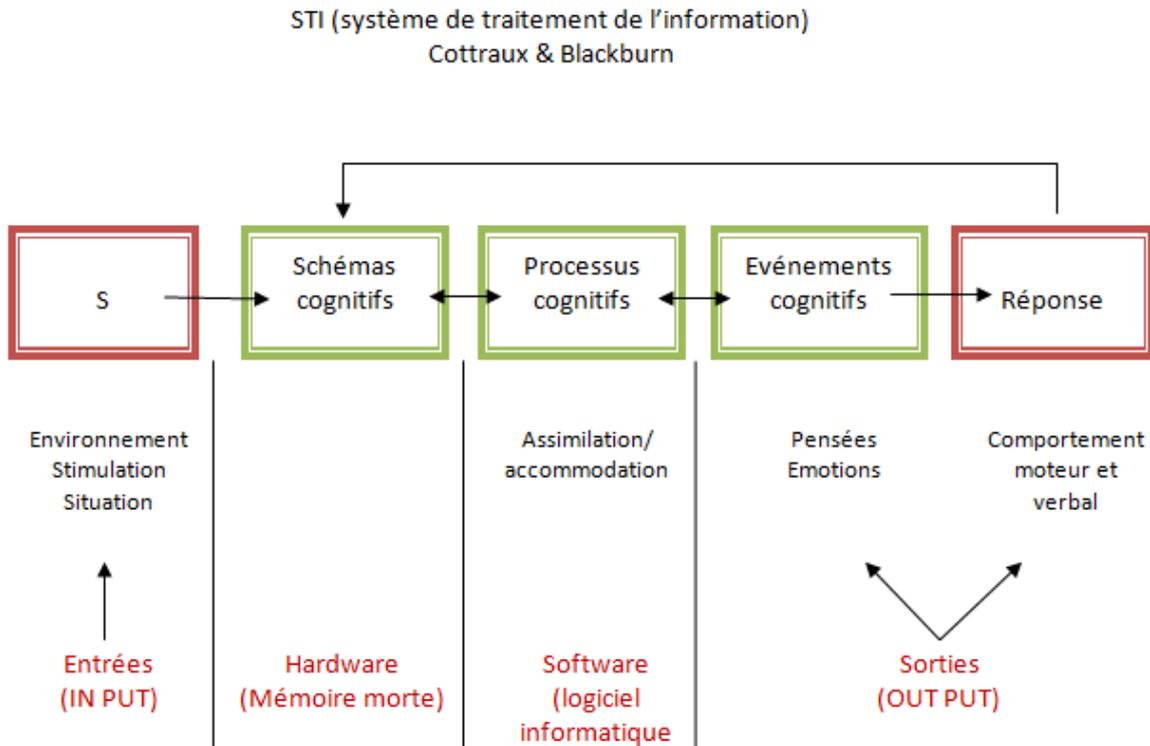


Figure 7

Dans une situation donnée, les *schémas cognitifs* se trouvent activés par un stimulus de l'environnement. Ces *schémas cognitifs* contiennent l'ensemble de nos expériences et savoirs acquis sur le monde. Ils sont inconscients (inconscient cognitif), stockés dans la mémoire à long terme et fonctionnent de manière automatique (c'est le hardware, mémoire morte, disque dur de l'ordinateur).

Une fois les *schémas cognitifs* activés, des *processus cognitifs* (assimilation/accommodation), vont traiter l'information (ce sont les logiciels

informatiques ou software). Les *processus cognitifs* d'*assimilation/accommodation* font référence aux travaux de Piaget qui vont nous permettre une adaptation à la réalité.

Chez le sujet normal, il y a une accommodation des *schémas cognitifs* à la réalité externe.

Dans le domaine de la pathologie, il y a une assimilation de la réalité externe aux schémas. Dans ce cas, le sujet ne retient de l'environnement que les informations congruentes à ses schémas.

L'assimilation se fait par des *distorsions cognitives* telles que *l'inférence arbitraire (conclusion hâtive sans preuve)*, *l'abstraction sélective*, *la personnalisation*, *la minimisation/maximisation*, *la surgénéralisation*, etc.

Une fois que le traitement de l'information est réalisé, le sujet va émettre des *événements cognitifs*, à savoir, des pensées, des émotions, et comportements. Ces événements cognitifs, et leurs conséquences, en retour vont venir renforcer les schémas cognitifs.

A partir de ce modèle, on considère que l'altération du traitement de l'information est en relation avec le contenu des schémas cognitifs automatiques et inconscients, qui sont spécifiques de chaque trouble dans le domaine de la psychopathologie.

Ce traitement de l'information implique les fonctions exécutives et, notamment, la capacité d'inhibition en lien avec les processus d'activation/désactivation de certaines zones cérébrales qui ont une traduction neuropsychologique.

→ Application du modèle cognitif à la pédophilie : cognitions dysfonctionnelles

Abel (80) a été le premier à évoquer les distorsions cognitives chez les agresseurs sexuels. En fait, dans la littérature anglo-saxonne américaine, il est fait référence aux distorsions cognitives, mais, dans la littérature française, on parle plutôt de *pensées dysfonctionnelles* qui sont des croyances irrationnelles que le sujet va avoir une fois que les schémas cognitifs sont activés et que les processus cognitifs ont traité l'information par distorsion cognitive (81).

Cependant, il existe actuellement un débat dans la communauté scientifique à propos des pensées dysfonctionnelles chez les auteurs d'agressions sexuelles envers les enfants (73). Pour certains auteurs, les cognitions dysfonctionnelles ont une valeur étiologique, consécutive au contenu des schémas cognitifs, et sont facilitatrices et permissives du passage à l'acte.

Pour d'autres auteurs, les pensées dysfonctionnelles sont émises après le passage à l'acte, pour justifier, minimiser et rationaliser le comportement sexuel déviant.

Quoi qu'il en soit, c'est la valeur étiologique des cognitions dysfonctionnelles qui est retenue.

Ainsi, plusieurs cognitions dysfonctionnelles facilitatrices du passage à l'acte ont été décrites (73,81,82) :

- Si l'enfant ne s'oppose pas, c'est que sa passivité est un accord implicite à participer à une relation sexuelle et qu'il y prenne plaisir ;

- Les gestes et les actes sexuels ne causent pas de tort à l'enfant ;
- C'est une manière d'éduquer sexuellement l'enfant ;
- Si l'enfant ne révèle pas les faits, c'est qu'il les apprécie et souhaite les renouveler ;
- Si un enfant pose une question sur la sexualité pour s'informer, c'est qu'il désire avoir une relation sexuelle...

Un consensus se dégage pour indiquer que ces pensées dysfonctionnelles sont consécutives au contenu des schémas cognitifs sous-jacents.

→ Les schémas cognitifs chez les pédophiles : contenus des schémas cognitifs.

Deux auteurs ont avancé des théories concernant le contenu des schémas cognitifs chez les pédophiles :

Ward & al. évoquent le concept des théories implicites (IT Implicit Theory) (83,84).

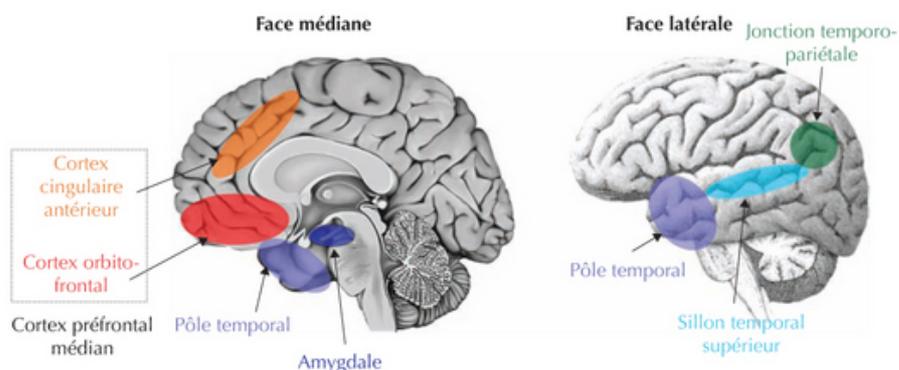
Young qui a décrit les schémas précoces inadaptés (SPI – Early Maladaptive Schemas de Young) (85).

- Les théories implicites orienteraient le traitement de l'information vers la sélection et l'intégration d'informations congruentes aux schémas et favoriseraient le rejet d'autres informations incongruentes. Ainsi, il y a une assimilation de la réalité aux schémas, notamment dans la manière de percevoir l'enfant.

Ces théories implicites se construisent pendant l'enfance et résulteraient d'un retard dans le développement de la théorie de l'esprit (theory of mind -ToM) et ce, suite à des problèmes d'attachement dysfonctionnels enfant/parent (73,74). L'expression de la théorie de l'esprit ne désigne pas une théorie psychologique mais une aptitude cognitive permettant d'imputer des représentations mentales inobservables aux autres individus selon Duval (86).

Cette aptitude permet de prédire, d'anticiper et d'interpréter le comportement des pairs dans une situation donnée. Elle implique une connaissance cognitive et/ou émotionnelle d'autrui. Elle s'apparente à l'empathie et a des supports

neurobiologiques comme représenté dans la figure suivante en tant que système cognitif.



D'après Duval & al. (Revue de Neuropsychologie – 211/1 vol. 3) (86).

Figure 8

Ward & al. (83,84) ont développé plusieurs IT dont certaines sont plus spécifiques aux enfants, et ce, à partir d'instruments de mesure qui ont permis de valider ce modèle (le Bumby's Molest Scale, le Hanson Sex Attitude Questionnaire).

Les théories implicites décrites sont les suivantes :

- La théorie implicite *entitlement* : il s'agit du droit d'agir à sa convenance ou droit exagéré. Ce sont des personnes qui se sentent supérieures aux autres, en raison d'un statut social ou d'un pouvoir et donc, qui s'accordent la possibilité d'avoir des relations sexuelles avec ceux qui sont moins puissants ou moins importants qu'eux. Cette IT a été validée chez 68 % des violeurs de femmes adultes et chez 10 % d'auteurs de violences sexuelles sur enfants (AVSE).
- Théorie implicite *Dangerous World*, le monde est dangereux. Ici, l'agresseur sexuel pense qu'il doit combattre et contrôler son environnement, car les autres sont perçus comme étant hostiles, agressifs et dangereux. D'où la tendance à aller chercher l'affection chez les enfants. Cette IT a été validée chez 22% d'AVSE et seulement 19% chez les violeurs d'adultes.

- La IT *Incontrollability*, le monde est incontrôlable.
Cette théorie fait référence à la notion d'externalité, le sujet attribue ses problèmes et ses difficultés à des causes externes, sans remise en cause personnelle, et ce, afin de se déresponsabiliser. Ainsi, l'AVSE considère ses passages à l'acte comme étant indépendants de sa volonté : « c'est une pulsion ». L'AVSE qui a cette IT est un sujet passif qui se laisse porter par les événements sans pouvoir agir et contrôler sa vie. Quelques fois, le passage à l'acte est favorisé par une prise de produits psychoactifs.
Cette IT caractérise principalement les pédophiles ayant des antécédents de victimologie sexuelle ou traumatique.

- La IT *Children are sexual beings*, les enfants sont des objets sexuels.
Ici, l'AVSE perçoit l'enfant comme cherchant et voulant avoir des relations sexuelles avec un adulte et y consentir. Il a la cognition dysfonctionnelle qui est : le désir sexuel envers les enfants est naturel. Cette IT a été validée chez 28% des AVSE. Elle rappelle le concept de la *confusion des langues* décrite par Ferenczi.

- La IT *Nature of harm*. Cette théorie indique qu'il existerait un degré dans le mal, la douleur ou le préjudice occasionné. L'agression sexuelle envers un enfant est perçue comme n'occasionnant pas de douleur, voire même elle peut être bénéfique pour l'enfant. Cette IT concerne 14% des AVSE.

- La IT *child as partner*. Ici l'AVSE est un sujet immature qui perçoit l'enfant comme pouvant être un véritable ami et avec lequel il y a une congruence émotionnelle réciproque.
 - Les schémas précoces inadaptés de Young (SPI) (85).

Origine des SPI :

Pour Young, le besoin de sécurité dans l'attachement aux autres est indispensable pour un bon développement permettant une adaptation sans difficulté.

Pour cet auteur « un schéma est une disposition qui prend sa source dans l'enfance et influence toute notre vie. Il est issu de ce que nous ont fait subir

notre famille ou nos jeunes amis. Nous avons été abandonnés, critiqués, surprotégés, nous avons été victimes d'abus, de rejet dans notre entourage ou de privations, toutes choses qui ont entraîné des traumatismes. Au bout d'un certain temps, le schéma s'intègre étroitement à notre personnalité...Le schéma est le terme scientifique pour décrire un comportement provenant de la psychologie cognitive. Par schéma, on entend des croyances profondes sur nous-mêmes et sur le monde, croyances acquises dans la toute petite enfance. » (85).

Dans ce modèle, Young a enrichi l'approche cognitive en prenant en considération le rôle de la mémoire émotionnelle, et en référence à la théorie de l'attachement de Bowlby, il a intégré les besoins affectifs de l'enfant et son développement.

Par conséquent, pour cet auteur, le schéma est un réseau de connexions entre des souvenirs d'événements anciens, de sensations corporelles, des émotions et des cognitions. Les SPI seraient la conséquence d'un

tempérament émotionnel associé à des besoins affectifs non comblés pendant l'enfance.

Les différents types de SPI :

L'auteur a décrit plusieurs schémas parmi lesquels deux apparaissent importants et découlent du manque de sécurité dans l'enfance. Il s'agit du sentiment d'abandon et de la méfiance et l'abus.

- Le sentiment d'abandon : le sujet considère les proches comme instables et peu fiables et donc, il est destiné à la solitude qui sera son lot.
 - La méfiance et l'abus : le sujet a la crainte d'être blessé, trompé, trahi, manipulé, humilié, violenté, abusé.
- Les autres schémas décrits par cet auteur :
- Deux schémas sont liés à la capacité d'autonomie, la dépendance et la vulnérabilité.
 - Deux schémas sont liés directement à la qualité des liens affectifs : la carence affective et l'exclusion.
 - Deux schémas liés à l'estime de soi : le sentiment d'imperfection et le sentiment d'échec.

- Deux schémas concernant l'aptitude à exprimer ses désirs et faire en sorte de combler ses besoins : l'assujettissement et les exigences élevées
- Enfin, un dernier schéma est le sentiment que tout nous est dû : le sujet pense pouvoir obtenir ce qu'il veut, sans limite, sans se soucier d'autrui avec un manque d'empathie pour les autres.

Des travaux ont cherché à valider ces schémas inadaptés précoces chez les délinquants sexuels :

Richardson (87) a comparé des groupes d'agresseurs sexuels d'adultes et des agresseurs sexuels d'enfants en évaluant l'activation des SPI au Young Schema Questionnaire II.

Les résultats ont montré que les AVSE qui ont été eux-mêmes victimes d'abus sexuels, rendent compte des SPI d'abandon et d'imperfection.

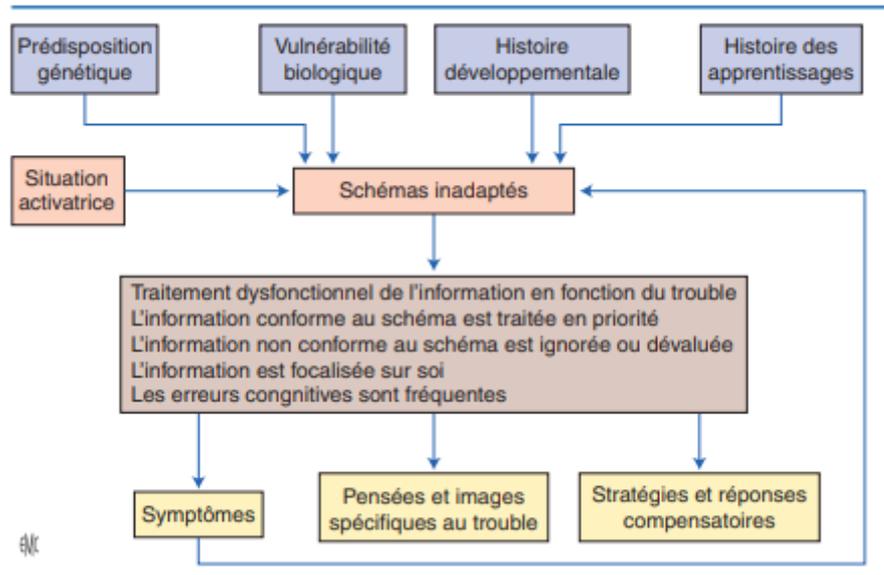
Sigre-Leiros & al. (88) ont comparé l'activation des SPI chez des violeurs (n:50), des pédophiles (n:19), et des agresseurs d'enfants non pédophiles (n:40). Ils ont utilisé le Young schema questionnaire et The Brief Symptom Inventory and the Socially Desirable Respons Set Measure. Les résultats ont montré, chez les pédophiles, des schémas d'imperfection et d'assujettissement en comparaison avec les autres groupes.

Les agresseurs d'enfants non pédophiles avaient des schémas d'isolement social et les violeurs étaient plus exposés aux schémas de vulnérabilité.

Les auteurs concluent que les SPI peuvent jouer un rôle dans la vulnérabilité aux infractions sexuelles.

d) Synthèse :

En synthèse de cette approche cognitive, et en intégrant la composante biologique au sens large, le modèle théorique peut être représenté par le schéma de Clark de la psychopathologie (79,89) qui va être appliquée aux troubles et que nous présentons ci-dessous.



Théorie cognitive de la psychopathologie (Clark, 2009) in (79)

Figure 9

Dans le sillage des approches cognitives, des modèles plurifactoriels, de plus en plus intégratifs, ont vu le jour. Ils ont avancé des explications étiologiques du comportement sexuel déviant en général, et à l'encontre des enfants notamment. Ces théories plurifactorielles vont intégrer des facteurs tels que les problèmes de l'attachement, les prédispositions génétiques, les vulnérabilités psychologiques, les cognitions dysfonctionnelles, les déficits des habiletés sociales et de l'intimité et les déficits neuropsychologiques.

4) Les théories intégratives multifactorielles.

a) Le modèle des pré-conditions quadri-factoriel (Finkelhor & Aragi) (90).

Ces auteurs ont passé en revue les différentes explications qui ont été avancées concernant l'agression sexuelle envers les enfants et les ont regroupées en quatre pré-conditions.

- La première pré-condition est la motivation à l'agression sexuelle d'enfant. A la base de cette motivation, il y a trois éléments dont un seul peut être suffisant. Ces trois éléments sont, la *congruence émotionnelle*, l'*excitation sexuelle déviante* et le *blocage*.

- La congruence émotionnelle : le pédophile est un sujet immature sur le plan psychoaffectif, il est infantile, se sent plus proche de l'enfant et est plus à l'aise en sa compagnie.
 - L'excitation sexuelle déviante : elle tient son origine dans la fixation à une sexualité infantile, en lien avec une vulnérabilité lors du développement de l'enfant. L'enfant devenu adulte développe une sexualité déviante pour l'enfant.
 - Le blocage : le défaut d'habileté sociale qui caractérise le pédophile est à l'origine d'une incapacité à nouer une relation d'intimité avec l'adulte. Ainsi, cette incapacité va orienter le pédophile vers l'enfant, pour avoir une satisfaction émotionnelle et sexuelle. L'enfant devient alors une alternative au blocage.
- La deuxième pré-condition est constituée par la levée des inhibitions internes.
La désinhibition peut être levée dans certaines pathologies psychiatriques ou à l'occasion d'usage de produits psychoactifs (alcool, drogue...) et par des cognitions dysfonctionnelles facilitatrices du passage à l'acte.
- La troisième pré-condition est constituée par la levée des inhibitions externes.
Il s'agit, dans ce cas, de circonstances procurant une opportunité. Ce sont des situations à risque pour l'enfant, future victime potentielle, dont les parents ne sont pas attentifs et le confient facilement à un adulte qui a une attirance sexuelle pour les enfants.
- La quatrième pré-condition est constituée par la levée des résistances de l'enfant.
Un enfant vulnérable, à risque de victimisation, peut rencontrer un pédophile qui va user de manipulation, de cadeaux pour gagner la confiance de l'enfant l'initier et l'habituer progressivement à la sexualité par le biais de dessins ou de la pornographie.

b) Le modèle de Marshall & Barbaree (91).

Ces auteurs ont intégré dans leur théorie des facteurs biologiques, sociaux, développementaux, hormonaux, assertifs, autant de facteurs qui, normalement, devraient permettre une transition sans heurt entre enfance, adolescence et âge adulte.

Or, de leur point de vue, les négligences, les carences, les maltraitances et les abus divers, vont engendrer une vulnérabilité psychologique : faible estime de soi, manque d'habileté et de compétences sociales, qui vont conduire le futur AVSE à l'isolement social et à éprouver des émotions négatives, d'anxiété, de stress, de colère qui constituent autant de situations internes à risque, car difficiles pour lui à gérer.

A l'adolescence, période critique à tous égards, il y a une difficulté à intégrer les modifications physiologiques et la poussée hormonale sexuelle, d'où le recours à des fantasmes sexuels déviants et à la masturbation, utilisée comme stratégie de coping, adaptative.

A ces éléments peuvent s'associer des facteurs situationnels comme l'inactivité professionnelle, l'usage de produits psychoactifs, la présence d'une victime potentielle, et de la sorte, un passage à l'acte peut être précipité.

c) Le modèle quadripartite de Hall & Hirschman (92,93).

Ces auteurs ont basé leur modèle sur l'interaction entre quatre facteurs principaux :

L'excitation sexuelle déviante,

Les distorsions cognitives (= les cognitions dysfonctionnelles),

La régulation affective et émotionnelle dysfonctionnelle

Les troubles de la personnalité.

Concernant l'existence de la pulsion sexuelle déviante, les auteurs, dans ce modèle, n'indiquent pas son origine causale. Mais ils constatent et justifient son existence en se basant sur les données de la pléthysmographie pénienne chez les pédophiles, qui ont montré que, chez ces derniers, il y a une réponse pénienne à la vue de stimuli sexuels visuels représentant des enfants, et ce, comparativement à des hommes témoins sains.

La préférence sexuelle pour les enfants est ensuite légitimée par des cognitions dysfonctionnelles, pensées erronées et irrationnelles, qui vont autoriser le passage à l'acte, sa répétition et le maintien de ce comportement.

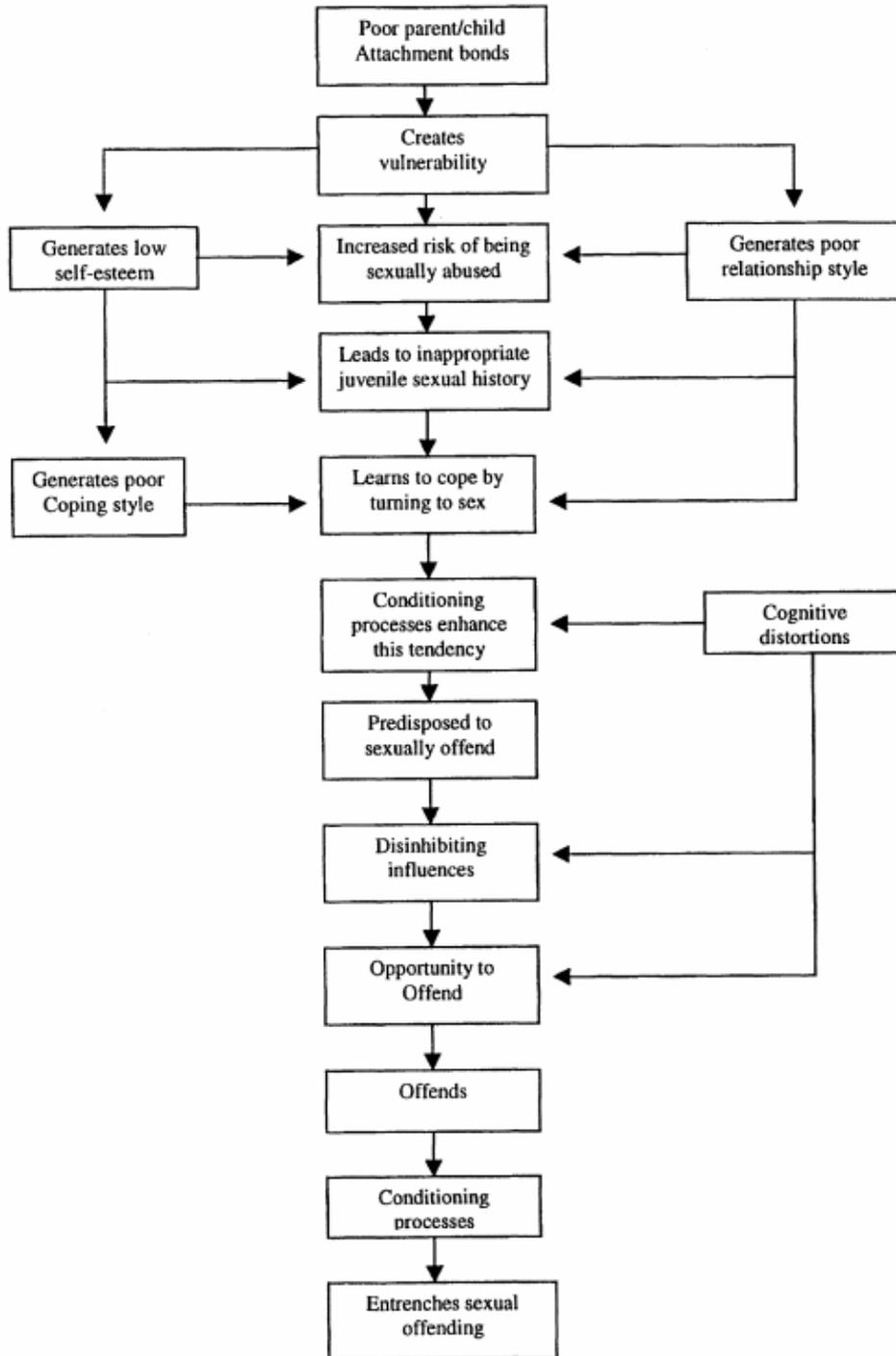
La régulation émotionnelle dysfonctionnelle renvoie à des affects tels que la dépression, l'anxiété, le stress, la colère, qui sont fréquents chez les pédophiles et qui constituent un facteur de risque de passage à l'acte. Ainsi, ce passage à l'acte va constituer un moyen de gestion des affects et des émotions négatives.

Le facteur trouble de la personnalité est issu d'expériences précoces avec l'environnement familial, telles les négligences et les carences qui retentissent à leur tour sur les apprentissages scolaires. Autant d'éléments qui engendrent l'acquisition d'attitudes antisociales et des troubles de la personnalité associés au passage à l'acte.

Ces auteurs concluent en proposant que les prises en charge soient orientées vers le facteur étiologique qui apparaît prédominant.

d) Le modèle de Marshall et Marshall (94).

En référence aux travaux de Bowlby et sa théorie de l'attachement, les auteurs considèrent les attachements pendant la période de l'enfance, et ses altérations, comme étant des facteurs étiologiques de l'agression sexuelle. Ainsi, la vulnérabilité engendrée devient l'élément crucial de la problématique (70,94).



Etiological Steps to Sexual Offending (Marshall W.L & Marshall L.E)

Figure 10

Ainsi, des parents qui ont une attitude inattentive ou rejetante de l'enfant, ce dernier va avoir un attachement dysfonctionnel et développer un comportement du type évitant ou anxieux-ambivalent, une faible estime de soi et une pauvreté des habiletés et des compétences sociales ne lui permettant pas d'établir des relations interpersonnelles et des rapports d'intimité. D'où l'isolement social, la solitude affective et émotionnelle.

Pour les auteurs, ces faibles liens d'attachement conduisent à la délinquance en général, et plus spécifiquement aux agressions sexuelles.

A l'adolescence, la pauvreté des stratégies de coping conduisent l'adolescent à recourir à la masturbation qui va se renforcer par la répétition et prédisposer à l'agression sexuelle.

Le passage à l'acte sera, par la suite, facilité par les distorsions cognitives et l'usage de substances désinhibitrices (alcool et drogue...).

Ainsi, la délinquance sexuelle va se renforcer par un processus de conditionnement et se maintenir.

En définitive, comme il a été souligné par ailleurs par van Gijsegem, « *tout carencé est un abuseur potentiel* » (30).

A l'appui de leur modèle théorique, les auteurs rapportent des études allant dans le même sens. Ainsi, Bernard (cité par Marshall), rapporte que 96% des violeurs d'adultes et 74% des agresseurs sexuels d'enfants avaient eu peu ou pas d'ami dans leur enfance.

De même, Garlick (95) a comparé des délinquants sexuels incarcérés à des délinquants non sexuels en utilisant des instruments de mesure qui sont : UCLA loneliness scale et l'Intimacy questionnaire de Tesch. Les violeurs et agresseurs sexuels d'enfants ont obtenu des résultats plus hauts à la mesure de solitude et plus bas à la mesure d'intimité que les délinquants non sexuels.

Marshall & al. (70,94) citent leur propre étude comparant des violeurs, des agresseurs sexuels d'enfants et des délinquants violents non sexuels, en utilisant l'intimacy scale de Waring et l'UCLA loneliness scale.

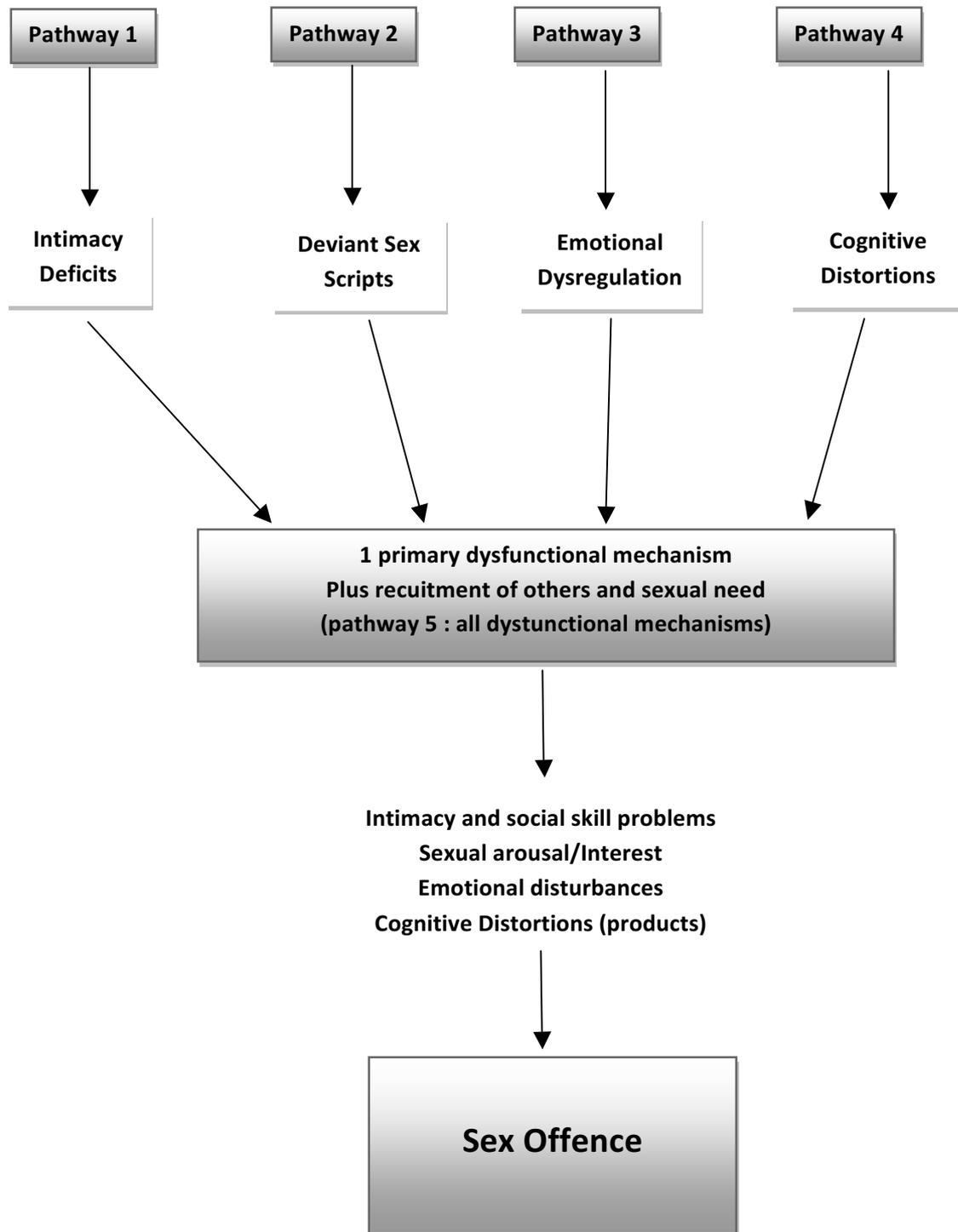
Les agresseurs sexuels ont démontré un niveau moindre d'intimité que les délinquants violents non sexuels. A l'échelle de solitude, les agresseurs sexuels d'enfant ont témoigné d'une plus grande solitude que les autres groupes.

En conclusion de leur étude, les problèmes d'attachement, les déficiences d'intimité et le sentiment de solitude devraient être pris en compte dans l'évaluation et le traitement de la délinquance sexuelle.

e) Le modèle des *trajectoires* de Ward et Siegert (pathways models of childsexual abuse) (96).

Ce modèle intègre les théories précédentes déjà passées en revue.

Pour ces auteurs, l'agression sexuelle envers les enfants est engendrée par quatre mécanismes dysfonctionnels aboutissant à cinq trajectoires différentes (cf. figure ci-dessous que nous allons commenter).



D'après Ward et Siegert (96)

Figure 11

Dans chaque trajectoire il y a un mécanisme *primaire* prévalent en interaction avec les autres mécanismes.

- Ces mécanismes dysfonctionnels sont en relation avec l'histoire du sujet et de son développement.

Les quatre mécanismes sont :

- Le déficit des habiletés sociales et de l'intimité
- Les scripts sexuels déviants
- Les dysrégulations émotionnelles
- Les distorsions cognitives (=cognitions dysfonctionnelles).

Le premier mécanisme est une conséquence d'un attachement insécuré, engendrant sur le plan clinique une dépendance dans les relations, des troubles de l'humeur, une difficulté dans la résolution de problèmes, de l'impulsivité et un faible sentiment d'efficacité personnelle.

Le deuxième mécanisme : des scénarios sexuels déviants sont consécutifs à des expériences négatives où l'abus dans l'enfance participerait à leur formation et orienterait le comportement sexuel.

Le troisième mécanisme : des dysrégulations émotionnelles, dysfonctionnelles, concernent le sujet lui-même et son incapacité à identifier les émotions chez autrui (défaut d'empathie évoquée par ailleurs dans la theory of mind (ToM)).

Le quatrième mécanisme : des distorsions cognitives concernent les pensées erronées, irrationnelles, qui vont faciliter le passage à l'acte.

- Les trajectoires :
 - Dans la première trajectoire, il y a un cumul des quatre mécanismes avec une prédominance des scripts sexuels déviants.
Cette trajectoire correspond au *pédophile pur*, qui idéalise la relation intime avec l'enfant et lui porte intérêt en tant que partenaire.

- Dans la deuxième trajectoire, il y a une combinaison des deux premiers mécanismes, à savoir les scripts sexuels déviants et le déficit des habiletés sociales.

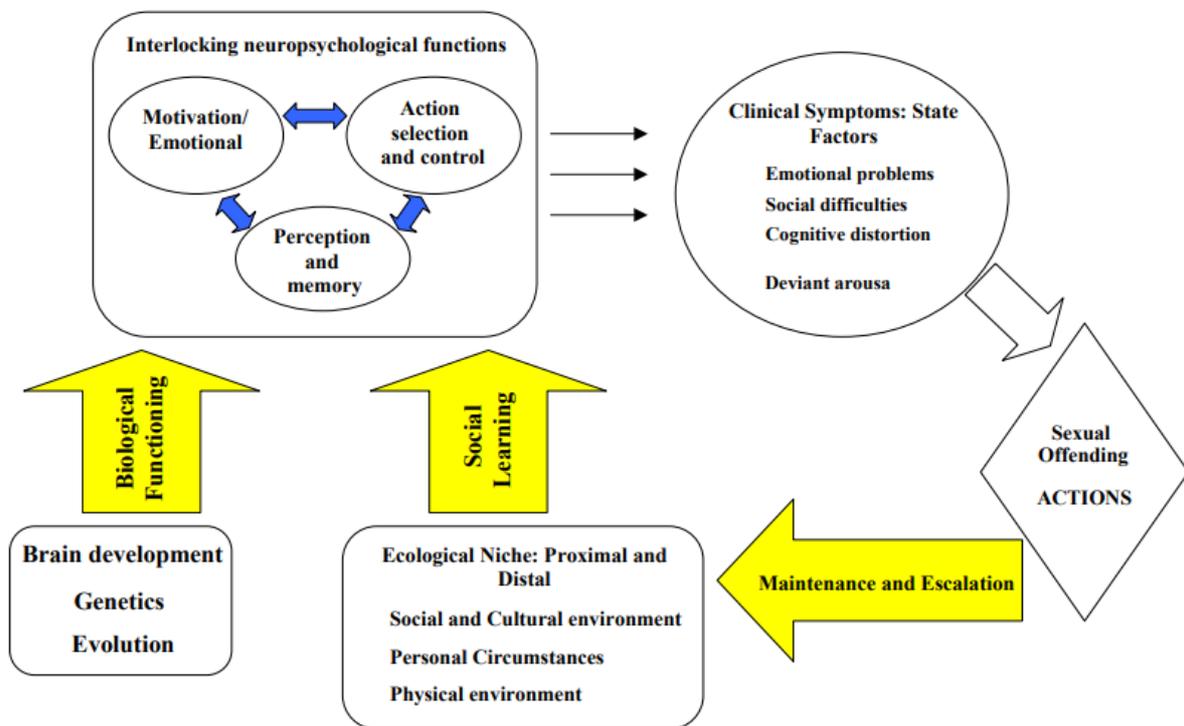
Ici, les passages à l'acte surviennent pendant les périodes difficiles, telles que le rejet ou la solitude. Il s'agit davantage de la recherche d'une sexualité inappropriée que d'une préférence sexuelle déviante dans le choix du partenaire. La sexualité répond, en quelque sorte, à un simple besoin physique, peu importe le partenaire.

- La trajectoire trois correspond essentiellement au mécanisme de déficit des habiletés sociales et de l'intimité. Ici, le pédophile a une difficulté à nouer une relation intime avec un ou une partenaire adulte, l'enfant devient sécurisant pour lui et la sexualité déviante correspond, dans ce cas, davantage à un besoin affectif.
- La trajectoire quatre concerne l'existence d'une dysrégulation émotionnelle en tant que mécanisme *primaire*, principal. Ici, les auteurs distinguent deux types d'agresseurs sexuels d'enfant :
 - Ceux qui ont une difficulté à gérer leurs émotions, type colère ou rage, chez lesquels l'agression sexuelle sur enfant devient réactionnelle en tant que punition de la conjointe en cas de conflit.
 - D'autres, vont avoir recours à la masturbation compulsive lorsqu'ils éprouvent des émotions négatives. Cette stratégie débiterait à l'adolescence et l'agression sexuelle d'enfant se produirait en cas d'opportunité.
- Dans la trajectoire cinq, l'on trouve la prédominance des cognitions dysfonctionnelles qui facilitent et valident l'agression sexuelle envers l'enfant. Chez ce type de pédophile, l'agression sexuelle fait alors partie d'un tableau plus large d'actes délinquantiels de toutes sortes et, donc, de comportements antisociaux en général.

f) L'ITSO (Integrated Theory of Sexual Offending) ou la théorie intégrative de l'agression sexuelle. Ward & Beech (97).

Les auteurs ont élaboré cette théorie, qui apparaît être la plus complète, à partir des théories précédentes, en les complétant par divers facteurs distaux et proximaux et ce, afin d'expliquer le début, le développement et le maintien de la délinquance sexuelle envers les enfants.

T. Ward, A. Beech / Aggression and Violent Behavior 11 (2006) 44–63



Unified theory of sexual offending.

Figure 12

Comme on le constate sur ce schéma, les auteurs ont intégré des composantes biologiques et génétiques comme facteurs déterminants dans le développement cérébral, en interaction avec l'environnement et l'apprentissage social ainsi que leurs conséquences sur le plan neuropsychologique (système émotionnel, motivationnel, sélection et contrôle de l'action, perception et mémoire).

L'interaction entre l'ensemble de ces facteurs est à l'origine de problèmes cliniques tels que la dysrégulation émotionnelle, les difficultés relationnelles, les attitudes antisociales et les distorsions cognitives.

L'agression sexuelle devient ainsi la conséquence de l'ensemble de ces facteurs et se maintient par un conditionnement opérant de Skinner, c'est-à-dire par un renforcement par la conséquence que l'agression sexuelle procure à son auteur.

g) Synthèse.

Au terme de ce chapitre, et en synthèse des approches cognitives et des théories multifactorielles intégratives, nous retenons d'abord l'importance de la notion de cognition dysfonctionnelle, représentant des pensées erronées et irrationnelles, facilitatrices du passage à l'acte pédophilique.

Ces cognitions dysfonctionnelles sont consécutives au contenu des schémas cognitifs chez l'AVSE, à savoir les théories implicites de Ward (IT) et les schémas précoces inadaptés de Young (SPI), qui sont activés, dans certaines situations et contextes, en présence de l'enfant.

Young a enrichi l'approche cognitive en prenant en considération la mémoire émotionnelle, en référence à la théorie de l'attachement de Bowlby et Ainsworth. Ainsi, il a intégré les besoins affectifs de l'enfant et son développement. Pour Young, le schéma est un réseau de connexions entre les souvenirs d'événements anciens, de sensations corporelles, des émotions et des cognitions.

Enfin, les théories intégratives vont prendre en compte les composantes biologiques, génétiques comme facteur déterminant dans le développement cérébral, en interaction avec l'environnement social, et leurs conséquences sur le plan neuropsychologique (système émotionnel, motivationnel, sélection et contrôle de l'action, perception et mémoire). Ainsi, l'interaction entre ces différents facteurs sera à l'origine de problèmes cliniques tels que les distorsions cognitives, les dysrégulations émotionnelles, des difficultés relationnelles, le manque de compétences sociales, et les attitudes antisociales.

F : Prises en charge.

Plusieurs constats conditionnent les modalités de prise en charge des patients pédophiles :

- Sur le plan biologique, certains substrats sont reconnus comme jouant un rôle sur le plan endocrinien et la neurotransmission dans les agressions sexuelles. A savoir, les androgènes et la sérotonine.
- En même temps, le fonctionnement psychique du pédophile est reconnu comme ayant certaines caractéristiques :
 - une psyché mal délimitée et mal contenue,
 - une difficulté dans la reconnaissance de l'altérité,
 - peu d'investissement sur le registre verbal et de la parole,
 - des carences affectives précoces,
 - de multiples déficits dans les domaines de la sexualité, de l'émotionnalité, de l'affectivité et des habiletés sociales.

Ces constats sur les plans biologique et psychologique vont orienter les prises en charge.

a) Les prises en charge psychothérapeutiques.

Ces prises en charge visent à améliorer la qualité de vie du patient et à diminuer le risque de récidive. Deux approches psychothérapeutiques sont utilisées : les psychothérapies psychodynamiques et les thérapies cognitivo-comportementales.

- Les psychothérapies psycho-dynamiques : le travail psychothérapeutique va porter sur un réaménagement de l'équilibre des forces psychiques internes, en assouplissant les mécanismes de défense rigides et coûteux, et en renforçant la personnalité pour un meilleur contrôle pulsionnel.

Les patients pouvant bénéficier de cette approche thérapeutique doivent avoir des capacités minimales d'élaboration, de verbalisation et de reconnaissance de l'infraction commise.

- Les thérapies cognitivo-comportementales :

Elles visent à l'acquisition de compétences cognitives, sociales, et affectives.

La restructuration cognitive est destinée à corriger les cognitions dysfonctionnelles facilitatrices du passage à l'acte, afin de les remplacer par des cognitions

fonctionnelles, rationnelles, pour aboutir à des relations satisfaisantes avec l'environnement.

Elle vise aussi à faire l'apprentissage du repérage et de l'identification des situations internes à risque (les affects négatifs et leur gestion) en y opposant des stratégies alternatives de coping, ou de la relaxation, et en s'aidant avec des techniques de résolution de problèmes.

La résolution de problèmes, souvent réalisée en groupe thérapeutique, va permettre au patient d'envisager les diverses solutions possibles, en cas de problème, de discuter ces solutions, d'évaluer leurs avantages et inconvénients pour finir par choisir une solution réaliste et réalisable.

b) Les traitements médicamenteux :

- Les neuroleptiques et anti-psychotiques sont utilisés seulement si la pédophilie est associée à un trouble psychotique tel qu'une schizophrénie de forme délirante.
- Les thymorégulateurs peuvent être utilisés s'il y a des troubles de l'humeur maniaque.
- Les antidépresseurs sérotoninergiques :
Bien que le mécanisme d'action de la sérotonine (5HT) sur le trouble pédophile soit peu clair, leur prescription est soutenue par plusieurs arguments (98):
 - L'existence de similitude entre les fantasmes et comportements paraphiliques avec les symptômes obsessionnels compulsifs ;
 - La relation observée entre dérégulation sérotoninergiques et des comportements tels que l'impulsivité, le comportement antisocial, l'anxiété, la dépression et l'hypersexualité ;
 - Dans les études précliniques, l'augmentation de la 5HT dans l'hypothalamus inhibe la motivation sexuelle et la testostérone, tandis que son augmentation dans le cortex préfrontal inhibe l'impulsivité ;
 - Une meilleure connaissance des effets inhibiteurs des antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sur le comportement sexuel ;
L'action sur les récepteurs 5HT_{1A} est responsable de l'effet antidépresseur et l'action sur les récepteurs 5HT_{2A} engendre une baisse de la dopamine (DA) et du désir sexuel.

Les ISRS doivent être prescrits à de fortes posologies comme dans le cas des troubles obsessionnels compulsifs (60mg de Paroxétine, 60mg de Fluoxétine).

Les ISRS constituent un traitement de maniement facile et bien toléré. Ils sont indiqués en cas de pédophilie où le risque de passage à l'acte est peu important. Cependant, leur prescription à la période de l'adolescence incite à la vigilance en raison du risque suicidaire en début de traitement.

➤ Les traitements anti-hormonaux.

Les anti-androgènes ont été proposés à partir du rôle de la testostérone dans l'activité sexuelle, l'agressivité, ainsi que dans son action sur l'organisation cérébrale et la maturation du cerveau.

La testostérone est dépendante de l'axe hypothalamo-hypophysaire-testiculaire (cellule de Leydig). Sa sécrétion s'inscrit dans un système de rétrocontrôle, GnRH-LH-Testostérone (Gonadotropin-Releasing Hormone ; Luteinizing Hormone ; testostérone).

La testostérone est sécrétée par les cellules de Leydig à partir du cholestérol. Seule sa forme libre est active. Les autres formes sont liées, pour partie, à l'albumine et pour l'autre partie à la protéine de transport de stéroïdes sexuels (SHBG : Sex Hormone-binding Globulin) (99).

Les molécules utilisées :

- L'acétate de cyprotérone : ACP (androcur)

Il s'agit d'un dérivé progestatif qui a une double action, en bloquant les récepteurs périphériques de la testostérone et, parallèlement, en réduisant la sécrétion de LH.

Il est prescrit à la posologie de 100 à 200 mg/jour et il n'existe, en France, que sous la forme orale.

Comme action, il diminue l'activité sexuelle et la spermatogénèse (assurée par les cellules de Sertoli)

Les effets thérapeutiques sont obtenus au bout d'un à deux mois de traitement.

La surveillance nécessite un bilan pré-thérapeutique, y compris par IRM. Sous traitement, le taux de testostérone est inconstamment diminué et il n'existe pas de possibilité de dosage de l'ACP.

Par conséquent, la surveillance de l'observance thérapeutique est problématique.

Une fois le traitement instauré, une surveillance spécialisée sur le plan biologique et somatique est nécessaire en raison des effets secondaires : féminisation, gynécomastie, déminéralisation osseuse, cytolysse hépatique, possibilité de méningiome.

Les contre-indications : sujet non pubère, épilepsie, antécédents thromboemboliques, insuffisance hépatique, tumeur hypophysaire, psychose.

Aspect médico-légal : la prescription des traitements antihormonaux nécessite le consentement écrit, signé et renouvelé tous les ans (loi du 12 décembre 2005) par le patient.

- Les analogues ou agonistes de la GnRH.

Mécanismes d'action : ils induisent une inhibition réversible de la sécrétion gonadique de testostérone, par désensibilisation gonadotrope à l'action de la GnRH endogène.

Cet effet n'est obtenu qu'au bout de quinze jours. En début de traitement, l'on note même une augmentation des taux de LH et de testostérone, d'où la nécessité d'adjoindre de l'ACP en début de traitement.

Les molécules disponibles sont d'action prolongée et de forme injectable en IM :

- Triptoréline (décapeptyl, salvacyl) aux doses de 3mg/mois ou 11.25mg/3mois

- Leuproréline (enanthane) 7.5mg/mois ou 11.25mg/3mois.

Ces traitements sont utilisés aussi dans les cancers de la prostate, l'endométriose, le fibrome utérin, l'induction d'ovulation pour la PMA et la puberté précoce.

Comme pour l'ACP, les agonistes de la GnRH nécessitent les mêmes bilans et la même surveillance.

En matière de pédophilie, les traitements hormonaux sont prescrits chez les pédophiles récidivistes et dans le cadre d'un accompagnement psychothérapeutique.

Ces traitements sont résumés dans les algorithmes ci-après de la WFSBP et celui de la HAS (14,75).

| Table V. Algorithm of pharmacological treatment of paraphilias. | |
|---|---|
| LEVEL 1 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aim: control of paraphiliac sexual fantasies, compulsions and behaviours without impact on conventional sexual activity and on sexual desire | <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapy (preferentially cognitive behavioural therapy if available (Level C), no level of evidence for other forms of psychotherapy) |
| LEVEL 2 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aim: control of paraphiliac sexual fantasies, compulsions and behaviours with minor impact on conventional sexual activity and on sexual desire • May be used in all mild cases (“hands off” paraphilias with low risk of sexual violence, i.e. exhibitionism without any risk of rape or paedophilia) • No satisfactory results at level 1 | <ul style="list-style-type: none"> • SSRIs: increase the dosage at the same level as prescribed in OCD (e.g., fluoxetine 40–60 mg/day or paroxetine 40 mg/day (Level C) |
| LEVEL 3 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aim: control of paraphiliac sexual fantasies, compulsions and behaviours with a moderate reduction of conventional sexual activity and sexual desire • ‘Hands on’ paraphilias with fondling but without penetration • Paraphiliac sexual fantasies without sexual sadism • No satisfactory results at level 2 after 4–6 weeks of SSRIs at high dosages | <ul style="list-style-type: none"> • Add a low dose antiandrogen (e.g., cyproterone acetate 50–100 mg/day) to SSRIs (Level D) |
| LEVEL 4 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aim: control of paraphiliac sexual fantasies, compulsions and behaviours with a substantial reduction of sexual activity and desire • Moderate and high risk of sexual violence (severe paraphilias with more intrusive fondling with limited number of victims) • No sexual sadism fantasies and/or behaviour (if present: go to level 5) • Compliant patient, if not: use i.m. form or go to level 5 • No satisfactory results at level 3 | <ul style="list-style-type: none"> • First choice: full dosage of cyproterone acetate (CPA): oral, 200–300 mg/day or i.m. 200–400 mg once weekly or every 2 weeks; or use medroxyprogesterone acetate: 50–300 mg/day if CPA is not available (Level C) • If co-morbidity with anxiety, depressive or obsessive compulsive symptoms, SSRI’s might be associated with cyproterone acetate |
| LEVEL 5 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aim: control of paraphiliac sexual fantasies, compulsions and behaviours with an almost complete suppression of sexual desire and activity • High risk of sexual violence and severe paraphilias • Sexual sadism fantasies and/or behaviour or physical violence • No compliance or no satisfactory results at level 4 | <ul style="list-style-type: none"> • Long acting GnRH agonists, i.e. triptorelin or leuprolide acetate 3 mg/month or 11,25 mg i.m. every 3 months (Level C) • Testosterone levels measurements may be easily used to control the GnRH agonist treatment observance if necessary • Cyproterone acetate may be associated with GnRH agonist treatment (one week before and during the first month of GNRHa) to prevent a flare up effect and to control the relapse risk of deviant sexual behaviour associated with the flare up effect |
| LEVEL 6 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aim: control of paraphiliac sexual fantasies, compulsions and behaviours with a complete suppression of sexual desire and activity • Most severe paraphilias (catastrophic cases) • No satisfactory results at level 5 | <ul style="list-style-type: none"> • Use antiandrogen treatment, i.e. cyproterone acetate (50–200 mg/day per os or 200–400 mg once weekly or every 2 weeks i.m.) or, medroxyprogesterone acetate (300–500 mg/week i.m. if CPA not available) in addition to GnRH agonists (Level D) • SSRIs may also be added (No level of evidence) |

Figure 13

Algorithme de la prise en charge médicamenteuse des auteurs d'agression sexuelle (HAS d'après le guidelines de la WFSBP).

| Niveaux | Objectifs et Indications | Traitement et posologie |
|-----------------|--|---|
| Niveau 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; pas d'impact du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel | <ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie (utiliser TCC si thérapeute formé) afin de prévenir les récurrences |
| Niveau 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; impact mineur du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel - Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 1 - Peut être utilisé dans tous les cas modérés de paraphilies associés à un risque faible d'agression sexuelle (ex. exhibitionnisme sans risque de viol ou pédophilie) | <ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie - IRS (hors AMM) sous réserve d'utiliser des doses comparables à celles prescrites dans le trouble obsessionnel compulsif (ex. fluoxétine 40 à 60 mg/j ou paroxétine 40 mg/j) |
| Niveau 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une réduction modérée de l'activité et du désir sexuels - Absence de résultats avec le niveau 2 en prescription de 4-6 semaines d'IRS à dose élevée - Paraphilie avec caresses mais sans pénétration - Fantasmes sexuels inappropriés sans sadisme sexuel | <ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie - Ajouter à l'IRS une faible dose d'antiandrogène (ex. acétate de cyprotérone 50-100 mg/j per os) |
| Niveau 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une réduction importante de l'activité et du désir sexuels - Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 3 - Risque modéré, ou dans certains cas plus élevé, de violence sexuelle (paraphilies sévères avec notamment des caresses inopportunes et un nombre limité de victimes) - Bonne observance du traitement, sinon passer au niveau 5 | <ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie - Dose standard d'acétate de cyprotérone : 200-300 mg/j per os - Si présence d'anxiété, de dépression ou de troubles obsessionnels compulsifs associés, un IRS peut être associé à l'antiandrogène |

| | | |
|------------------------|--|---|
| <p>Niveau 5</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une disparition quasi complète de l'activité et du désir sexuels - Risque élevé de violence sexuelle et cas de paraphilies sévères - Fantasmes sexuels inappropriés ou comportement sexuel sadique ou violence sexuelle - Mauvaise observance ou résultats non satisfaisants obtenus avec le niveau 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie - Analogue de la GnRH à longue durée d'action (c'est-à-dire triptoréline ou leuproréline [la leuproréline n'a pas d'AMM dans cette indication]) : 3 mg/mois ou 11,25 mg tous les 3 mois par voie intramusculaire) - Il est souhaitable d'associer de l'acétate de cyprotérone à l'analogue de la GnRH pendant le premier mois de traitement afin de prévenir le risque de rechute du comportement sexuel inapproprié qui pourrait être induit par l'augmentation transitoire du taux de testostéronémie liée à l'instauration de la prescription d'analogue de la GnRH |
| <p>Niveau 6</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une disparition complète de l'activité et du désir sexuels - Pas de résultats satisfaisants obtenus avec le niveau 5 - Les cas les plus sévères de paraphilies | <ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie - Prescrire l'acétate de cyprotérone (50-200 mg/j per os) en association avec un analogue de la GnRH - Un IRS peut également être associé |

Résumé de l'Algorithme de la HAS :

| | | | |
|----------|---|---|---|
| Niveau 1 | Fantasmes, comportements inappropriés, compulsions | ⇒ | TCC |
| Niveau 2 | Pédophilie à risque faible de passage à l'acte | ⇒ | TCC + ISRS |
| Niveau 3 | Passage à l'acte sous forme de caresses sans pénétration. | ⇒ | TCC + ISRS + faible dose ACP |
| Niveau 4 | Risque modéré à élevé | ⇒ | TCC + ACP et ISRS si toc ou dépression. |
| Niveau 5 | Risque élevé ou comportement sexuel sadique. | ⇒ | TCC + analogue GnRH |
| Niveau 6 | Echec aux autres stades et tableau sévère. | ⇒ | TCC + ISRS + ACP + analogue GnRH |

c) Modalités spécifiques d'organisation de la prise en charge : articulation santé/justice.

Les risques affectifs inhérents à la prise en charge des pédophiles (contre-transfert, transfert négatif) font déconseiller les prises en charge solitaire du patient.

Souvent, les thérapies de groupe sont proposées en première intention et il est nécessaire de travailler en équipe multidisciplinaire et d'assurer une articulation avec les autres intervenants du champ médico-social (judiciaire, pénitentiaire). Et ce, aux fins d'une meilleure contenance du patient et d'une inter-contenance, en sachant que l'on se trouve dans le cadre du secret professionnel partagé.

G : Données des neurosciences

De nouvelles connaissances médicales et notamment les travaux en neuro-imagerie menées chez les pédophiles ont permis d'enrichir l'approche de cette pathologie complexe et pourraient ouvrir la voie à de nouvelles approches thérapeutiques.

Le comportement de l'homme est mû par une tendance hédoniste : recherche du plaisir et évitement du déplaisir.

Or, ce comportement dépend de la qualité du fonctionnement cérébral qui doit intégrer les composantes sensorielles, émotionnelles, cognitives et motrices.

Dans le domaine de la sexualité, le fonctionnement cérébral peut être altéré et engendrer des troubles.

Ces nouvelles données ont permis de formuler l'hypothèse d'utiliser la rTMS chez des patients présentant un trouble pédophile (cf. en annexe le Protocole de l'étude actuellement en cours).

1/ - « UN CERVEAU NOMME DESIR » (100)

a) La réponse sexuelle (101)

Il revient à MASTERS & JOHNSON (1966) d'avoir décrit la réponse sexuelle qui est identique chez l'homme et la femme.

Chez l'homme cette réponse sexuelle comprend quatre phases : une phase d'excitation, une phase en plateau, une phase orgasmique et une phase résolutive. Cette dernière se décompose elle-même en une phase réfractaire absolue et une phase réfractaire relative. Les deux premières phases correspondent à des modifications vasculaires et les deux dernières à des modifications musculaires.

A la base du bon déroulement de la réponse sexuelle il y a nécessité, pour le sujet, d'éprouver le manque et le désir, ainsi qu'une intégrité sensorielle, notamment visuelle, et une intégrité hormonale.

Ainsi, le désir sexuel et les stimulations sensorielles visuelles vont produire une activation des réseaux neuronaux correspondants au circuit du désir sexuel.

b) « philtre d'amour » (102)

Les hormones et les neuromédiateurs du désir et de l'acte sexuel forment un cocktail composé de la dopamine, la lulibérine (GnRH), la testostérone, les opioïdes et l'ocytocine. La testostérone correspond à la mise en route du désir sexuel, la lulibérine est l'hormone de l'acte sexuel et de l'orgasme, les endorphines correspondent à l'extase et au bien-être et l'ocytocine à l'attachement. Le plaisir obtenu est mis en mémoire avec une envie de le répéter, renvoyant au circuit de la récompense.

c) Le circuit de la récompense (MFB : médial forebrain bundle) : faisceau médian du télencéphale (103)

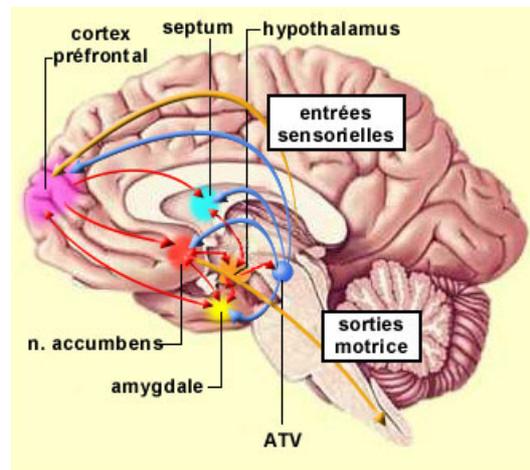
Nous avons évoqué, dans la première partie de cette thèse, les théories de M. Klein, de S. Freud, et de J. Bowlby, qui convergent vers l'importance des interactions dans la dyade mère-enfant. Très tôt, le nourrisson fait l'apprentissage des expériences de plaisir et de déplaisir dans ses interactions avec l'environnement. Ainsi, une sinusoïde où le manque-

désir-plaisir-apaisement vont être intimement liés du point de vue biologique et formatés précocement sur le plan neurobiologique.

Ce modèle est actuellement validé et il concerne les voies méso-cortico-limbiques qui forment le circuit de la récompense.

Ce circuit a été mis en évidence suite à l'expérience d'Olds et Milner en 1954, montrant qu'une souris préfère l'autostimulation par des électrodes implantées dans le cerveau, permettant d'obtenir du plaisir, plutôt que d'avoir de la nourriture ou une relation sexuelle avec un partenaire sexuel disponible.

Nous présentons ci-dessous le schéma de ce circuit et nous le commenterons.



ref. : cerveau.mcgill.ca

Figure 14

Des afférences sensorielles (visuelles, olfactives, auditives, somesthésiques) ou des fantasmes érotiques prédisant la récompense, activent le circuit méso-cortico-limbique de la récompense. Ce dernier comprend l'aire tegmentale ventrale (ATV), le noyau accumbens (NA), le septum, l'amygdale, l'hippocampe et le cortex préfrontal.

Ce circuit complexe faisant intervenir plusieurs neuromédiateurs dont nous décrivons certains schématiquement.

Les afférences sensorielles, après un relai dans le thalamus, sont évaluées par le cortex préfrontal pour la prise de décision, et par l'amygdale pour le caractère plaisant ou non.

Des fibres descendantes vont engendrer une augmentation de la dopamine dans l'ATV qui contient les corps cellulaires des cellules dopaminergiques.

Toutes les autres structures, et particulièrement le noyau accumbens, reçoivent une innervation dopaminergique issue de l'ATV.

La voie mésolimbique va de l'ATV au noyau accumbens et la voie mésocorticale va de l'ATV au cortex frontal.

Simultanément, les neurones noradrénergiques et sérotoninergiques sont activés et modulent le traitement des informations corticales (104).

L'augmentation de la dopamine se poursuit jusqu'à l'obtention du plaisir attendu, puis revient à son seuil de départ.

En l'absence de récompense, il y a une frustration et la dopamine redescend sous son seuil de départ, engendrant un mal-être et de l'irritabilité. Ainsi, le seuil dopaminergique détermine le seuil de sensation de plaisir et de déplaisir.

Le plaisir obtenu est mémorisé au niveau de l'amygdale et de l'hippocampe, à l'origine d'un renforcement pour reproduire le comportement.

d) Modèle neuro-comportemental du désir sexuel (100,105,106).

Sur la base des techniques modernes de neuro-imagerie, l'on a pu distinguer des aires cérébrales spécifiquement impliquées dans le désir sexuel.

Ceci a permis de proposer un modèle théorique comprenant quatre composantes : cognitive, motivationnelle, émotionnelle et physiologique périphérique.

Chaque composante est associée à l'activation d'un ensemble de régions cérébrales, tandis que des processus inhibiteurs contrôlent ces mécanismes.

S. Stoléru et al. / Neuroscience and Biobehavioral Reviews 36 (2012) 1481–1509

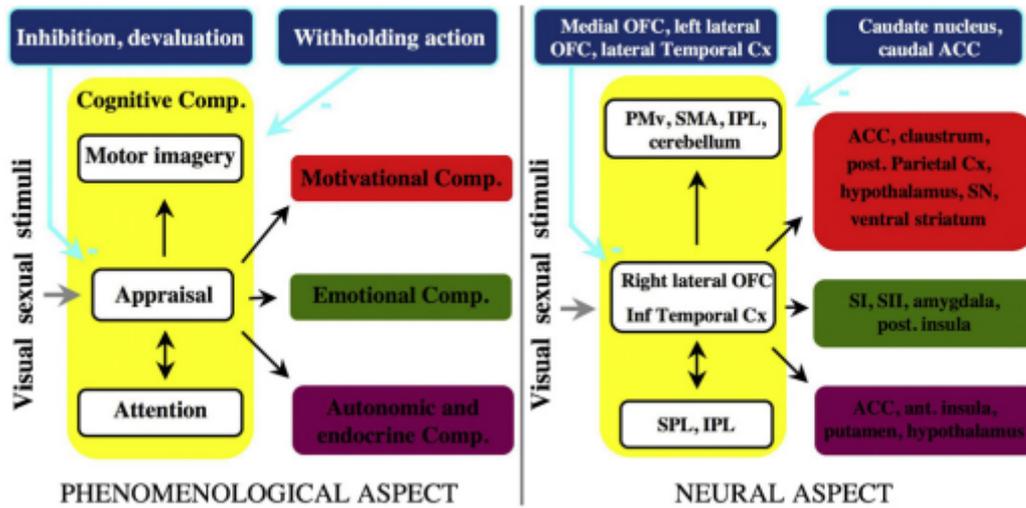
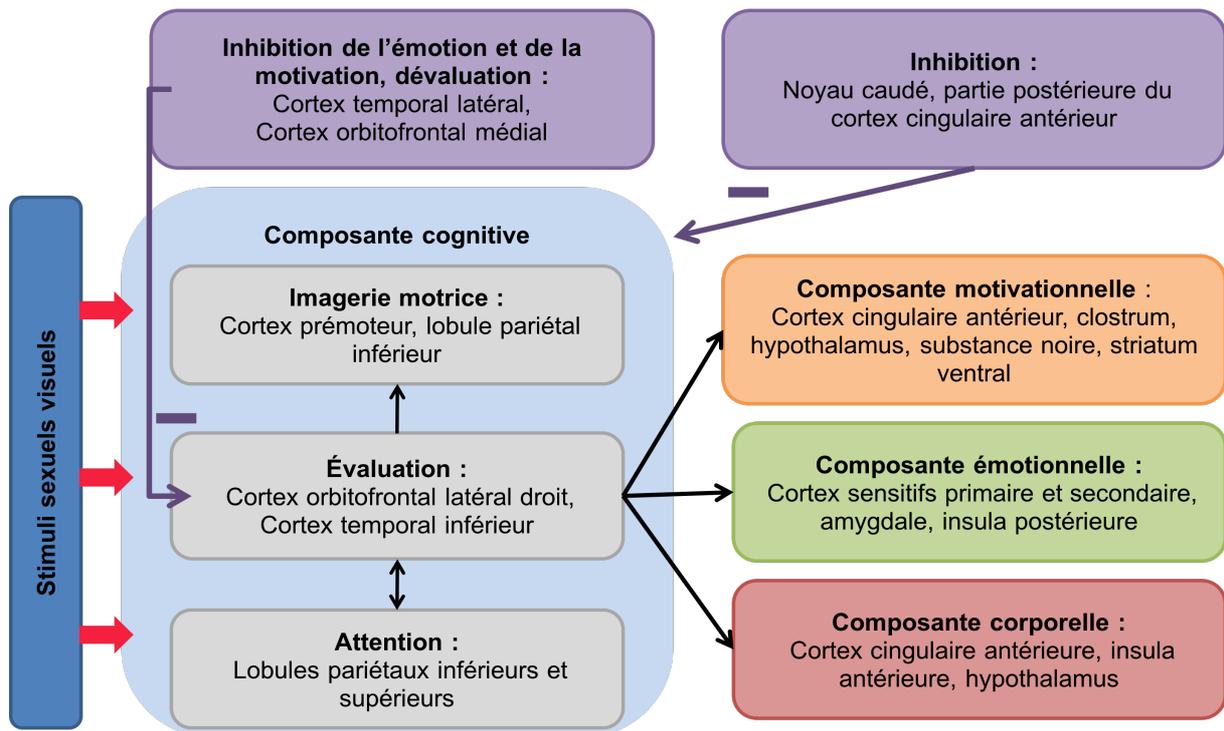


Figure 15

Schéma du modèle neurophénoménologique de l'excitation sexuelle



Adapté de Stoléru et al. Neuroscience and biobehavioralrewievs, 2012

→ La composante cognitive est centrale, puisque c'est à partir d'elle que les autres composantes entrent en action. Cette composante comprend :

- Un processus d'évaluation précoce vers le stimulus catégorisé comme sexuel. Ce rôle est attribué au cortex orbitofrontal latéral droit.
- Un processus attentionnel, avec augmentation de l'attention vers la cible à caractère sexuel, est associé à une activation des lobules pariétaux supérieurs.
- Des processus d'imagerie motrice représentant des comportements sexuels, impliquant le lobule pariétal inférieur gauche et l'aire prémotrice ventrale gauche.

→ La composante motivationnelle de préparation motrice d'un comportement dirigé vers un but sexuel. Elle serait associée à l'activation de la partie caudale du cortex cingulaire antérieur.

→ La composante émotionnelle correspond à l'aspect hédonique et au plaisir de la montée de l'excitation sexuelle. L'insula jouerait un rôle dans cette composante.

→ La composante physiologique périphérique correspond aux réponses cardiovasculaires, respiratoires, génitales, préparant le sujet au comportement sexuel. Cette composante est associée à la partie rostrale du cortex cingulaire antérieur et à l'hypothalamus.

En l'absence de stimulus sexuel, un contrôle inhibiteur tonique, continu, est exercé sur la réponse sexuelle.

Ainsi, pour qu'apparaisse une excitation sexuelle, une levée de cette inhibition est nécessaire.

Cette inhibition tonique est exercée par les aires temporales et latérales (aires de Brodmann : BA20, BA21, BA22, BA39) et orbitofrontale médiale.

Ainsi il y aurait une double inhibition, l'une cognitive et l'autre motivationnelle, dont les altérations engendrent des troubles du comportement sexuel.

2/ «Le cerveau pédophile».

Nous avons abordé, en première partie de cette thèse, le modèle interactionnel des composants de la personnalité en interaction avec son environnement.

Ce modèle suppose que le comportement adapté nécessite l'intégration de composantes sensorielles motrices émotionnelles et cognitives.

Ainsi, il est l'expression d'un bon fonctionnement cérébral et les troubles du comportement apparaissent en relation avec des modifications cérébrales, soit structurelles (anomalies), soit fonctionnelles (déficit).

En lien avec ce travail de thèse, nous aborderons certaines modifications cérébrales ayant été à l'origine de troubles du comportement sexuel, de nature pédophilique, et qui ont donné naissance à des théories explicatives de la pédophilie telles que :

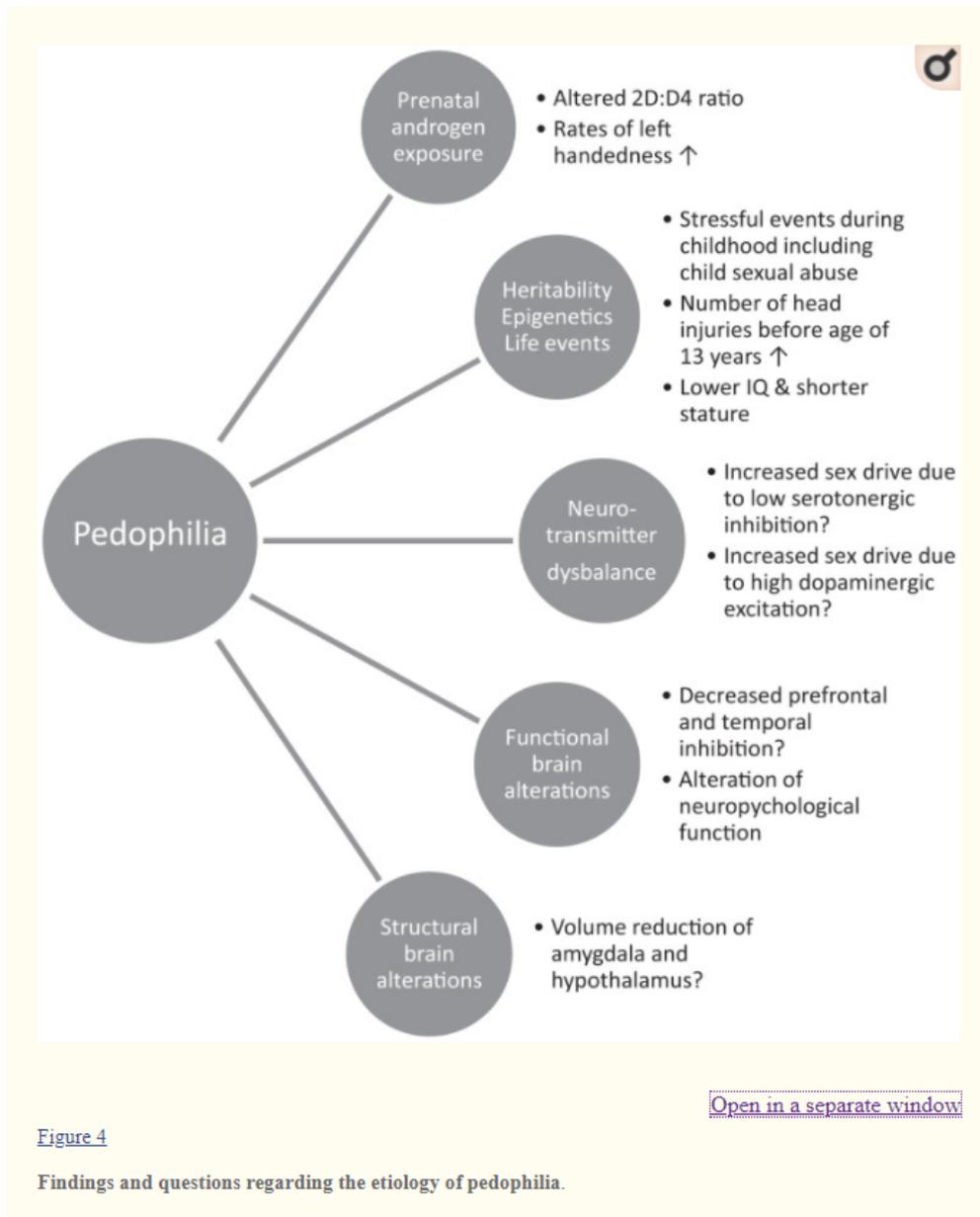
La théorie frontale dysexécutive

La théorie temporale limbique

La théorie dualiste fronto-temporale.

Chacune de ces théories est soutenue par des constatations cliniques neuro-développementales, neurologiques lésionnelles, ou de neuro-imagerie anatomique et/ou fonctionnelle.

Tenbergen (27) a résumé les diverses caractéristiques pouvant se rapporter à la pédophilie, dans le schéma ci-dessous qui servira de guide dans la présentation qui suit.



Tenbergen & al. (27).

Figure 16

a) Aspects neuro-développementaux

Certains travaux, et notamment ceux de l'équipe ontarienne, plaident en faveur d'anomalies neuro-développementales. Ainsi, plusieurs aspects cliniques et signes physiques sont rapportés :

➤ Traumatisme crânien (107).

Des traumatismes crâniens avec coma survenus avant l'âge de 13 ans sont retrouvés chez des pédophiles. Cette corrélation n'a pas été retrouvée pour les traumatismes crâniens survenant après l'âge de 13 ans.

➤ La taille (108).

Des études comparatives entre téléophiles, hébéphiles et pédophiles trouvent une taille plus petite chez ces derniers, à l'instar des personnes dont la mère a fumé pendant la grossesse.

➤ Le quotient intellectuel (24,109).

Un bas niveau intellectuel est retrouvé chez 15% des pédophiles. Le taux bas du QI est corrélé avec le bas âge de l'enfant victime.

➤ Un indice de Manning altéré (110,111).

Le rapport 2D:4D est un indice qui reflèterait le taux des hormones sexuelles, il participerait à l'orientation sexuelle et prédisposerait à la pédophilie.

Cette hypothèse de l'altération du rapport 2D/4D a été remise en question par des méta-analyses (112–114).

➤ La latéralisation (115).

Une augmentation de taux de gauchers de 30% est retrouvée chez les pédophiles, versus 10% en population générale.

Ces diverses variables significativement retrouvées chez les pédophiles n'ont pas de lien clair avec le trouble pédophile et ne constituent pas à eux seuls un facteur explicatif de la pédophilie.

b) Aspects neuropsychologiques.

L'évaluation neuropsychologique des pédophiles a montré essentiellement une diminution de la vitesse de traitement de l'information (116), confirmée comme étant réelle et non délibérée, comme on aurait pu le présumer s'agissant de délinquants (117).

Cependant, cette diminution de la vitesse de traitement de l'information ne renvoie pas à une localisation cérébrale précise, mais plutôt à un déficit plus global en faveur d'un problème de communication et de connectivité entre les circuits neuronaux cérébraux (118). Cela apparaît en cohérence avec certaines données des IRMs et IRMf.

L'autre déficit constaté concerne la capacité d'inhibition de la réponse et qui se trouve être aggravée avec l'âge (119).

c) Aspects anatomiques et électro-encéphalographiques

Flor-Henry (120) a étudié en un EEG quantitatif une population de 96 pédophiles, confirmé par des réponses phallométriques au stimulus sexuel, et les a comparés avec des témoins sains de même âge et sexe.

L'analyse EEG a montré un schéma d'augmentation de la puissance frontale delta, téta et alpha, ainsi qu'un schéma de cohérence inter-hémisphérique réduite. L'auteur suggère l'existence d'altérations des fonctions hémisphériques dominantes chez les pédophiles et des perturbations des relations inter-hémisphériques.

L'auteur stipule que les déviations sexuelles seraient associées à un développement intra-utérin atypique de l'hémisphère gauche, touchant particulièrement le lobe frontal et temporal, engendrant une asymétrie cérébrale. Ainsi, une dysfonction de l'hémisphère gauche peut entraîner une libération des fonctions associées à l'hémisphère droit responsable de l'excitation sexuelle et des comportements d'approches sexuelles (118).

Cette asymétrie cérébrale a été confirmée sur le plan anatomique par O.Wright & al. (121) qui ont mesuré le cerveau des pédophiles comparé à des incestueux et à des agresseurs de femmes adultes ainsi qu'à des témoins sains.

La longueur et la largeur des cerveaux ont été mesurées en utilisant la glande pinéale comme référence.

Les résultats ont montré, chez les pédophiles, une asymétrie cérébrale. Le cerveau était plus petit dans l'hémisphère gauche, dans les segments des zones frontales et temporales, et davantage sur la largeur que sur la longueur.

Cet aspect pourrait être lié là à une anomalie neuro-développementale et être à l'origine de déficits fonctionnels chez les pédophiles.

d) Neurologie lésionnelle.

La littérature médicale classique souligne déjà les liens entre les troubles du comportement sexuel et leur absence de contrôle en région frontale.

Le cas classique de Phineas Gage, décrit vers le milieu du XIXème siècle, devenu célèbre, en est un exemple.

Cet employé américain des chemins de fer a été blessé lors d'une explosion par une barre de fer qui lui a traversé le crâne de bas en haut. Miraculeusement réchappé, cet homme qui était sérieux et responsable, est devenu irresponsable sur le plan professionnel et en ayant des relations sociales marquées par la trivialité.

A la fin du XIXème siècle, Krafft-Ebing rapportait l'étude du cerveau d'un homme qui avait une symptomatologie d'allure pédophile, et dont le cerveau présentait des modifications des lobes frontaux et des circonvolutions temporales et occipitales.

Dans les années 30, Kluver et Bucy ont décrit le syndrome qui porte leur nom. D'abord décrit expérimentalement chez le singe, puis chez l'homme, dont la lobectomie temporale bilatérale a engendré divers troubles du comportement dont une hypersexualité.

Plus récemment, des troubles du comportement sexuel d'allure pédophile, ont été observés dans certaines crises d'épilepsie, notamment temporale, ou à l'occasion de lésions cérébrales.

Burns et Swerdlow (122) ont rapporté le cas d'une pédophilie apparue chez un patient de 40 ans, sans antécédent. La résection d'une volumineuse tumeur cérébrale atteignant le cortex orbito-frontal (COF) et le cortex préfrontal dorso-latéral (CPFDL), a fait disparaître les symptômes pédophiles, qui sont réapparus plusieurs mois après à l'occasion d'une récurrence tumorale, et qui ont disparu à nouveau après une deuxième résection de la tumeur. Les auteurs suggèrent alors un lien causal entre le comportement sexuel déviant et la fonction cérébrale.

Mendez & al. (123) ont décrit une pédophilie apparue vers l'âge de 60 ans chez deux patients sans antécédent. L'un avait une démence fronto-temporale et l'autre une sclérose hippocampique.

Les examens en tomographie par émission de positons au fluoro-désoxyglucose (TEP-FDG), avait montré chez ces patients un hypométabolisme plus marqué à droite, suggérant l'implication d'un dysfonctionnement temporel, qui, n'exerçant plus son activité inhibitrice de l'excitation sexuelle, a pu favoriser l'expression d'une tendance pédophilie pré-existante.

Les mêmes auteurs ont rapporté à nouveau (124) huit cas, sans antécédent, qui ont manifesté à l'âge adulte des troubles du comportement sexuel envers les enfants :

2 patients avaient une démence fronto-temporale

2 avaient une maladie de Parkinson

1 maladie d'Alzheimer

1 maladie de Huntington

1 sclérose hippocampique

1 démence vasculaire.

Les auteurs concluent que les lésions corticales chez ces patients, affectant les régions frontales, temporales et sous-corticales, vont dans le sens d'un déficit d'inhibition conduisant au comportement pédophilique.

Les altérations du cortex préfrontal engendrent une désinhibition comportementale, alors qu'un dysfonctionnement du cortex temporel peut provoquer la libération du désir et de l'excitation sexuelle. Ceci est en cohérence avec le modèle neuro-comportemental du désir sexuel, décrit par Stoléru, déjà exposé précédemment.

e) Neuro-imagerie du désir sexuel.

Les travaux dans ce domaine ont montré que les régions cérébrales actives chez les pédophiles, en réponse à des stimuli sexuels sensoriels d'enfants (visuels le plus souvent, ou auditifs) sont les mêmes que celles activées chez les témoins sains en réponse à des stimuli sexuels d'adultes ; selon Schiffer, Stoléru, Poepl, Cazala et Fonteille (105,125–128).

Nous indiquerons ci-dessous schématiquement ces régions cérébrales puis nous examinerons les différences qui distinguent les pédophiles des témoins sains, par le biais

des études en imagerie structurelle et fonctionnelle (différences anatomiques et niveaux d'activation/désactivation).

Les zones répondant aux stimuli sexuels sont : le noyau caudé, le cortex cingulaire, l'insula, le gyrus fusiforme, le cortex temporal, le cortex occipital, le thalamus, l'amygdale et le cervelet.

f) Neuro-imagerie anatomique et pédophilie.

Les avancées techniques ont permis la mise en place et l'utilisation d'IRM structurelle avec l'analyse morphométrique basée sur les voxels (VBM : Voxel-Based-Morphometry) et la volumétrie permettant le calcul de volumes des régions cérébrales.

- ✓ Schiltz & al. (129), ont comparé quinze pédophiles (6 hétérosexuels, 3 homosexuels et 6 bisexuels), à 15 témoins sains.

Les analyses en VBM et volumétrie ont montré une réduction de matière grise dans l'amygdale droite, la région septale droite, le noyau du lit de la strie terminale, l'hypothalamus et la substantia innominata.

Ces anomalies de structure plaident en faveur de la théorie temporelle de la pédophilie. En outre, la réduction du volume de matière grise de l'amygdale droite n'apparaît pas corrélée à l'âge, ni résulter d'une atrophie ou d'une dégénérescence. Aussi, les auteurs émettent l'hypothèse d'une anomalie neuro-développementale.

- ✓ Schiffer & al. (130), ont utilisé la VBM du cerveau entier et comparé 18 pédophiles (9 hétéro et 9 homo) à 24 témoins sains (12 hétéro et 12 homo) appareillés en âge.

Résultat : une réduction de matière grise chez les sujets pédophiles dans plusieurs régions corticales : partie postérieure du cortex orbito-frontal, gyrus cingulaire postérieur, insula, précuneus, gyrus para-hippocampique, gyrus temporal moyen droit ainsi que dans le cervelet et le putamen. Ceci était corrélé à une échelle de mesure des obsessions.

Les auteurs suggèrent que les anomalies fronto-striatales constatées ne sont pas spécifiques de la pédophilie. Cependant, bien que cette étude montre une diminution de matière grise dans plusieurs régions fronto-temporales, les anomalies fronto-

striatales permettent de proposer un dysfonctionnement fronto-exécutif comme dans le spectre des troubles obsessionnels compulsifs.

- ✓ Cantor & al. (131) ont réalisé en VBM une étude de cerveaux entiers en comparant 44 pédophiles (hétérosexuels et homosexuels) à 53 délinquants non sexuels. Ils n'ont pas constaté de différence volumétrique de matière grise, mais un volume matière blanche inférieur chez les pédophiles, dans le lobe temporal de manière bilatérale et dans le lobe pariétal droit. L'analyse VBM a montré que cette diminution de matière blanche suivait deux faisceaux principaux de fibres nerveuses : le faisceau supérieur fronto-occipital et le faisceau arqué-droit.

Les auteurs ont interprété ce résultat comme une connectivité insuffisante entre les réseaux fonctionnels cérébraux dans la pédophilie.

En effet, les fibres de substance blanche connectent les aires visuelles (cortex occipital) et les aires frontales responsables du contrôle comportemental. Mal connectées, ces aires déclencheraient des comportements inappropriés.

- ✓ Poepl & al. (128) ont comparé 11 pédophiles condamnés à 9 délinquants non sexuels des hôpitaux médico-légaux de haute sécurité, en utilisant la VBM du cerveau entier. Par rapport aux témoins, les pédophiles présentaient une réduction de volume de matière grise dans l'amygdale droite. En outre, toujours chez les pédophiles, l'intérêt pédosexuel et la récurrence étaient corrélés à une diminution de la matière grise dans le cortex préfrontal dorso-latéral gauche (CPFDLG) et le cortex insulaire. L'âge inférieur des victimes était fortement associé à des réductions de matière grise dans le cortex orbito-frontal. Les auteurs suggèrent que les perturbations frontales et temporales sont responsables des comportements observés dans la pédophilie, à savoir le déficit de contrôle des impulsions observé dans les altérations orbito-frontales et l'hypersexualité à travers les lobes temporaux.

g) Neuro-imagerie fonctionnelle et pédophilie.

- Cohen & al. (132) ont réalisé une étude TEP-FDG, et comparé 7 pédophiles à 7 témoins sains, en condition neutre, consistant en la lecture de mots.

Les patients ont présenté une diminution du métabolisme cérébral du glucose dans le cortex temporal inférieur droit et dans le gyrus frontal supérieur droit, alors qu'il a augmenté chez les témoins téléophiles.

Les auteurs ont interprété les résultats comme étant une anomalie cérébrale affectant les cortex frontal et temporal impliqués dans la régulation corticale de l'excitation sexuelle.

- Walter & al. (133) ont comparé 13 pédophiles (hétéro et homo) à 14 témoins sains, à la présentation de photos érotiques de femmes, de photos émotionnelles non sexuelles et de photos neutres. Une plus faible activité a été constatée chez les pédophiles dans le CPFDLG, le gyrus temporal moyen droit, l'insula gauche et le cortex occipital droit. Cette faible activité constatée chez les pédophiles suggère le manque d'intérêt sexuel pour les adultes.
- Schiffer & al. (125) ont étudié les réponses cérébrales de 11 pédophiles homosexuels suite à des stimuli sexuels visuels (photos de garçons et d'hommes nus et habillés) et comparé à des témoins sains homosexuels.

De nombreuses régions cérébrales s'activent, les mêmes, chez les pédophiles et les sujets sains.

Cependant, à la présentation de stimuli préférés respectifs (garçons pour les patients et hommes pour les témoins sains), les patients présentaient une activité supérieure dans le CPFDL gauche.

Les mêmes auteurs ont réalisé une seconde étude (134) et comparé 8 pédophiles hétérosexuels à 12 témoins sains hétérosexuels. Ils ont constaté cette fois-ci une élévation d'activité plus forte chez les pédophiles au niveau du CPFDL droit.

- Sartorius & al. (135) ont comparé 10 pédophiles homosexuels à 10 témoins sains hétérosexuels, en utilisant des images de garçons, fillettes, femmes et hommes, tous vêtus en sous-vêtements ou en maillot de bain. Les images ont été présentées de manière brève d'une seconde.

Leur analyse a porté sur l'amygdale et constaté une activation amygdalienne plus forte chez les patients à la présentation de stimuli enfants.

Par ailleurs, Stoléru (100) précise que la présentation de stimuli visuels sexuels (SVS), même de manière subliminale, engendre une réponse cérébrale chez les pédophiles et les témoins sains pour les stimuli correspondant à leurs préférences sexuelles (enfant pour les patients et adultes pour les témoins).

- Poepl & al. (136) ont comparé 9 pédophiles avec contact à 11 délinquants non sexuels en utilisant des photographies de nus des deux sexes, prépubères, pubères et adultes et des stimuli neutres.

Pour le contraste « enfant prépubère - stimulus neutre », les patients ont présenté une activation plus élevée dans le gyrus temporal moyen droit, le gyrus cingulaire postérieur droit, le thalamus gauche, l'hippocampe droit et la partie droite du cervelet.

Pour le contraste « adulte-stimulus neutre », les témoins avaient une activation plus élevée dans l'insula droite.

Plus récemment, deux équipes se sont intéressées aux connectivités entre les régions du cerveau. La question n'était plus de savoir quelle région s'activait plus ou s'activait moins, chez les pédophiles et chez les témoins sains, en réponse à telle ou telle catégorie de photographies, mais était celle de préciser les connexions fonctionnelles, et non physiques, entre les régions cérébrales.

Ainsi, si les fluctuations au niveau d'activité dans deux régions sont quasi simultanées, synchronisées, on considère qu'il y a une connexion fonctionnelle entre elles (100) :

- Kärgel & al. (137) ont comparé la connectivité fonctionnelle au repos, entre :
12 pédophiles ayant passé à l'acte
14 pédophiles qui ne sont pas passés à l'acte
14 témoins sains.

Les résultats ont montré que les pédophiles qui sont passés à l'acte présentaient une diminution de la connectivité fonctionnelle dans deux réseaux des régions clés impliquées dans l'excitation sexuelle : l'amygdale et le cortex orbito-frontal médial, et ce, par rapport aux deux autres groupes.

- Poepl & al. (138) ont réalisé une méta-analyse quantitative de l'activité cérébrale traitant les stimuli sexuels et ont évalué la connectivité à l'aide d'une intégration complexe de la structure cérébrale et une modélisation de connectivité méta-analytique. Puis, ils ont caractérisé fonctionnellement les régions structurellement modifiées.

Les auteurs concluent que les altérations fonctionnelles constatées sont liées aux fonctions émotionnelles et aux fonctions neurocognitives et exécutives qui étaient auparavant signalées comme étant altérées chez les pédophiles.

Ils suggèrent que les altérations structurelles affectent les réseaux neuronaux pour le traitement sexuel par le biais d'une connectivité fonctionnelle perturbée.

- Enfin, deux récentes études françaises sont venues indiquer les zones de la médiation de l'excitation sexuelle chez les pédophiles.

- Cazala & al. (126)

- Les auteurs ont utilisé l'IRMf pour étudier les réponses cérébrales à des stimuli visuels sexuels (SVS) chez 25 pédophiles ambulatoires comparés à 25 hommes sains, appareillés à l'âge et à l'orientation sexuelle.

Aucune région n'a été activée de manière différentielle dans les deux groupes en réponse au stimulus visuel sexuel correspondant à la préférence sexuelle.

Cependant, l'analyse statistique à effet aléatoire a montré, chez les pédophiles, une activation bilatérale dans le cortex occipital latéral et temporal, en particulier dans le gyrus temporal inférieur droit ainsi qu'une activation dans le déclive du vermis cérébelleux.

En outre, le niveau d'activation dans ces zones était positivement corrélé avec l'évaluation de l'excitation sexuelle.

Les auteurs concluent que ces zones sont candidates possibles à la médiation de l'excitation sexuelle.

- Fonteille & al. (127) ont utilisé la TEP chez 15 patients pédophiles comparativement à 15 témoins sains appareillés à l'orientation sexuelle. Ils ont étudié les réponses cérébrales aux SVS. L'analyse des résultats a montré que l'activation dans le cortex temporal inférieur droit (zone de Brodmann BA20) était plus faible chez les patients que chez les témoins. Cependant, chez les patients, mais pas chez les témoins, il y avait une activation dans la région plus caudale du gyrus temporal inférieur droit (BA37) et dans le gyrus occipital moyen gauche (BA19)

De plus, chez les patients, le niveau d'activation dans le gyrus temporal inférieur droit était positivement corrélé avec les cotes d'excitation sexuelle induite par les SVS, alors que cette corrélation était négative dans BA 20.

Cette étude est concordante avec la précédente, indiquant le gyrus temporal inférieur droit comme zone de médiation de l'excitation sexuelle chez les pédophiles et suggère que ces deux zones jouent des rôles opposés, activateurs et inhibiteurs.

h) Synthèse de l'approche neurobiologique

Les connaissances médicales et les avancées de la neuro-imagerie ont été à l'origine de théories explicatives dont aucune étude toute seule ne peut résumer le trouble pédophile.

La théorie frontale dysexécutive s'appuie sur les constatations lésionnelles neurologiques, traumatiques, tumorales ou dégénératives affectant le cortex préfrontal et orbito-frontal, à l'origine d'une désinhibition comportementale sur le plan sexuel.

Elle s'appuie aussi sur le constat anatomique d'une asymétrie hémisphérique et des études d'EEG quantitative.

La théorie temporelle limbique tente d'expliquer la pédophilie par les différences structurelles et fonctionnelles dans les lobes temporaux. Dans les diverses études de neuro-imagerie structurelles et fonctionnelles, un point qui revient fréquemment, concerne les altérations de l'amygdale. La petite taille de l'amygdale chez les pédophiles comparativement aux délinquants non sexuels et aux témoins sains, n'est pas apparue corrélée à l'âge. Il s'agit là d'un signe supplémentaire, confortant l'hypothèse d'un facteur étiologique neuro-développemental de la pédophilie.

La théorie dualiste, fronto-temporale, concerne deux régions spécifiquement associées à l'excitation sexuelle et à son contrôle, observées dans le cortex frontal (préfrontal et orbito-frontal pour le contrôle) et temporal (limbique pour l'expression de l'excitation sexuelle).

Cependant, ces théories peuvent apparaître localisationnistes et donc réductrices. Elles apparaissent insuffisantes pour expliquer la pédophilie, pathologie complexe et multifactorielle comme l'est la complexité du cerveau.

Les avancées récentes en neuro-imagerie fonctionnelle, démontrant une réduction de la connectivité entre régions cérébrales clés, dans le contrôle et l'expression de la sexualité, fournissent une explication supplémentaire intéressante.

i) rTMS et pédophilie

La rTMS est une technique de stimulation cérébrale, non invasive et indolore, dont l'innocuité est quasi-totale, permettant un effet modulateur de l'excitabilité corticale.

Elle repose sur le principe décrit par Faraday en 1831, qui suppose qu'un courant électrique circulant dans un circuit fermé, génère un champ magnétique, qui à son tour peut déclencher des phénomènes de dépolarisation électrique dans un système conducteur placé à proximité.

Ainsi, un courant circulant dans une bobine, placé au dessus du scalp, induit un champ magnétique qui traverse l'os du crâne et la dure-mère, et produit un champ électrique à la surface du cortex, qui va dépolariser les neurones de proche en proche, avec libération de neuromédiateurs (notamment sérotonine) d'où l'effet modulateur de l'activité cérébrale.

L'étendue de la zone stimulée dépend du type de bobine utilisée et de l'intensité de la stimulation. Les bobines en 8, aussi appelées « en papillon », induit un champ maximal précis et focalisé.

Classiquement, une fréquence inférieure à 1 Hz est inhibitrice de l'excitabilité cérébrale (action du système GABA : acide gamma-aminobutyrique) et une fréquence supérieure à 5 Hz a un effet facilitateur et activateur (intervention des glutamates).

L'utilisation de la rTMS nécessite de définir certains paramètres : durée de la cure, nombres de séances, intensité du champ magnétique, le site de stimulation, le type de bobine, etc.

Les effets de la rTMS : l'effet de la rTMS n'est pas que local, mais diffuse dans un réseau anatomo-fonctionnel, permettant d'atteindre des zones plus profondes et de modifier la connectivité fonctionnelle entre régions cérébrales.

rTMS et pédophilie : sans réduire le trouble pédophile a un facteur étiologique unique, les données récentes en neuroimagerie conduisent à proposer la rTMS dans cette pathologie.

Or, nous savons que la sérotonine joue un rôle important dans le circuit de la récompense en tant que neuromodulateur (104). En même temps, des dysfonctionnements de la régulation sérotoninergique ont été évoqués dans les troubles du comportement sexuels déviants (24).

Les antidépresseurs ISRS ont une efficacité dans les paraphilies, les TOC et les addictions sexuelles.

La rTMS, l'ECT et les ISRS ont montré leur efficacité dans la dépression, où il y a une réduction de la neuroconnectivité entre les régions frontales et temporales. Selon Gorwood (139), cela laisse supposer une potentielle voie commune d'action à ces trois techniques de soin différentes, qui pourrait être la neuroplasticité et une action neurotrophique par le biais du BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor).

Dans la pédophilie, il y a une désynchronisation neuronale cérébrale et une réduction de la connectivité entre deux zones clés impliquées dans l'excitation sexuelle. A savoir, le cortex orbito-frontal, pour le contrôle inhibiteur des impulsions ; et l'amygdale, pour la composante émotionnelle de l'excitation sexuelle (131,137,138).

La rTMS, par ses mécanismes d'action de modulation de la neurotransmission sérotoninergique de l'excitabilité des neurones corticaux, améliore la connectivité. Appliquée à haute fréquence au niveau du cortex préfrontal dorsolatéral gauche (CPFDLG), elle augmente l'activité et le contrôle inhibiteur, et peut avoir une action à distance par le biais d'interactions hémisphériques, pouvant atteindre le lobe temporal inférieur droit voire même le niveau sous-cortical.

La rTMS a montré une efficacité dans diverses pathologies psychiatriques et neurologiques (140) :

Elle est de grade A (efficacité certaine) dans les états dépressifs résistants à au moins deux antidépresseurs bien conduits, dans les douleurs neuropathiques et dans la récupération post-AVC de la fonction motrice des membres supérieurs.

La rTMS de grade B (efficacité probable) dans la maladie de Parkinson, la plasticité des membres inférieurs de la sclérose en plaques, l'aphasie non fluente post-AVC, l'état de stress post-traumatique, la fibromyalgie.

Dans le TOC, plusieurs études rapportent une amélioration significative si la stimulation porte sur l'aire motrice supplémentaire (AMS) (141,142).

Effets secondaires (143) : La rTMS est d'une innocuité quasi-totale. Il a pu être rapporté des cas rares de crise d'épilepsie (risque inférieur à 1% mais sans risque de survenue

d'épilepsie maladie) ; troubles auditifs liés aux bruits de la stimulation (moins de 40 dB) ; céphalées, gêne sur le cuir chevelu, qui ont tendance à disparaître au fur et à mesure des séances.

Effets indésirables cognitifs (difficultés de concentration, troubles de la mémoire) transitoires et très rares.

Contre-indications : épilepsie active, antécédents de traumatisme crânio-cérébral, de chirurgies cérébrales ou d'hypertension intracrânienne, présence d'un pacemaker, implant métallique intracrânien, cochléaire, oculaire, ou autre matériel prothétique.

DEUXIEME PARTIE : Présentation des résultats préliminaires de l'étude de l'effet d'un traitement par rTMS chez des patients présentant un trouble pédophile.

1) Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective interventionnelle en double aveugle, randomisée contrôlée, comprenant deux groupes de patients pris en charge par ailleurs en ambulatoire par l'équipe de soins de l'unité d'évaluation, d'orientation et de soins pour les auteurs de violences sexuelles.

Il s'agit de comparer deux groupes de patients (cf. le protocole de l'étude en annexe) :

Un groupe de 13 patients bénéficiant d'une rTMS active + ISRS + TCC/Psychothérapie

Et

Un groupe de 13 patients bénéficiant d'une rTMS placebo + ISRS + TCC/Psychothérapie

Le protocole de l'étude a été approuvé par le Comité de Protection des Personnes (CPP) d'Ile de France, fin 2018, et l'étude a débuté au premier trimestre 2019.

La durée de l'étude était programmée pour deux ans, mais comme l'étude est toujours en cours, une prolongation de durée a été demandée au CPP.

L'étude est actuellement toujours en cours et le double aveugle n'a pas été levé. Cependant, nous avons réalisé une analyse descriptive et comparative d'un échantillon de 13 patients inclus à ce jour et issus de cette étude et dont nous présentons les résultats dans ce travail de thèse.

2) Description de la population étudiée :

a. Critères d'inclusion :

Patients répondant aux critères diagnostic de trouble pédophile du DSMV et de pédophilie de la CIM 10.

Sexe masculin.

Age supérieur ou égal à 18 ans.

Absence de modification thérapeutique dans le mois précédent et pendant le protocole.

Reconnaissance par les patients d'une attirance sexuelle pour les enfants prépubères.

Volonté de participer à un traitement pour prévenir un passage à l'acte ou sa répétition.

b. Critères de non-inclusion :

Trouble psychotique.

Trouble bipolaire.

Epilepsie active (une ou plusieurs crises pendant les 6 derniers mois).

Antécédents de traumatisme crânien, de chirurgie cérébrale ou d'hypertension intracrânienne.

Pédophiles incestueux.

Présence d'un pacemaker/implant métallique intracrânien, cochléaire, oculaire ou autre matériel prothétique contre-indiquant l'IRM.

3) Procédure et déroulement de l'étude :

- Une proposition de participer à l'étude et vérification des critères est réalisée par le médecin référent.
- Une lettre d'information est remise au patient suivi d'un délai de réflexion d'au moins 7 jours.
- Inclusion à J0 : signature du consentement, complétion du dossier : données générales (âge, sexe, niveau d'étude), antécédents médico-chirurgicaux, antécédents d'abus sexuels, comorbidités, traitements médicamenteux et psychothérapeutiques actuels.
- Vérification des critères de non inclusion à la rTMS.
- Passation des questionnaires et échelles d'évaluation en pré-rTMS qui serviront de critères de jugement après la rTMS.

Randomisation : un numéro de randomisation est attribué à chaque personne dans l'ordre d'entrée dans le protocole. Ce numéro assigne la personne à l'un ou l'autre groupe (stimulation rTMS active ou stimulation rTMS placebo).

4) Typologie de la population étudiée :

L'échantillon de 13 patients issu de l'étude est hétérogène et se décompose comme suit :

- 9 pédophiles avec contact (4 pédophiles hétérosexuels, 2 pédophiles homosexuels et 3 pédophiles bisexuels).
- 2 pédophiles fantasmatiques (hétérosexuels)
- 2 cyberpédophiles (1 pédophile homosexuel et 1 pédophile hétérosexuel)

Bien que l'échantillon soit hétérogène, il offre l'avantage d'y avoir inclus une nouvelle catégorie émergente de pédophiles, à savoir ceux qui s'adonnent à la cyberpédopornographie.

Nous avons réalisé une comparaison entre les 3 sous-groupes composant l'échantillon, en fonction de l'orientation sexuelle (pédophile homosexuel, hétérosexuel et bisexuel), ainsi qu'en fonction du passage à l'acte, en 3 sous-groupes (les pédophiles avec contact, étant passé à l'acte, les pédophiles fantasmatiques sans contact, n'étant pas passé à l'acte et les pédophiles qui s'adonnent au visionnage et au téléchargement de matériels pédopornographiques.

Nous avons cherché également à étudier les facteurs de risque associés à la pédophilie, tels que les carences affectives, les antécédents de victimologies sexuelles ; les troubles de l'attachement, les comorbidités psychiatriques, le déficit des habiletés et compétences sociales. Bien que certains facteurs soient d'ordre statique, d'autres facteurs sont dynamiques et peuvent être modifiés par la thérapie permettant d'évaluer ainsi l'effet de la rTMS.

5) Analyses statistiques :

Les variables quantitatives ont été décrites selon la moyenne \pm écart-type tandis que les variables qualitatives ont été décrites selon la valeur absolue (ou pourcentage).

Les données MMPI-2 ont été analysées en utilisant à la fois les moyennes et les écarts types (scores T) et les proportions des patients ayant un score supérieur à 65 selon le manuel MMPI-2.

Des comparaisons selon la typologie des troubles pédophiliques (avec ou sans contact, cyber-pédopornographie) ont été effectuées en utilisant le test Chi2 ou le test exact de Fisher (selon les effectifs) pour les variables qualitatives socio-démographiques et cliniques. Devant les faibles effectifs, des tests non paramétriques ont été utilisés pour comparer les variables quantitatives : le test de Kruskal-Wallis pour comparer les scores entre les trois groupes de troubles pédophiliques et le test U de Mann-Whitney pour comparer chacun des groupes, deux à deux. La recherche de relations entre les différentes variables quantitatives cliniques et les différents scores et sous-scores des échelles d'évaluation (HDRS-17, échelle de Rathus, BIS-11, MMPI-2 et test de Stroop) ont été effectuées en utilisant le test de corrélation rho de Spearman. Les différentes analyses statistiques ont été faites à l'aide du logiciel SPSS version 25.0. La significativité statistique a été définie pour un $p < 0,05$.

6) Résultats préliminaires :

Ces résultats portent sur les données sociodémographiques et psychiatriques ainsi que sur les résultats aux questionnaires et échelles d'évaluation dont la passation est réalisée à J0. Ces instruments de mesure évaluent les facteurs associés à la pédophilie, à savoir :

Les traits de personnalité évalués par le MMPI-2,
Les troubles de l'humeur dépressive évalués par la HDRS-17,
L'impulsivité évaluée par le BIS-11,
L'affirmation de soi évaluée par l'échelle de Rathus,
L'évaluation du contrôle de l'inhibition par le test de Stroop.

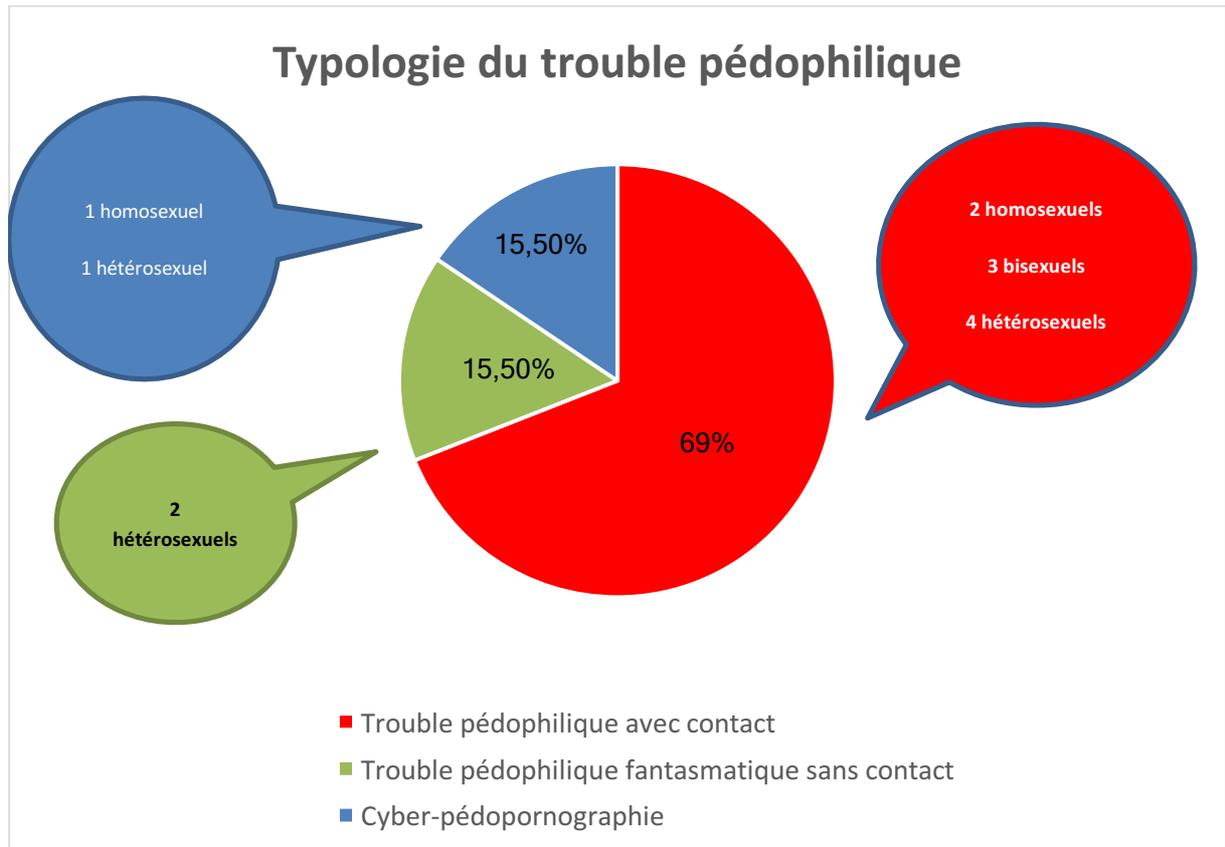
Nous commenterons les résultats des tableaux au fur et à mesure de leur présentation.

a) Description de l'échantillon actuel

Dans notre échantillon de 13 patients présentant un trouble pédophile, nous avons 3 pédophiles homosexuels, 7 pédophiles hétérosexuels et 3 pédophiles bisexuels dont :

69% de pédophiles avec contact,
15,5% de pédophiles fantasmatiques sans contact,
15,5% de cyber-pédophiles s'adonnant aux visionnages et téléchargements de matériels pédopornographiques.

Ce que nous résumons par le schéma à double entrée ci-dessous.



a1) : Données socio-démographiques et psychiatriques :

Comme indiqué dans le tableau N°1 ci-dessous, nous relevons l'existence de variables significatives caractérisant l'échantillon, à savoir :

Des antécédents de vulnérabilités divers (69%) à type de négligence, d'abus psychologiques ou physiques ou témoin de violences parentales.

Des antécédents de carences affectives et de placement en famille d'accueil, foyers, institutions (46%)

Des antécédents de victimologie sexuelle (46%)

Des antécédents de troubles dépressifs (46%)

L'existence de traitements antidépresseurs (54%)

Un niveau d'étude universitaire (54%) (Bac +2, Master)

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| Age moyen [âge min-âge max] | | 47 ± 17 ans [22-69] |
| Sexe (H/F) | | 13/0 |
| Niveau d'études | CAP-Brevet des collèges / Université | 6 / 7 (46% / 54%) |
| Activité professionnelle actuelle | Oui | 7 (54%) |
| Orientation sexuelle | Homosexuel / Bisexuel / Hétérosexuel | 3 (23%)/ 3 (23%) / 7 (54%) |
| Comorbidités psychiatriques antérieures | Troubles dépressifs | 5 (46%) |
| | Absence | 3 (23%) |
| Comorbidités psychiatriques actuelles | Troubles dépressifs | 3 (23%) |
| | Absence | 8 (61,5%) |
| Eléments de vulnérabilité pendant l'enfance et l'adolescence | Antécédents de vulnérabilité | 9 (69%) |
| | Antécédent(s) d'abus sexuel | 6 (46%) |
| | Antécédent(s) de carence(s) affective(s) | 6 (46%) |
| Age du premier diagnostic psychiatrique (en années) [âge min-âge max] | | 31 ± 16 ans [14-67] |
| Temps de prise en charge en psychiatrie (en années) [durée min-durée max] | | 16,5 ± 10 ans [4-31] |
| Traitements actuels | Antidépresseur(s) | 7 (54%) |
| | Antipsychotique(s) | 3 (23%) |
| | Anti-androgénique(s) | 2 (15%) |

Tableau N°1

Il est à noter qu'il n'existe pas de différence significative en ce qui concerne la présence d'un traitement antidépresseur entre le groupe des sujets déprimés et le groupe des sujets non déprimés ($p = 0,56$). Néanmoins, bien que la différence soit non significative, la proportion des sujets déprimés traités par antidépresseur est plus importante que celle des sujets non déprimés (60% vs 33,3%).

Enfin, rappelons que tous les patients bénéficient d'une prise en charge psychothérapique, individuelle et/ou groupale.

a2) : Description des scores aux échelles d'évaluation (HDRS-17, BIS-11, échelle de Rathus, MMPI-2, Test de Stroop)

Comme le montre les tableaux N°2 et N°3 (les chiffres en gras sont pathologiques), nous remarquons que la description des scores moyens au MMPI montre des scores pathologiques statistiquement significatifs au niveau des échelles de psychopathie (85%) et de schizophrénie (69%). Suivent à égalité les échelles de dépression, paranoïa et psychasthénie (54%).

Les scores pathologiques de psychopathie et schizophrénie témoignent d'une tendance au passage à l'acte et des difficultés avec l'environnement et la réalité externe.

Un tiers des patients (31%) ont des difficultés d'affirmation de soi, témoignant d'une anxiété sociale et d'un manque d'habiletés et de compétences sociales.

Enfin, 76% des patients présentent des symptômes dépressifs, facteurs de dangerosité et de risque de passage à l'acte, dans le sens d'une récurrence d'agression sexuelle.

| | | Effectif total (n = 13) | |
|----------------------|--|---|-------------------------|
| Test de Stroop | Planche 1 | Nbre de mots lus écrits dans une couleur différente en 45s (CM) | 38 ± 10 [22-52] |
| | | Nbre d'erreurs | 1 ± 1 [0-3] |
| | Planche 2 | Nbre de couleurs rectangle citées en 45s (C) | 85 ± 00 [49-117] |
| | | Nbre d'erreurs | 0,4 ± 1,1 [0-4] |
| | Effet Stroop | CM-C | -46,9 ± 21 [-85/-20] |
| | | CM/C | 0,46 ± 0,13 [0,26/0,64] |
| HDRS-17 | Score total moyen ± écart-type [min-max] | | 11,7 ± 5,9 [5-24] |
| | Sujets non déprimés | | 3 (23%) |
| | Sujets avec symptômes dépressifs légers | | 6 (46%) |
| | Sujets avec symptômes dépressifs modérés | | 2 (15,5%) |
| | Sujets avec symptômes dépressifs sévères | | 2 (15,5%) |
| BIS-11 Scores moyens | Score total ± écarts-type [min-max] | | 62,0 ± 10,4 [46-80] |
| | Sous-score impulsivité motrice | | 21,2 ± 3,7 [13-28] |
| | Sous-score impulsivité cognitive | | 17,0 ± 5,0 [10-26] |
| | Sous-score difficultés de planification | | 23,8 ± 4,9 [16-35] |
| Echelle de Rathus | Score total moyen (± écart-type) [min-max] | | -8,4 ± 26,6 [-46/+38] |
| | Sujets avec difficultés d'affirmation de soi (-90/-30) | | 4 (31%) |
| | Sujets bien affirmés voire agressifs (30/90) | | 1 (8) |
| MMPI-2 T scores | Hypochondrie (Hs) [T>65 (%)] | | 60,9 ± 18,5 [5 (38,5%)] |
| | Dépression (D) [T>65 (%)] | | 66,2 ± 12,9 [7 (54%)] |
| | Hystérie de conversion (Hy) [T>65 (%)] | | 56,7 ± 16,7 [4 (31%)] |
| | Déviation psychopathique (Pd) [T>65 (%)] | | 68,7 ± 8,6 [11 (85%)] |
| | Masculinité/Féminité (Mf) [T>65 (%)] | | 53,1 ± 8,7 [1 (8%)] |
| | Paranoïa (Pa) [T>65 (%)] | | 69,5 ± 15,5 [7 (54%)] |
| | Psychasthénie (Pt) [T>65 (%)] | | 67,0 ± 16,1 [7 (54%)] |
| | Schizophrénie (Sc) [T>65 (%)] | | 74,8 ± 17,9 [9 (69%)] |
| | Hypomanie (Ma) [T>65 (%)] | | 49,9 ± 15,0 [2 (15%)] |
| | Introversion sociale (Si) [T>65 (%)] | | 65,7 ± 13,4 [5 (38,5%)] |

Tableau N°2

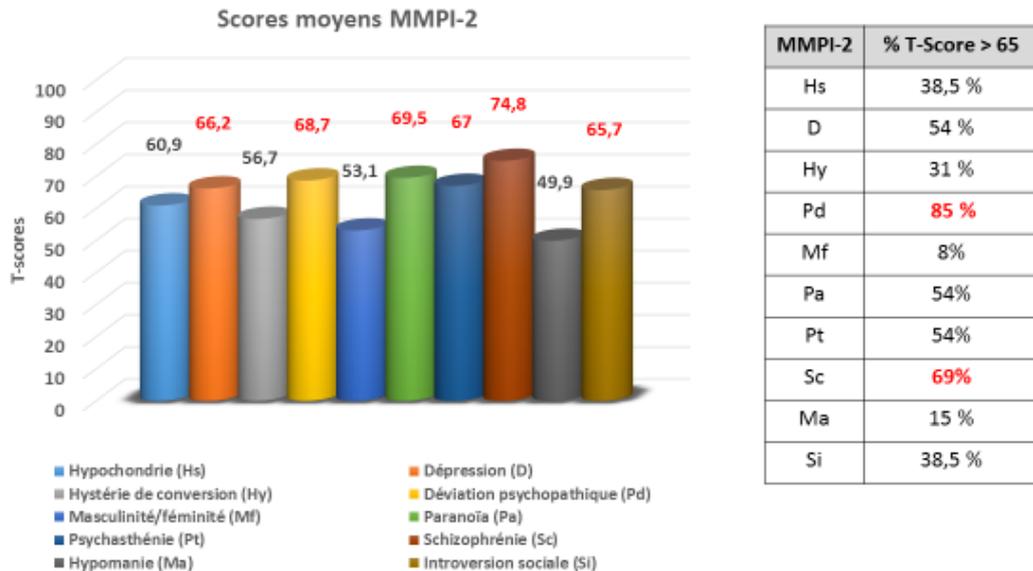


Tableau N°3

b : Description des scores aux échelles d'évaluation patient par patient :

Comme le montre les chiffres en gras dans les tableaux N°4 et N°5 ci-dessous, nous constatons que :

Neuf patients sur 13, cumulent des scores pathologiques sur plusieurs échelles catégorielles du MMPI-2, dont 2 patients ont des scores pathologiques sur 8 échelles sur 10. Ces résultats témoignent de l'existence d'un trouble de la personnalité chez l'ensemble des patients de l'échantillon.

Dix patients sur 13 présentent une symptomatologie dépressive et 5 patients ont une difficulté d'affirmation de soi.

Seul 3 patients ont présenté un déficit dans l'inhibition de la réponse au test de Stroop.

L'ensemble des patients de l'échantillon n'a pas montré de score pathologique à l'échelle d'impulsivité Bis-11.

| Patients | Age (ans) | Sexe | Niveau d'études | Orientation sexuelle | Antécédents d'abus sexuels | Typologie du Tb pédophilique | MMPI Hs | MMPI D | MMPI Hy | MMPI Pd | MMPI Mf | MMPI Pa | MMPI Pt | MMPI Sc | MMPI Ma | MMPI Si |
|----------|-----------|------|-----------------|----------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1 | 61 | H | CAP Brevet | Homosexuel | OUI | Pédophilie avec contact | 57 | 64 | 38 | 57 | 48 | 49 | 57 | 65 | 38 | 64 |
| 2 | 69 | H | CAP Brevet | Bisexuel | OUI | Pédophilie avec contact | 59 | 57 | 54 | 69 | 44 | 49 | 51 | 62 | 31 | 49 |
| 3 | 34 | H | Université | Homosexuel | NON | Pédophilie avec contact | 94 | 66 | 79 | 69 | 60 | 101 | 83 | 105 | 72 | 58 |
| 4 | 34 | H | CAP Brevet | Hétérosexuel | OUI | Pédophilie avec contact | 70 | 72 | 69 | 74 | 60 | 68 | 77 | 77 | 43 | 71 |
| 5 | 44 | H | CAP Brevet | Hétérosexuel | OUI | Pédophilie avec contact | 59 | 66 | 52 | 79 | 42 | 75 | 57 | 75 | 62 | 64 |
| 6 | 60 | H | CAP Brevet | Bisexuel | OUI | Pédophilie avec contact | 33 | 54 | 34 | 67 | 60 | 86 | 70 | 81 | 62 | 62 |
| 7 | 62 | H | Université | Hétérosexuel | NON | Pédophilie avec contact | 37 | 42 | 43 | 48 | 66 | 57 | 35 | 56 | 35 | 62 |
| 8 | 39 | H | Université | Hétérosexuel | NON | Pédophilie fantasmatique sans contact | 92 | 89 | 84 | 77 | 42 | 83 | 94 | 112 | 39 | 91 |
| 9 | 68 | H | Université | Bisexuel | OUI | Pédophilie avec contact | 48 | 59 | 52 | 69 | 42 | 68 | 55 | 47 | 47 | 44 |
| 10 | 30 | H | Université | Hétérosexuel | NON | Pédophilie fantasmatique sans contact | 59 | 83 | 64 | 67 | 56 | 64 | 83 | 74 | 35 | 84 |
| 11 | 22 | H | Université | Homosexuel | NON | Cyber-pédopornographie | 73 | 78 | 79 | 79 | 62 | 64 | 74 | 70 | 62 | 56 |
| 12 | 60 | H | CAP Brevet | Hétérosexuel | NON | Pédophilie avec contact | 45 | 57 | 42 | 69 | 58 | 83 | 61 | 67 | 75 | 70 |
| 13 | 29 | H | Université | Hétérosexuel | NON | Cyber-pédopornographie | 66 | 74 | 47 | 69 | 50 | 57 | 74 | 81 | 47 | 79 |

Tableau N°4

Notons sur ce tableau que les pédophiles fantasmatiques sans contact et les cyberpédophiles sans contact, de l'échantillon ont tous un niveau d'étude universitaire, comparativement aux pédophiles avec contact qui eux ont un niveau CAP-Brevet.

Ces résultats sont retrouvés aussi au niveau du tableau N°6

| Patients | Typologie du T _b pédophilique | HDR | BIS-11 | | | | Echelle | Test de Stroop | | | | | |
|----------|---|-------------|-------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------|------|------|
| | | S-17 | | | | Rathus | Planche 1 | | Planche 2 | | Effet Stroop | | |
| | | Score total | Score total | Score impulsivité motrice | Score impulsivité cognitive | Score difficultés planification | Score total | Nbre de mots lus (CM) | Nbre d'erreurs | Nbre de couleurs citées (C) | Nbre d'erreurs | CM-C | CM/C |
| 1 | Pédophilie avec contact | 8 | 70 | 28 | 15 | 27 | -43 | 30 | 2 | 115 | 0 | -85 | 0,26 |
| 2 | Pédophilie avec contact | 5 | 58 | 20 | 14 | 24 | 16 | 31 | 0 | 114 | 0 | -83 | 0,27 |
| 3 | Pédophilie avec contact | 17 | 51 | 22 | 10 | 19 | 5 | 43 | 0 | 117 | 0 | -74 | 0,37 |
| 4 | Pédophilie avec contact | 11 | 80 | 19 | 26 | 35 | -20 | 52 | 2 | 90 | 0 | -38 | 0,58 |
| 5 | Pédophilie avec contact | 9 | 53 | 22 | 11 | 20 | -4 | 36 | 2 | 74 | 0 | -38 | 0,49 |
| 6 | Pédophilie avec contact | 12 | 67 | 24 | 19 | 24 | 19 | 22 | 1 | 72 | 1 | -50 | 0,31 |
| 7 | Pédophilie avec contact | 5 | 46 | 18 | 12 | 16 | -33 | 28 | 3 | 68 | 0 | -40 | 0,41 |
| 8 | Pédophilie fantasmatique sans contact | 11 | 70 | 19 | 22 | 29 | -46 | 40 | 1 | 86 | 0 | -46 | 0,47 |
| 9 | Pédophilie avec contact | 16 | 67 | 24 | 19 | 24 | 38 | 40 | 0 | 75 | 0 | -35 | 0,53 |
| 10 | Pédophilie fantasmatique sans contact | 24 | 73 | 24 | 22 | 27 | -24 | 52 | 0 | 85 | 0 | -33 | 0,61 |
| 11 | Cyber- pédopornographie | 19 | 48 | 13 | 15 | 20 | 15 | 48 | 1 | 75 | 0 | -27 | 0,64 |
| 12 | Pédophilie avec contact | 5 | 60 | 23 | 14 | 23 | 0 | 29 | 1 | 49 | 4 | -20 | 0,59 |
| 13 | Cyber- pédopornographie | 10 | 63 | 20 | 22 | 21 | -32 | 43 | 0 | 84 | 0 | -41 | 0,51 |

Tableau N°5

c : Comparaison en fonction de la typologie du trouble
pédophilique :

c1 : Comparaison des caractéristiques socio-démographiques
et psychiatriques

A noter que nous ne trouvons pas dans notre échantillon de différences en terme de récurrence en fonction de l'orientation sexuelle ($p=0,44$).

Comme le montre le tableau N°6 ci-dessous, la comparaison des 3 sous-groupes de l'échantillon (pédophile sans contact, pédophile fantasmatique et cyberpédophile) montrent des différences significatives notamment au niveau de l'âge et de la typologie des patients ($p=0,04$). Ainsi les pédophiles avec contact sont les plus âgés de l'échantillon (moyenne d'âge de 55 ans). Les cyberpédophiles sont les plus jeunes (moyenne d'âge 25 ans). Les pédophiles fantasmatiques se situent entre les deux groupes précédents (moyenne d'âge 34,5 ans).

La différence d'âge expliquerait notamment l'usage des nouvelles technologies d'internet par les patients les plus jeunes.

| | Trouble pédophilique avec contact (Groupe 1) (n=9) | Trouble pédophilique fantasmatique sans contact(Groupe 2) (n=2) | Cyber- pédopornographie (Groupe 3) (n=2) | p |
|---|--|--|---|--|
| Age moyen [âge min-âge max] | 55 ± 14 [34-69] | 34,5 ± 6 [30-39] | 25,5 ± 5 [22-29] | ^a 0,04 ^b 0,10 ^c 0,03 ^d 0,12 |
| Niveau d'études (Brevet/Université) | 6/3 | 0/2 | 0/2 | ^a 0,08 ^b 0,18 ^c 0,18 ^d 0,12 |
| Antécédents pénaux (Oui / Non) | 9/0 | 0/2 | 0/2 | ^a 0,002 ^b 0,02 ^c 0,02 ^d 1,0 |
| Antécédent(s) d'abus sexuel enfance et l'adolescence(Oui/Non) | 6/3 | 0/2 | 0/2 | ^a 0,08 ^b 0,18 ^c 0,18 ^d 1,0 |
| Traits de personnalité (Pervers / Limite immature / Névrotique) | 3/5/1 | 0/0/2 | 0/0/2 | ^a 0,06 ^b 0,04 ^c 0,04 ^d 1,0 |
| Reconnaissance du trouble pédophilique (Totale / Pensées) | 9/0 | 0/2 | 2/0 | ^a 0,002 ^b 0,02 ^c 1,0 ^d 0,33 |
| Nbre victimes et/ou actes (Plusieurs/Aucune) | 9/0 | 0/2 | 0/2 | ^a 0,002 ^b 0,02 ^c 0,02 ^d 1,0 |

Tableau N°6

c2 : Comparaison des scores aux échelles d'évaluation :

La description détaillée des résultats comparatifs entre les 3 sous-groupes pour l'ensemble des échelles d'évaluation est fournie dans la tableau N°7 ci-dessous.

Nous présentons les résultats les plus caractéristiques (significatifs ou à tendance significative) des tableaux N°6 et N° 7 ci-dessous, par des histogrammes.

| | | Trouble pédophilique avec contact (Groupe 1) (n=9) | Trouble pédophilique fantasmatique sans contact (Groupe 2) (n=2) | Cyber- pédopornographie (Groupe 3) (n=2) | p |
|----------------------------------|----|--|---|---|--|
| MMPI-2 T scores [T>65 (%)] | Hs | 55,8 ± 18,5 [2 (22,2%)] | 75,5 ± 23,3 [1 (50%)] | 69,50 ± 5,0 [2 (100%)] | ^a 0,23 ^b 0,23 ^c 0,16 ^d 1,0 |
| | D | 59,7 ± 8,7 [3 (33,3%)] | 86,0 ± 4,2 [2 (100%)] | 76,0 ± 2,8 [2 (100%)] | ^a 0,02 ^b 0,03 ^c 0,03 ^d 0,12 |
| | Hy | 51,4 ± 14,7 [2 (22,2%)] | 74,0 ± 14,1 [1 (50%)] | 63,0 ± 22,6 [1 (50%)] | ^a 0,21 ^b 0,10 ^c 0,41 ^d 0,44 |
| | Pd | 66,8 ± 9,1 [7 (77,8%)] | 72,0 ± 7,1 [2 (100%)] | 74,0 ± 7,1 [2 (100%)] | ^a 0,51 ^b 0,72 ^c 0,27 ^d 0,44 |
| | Mf | 53,3 ± 9,3 [1 (11,1%)] | 49,0 ± 9,9 [0 (0%)] | 56,0 ± 8,5 [0 (0%)] | ^a 0,50 ^b 0,34 ^c 0,47 ^d 0,44 |
| | Pa | 70,7 ± 17,6 [6 (66,7%)] | 73,5 ± 13,4 [1 (50%)] | 60,5 ± 4,9 [0 (0%)] | ^a 0,60 ^b 0,91 ^c 0,41 ^d 0,22 |
| | Pt | 60,7 ± 14,4 [3 (33,3%)] | 88,5 ± 7,8 [2 (100%)] | 74,0 ± 0,0 [2 (100%)] | ^a 0,07 ^b 0,04 ^c 0,24 ^d 0,10 |

| | | | | | |
|-------------------|--------------------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|--|
| | | | | | |
| | Sc | 70,6 ± 16,7 [5 (55,6%)] | 93,0 ± 26,9 [2 (100%)] | 75,5 ± 7,8 [2 (100%)] | ^a 0,38 ^b 0,24 ^c 0,41 ^d 0,44 |
| | Ma | 51,7 ± 16,4 [2 (22,2%)] | 37,0 ± 2,8 [0 (0%)] | 54,5 ± 10,6 [0 (0%)] | ^a 0,39 ^b 0,29 ^c 0,41 ^d 0,12 |
| | Si | 60,4 ± 8,9 [2 (22,2%)] | 87,5 ± 4,9 [2 (100%)] | 67,5 ± 16,3 [1 (50%)] | ^a 0,09 ^b 0,03 ^c 0,64 ^d 0,12 |
| HDRS-17 | Score total | 9,8 ± 4,6 | 17,5 ± 9,2 | 14,5 ± 6,4 | ^a 0,25 ^b 0,19 ^c 0,24 ^d 0,44 |
| BIS-11 | Score total | 61,3 ± 10,7 | 71,5 ± 2,1 | 55,5 ± 10,6 | ^a 0,19 ^b 0,12 ^c 0,48 ^d 0,12 |
| | Sous-score impulsivité motrice | 22,2 ± 3,0 | 21,5 ± 3,5 | 16,5 ± 4,9 | ^a 0,32 ^b 0,91 ^c 0,12 ^d 0,44 |
| | Sous-score impulsivité cognitive | 15,6 ± 5,0 | 22,0 ± 0,0 | 18,5 ± 4,9 | ^a 0,17 ^b 0,10 ^c 0,29 ^d 0,32 |
| | Sous-score Difficultés planification | 23,6 ± 5,4 | 28,0 ± 1,4 | 20,5 ± 0,7 | ^a 0,17 ^b 0,12 ^c 0,40 ^d 0,12 |
| Echelle de Rathus | Score total | -2,4 ± 25,9 | -35,0 ± 15,6 | -8,5 ± 33,2 | ^a 0,28 ^b 0,10 ^c 0,81 ^d 0,44 |
| Test de Stroop | CM-C | -51,4 ± 23,4 | -39,5 ± 9,2 | -34 ± 9,9 | ^a 0,63 ^b 0,48 ^c 0,48 ^d 0,44 |
| | CM/C | 0,4 ± 0,1 | 0,5 ± 0,1 | 0,6 ± 0,1 | ^a 0,22 ^b 0,24 ^c 0,16 ^d 0,44 |

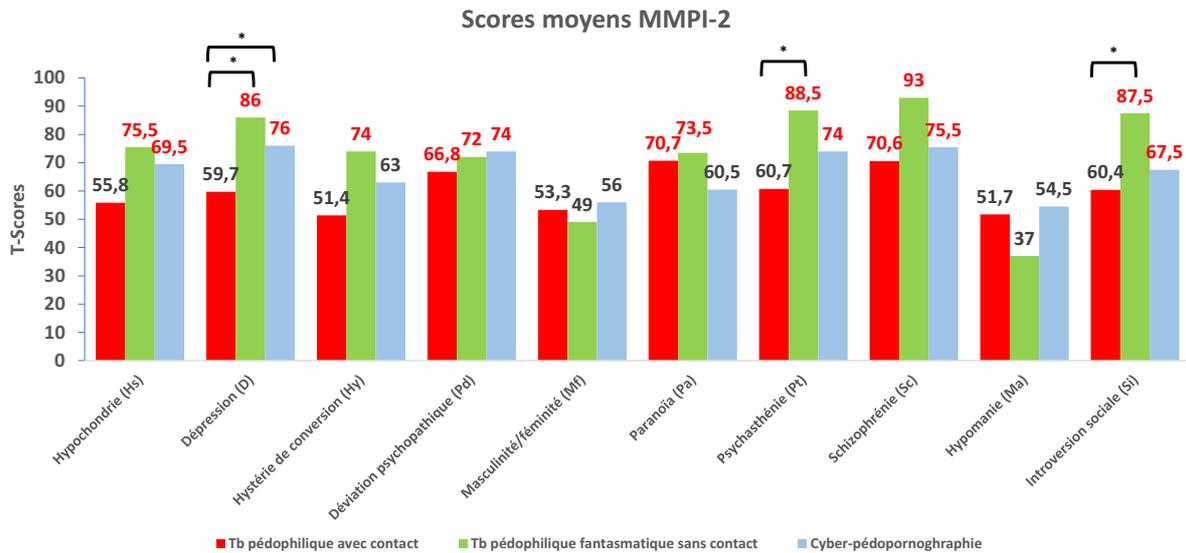
Tableau N°7

^aTest de Kruskal-Wallis entre les trois groupes ; ^bTest de Mann-Whitney entre Groupe 1 et Groupe 2 ; ^cTest de Mann-Whitney entre Groupe 1 et Groupe 3 ; ^d Test de Mann-Whitney entre Groupe 2 et Groupe 3

c2-1 : Scores au MMPI-2 :

Les scores moyens pathologiques au niveau des échelles catégorielles du MMPI-2, sont significativement plus élevés chez les pédophiles fantasmatiques comme, le montre le diagramme ci-dessous.

Les pédophiles fantasmatiques qui ne sont pas passés à l'acte ont des scores pathologiques au niveau des échelles de dépression, de psychasthénie et d'introversion sociale. Ceci pourrait s'expliquer par la lutte des patients contre leurs fantasmes et leurs craintes de passer l'acte, aboutissant à un épuisement psychique, à l'introversion sociale, l'isolement et la dépression.

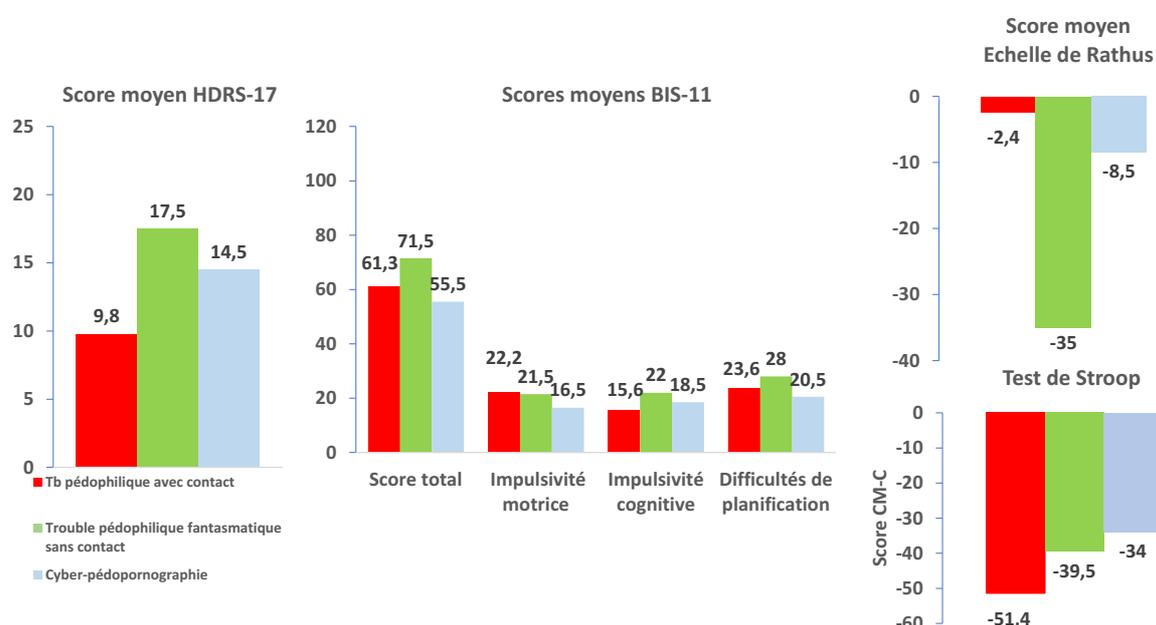


c2-2 : Scores à l'HDRS-17, l'échelle de Rathus, l'échelle BIS-11 et le Test de Stroop (effet Stroop)

A noter, que les pédophiles fantasmatiques ont un score moyen plus élevé à l'échelle HDRS-17 de dépression comparativement aux 2 autres sous-groupes, témoignant d'une symptomatologie dépressive.

Si l'on se réfère au seuil 15 de l'échelle HDRS, défini aux USA (Hamilton), on considère qu'il y a une dépression caractérisée. En France, ce seuil a été fixé à 18 (144).

Les autres échelles ne montrent pas de scores moyens pathologiques, hormis à l'échelle de Rathus, où les pédophiles fantasmatiques apparaissent présenter un problème d'affirmation de soi, témoignant d'un manque d'habiletés et de compétences sociales, voire d'une anxiété sociale, ce d'autant que ce même sous-groupe présente un score plus élevé à l'échelle d'introversion sociale du MMPI et à l'échelle HDRS de dépression.



d : Relations entre les scores aux échelles d'évaluation :

Nous présentons dans le diagramme ci-dessous, les corrélations entre les scores aux échelles du MMPI-2 avec les échelles HDRS-17 de dépression, l'échelle d'impulsivité de BIS-11 et l'échelle de Rathus d'affirmation de soi.

Il est intéressant de noter qu'il y a une corrélation positive entre l'indice de masse corporelle (IMC poids/m²) et les échelles de psychasthénie, de dépression et d'introversion sociale du MMPI-2 (respectivement $r = 0,69$, $p = 0,01$; $r = 0,68$, $p = 0,01$; $r = 0,80$, $p = 0,001$), caractéristique des pédophiles fantasmatiques.

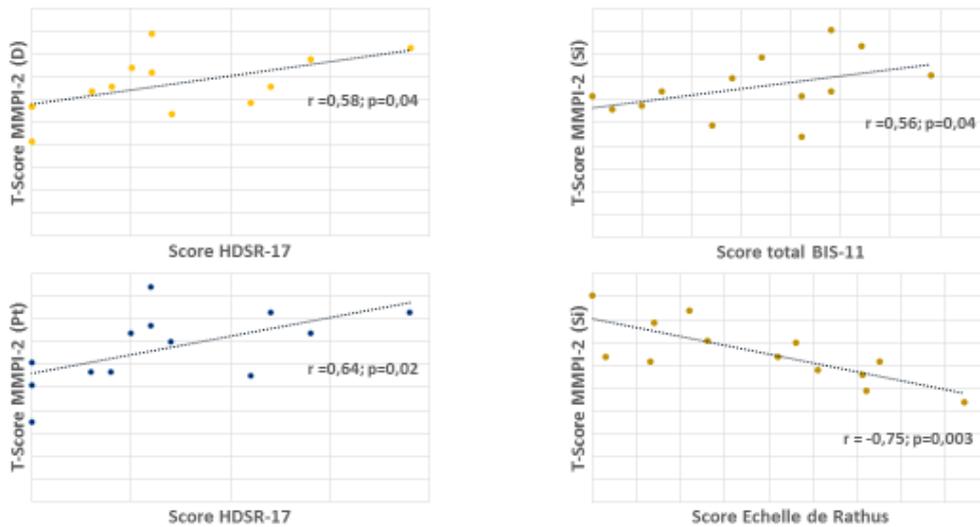
Cette corrélation pourrait s'expliquer par l'incapacité à agir et l'inactivité de la psychasthénie avec introversion sociale et pourrait expliquer aussi le surpoids constaté chez certains patients de l'échantillon.

A l'inverse, il y a une corrélation négative entre l'IMC et l'échelle d'affirmation de soi de Rathus ($r = -0,62$, $p = 0,03$). Les patients en surpoids sont ceux manquant d'habiletés sociales et de compétence sociale et par conséquent ils ont moins d'interactions sociales.

En outre, il y a une corrélation significative entre les scores à l'échelle de dépression HDRS et les scores aux échelles de dépression et de psychasthénie du MMPI-2. Autrement dit, et ceci est cohérent, les traits de personnalité de dépression et psychasthénie au niveau du MMPI-2 ont une traduction clinique par une symptomatologie dépressive retrouvée au niveau de l'échelle HDRS de dépression.

De plus, il existe une corrélation entre le score total de la BIS-11 avec l'échelle d'introversion sociale du MMPI-2 ($r = 0,56$, $p = 0,04$). Par contre, il n'existe pas de corrélation avec les sous-scores impulsivité motrice, impulsivité cognitive et difficulté de planification de la BIS-11.

Enfin, à l'échelle de Rathus, les patients les moins affirmés, manquant d'habileté et de compétences sociales, ont une tendance au retrait et à l'introversion sociale.



2

7) Discussion des résultats au regard de la littérature :

La majorité de nos résultats sont concordants avec les données de la littérature alors que d'autres ne le sont pas.

a) Les résultats concordants avec la littérature :

Nos résultats concernent plusieurs facteurs associés à la pédophilie. Ils sont concordants avec la littérature :

Les troubles de l'attachement sous-tendus par les carences, négligences et placements, sont considérés comme facteurs déterminants de la pédophilie (30,69,70,72,90,96,97). Ces antécédents distaux de vulnérabilité sont retrouvés chez 69% des patients de notre échantillon, comme relevé précédemment dans le tableau N°1.

Concernant les comorbidités psychiatriques, c'est principalement la dépression qui est retrouvée dans les antécédents de la population de notre échantillon (46%) et des traitements antidépresseurs actuellement en cours (54%). La littérature rapporte à-peu-près les mêmes chiffres aux alentours de 50% (145–147).

Concernant le déficit des habiletés et compétences sociales, les scores moyens des 3 sous-groupes de l'échantillon sont négatifs à l'échelle de Rathus, témoignant d'un problème d'affirmation de soi et par conséquent d'un déficit dans les relations intimes avec les adultes (14,70,72,90,94,96,97).

Enfin, au MMPI-2, dans notre échantillon, des scores pathologiques sont retrouvés essentiellement au niveau de l'échelle 4 de psychopathie (85%) et de l'échelle 8 de schizophrénie (69%). En outre, plusieurs patients ont des scores T supérieur à 65 sur plusieurs échelles à la fois (53,54) ce qui témoigne d'un trouble de la personnalité (27,148).

b) Résultats non conformes à la littérature mais discutables :

Contrairement à la littérature, nous n'avons pas constaté, dans notre échantillon, de différences en terme de récurrence en fonction de l'orientation sexuelle (homosexuel versus hétérosexuel). Ceci, certainement lié au faible effectif de notre échantillon.

Les patients de notre échantillon rapportent des antécédents de victimologie sexuelle plus importants (46%) contrairement aux données de la littérature, évaluée à 30% (14,20,24).

Le niveau d'étude : 54% de notre population ont un niveau d'étude universitaire (Bac +2, Master) et ont une activité professionnelle (54%). Le restant de l'échantillon est constitué d'étudiants ou de retraités. Or, dans la littérature classique, les pédophiles sont décrits comme ayant un bas niveau d'étude et occupants des emplois hiérarchiquement bas (27,149).

Enfin, nous n'avons pas dans notre échantillon, de scores pathologiques à l'échelle d'impulsivité de Barratt (BIS-11) ; et seulement 3 patients sur les 13 ont montré une capacité d'inhibition déficitaire au test du Stroop. Concernant ce dernier point, les données de la littérature ne sont pas toujours concordantes entre elles. Certains auteurs trouvent une capacité d'inhibition déficitaire chez les pédophiles (119,150) et d'autres non (52,132).

Au total, la variabilité de certains de nos résultats par rapport aux données de la littérature, pourrait s'expliquer par l'hétérogénéité de notre échantillon ainsi que sa petite taille.

8) : Biais et limites :

Afin de faciliter les inclusions des patients dans l'étude, nous avons été guidé seulement par les critères diagnostic du trouble pédophile, sans tenir compte de l'orientation sexuelle (homosexuel, hétérosexuel et bisexuel) ni de l'aspect psychocriminologique (pédophiles avec contact, pédophiles fantasmatiques et cyberpédophiles). Ainsi, notre échantillon s'est trouvé hétérogène de fait, avec des typologies diverses.

Très peu de patients ont refusé de participer à l'étude. La raison invoquée par les patients ayant refusé, est principalement liée du diagnostic de pédophilie vécu très négativement comme stigmatisant.

La petite taille de l'échantillon est liée d'une part à la crise sanitaire du COVID, qui a ralenti les inclusions, ainsi qu'à des problèmes techniques et institutionnels (panne technique du bras placebo de la rTMS, qui n'a pas été remplacé à temps, etc.).

Une autre limitation a été le manque d'intérêt de certains professionnels de santé pour l'étude, et donc pour orienter les patients, et ce malgré une sensibilisation par le biais de réunions préparatoires, entre l'équipe de l'unité de recherche et les équipes de soins prenant en charge les AVS, ainsi que des relances régulières.

Par ailleurs, un des biais retrouvé est lié au caractère auto-déclaratif des patients, notamment au questionnaire du BIS-11 sur l'impulsivité. En effet, un biais de désirabilité sociale a probablement joué, lors de certaines questions comme celles « *je fais des choses sans réfléchir* » ou « *je dis les choses sans réfléchir* ».

Cependant, l'hétérogénéité de notre échantillon a l'avantage d'y avoir inclut des patients fantasmatiques sans contact, non soumis à des soins pénalement ordonnés et qui ont consulté dans une démarche volontaire. Il en est de même, pour l'inclusion de la nouvelle catégorie émergente, s'adonnant à la cyber-pédopornographie. L'évaluation de ses deux catégories spécifiques a fourni des caractéristiques intéressantes sur le plan clinique et sociodémographique.

9) : Perspectives :

A notre connaissance, il s'agit d'une étude pionnière évaluant l'impact thérapeutique de la rTMS chez les patients présentant un trouble pédophile.

L'étude est actuellement poursuivie et dont les résultats seront donnés ultérieurement. La rTMS pourrait être utilisée, à l'avenir, comme un traitement complémentaire aux thérapies existantes actuellement, ou comme une alternative à certaines thérapies médicamenteuses, en cas de contre-indication ou de refus d'un traitement anti-hormonal anti-androgène, par exemple.

Aussi, des recherches futures, similaires, s'avèrent nécessaires pour valider l'usage de la rTMS dans cette indication.

CONCLUSION

La pédophilie, pathologie complexe et multifactorielle, constitue un enjeu majeur de santé publique, tant les conséquences sur les victimes sont graves avec des séquelles physiques, psychologiques, psychiatriques et neurobiologiques.

La pédophilie est toujours l'objet de nombreux questionnements, de la part des professionnels de la santé, de la justice, de la société et des différents intervenants auprès de ces patients.

Déjà, l'unique conférence de consensus de Novembre 2001, portant sur les auteurs d'agression sexuelle, recommandait de répertorier les différentes pratiques et expériences dans un but de recherche plus large sur les thérapeutiques. Elle recommandait aussi de mener une évaluation des résultats des différentes thérapeutiques.

Plus récemment, l'audition publique de juin 2018, sur les auteurs de violences sexuelles, rapportait des données de la littérature n'établissant pas de manière définitive l'efficacité thérapeutique des différentes approches de prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel (151). Aussi, lors de cette audition publique, il est proposé de développer la recherche et d'améliorer la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

C'est dans ce contexte que nous avons mis en place cette étude pionnière, sur l'effet d'un traitement par rTMS chez les pédophiles, étayée en cela par les données actuelles des neurosciences sur la pédophilie, et par les mécanismes d'action de la rTMS au niveau cérébral et neurobiologique.

Bien sûr, il ne s'agit pas d'une approche thérapeutique réductionniste de la pédophilie, mais d'une action sur l'un des facteurs associés à la pédophilie, qui est la composante neurobiologique.

Notre étude est toujours en cours à l'heure actuelle, mais nous en avons présenté les résultats préliminaires de l'évaluation de la population étudiée, en phase pré-rTMS.

Ces résultats portent sur les caractéristiques sociodémographiques et psychiatriques, et sur les scores aux instruments de mesure que sont les échelles et les questionnaires d'évaluation.

Si globalement, nos résultats sont, pour la plupart, concordant avec les données de la littérature, certaines caractéristiques spécifiques ont été mises en évidence concernant la typologie des pédophiles fantasmatiques sans contact et des cyberpédophiles sans contact.

Comparativement aux autres sous-groupes de l'échantillon, les pédophiles fantasmatiques ont montré une augmentation des scores aux échelles de dépression, de psychasthénie et d'introversion sociale du MMPI-2. La souffrance engendrée et leur lutte contre leurs fantasmes engendrent l'isolement, l'introversion sociale et le retrait social, de crainte d'un passage à l'acte potentiel, à l'origine d'une symptomatologie dépressive plus prononcée.

Le résultat final concernant l'objectif de cette étude, fera l'objet d'une publication ultérieure. Il faudra d'autres études similaires pour donner une caution scientifique à cette approche thérapeutique et la valider éventuellement comme une approche complémentaire, voire une alternative, des autres modalités de soins du trouble pédophile.

Références bibliographiques

1. Chaumon Franck. Le scandale de l'éthique. 4ème Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle; 2007 sept 13; Palais des Congrès - Paris.
2. Tysebaert É, Raes P. La sexualité infantile mise sous séquestre. Rev Fr Psychanal. 2002;Vol. 66(3):935-53.
3. Grafeille N, Grafeille J-M. La Pédophilie: ou les maux d'enfants. Paris: Ellipses; 1999.
4. Ciavaldini A. La pédophilie. In: Dictionnaire de la sexualité humaine (dirPh Brenot). L'esprit du temps; 2004. p. 736.
5. Cédile G. La pédophilie: descriptions et illustrations, classifications et législations : les leçons du procès d'Outreau. Paris: Éd. ESKA : Éd. EAL; 2005. 218 p.
6. Ambroise-Rendu A-C. Histoire de la pédophilie: XIXe-XXIe siècle. Paris: Fayard; 2014. 352 p.
7. Debauche A. Quelles sont les données sur les violences sexuelles en France et quelle lecture en faire ? : Rapport d'expert 2. In: Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge Audition publique des 14 et 15 juin 2018. Fédération Française des CRIAVS (FFCRIAVS). 2019. p. 30.
8. Colson M-H. Quelles sont les données sur les violences sexuelles en France et quelle lecture en faire ? : Rapport bibliographique. 2018. p. 178.
9. Laforet SB, Ciavaldini A, Cordier B, Dubret G, Paulet C, Senon J-L, et al. Les infractions à caractère sexuel, enjeu de santé publique. Quels rôles et quelles fonctions pour le psychiatre et la psychiatrie ? [dossier]. PLURIELS. 2008;((69-70-71));janv-24.
10. Senon J-L. Quelles sont les théories actuelles concernant les causes impliquées dans les agressions sexuelles ? In: Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Conférence de consensus 22-23 Nov 2001. 2001.
11. Le Lay E, Lemonnier F, Miele C. Prévention des violences sexuelles : comment agir ? Santé En Action. juin 2019;(448):52.
12. Debauche A, Lebugle A, Brown E. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Ined; 2020 p. 67. (Documents de travail). Report No.: 229.
13. Chambraud C. Violences sexuelles dans l'Eglise : la question de la responsabilité au cœur des débats. Le Monde. 2 mars 2021;
14. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. 2010 mars.
15. Fédération française de psychiatrie - Conseil national professionnel de psychiatrie, éditeur. Conséquences des maltraitements sexuelles: reconnaître, soigner, prévenir conférence de consensus, 6 et 7 novembre 2003. Paris] [Montrouge: Fédération française de psychiatrie J. Libbey Eurotext; 2004.

16. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* sept 2014;62(5):299-312.
17. Salmona M. Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'œuvre. In: *Pratique de la psychothérapie EMDR*, sous la direction de Cyril Tarquinio et Al., Dunod. 2019. p. 207-8. (Psychothérapies).
18. Perroud N, Paoloni-Giacobino A, Prada P, Olié E, Salzmann A, Nicastro R, et al. Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma. *Transl Psychiatry.* déc 2011;1(12):e59-e59.
19. Wadji DL, Tandon T, Ketcha Wanda GJM, Wicky C, Dentz A, Hasler G, et al. Child maltreatment and NR3C1 exon 1F methylation, link with deregulated hypothalamus-pituitary-adrenal axis and psychopathology: A systematic review. *Child Abuse Negl.* déc 2021;122:105304.
20. Coutanceau R, Smith J, éditeurs. *La violence sexuelle: approche psychocriminologique: évaluer, soigner, prévenir.* Paris: Dunod; 2010. 386 p. (Psychothérapies).
21. Fédération française de psychiatrie - Conseil national professionnel de psychiatrie, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, éditeurs. *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle: conférence de consensus, 22-23 novembre 2001, Paris, Hôpital de la Salpêtrière.* Paris] [Montrouge: Fédération française de psychiatrie J. Libbey Eurotext; 2001.
22. Balier C, Grépillat A. *Psychanalyse des comportements violents.* Paris: Presses universitaires de France; 2009. 287 p. (Le Fil rouge).
23. Crocq M-A, Guelfi J-D. *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
24. Thibaut F. *Troubles des conduites sexuelles (troubles paraphiliques) : diagnostic et traitement.* EMC Psychiatr. 2020;(183):01-15.
25. Pull CB. *Classification internationale des maladies, dixième révision.* Genève Paris Milan Barcelone: OMS Masson; 1993.
26. Seto MC. Pedophilia. *Annu Rev Clin Psychol.* avr 2009;5(1):391-407.
27. Tenbergen G, Wittfoth M, Frieling H, Ponseti J, Walter M, Walter H, et al. The Neurobiology and Psychology of Pedophilia: Recent Advances and Challenges. *Front Hum Neurosci.* 2015;9:344.
28. Thibaut F. *Déviante sexuelle : comment fonctionne le cerveau d'un pédophile ?* Cerveau&Psycho. 1999;(26):82-4.
29. Bouchet-Kervella D. Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extra familiaux adultes ? In: *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle : Conférence de consensus 22 et 23 novembre 2001.* Paris [FRANCE] : Fédération Française de Psychiatrie. 2002. p. 581.

30. Van Gijseghem H. La personnalité de l'abuseur sexuel: typologie à partir de l'optique psychodynamique. Montréal] [Paris: Méridien [diff. Jeunesse et droit]; 1998.
31. McKibben A. La classification des agresseurs sexuels. In: Les agresseurs sexuels: théorie, évaluation et traitement. Montréal Paris: Éd. de la Chenelière Maloine; 1992.
32. Ducro C, Pham TH. Les théories qui expliquent l'agression sexuelle des enfants. In: Traité de l'agression sexuelle Théories explicatives, évaluation et traitement des agresseurs sexuels. Mardaga. 2017. p. 33-52. (PSY-Émotion, intervention, santé).
33. Knight RA, Prentky RA. Classifying Sexual Offenders. In: Handbook of Sexual Assault. Boston, MA: Springer US; 1990. p. 23-52.
34. Mohr JW. The Pedophilias: Their Clinical, Social and Legal Implications. Can Psychiatr Assoc J. oct 1962;7(5):255-60.
35. Cordier B. Les troubles du comportement sexuel : Aspects cliniques et médico-légaux. Hôpital Foch - Suresne: Laboratoire Weyth; 2004.
36. Muschang V, Rouleau J-L, Barsetti I, Lavallée K. Ressemblances entre abuseurs intra familiaux et extra familiaux. Rev Québécoise Psychol. 1 sept 2004;(Vol. 25-N° 3):259-74.
37. Seto MC, Babchishin KM, Pullman LE, McPhail IV. The puzzle of intrafamilial child sexual abuse: A meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial offenders with child victims. Clin Psychol Rev. juill 2015;39:42-57.
38. Baratta A, Morali A. Prise en charge médicale et psychiatrique de la pédophilie : données actuelles. Inf Psychiatr. 2011;87(2):133.
39. Abel GG, Harlow N. The Abel and Harlow child molestation prevention study. In: The Stop Child Molestation Book: What Ordinary People Can Do In Their. Xlibris Corporation. 2001. p. 368.
40. Blanchard R, Lykins AD, Wherrett D, Kuban ME, Cantor JM, Blak T, et al. Pedophilia, Hebephilia, and the DSM-V. Arch Sex Behav. juin 2009;38(3):335-50.
41. Adam C. Les classifications psychologiques d'auteurs d'infractions à caractère sexuel : une approche critique de la littérature. Déviance Société. 2006;30(2):233.
42. Baron Laforet S. Quelles sont les catégories psychiatriques concernées : exhibitionnisme, pédophilie, sadisme sexuel, paraphilies ? In: Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle Conférence de Consensus 22-23 Nov 2001. Paris [FRANCE] : Fédération Française de Psychiatrie. 2001. p. 49-55.
43. Bickley J, Beech AR. Classifying Child Abusers: Its Relevance to Theory and Clinical Practice. Int J Offender Ther Comp Criminol. févr 2001;45(1):51-69.
44. Codina I, Hautefeuille M. Les addictions sexuelles. Psychotropes. 2016;Vol. 22(3):5-9.
45. Demily C, Thibaut F. Addictions sexuelles. In: Traité d'addictologie (Dir M Raynaud). Médecine Sciences Publications. 2016. p. 924.

46. Dufour D-R. Addiction sexuelle et économie de marché. *Psychotr Rev Int Toxicom*. 2016;22(3):97-116.
47. Poudat F-X, Lagadec M. Les addictions sexuelles. In: *Médecine sexuelle Fondements et pratiques* (Dir Frédérique Courtois-Mireille Bonierbale). Lavoisier Medecine Science. 2016.
48. Quayle E, Taylor M. Child pornography and the Internet: Perpetuating a cycle of abuse. *Deviant Behav*. juill 2002;23(4):331-61.
49. Adam C. Qui sont les auteurs de violences sexuelles ? Identifie-t-on de nouvelles catégories d'auteurs, contexte et milieu de vie ? : Rapport d'expert 3. In: *Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge* Audition publique des 14 et 15 juin 2018. Rouen [FRANCE] : Fédération Française des CRIAVS (FFCRIAVS). 2018. p. 43-53.
50. Hall RCW, Hall RCW. A Profile of Pedophilia: Definition, Characteristics of Offenders, Recidivism, Treatment Outcomes, and Forensic Issues. *Mayo Clin Proc*. avr 2007;82(4):457-71.
51. Cottraux J, Blackburn IM. *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. 2e éd. [revue et augmentée]. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. (Collection Médecine et psychothérapie).
52. Cohen LJ, Gans SW, McGeoch PG, Poznansky O, Itskovich Y, Murphy S, et al. Impulsive personality traits in male pedophiles versus healthy controls: Is pedophilia an impulsive-aggressive disorder? *Compr Psychiatry*. mars 2002;43(2):127-34.
53. van Gijseghem H. L'évaluation du présumé agresseur sexuel d'enfants. In: *Le rôle du témoin expert Détermination de la culpabilité de l'agresseur sexuel* sous la direction de J Aubut. Chenelière-McGraw Hill. Montréal-Toronto; 1996. p. 53-89.
54. Campbell M. L'évaluation psychométrique et projective. In: *Les agresseurs sexuels : Théorie, évaluation et traitement*. Maloine. Paris; 2000. p. 107-15.
55. Freud S. *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Éd. Payot & Rivages; 2014. (Petite bibliothèque Payot).
56. Freud S. *Totem et tabou*. 2. Aufl. Paris: Payot & Rivages; 2001. 225 p. (Petite bibliothèque Payot).
57. Lévi-Strauss C. *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris: Éditions EHESS; 2017. 648 p. (Collection « En temps & lieux »).
58. Peeters B. *Sándor Ferenczi: l'enfant terrible de la psychanalyse*. Paris: Flammarion; 2020.
59. Schaeffer J. Cent ans après les Trois essais, que reste-t-il des trois scandales ? *Rev Fr Psychanal*. 9 sept 2008;Vol. 72(3):761-76.
60. Laplanche J, Pontalis J-B, Lagache D. Identification à l'agresseur. In: *Vocabulaire de la psychanalyse*. 5e éd. Paris: Presses universitaires de France; 2007. (Quadrige).
61. Marcelli D. La trace anti-mnésique. Hypothèses sur le traumatisme psychique chez l'enfant. *Perspect Psy*. oct 2019;58(4):279-86.

62. Segal H. Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein. 11e éd. Paris: Presses universitaires de France; 2011. (Bibliothèque de psychanalyse).
63. Aubut J. Les théories psychanalytiques. In: Les Agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement. Montréal; Maloigne: Paris : Éditions de la Chenelière ; 1997.
64. Laplanche J, Pontalis J-B, Lagache D. Vocabulaire de la psychanalyse. 5e éd. Paris: Presses universitaires de France; 2007. (Quadrige).
65. Roudinesco E. La Révolution Freudienne. Le monde des religions. juill 2009;
66. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. Devenir. 1 juin 2007;Vol. 19(2):151-88.
67. Ducatteeuw G. De victime à auteur : impact des carences affectives et des traumatismes sexuels précoces sur le développement affectif et sexuel. Carnet Notes Sur Maltraitements Infant. 12 nov 2018;N° 7(1):29-47.
68. Harlow HF, Dodsworth RO, Harlow MK. Total social isolation in monkeys. Proc Natl Acad Sci. 1 juill 1965;54(1):90-7.
69. Marshall WL. The role of attachments, intimacy, and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. Sex Marital Ther. mai 1993;8(2):109-21.
70. Marshall WL, Marshall LE. The Origins of Sexual Offending. Trauma Violence Abuse. juill 2000;1(3):250-63.
71. Proulx J. Les théories comportementales. In: Les agresseurs sexuels: théorie, évaluation et traitement. Montréal: Éd. de la Chenelière; 1993. p. 35-43.
72. Cornet J-P, Mormont C. Représentations parentales et styles d'attachement dans une population de sujets délinquants sexuels. Forensic. 2005;21(2):6-24.
73. Vanderstukken O, Benbouriche M, Pham TH, Lefebvre L. Les distorsions cognitives des auteurs d'agression sexuelle d'enfant : définitions, fonctions, et enjeux théoriques. J Thérapie Comport Cogn. mars 2015;25(1):29-34.
74. Vanderstukken O. Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? #2 : Rapport d'expert 28. In: Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge : Prise en charge Audition publique des 14 et 15 juin 2018. Fédération Française des CRIAVS (FFCRIAUS). 2019. p. 170.
75. Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JMW. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias. World J Biol Psychiatry. janv 2010;11(4):604-55.
76. Cottraux J. Les psychothérapies comportementales et cognitives. 5. éd. rev. et augm. Paris: Elsevier Masson; 2011. 358 p. (Collection médecine et psychothérapie).
77. Bandura A. L'apprentissage social. Editions Mardaga. 1995.

78. Marshall WL, Laws DR. A Conditioning Theory of the Etiology and Maintenance of Deviant Sexual Preference and Behavior. In: Handbook of Sexual Assault. Boston, MA: Springer US; 1990. p. 209-29.
79. Cottraux J. Les thérapies cognitives. EMC - Psychiatr. oct 2016;13(4):1-11.
80. Abel GG, Gore DK, Holland CL, Camp N, Becker JV, Rathner J. The Measurement of the Cognitive Distortions of Child Molesters. Sex Abuse J Res Treat. 1 janv 1989;2(2):135-52.
81. Vanderstukken O, Schiza G, Archer E, Pham TH. Chapitre 17 : Évaluation des distorsions cognitives chez des agresseurs sexuels auprès d'une population carcérale française. In: L'agression sexuelle : Coopérer au-delà des frontières : CIFAS 2005 - Textes choisis. CIFAS-Institut Philippe PINEL de Montréal. 2007.
82. Daspe M-È, Lussier Y, Desaulniers V, Godbout N, Perron A, Sabourin S, et al. Personnalité et distorsions cognitives des agresseurs sexuels: Changements longitudinaux à la suite d'un traitement pour agression sexuelle envers les enfants. Criminologie. 9 mai 2007;50(1):233-62.
83. Ward T, Keenan T. Child Molesters' Implicit Theories. J Interpers Violence. août 1999;14(8):821-38.
84. Ward T. Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. Aggress Violent Behav. sept 2000;5(5):491-507.
85. Young JE, Klosko JS. Je réinvente ma vie, vous valez mieux que vous ne pensez. Montréal: Éditions de l'Homme; 1995.
86. Duval C, Piolino P, Bejanin A, Laisney M, Eustache F, Desgranges B. La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. Rev Neuropsychol. 1 avr 2011;3(1):41-51.
87. Richardson G. Early maladaptive schemas in a sample of British adolescent sexual abusers: implications for therapy. J Sex Aggress. sept 2005;11(3):259-76.
88. Sigré-Leirós V, Carvalho J, Nobre P. Cognitive schemas and sexual offending: Differences between rapists, pedophilic and nonpedophilic child molesters, and nonsexual offenders. Child Abuse Negl. févr 2015;40:81-92.
89. Clark DA, Hollifield M, Leahy R, Beck JS. Theory of cognitive therapy. In: Gabbard GO(ed)Textbook of psychotherapeutic treatments. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2009. p. 165-200.
90. Finkelhor D, Araji S. Explanations of pedophilia: A four factor model. J Sex Res. mai 1986;22(2):145-61.
91. Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE. An Integrated Theory of the Etiology of Sexual Offending. In: Handbook of Sexual Assault. Boston, MA: Springer US; 1990. p. 257-75.
92. Hall GCN, Hirschman R. Toward a theory of sexual aggression: A quadripartite model. J Consult Clin Psychol. 1991;59(5):662-9.

93. Hall GCN, Hirschman R. Sexual Aggression against Children: A Conceptual Perspective of Etiology. *Crim Justice Behav.* mars 1992;19(1):8-23.
94. Marshall WL. Pauvreté des liens d'attachement et déficiences dans les rapports intimes chez les agresseurs sexuels. *Criminologie.* 16 août 2005;27(2):55-69.
95. Garlick Y, Marshall WL, Thornton D. Intimacy deficits and attribution of blame among sexual offenders. *Leg Criminol Psychol.* sept 1996;1(2):251-8.
96. Ward T, Siegert RJ. Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychol Crime Law.* déc 2002;8(4):319-51.
97. Ward T, Beech A. An integrated theory of sexual offending. *Aggress Violent Behav.* janv 2006;11(1):44-63.
98. Thibaut F. Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? #1 : Rapport d'expert 27. In: *Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge Audition publique des 14 et 15 juin 2018.* Fédération Française des CRIAVS (FFCRIAVS). 2019. p. 148.
99. Lejeune H. Endocrinologie de la reproduction et de la sexualité. In: *Médecine sexuelle Fondement pratique (Dir F Courtois - M Bonierbale).* Lavoisier Médecine Sciences. Paris; 2016. p. 73-82.
100. Stoleru S. *Un cerveau nommé désir: sexe, amour et neurosciences.* Paris: Odile Jacob; 2016. 350 p. (Sciences).
101. Clément P, Giuliano F. Neurophysiologie de la réponse sexuelle chez l'homme. In: *Médecine sexuelle.* Médecine Sciences Publications. 2016.
102. Raynaud M. Plaisirs, passion et addiction. In: *Traité d'addictologie.* Lavoisier. 2016. p. 781. (Médecine Sciences).
103. Wunsch S. Neurobiologie du désir et du plaisir. In: *Manuel de sexologie.* Elsevier Masson. 2014. p. 37-50.
104. Tassin J-P. Le circuit de la récompense [Internet]. Planet-Vie. 2021 [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://planet-vie.ens.fr/thematiques/animaux/systeme-nerveux-et-systeme-hormonal/le-circuit-de-la-recompense>
105. Fonteille V, Stoléru S. Les corrélats cérébraux du désir sexuel : approche en neuro-imagerie fonctionnelle. *Sexologies.* juill 2011;20(3):171-7.
106. Fonteille V, Cazala F, Moulier V, Stoléru S. Corrélats cérébraux de la pédophilie : apports de la neurologie et de la neuro-imagerie. *L'Encéphale.* déc 2012;38(6):496-503.
107. Blanchard R, Kuban ME, Klassen P, Dickey R, Christensen BK, Cantor JM, et al. Self-reported head injuries before and after age 13 in pedophilic and nonpedophilic men referred for clinical assessment. *Arch Sex Behav.* 2003;32(6):573-81.

108. Cantor JM, Kuban ME, Blak T, Klassen PE, Dickey R, Blanchard R. Physical Height in Pedophilic and Hebephilic Sexual Offenders. *Sex Abuse*. déc 2007;19(4):395-407.
109. Blanchard R, Kolla NJ, Cantor JM, Klassen PE, Dickey R, Kuban ME, et al. IQ, Handedness, and Pedophilia in Adult Male Patients Stratified by Referral Source. *Sex Abuse*. sept 2007;19(3):285-309.
110. Robinson S. The ratio of 2nd to 4th digit length and male homosexuality. *Evol Hum Behav*. sept 2000;21(5):333-45.
111. Rahman Q, Symeonides DJ. Neurodevelopmental Correlates of Paraphilic Sexual Interests in Men. *Arch Sex Behav*. févr 2008;37(1):166-72.
112. Berenbaum SA, Bryk KK, Nowak N, Quigley CA, Moffat S. Fingers as a marker of prenatal androgen exposure. *Endocrinology*. nov 2009;150(11):5119-24.
113. Voracek M. No effects of androgen receptor gene CAG and GGC repeat polymorphisms on digit ratio (2D:4D): a comprehensive meta-analysis and critical evaluation of research. *Evol Hum Behav*. sept 2014;35(5):430-7.
114. Hampson E, Sankar JS. Re-examining the Manning hypothesis: androgen receptor polymorphism and the 2D:4D digit ratio. *Evol Hum Behav*. sept 2012;33(5):557-61.
115. Cantor JM, Klassen PE, Dickey R, Christensen BK, Kuban ME, Blak T, et al. Handedness in Pedophilia and Hebephilia. *Arch Sex Behav*. août 2005;34(4):447-59.
116. Suchy Y, Whittaker JW, Strassberg DS, Eastvold A. Neurocognitive differences between pedophilic and nonpedophilic child molesters. *J Int Neuropsychol Soc*. mars 2009;15(2):248-57.
117. Suchy Y, Eastvold AD, Strassberg DS, Franchow EI. Understanding processing speed weaknesses among pedophilic child molesters: Response style vs. Neuropathology. *J Abnorm Psychol*. févr 2014;123(1):273-85.
118. Joyal CC, Beaulieu-Plante J, de Chantérac A. The Neuropsychology of Sex Offenders: A Meta-Analysis. *Sex Abuse*. avr 2014;26(2):149-77.
119. Massau C, Tenbergen G, Kärge C, Weiß S, Gerwin H, Pohl A, et al. Executive Functioning in Pedophilia and Child Sexual Offending. *J Int Neuropsychol Soc*. juill 2017;23(6):460-70.
120. Flor-Henry P, Lang RA, Koles ZJ, Frenzel RR. Quantitative EEG studies of pedophilia. *Int J Psychophysiol*. janv 1991;10(3):253-8.
121. Wright P, Nobrega J, Langevin R, Wortzman G. Brain Density and Symmetry in Pedophilic and Sexually Aggressive Offenders. *Sex Abuse J Res Treat*. 1 janv 1990;3(3):319-28.
122. Burns JM, Swerdlow RH. Right Orbitofrontal Tumor With Pedophilia Symptom and Constructional Apraxia Sign. *Arch Neurol*. 1 mars 2003;60(3):437.
123. Mendez MF, Chow T, Ringman J, Twitchell G, Hinkin CH. Pedophilia and Temporal Lobe Disturbances. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. févr 2000;12(1):71-6.

124. Mendez M, Shapira JS. Pedophilic Behavior from Brain Disease. *J Sex Med.* avr 2011;8(4):1092-100.
125. Schiffer B, Krueger T, Paul T, de Greiff A, Forsting M, Leygraf N, et al. Brain response to visual sexual stimuli in homosexual pedophiles. *J Psychiatry Neurosci JPN.* janv 2008;33(1):23-33.
126. Cazala F, Fonteille V, Moulhier V, Péligrini-Issac M, De Beaurepaire C, Abondo M, et al. Brain responses to pictures of children in men with pedophilic disorder: a functional magnetic resonance imaging study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* sept 2019;269(6):713-29.
127. Fonteille V, Redouté J, Lamothe P, Straub D, Lavenne F, Le Bars D, et al. Brain processing of pictures of children in men with pedophilic disorder: A positron emission tomography study. *NeuroImage Clin.* 2019;21:101647.
128. Poepl TB, Nitschke J, Santtila P, Schecklmann M, Langguth B, Greenlee MW, et al. Association between brain structure and phenotypic characteristics in pedophilia. *J Psychiatr Res.* mai 2013;47(5):678-85.
129. Schiltz K, Witzel J, Northoff G, Zierhut K, Gubka U, Fellmann H, et al. Brain Pathology in Pedophilic Offenders: Evidence of Volume Reduction in the Right Amygdala and Related Diencephalic Structures. *Arch Gen Psychiatry.* 1 juin 2007;64(6):737.
130. Schiffer B, Peschel T, Paul T, Gizewski E, Forsting M, Leygraf N, et al. Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. *J Psychiatr Res.* nov 2007;41(9):753-62.
131. Cantor JM, Kabani N, Christensen BK, Zipursky RB, Barbaree HE, Dickey R, et al. Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men. *J Psychiatr Res.* févr 2008;42(3):167-83.
132. Cohen LJ, Nikiforov K, Gans S, Poznansky O, McGeoch P, Weaver C, et al. Heterosexual male perpetrators of childhood sexual abuse: a preliminary neuropsychiatric model. *Psychiatr Q.* 2002;73(4):313-36.
133. Walter M, Witzel J, Wiebking C, Gubka U, Rotte M, Schiltz K, et al. Pedophilia is Linked to Reduced Activation in Hypothalamus and Lateral Prefrontal Cortex During Visual Erotic Stimulation. *Biol Psychiatry.* sept 2007;62(6):698-701.
134. Schiffer B, Paul T, Gizewski E, Forsting M, Leygraf N, Schedlowski M, et al. Functional brain correlates of heterosexual paedophilia. *NeuroImage.* mai 2008;41(1):80-91.
135. Sartorius A, Ruf M, Kief C, Demirakca T, Bailer J, Ende G, et al. Abnormal amygdala activation profile in pedophilia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* août 2008;258(5):271-7.
136. Poepl TB, Nitschke J, Dombert B, Santtila P, Greenlee MW, Osterheider M, et al. Functional Cortical and Subcortical Abnormalities in Pedophilia: A Combined Study Using a Choice Reaction Time Task and fMRI. *J Sex Med.* juin 2011;8(6):1660-74.
137. Kärigel C, Massau C, Weiß S, Walter M, Kruger THC, Schiffer B. Diminished Functional Connectivity on the Road to Child Sexual Abuse in Pedophilia. *J Sex Med.* mars 2015;12(3):783-95.

138. Poepl TB, Eickhoff SB, Fox PT, Laird AR, Rupprecht R, Langguth B, et al. Connectivity and functional profiling of abnormal brain structures in pedophilia: Functional Profile of Brain Structure in Pedophilia. *Hum Brain Mapp.* juin 2015;36(6):2374-86.
139. Gorwood P. Dépression et antidépresseur : la place de la neuroplasticité. *Quotid Médecin.* 6 déc 2007;
140. Lefaucheur J-P, Aleman A, Baeken C, Benninger DH, Brunelin J, Di Lazzaro V, et al. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): An update (2014–2018). *Clin Neurophysiol.* févr 2020;131(2):474-528.
141. Fady R. Chapitre 2 : Géopolitique de la rTMS ; quelle situation internationale? In: *Stimulation magnétique transcrânienne répétée Application en psychiatrie.* Presses universitaires de France; 2019.
142. Naucziciel C. Chapitre 11 : Autres applications de la rTMS en psychiatrie. In: *Stimulation magnétique transcrânienne répétée Application en psychiatrie.* Presses universitaires de France; 2019.
143. Galvao F, Moirand R. Chapitre 13 : rTMS : effets indésirables et sécurité d'emploi. In: *Stimulation magnétique transcrânienne répétée Application en psychiatrie.* Presses universitaires de France; 2019.
144. Guelfi JD. L'échelle de dépression de Hamilton HDRS. In: *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie Tome I.* Boulogne: P. Fabre; 1997.
145. Senon J-L, Manzanera C. Psychiatrie et justice : de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté. *AJ Pénale.* 2008;(4):176-80.
146. Leue A, Borchard B, Hoyer J. Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *Eur Psychiatry.* mai 2004;19(3):123-30.
147. Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry.* mai 1999;156(5):786-8.
148. Marshall WL. Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. *Aggress Violent Behav.* janv 2007;12(1):16-35.
149. Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis I Comorbidity Study of Males (n = 120) With Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders. *Sex Abuse.* oct 2002;14(4):349-66.
150. Schiffer B, Vonlaufen C. Executive dysfunctions in pedophilic and nonpedophilic child molesters. *J Sex Med.* juill 2011;8(7):1975-84.
151. Pham TH. Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficacité de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? *Audition publiques sur les auteurs de violences sexuelles.* CIFAS-Montpellier. Paris; 2018 juin. (Fédération Française des CRIAVS).
152. Gold SN, Heffner CL. Sexual addiction: Many conceptions, minimal data. *Clin Psychol Rev.* avr 1998;18(3):367-81.

153. Sauvaget A. La technique de neurostimulation. Palais des Congrès - Paris; 2021. (Journées Neurosciences Psychiatrie Neurologie).
154. Lefaucheur J-P, André-Obadia N, Poulet E, Devanne H, Haffen E, Londero A, et al. Recommandations françaises sur l'utilisation de la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS): règles de sécurité et indications thérapeutiques. *Neurophysiol Clin Neurophysiol.* déc 2011;41(5-6):221-95.
155. Stoleru S, Fonteille V, Moulier V, Cazala F. Développement du questionnaire sur l'intensité de Fantômes, des Désirs et du Comportement sexuel chez les auteurs de violences sexuelles sur enfants. CIFAS (Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle présenté à; 2011; Montreux.

Annexes

1/ Présentation du protocole d'étude :

Etude de l'effet d'un traitement par stimulation magnétique transcrânienne haute fréquence de patients présentant une pédophilie. (Etude rTMS-FDCS).

Il n'existe, à notre connaissance, aucune étude portant sur un effet potentiel de la rTMS sur la symptomatologie du trouble pédophile.

L'idée de la mise en place de cette étude a été décidée suite à la participation de l'équipe du CRIAVS du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges aux travaux de l'équipe de Cazala & al.(126) et échanges entre les équipes de soins et de l'unité de recherches du CH Esquirol de Limoges avec le docteur Stoléru (INSERM).

A - Présentation du protocole de l'étude.

1) Type de l'étude.

Il s'agit d'une étude prospective interventionnelle en double insu comparant deux groupes :

- Un groupe recevant la rTMS active + TCC/ psychothérapie + ISRS (n :13)
- Un groupe recevant la rTMS placebo + TCC/ psychothérapie + ISRS (n :13)

2) Justification et contexte de l'étude.

La pédophilie constitue un enjeu de santé publique, comme rappelé dans la première partie de cette thèse et ce, en raison des conséquences graves chez les victimes sur le plan somatique, psychologique, psychiatrique.

Quelques chiffres :

- Prévalence : 3 à 5% en population générale (24)
- Augmentation des condamnations pour viol sur mineurs de moins de 15 ans depuis 1980(14)
- 16 % des femmes et 5% des hommes déclarent avoir subi une agression sexuelle avant 18 ans,

- De 2007 à 2016 : 3866 viols sur mineurs, 27441 agressions sexuelles sur mineurs (Ministère de la Justice),
- En 2017, sur 40 000 victimes de violences sexuelles, il y a 0.7/1000 fillettes de 6 à 10 ans et 0.3/1000 garçons de 6 ans.
- En 2014 : 13 895 signalements à la CRIP dont 19.9% pour violences sexuelles (SNATED),
- Enquête CVS : chaque année 17 900 mineurs victimes d'atteintes sexuelles,
- Enquête VIRAGE : 1 femme sur 7 et 1 homme sur 25 a été victime de violences sexuelles avant l'âge de 14 ans.
- Il existe un chiffre noir de violences sexuelles (HAS 2010 et conférence de consensus sur les violences sexuelles 2001).

La problématique majeure de la pédophilie est représentée par la récurrence estimée jusqu'à 40% notamment pour les pédophiles homosexuels.

Un tiers des pédophiles ont été eux-mêmes victimes d'abus sexuel.

Aussi, le risque majeur est que les victimes deviennent à leur tour auteurs avec une répétition intergénérationnelle.

Par conséquent, la prévention à tous les stades s'avère importante dans ce domaine.

Des travaux en IRMf menés chez les pédophiles ont déterminé différentes zones impliquées dans l'étiopathogénie de la pédophilie, dont le cortex préfrontal dorso-latéral. La pédophilie pourrait être associée à un défaut de recrutement neuronal dans la zone sus-citée, entraînant, de fait, un défaut de contrôle pulsionnel. L'utilisation de la rTMS pourrait être indiquée dans ce contexte.

3) Hypothèse.

Le trouble pédophile est complexe à définir et polyfactoriel. Il ne saurait se limiter à un dysfonctionnement unique d'une zone cérébrale ciblable par une thérapeutique spécifique.

Cependant, certaines données récentes dans les connaissances médicales, et en particulier en neuro-imagerie, nous conduisent à émettre notre hypothèse :

- De nombreux neuromédiateurs et neuromodulateurs, interviennent dans la régulation des comportements sexuels déviants. La sérotonine joue un rôle dans le circuit de la récompense (104). Des dysfonctionnements de la régulation sérotoninergique ont été évoqués (24). la sérotonine joue un rôle dans le circuit de la récompense (104).
- Certains auteurs ont conceptualisé les paraphilies et l'hypersexualité comme un trouble obsessionnel compulsif (134,152). Ceci en raison d'un chevauchement entre sexualité impulsive, sexualité compulsive et sexualité addictive. En outre, on retrouve les mêmes antécédents d'abus sexuels dans l'enfance chez les pédophiles (30%) et chez les addicts sexuels (80%) (45).
- L'efficacité des antidépresseurs ISRS dans les addictions sexuelles, les paraphilies et les TOC supposent des mécanismes neurobiologiques sous-jacent similaires.
- Dans les TOC, il a été montré que lors des compulsions les mêmes régions cérébrales sont activées dans le circuit du désir sexuel (100).
- Des approches et des techniques très différentes, que sont la rTMS, l'électroconvulsivothérapie (ECT) et les ISRS ont montré leur efficacité dans la dépression. Se pose alors la question d'une potentielle voie commune d'action, qui pourrait être la neuroplasticité (153). Cette potentielle voie commune d'action pourrait être une action neurotrophique par le biais du BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) (139).
- A l'instar de la dérégulation neuronale cérébrale dans les addictions, il y a une désynchronisation neuronale-cérébrale dans la pédophilie (100). D'où une réduction de la connectivité entre deux régions clés impliquées dans l'excitation sexuelle. A savoir, le cortex orbito-frontal pour le contrôle inhibiteur des impulsions, et l'amygdale pour la composante émotionnelle de l'excitation sexuelle (131,137,138).

- La rTMS, technique non-invasive dont l'innocuité est quasi-totale, a un effet thérapeutique dans plusieurs pathologies psychiatriques. Elle est de grade A dans les dépressions résistantes, grade B dans les TOC et C dans les hallucinations schizophrénique (154).
- La rTMS, par ces mécanismes d'action apparait pouvoir être appliquée à la pédophilie. En effet, elle a une action modulatrice sur la neurotransmission sérotoninergique et l'excitabilité des neurones corticaux, améliorant ainsi la connectivité. Appliquée à haute fréquence, au niveau du cortex pré-frontal dorso-latéral gauche, elle augmente le contrôle inhibiteur et peut avoir une action à distance par le biais d'interactions hémisphériques pouvant atteindre le lobe temporal inférieur droit, voire même le niveau sous-cortical (154).

C'est en tenant compte de ces aspects que nous proposons cette étude évaluant l'effet de 15 séances de rTMS haute fréquence, pendant 3 semaines (1 séance par jour les jours ouvrables) au niveau du cortex préfrontal gauche chez des patients présentant un trouble pédophile.

Cet essai sera comparé entre deux groupes de patients qui sont déjà pris en charge par les équipes de soins :

- Un groupe bénéficiant de rTMS active + thérapie cognitive et comportementale / psychothérapie / ISRS (n=13)
- Un groupe rTMS placebo + thérapie cognitivo-comportementale / psychothérapie / ISRS (n=13).

L'effet thérapeutique de la rTMS sera caractérisé en déterminant une variation de score à une échelle évaluant l'intensité des fantasmes, des désirs et des comportements sexuels (questionnaire FDCS de Stoléro & al.) (155).

4) Objectifs.

a) Objectif principal :

Rechercher chez des sujets présentant un trouble pédophile un effet sur le sous score de l'échelle FDCS concernant les enfants par 15 séances rTMS haute fréquence sur le cortex préfrontal dorso-latéral gauche versus 1 stimulation placebo.

b) Objectifs secondaires :

- Rechercher un effet d'un traitement par 15 séances d'rTMS haute fréquence sur la dépression (score HDRS) en comparaison avec une stimulation placebo.
- Rechercher une différence d'impulsivité évaluée par Bis-11 entre un groupe traité par 15 séances rTMS haute fréquence et un groupe recevant la stimulation placebo.
- Rechercher une différence de performance aux fonctions exécutives évaluées par le test de Stroop entre un groupe traité par 15 séances rTMS haute fréquence et un groupe recevant la stimulation placebo.
- Rechercher une différence de personnalité évaluée par le MMPI et l'affirmation de soi évaluée par l'échelle de Rathus à l'inclusion en fonction de la réponse au traitement.

5) Population étudiée.

Il s'agit d'une population hétérogène comprenant des pédophiles homosexuels, hétérosexuels, bisexuels, des pédophiles s'adonnant à la cyber-pédopornographie, des pédophiles fantasmatiques sans passage à l'acte et des pédophiles avec contact.

Cependant, tous les patients répondent aux critères diagnostics du trouble pédophile du DSM-5 et de la CIM-10.

a) Critères d'inclusion :

- Age supérieur à 18 ans, sexe masculin
- Absence de modification thérapeutique le mois précédent et pendant le protocole

- Résidence à 40 km maximum de Limoges (augmentée dans un deuxième temps pour faciliter le recrutement des patients)
- Répondant aux critères DMS-5 et CIM-10
- Reconnaissance par les patients d'une attirance sexuelle pour les enfants prépubères
- Volonté de participer à un traitement pour prévenir un premier passage à l'acte ou sa répétition.

b) Critères de non-inclusion :

- Troubles psychiatriques suivants :
 - o Troubles psychotiques
 - o Troubles bipolaires
 - o Epilepsie active (notion d'une ou plusieurs crises comitiales durant les six derniers mois)
 - o Antécédent de traumatisme cérébral ou de chirurgie cérébrale ou d'hypertension intracrânienne
 - o Présence de pacemaker / implant métallique intracrânien, cochléaire, oculaire, ou autre matériel prothétique contre indiquant l'IRM ;
 - o Absence d'assurance maladie
 - o Pédophile incestueux en lignée directe, parents, grands-parents, dont la prise en charge, le pronostic et la dangerosité sont particuliers. Il est admis dans la docimologie

 - o psychiatrique médico-légale que ces patients constituent une entité à part entière, avec une étiopathogénie qui leur est propre.

6) Aspect éthique.

- Le bénéfice individuel de participer à cette étude consiste en la perspective d'amélioration que le traitement représente pour des personnes en échec

thérapeutique présentant ce type de trouble et refusant ou ayant une contre-indication aux traitements antihormonaux, anti-androgènes.

- Le bénéfice collectif est de potentiellement identifier une thérapeutique permettant de diminuer les idées associées au passage à l'acte de personnes présentant une pédophilie et donc de diminuer le risque de récurrence.
- Le risque au niveau individuel est de présenter l'un des événements indésirables suivant :
 - Crise d'épilepsie (risque inférieur à 1%), sans que jamais n'ait été rapporté un risque d'épilepsie maladie
 - Troubles auditifs (lié au bruit de la stimulation – 40 dB)
 - Douleurs locales persistantes (céphalées, gênes sur le cuir chevelu qui ont tendance à réduire et à disparaître au fur et à mesure de la réalisation des séances).
 - Effets indésirables cognitifs (fatigue excessive, difficulté de concentration, troubles de la mémoire ont été rapportés mais ils étaient légers, transitoires et très rares).
 - D'autres effets secondaires psychiatriques ont pu être rapportés dans la littérature mais ne pouvaient être directement attribués à la rTMS et ont été transitoires avec une résolution spontanée après l'arrêt de la rTMS ou un contrôle efficace par un traitement pharmacologique (154) (recommandation française sur l'utilisation de la rTMS).
- Qualification de la recherche et inclusion des personnes en soins pénalement ordonnés :

Cette recherche est une recherche impliquant la personne humaine classée en catégorie 2 à risques et contraintes minimales.

La population devra comprendre des personnes en soins pénalement ordonnés, qui représentent la quasi-totalité de la population concernée. (Seules 3 à 4 personnes figurent actuellement dans la file active consultant de leur propre chef). Il leur est toutefois donné la possibilité d'accepter ou de refuser les types de soins proposés (prise en charge groupale par exemple) et donc la possibilité de participer à la recherche. Les exclure ne permettrait pas d'étudier la population et de donner un sens aux conclusions obtenues.

7) Procédures et déroulement de la recherche.

a) Proposition de participation plus vérification des critères de participation par un médecin référent.

b) Inclusion J0 : lors d'une consultation de suivi ou au minimum 7 jours après l'information.

Signature de consentement

Complétion du dossier de pré-inclusion rTMS : données générales (âge, sexe, niveau d'études), antécédents, comorbidités, traitement médicamenteux, thérapie actuelle.

Vérification des critères de non inclusion à la rTMS.

Passation des questionnaires spécifiques à l'étude.

Lors de la visite d'inclusion, sera ouvert le dossier de recueil de données qui regroupe : l'âge, le sexe, l'existence d'activité professionnelle (oui/non), le niveau d'études (sans diplôme – CAP/BEP – baccalauréat – université), les comorbidités, existence d'abus sexuels dans l'enfance et l'adolescence.

La visite d'inclusion aura lieu de préférence le vendredi précédent la première semaine de séances, ou le lundi pour coïncider avec la première séance de rTMS qui aura lieu le premier jour de la semaine afin de faciliter le déroulement de la cure.

Les critères de non contre-indication à la stimulation par rTMS seront une seconde fois validés par le personnel spécialisé de l'unité de soins rTMS.

La passation du MMPI sera réalisée uniquement si elle ne l'a pas encore été dans le cadre de la prise en charge individuelle. Sinon le résultat sera collecté dans le dossier patient.

c) Randomisation.

La liste de randomisation est réalisée à l'unité de recherches et de neuro stimulation.

Un numéro de randomisation est attribué à chaque personne dans l'ordre d'entrée dans le protocole. Ce numéro assigne la personne à l'un ou l'autre des groupes stimulation ou bien placebo.

Seule la personne en charge de l'administration des séances de rTMS saura quel traitement recevra le participant (obligation pour l'attribution des bobines de stimulation).

Le tirage au sort est réalisé le jour du début de la cure. Un code de participation sera donné aux participants et il comportera :

- Nom et numéro d'étude, nom du promoteur et de l'investigateur et leurs coordonnées ;
- Nom, prénom du participant et numéro d'inclusion ;
- Date de début de participation et date prévue des évaluations et séances de la rTMS.

d) Cure rTMS :

Les critères de non contre-indication à la rTMS seront revérifiés par l'infirmier technicien délivrant les séances.

Les séances consistent en 20mn de stimulation à une fréquence de 10Hz (hautes fréquences) soit une puissance de 90% du seuil moteur selon la tolérance des patients. L'appareil de stimulation est un appareil de Mag and More (Munich – Allemagne). L'appareil de neuronavigation est conçu par l'entreprise Synéika (Rennes – France).

La zone cérébrale stimulée est le cortex préfrontal dorso-latéral. La bobine est placée en orientation antéro-postérieure ou postéro-antérieure par rapport au scalp pour l'obtention d'un effet antalgique. Il s'agit d'une bobine dite « papillon ».

Le positionnement de la bobine est réalisé selon une procédure de neuronavigation dite dégradée. Un système de neuronavigation permet de déterminer la position de la bobine et de la tête à stimuler l'une par rapport à l'autre. Le logiciel de neuronavigation permet de superposer une IRM moyenne aisée avec les repères de position de la bobine et de la tête en réel. La zone stimulée peut ensuite être marquée et retrouvée à chaque session. Les différentes sessions de simulation sont donc parfaitement reproductibles et le ciblage des zones plus précis. Les points d'impact de stimulation magnétique sont enregistrés et seront sauvegardés pour analyse ultérieure le cas échéant.

Les séances seront administrées à raison d'une séance par jour pendant trois semaines, les jours ouvrés, ou de deux séances par jour huit jours ouvrés, en fonction des contraintes de déplacement des participants.

L'appareil de stimulation est situé dans l'unité Darsonval au centre hospitalier Esquirol.

C'est un IDE technicien rTMS de l'unité de soins Darsonval du CH Esquirol de Limoges, spécifiquement formé à la rTMS et la neuronavigation qui interviendra pour la délivrance des séances.

e) A la fin de la cure : évaluation à un mois.

Les évaluations cliniques auront lieu lors de la visite d'inclusion, puis une semaine après la dernière séance de rTMS afin que les modifications cliniques puissent être stabilisées :

- Questionnaire sur l'intensité des fantasmes, des désirs et du comportement sexuel (FDCS – Stoléru & al. 2011 (155)) : sur les 30 derniers jours.
Partie 1 : niveau des fantasmes, des désirs et des comportements sexuels quelles que soient leur cibles (adulte, adolescent et/ou enfant). Moyenne globale en trois scores.
Partie 2 : niveau des fantasmes, des désirs et des comportements sexuels exclusivement destinés aux enfants prépubères. Les scores des fantasmes et désirs vont de 1 à 18, ceux d'activité de 1 à 24. La moyenne globale va de 1 à 20.
- HDRS : Hamilton Depression Rating Scale.
- Echelle d'impulsivité de Barrat (Bis -11)
- Test de Stroop
- Echelle de Rathus.

f) Evaluation de la réponse au traitement.

De l'expérience clinique des investigateurs, une variation d'au moins 8 points à la partie enfants du questionnaire FDCS sera considérée comme une réponse au traitement.

Collection biologique : prélèvement au début et à la fin de la cure.

8) Critères de jugement.

Critère de jugement principal : score partie enfants à l'échelle FDCS après 15 séances de rTMS dans les deux groupes rTMS et placebo à M1.

Critères de jugement secondaire :

- Pourcentage d'amélioration des scores HDRS à M1 dans les groupes rTMS et placebo ;
- Score d'impulsivité à M1 dans les deux groupes et à J0 ;
- Score au score de Stroop à M1 dans les deux groupes et à J0
- Score au test de Rathus à M1 dans les deux groupes et à J0
- Score aux échelles du MMPI

9) Taille de l'étude.

Selon les auteurs du questionnaire, si la différence de variation entre groupes à mettre en évidence et celle de la moyenne à la partie 2 (ne concernant que les enfants), nous pensons que le traitement, s'il fonctionne, permettra de diminuer significativement l'émergence et la fréquence des idées relatives aux enfants et de diminuer le sous-score à l'échelle de 8 points en moyenne par rapport à la stimulation placebo. La différence attendue est de 8 points avec un écart type de 6.4, et cela signifie d'inclure 10 personnes par groupe avec une puissance de 80%.

Il sera proposé aux patients suivis dans l'unité de soin prenant en charge les personnes avec diagnostic de pédophilie de participer à cette recherche par leur référent.

42 personnes avaient pour diagnostic en 2017 celui de pédophilie (F65.4). Nous pensons que l'inclusion de 26 personnes en deux années est possible étant donné la file active et le besoin de soins de cette population.

10) Durée de la recherche.

Début des inclusions : durant le trimestre suivant l'obtention des autorisations légales (premier trimestre 2019)

Durée de la période d'inclusion : 24 mois.

Durée de participation de chaque patient : 1 mois maximum

Durée totale de la recherche : 25 mois.

11) Analyse statistique des données.

- Analyse descriptive.

Une analyse descriptive sera menée sur la population incluse et les deux groupes. Les variables quantitatives seront décrites en moyenne +/- écart-type. Elles correspondent à l'âge, score aux échelles psychométriques.

Les variables qualitatives seront décrites en effectif et pourcentage. Elles correspondent à : sexe, traitement, comorbidité et antécédents.

- Analyse comparative.

L'analyse comparative visera à déterminer une différence de score à l'échelle FDCS partie enfants entre le groupe rTMS et le groupe placebo à M1.

L'analyse répondra ensuite aux objectifs secondaires en recherchant une différence significative des résultats aux scores des échelles psychométriques entre les groupes à M1 (une semaine après la fin des séances).

Seront prises en comptes en cas de différence entre les groupes : âge, sexe et traitement.

Les comparaisons de répartition d'effectifs (croisement de variables catégorielles à deux modalités ou plus) seront réalisées au moyen du test du Chi.2 de Pearson (ou un test exact de Fischer si les effectifs théoriques étaient faibles). Les comparaisons de moyennes (croisement d'une variable continue et d'une variable catégorielle à deux modalités ou plus) seront réalisées par le test t, de Student (deux modalités). Ou analyse de variances (plus de 2 modalités) ; ou le test non paramétrique de Mann-Whitney sera utilisé selon la distribution des variables (ou de Krustall-Wallis en fonction du nombre de groupes).

Le degré de signification retenu pour le risque global de première espèce est fixé à 5% ($p < 0.05$)

12) Retombées attendues.

Potentielle proposition de traitement pour des patients présentant un trouble pédophile.

2/ Annexe, questionnaires et échelles d'évaluation :

- a) Questionnaire FDCS (Fantasme, Désir et Comportement Sexuel – Stoleru et Al)**
Cf. Page suivante

SCORE INDIVIDUEL (sur 30 points)**I. Antécédents (sur 15 points)**

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---------------------------|--|---|--|-------------------------------------|
| Adhésion au suivi | Nulle <input type="checkbox"/> | Partielle <input type="checkbox"/> | Totale <input type="checkbox"/> | Investie <input type="checkbox"/> |
| Antécédent pénaux | Affaire sexuelle > 6 mois multiples <input type="checkbox"/> | Affaire sexuelle < 6 mois ou sur personnes <input type="checkbox"/> | Affaire non sexuelle <input type="checkbox"/> | Aucun <input type="checkbox"/> |
| Antécédent psychiatriques | Déficiences profondes <input type="checkbox"/> | Déficiences légères/moyennes Troubles psy non stabilisés <input type="checkbox"/> | Troubles psy stabilisés <input type="checkbox"/> | Aucun <input type="checkbox"/> |
| Addictions (hors tabac) | Multiplés <input type="checkbox"/> | Unique non sevrée <input type="checkbox"/> | Sevrée <input type="checkbox"/> | Aucune <input type="checkbox"/> |
| Traits de personnalité | Pervers <input type="checkbox"/> | Narcissique <input type="checkbox"/> | Limite immature <input type="checkbox"/> | Névrotique <input type="checkbox"/> |

2. Actes et pensées (sur 15 points)

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|----------------------------------|--|--|---|---|
| Reconnaissance | Non <input type="checkbox"/> | Partielle <input type="checkbox"/> | Totale <input type="checkbox"/> | Pensées uniquement <input type="checkbox"/> |
| Nombre de victimes et/ou d'actes | Plusieurs différentes <input type="checkbox"/> | Répétition sur victime unique <input type="checkbox"/> | Unique fois <input type="checkbox"/> | Aucun(e) <input type="checkbox"/> |
| Proximité de la victime | Inconnue <input type="checkbox"/> | Extra-familiale <input type="checkbox"/> | Familiale <input type="checkbox"/> | Aucune victime <input type="checkbox"/> |
| Âge/ sexe victime | Pré-pubère <input type="checkbox"/> | Pubère/Adulte même sexe <input type="checkbox"/> | Pubère/Adulte sexe différent <input type="checkbox"/> | Aucune victime <input type="checkbox"/> |
| Récidive | > 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | Aucune <input type="checkbox"/> |

3. DCS (sur 30 points)**I. Fantômes (sur 12 points)**

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|----------------------|--|--|--------------------------------------|---------------------------------|
| Support (Q1 à Q6) | Enfant <input type="checkbox"/> | Ado <input type="checkbox"/> | Femme/Homme <input type="checkbox"/> | Aucun <input type="checkbox"/> |
| Fréquence (Q7 à Q10) | 9-8-7 <input type="checkbox"/> | 6-5-4 <input type="checkbox"/> | 3-2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Intensité (Q11) | 9-8-7 <input type="checkbox"/> | 6-5-4 <input type="checkbox"/> | 3-2' <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Durée (Q13 à Q16) | Toute la journée Et/ou sans lutte <input type="checkbox"/> | > 15mn Et/ou sans lutte <input type="checkbox"/> | <15 mn <input type="checkbox"/> | Aucune <input type="checkbox"/> |

2. Désir (sur 12 points)

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|-----------------------|--|--|--------------------------------------|---------------------------------|
| Support (Q17 à Q22) | Enfant <input type="checkbox"/> | Ado <input type="checkbox"/> | Femme/Homme <input type="checkbox"/> | Aucun <input type="checkbox"/> |
| Fréquence (Q23 à Q26) | 9-8-7 <input type="checkbox"/> | 6-5-4 <input type="checkbox"/> | 3-2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Intensité (Q27) | 9-8-7 <input type="checkbox"/> | 6-5-4 <input type="checkbox"/> | 3-2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Durée (Q29 à Q32) | Toute la journée Et/ou sans lutte <input type="checkbox"/> | > 15mn Et/ou sans lutte <input type="checkbox"/> | <15 mn <input type="checkbox"/> | Aucune <input type="checkbox"/> |

3. Activité sexuelle (sur 6 points)

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Fréquence (Q33 à Q36) | 9-8-7 <input type="checkbox"/> | 6-5-4 <input type="checkbox"/> | 3-2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Sexualité déviante (Q37) | 9-8-7 <input type="checkbox"/> | 6-5-4 <input type="checkbox"/> | 3-2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

Questionnaire sur l'Intensité des Fantômes, du Désir et des Comportements Sexuels

Livret des questions

Version 19

QUESTIONNAIRE D'INTENSITE DU DESIR ET ES SYMPTOMES SEXUELS

En matière d'introduction à la présentation du questionnaire, le chercheur (la chercheuse)/ le clinicien (la clinicienne) se présente en disant qu'il/elle s'appelle...

Ensuite, il/elle remercie le sujet de sa participation à l'étude.

Pour les patients il/elle rappelle brièvement que l'objectif du questionnaire est de mieux connaître la vie sexuelle des patients présentant une attirance pour les enfants.

Puis le chercheur (ou la chercheuse) ou le clinicien (la clinicienne) rappelle qu'il/elle est soumis(e) au secret professionnel strict et que l'ensemble des données recueillies au cours de l'étude est conservé d'une manière anonyme.

N.B.: Ci-dessous les phrases en MAJUSCULES sont destinées uniquement au chercheur (ou à la chercheuse) ou au clinicien (à la clinicienne) et ne sont pas à dire au patient. Les phrases en minuscule qui servent à questionner le patient sont à prononcer telles qu'elles sont rédigées.

PREMIERE PARTIE: ENFANTS, ADOLESCENTS, ADULTES

Je vais vous poser un certain nombre de questions sur votre vie sexuelle au cours des trente derniers jours. Je vous poserai des questions concernant trois domaines: (1) le domaine des fantasmes sexuels, c'est-à-dire les scènes sexuellement excitantes que vous imaginez dans votre esprit; (2) le domaine des désirs sexuels; et (3) le domaine des activités sexuelles.

SECTION A : FANTASMES SEXUELS

OBJET DES FANTASMES SEXUELS AU COURS DES TRENTE DERNIERS JOURS

A1. Ma première question porte sur vos fantasmes sexuels, c'est-à-dire sur les scènes sexuellement excitantes que vous imaginez dans votre esprit.

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANT A LA REponse DU SUJET

Q1. Au cours des trente derniers jours, vous est-il arrivé d'avoir des fantasmes sur des **enfants de sexe féminin**? Dans tout ce questionnaire, "enfants de sexe féminin" veut dire des « filles avant le début de la puberté" ou bien "filles en début de puberté".

1. OUI I__I 0. NON I__I

Q2. Au cours des trente derniers jours, vous est-il arrivé d'avoir des fantasmes sur des **enfants de sexe masculin**? Ici aussi, "enfants de sexe masculin" veut dire "garçons avant le début de la puberté" ou bien "garçons en début de puberté".

1. OUI I__I 0. NON I__I

Q3. Au cours des trente derniers jours, vous est-il arrivé d'avoir des fantasmes sur des **adolescentes**? "Adolescentes" veut dire ici "filles de moins de 16 ans, soit en fin de puberté, soit complètement pubères".

1. OUI I__I 0. NON I__I

Q4. Au cours des trente derniers jours, vous est-il arrivé d'avoir des fantasmes sur des **adolescents**? Ici aussi, "adolescents", veut dire "garçons de moins de 16 ans, soit en fin de puberté, soit complètement pubères".

1. OUI I__I 0. NON I__I

Q5. Au cours des trente derniers jours, vous est-il arrivé d'avoir des fantasmes sur des **femmes âgées de plus de 16 ans** ? L'expression « femmes âgées de plus de 16 ans » se réfère principalement aux femmes adultes, qu'il s'agisse de votre conjointe ou d'autres femmes.

1. OUI I__I 0. NON I__I

Q6. Au cours des trente derniers jours, vous est-il arrivé d'avoir des fantasmes sur des **hommes âgés de plus de 16 ans** ? L'expression « hommes âgés de plus de 16 ans » se réfère principalement aux hommes adultes, qu'il s'agisse d'un partenaire stable ou d'autres hommes.

1. OUI I__I 0. NON I__I

FRÉQUENCE DES FANTASMES SEXUELS AU COURS DES TRENTE DERNIERS JOURS

DANS LA QUESTION SUIVANTE, MENTIONNER LA OU LES CATEGORIES (AGE ET SEXE) DONT LE SUJET VIENT DE PRECISER QU'ELLES FAISAIENT L'OBJET DE SES FANTASMES ET MENTIONNER SEULEMENT CES CATEGORIES-LA.

A2. Au cours des trente derniers jours, combien de fois en tout avez-vous eu des fantasmes sexuels, sur des [COMPLÉTER SELON LA ou LES REPONSES DONNEES AUX QUESTIONS Q1 à Q6]?

Vous me dites « oui » quand ce que je dis correspond à ce qui s'est produit.

LIRE LES REPONSES PROPOSEES JUSQU'À OBTENTION DU "OUI"; ENTOURER LE CHIFFRE DE LA REPONSE DU PATIENT.

Q7. Etait-ce:

- | | | |
|--|---|--|
| Presque continuellement? | 9 | SI OUI, → PASSER À A2.1. |
| Plus d'une fois par heure? | 8 | SI OUI, → PASSER À A2.1. |
| Plus d'une fois par jour? | 7 | SI OUI, → PASSER À A2.1. |
| Une fois par jour? | 6 | SI OUI, → PASSER À A2.4. |
| Moins d'une fois par jour, mais plusieurs fois par semaine? | 5 | SI OUI, → PASSER À A2.2. Une |
| fois par semaine? | 4 | SI OUI, → PASSER À A2.4. |
| Moins d'une fois par semaine, mais plusieurs fois en trente jours? | 3 | SI OUI, → PASSER À A2.3. |
| Une fois? | 2 | SI OUI, → PASSER À A2.4. |
| Pas du tout? | 1 | SI OUI, → PASSER À LA SECTION B, page 6. |

REMARQUE: POUR TOUTES LES QUESTIONS, SI UN PATIENT REpond AVEC DEUX CHIFFRES (EX.: "2 OU

3 FOIS"), PRENDRE LA MOYENNE ET INSCRIRE LA 1^{ERE} DECIMALE, EX. "2,5"

A2.1. SI LA REPONSE EST COTEE 7, 8, OU 9 (FREQUENCE PLUS ELEVEE QU'UNE FOIS/JOUR):

Q8. Combien de fois par jour environ avez-vous eu des fantasmes sexuels? I _ I _ I, I _ I
PASSER À A2.4.

A2.2. SI OUI À "PLUS D'UNE FOIS PAR SEMAINE":

Q9. Combien de fois par semaine environ avez-vous eu des fantasmes sexuels? I _ I _ I, I _ I
PASSER À A2.4.

A2.3. SI OUI À "PLUSIEURS FOIS EN TRENTE JOURS":

Q10. En 30 jours, combien de fois environ avez-vous eu des fantasmes sexuels? I _ I _ I, I _ I
PASSER À A2.4.

A2.4. POUR TOUS LES PATIENTS SAUF CEUX QUI ONT REPONDU "PAS DU TOUT"

Je vais vous demander de me dire à quel point, en général, vos fantasmes sexuels ont été excitants au cours des trente derniers jours? Vous me dites « oui » quand ce que je dis correspond à ce que vous ressentez.

Q11. L'excitation sexuelle liée à ces fantasmes était-elle une excitation ... ?

- | | |
|------------------------------|---|
| 9. extrêmement forte? | 9 |
| 8. très forte? | 8 |
| 7. forte? | 7 |
| 6. assez forte? | 6 |
| 5. moyenne? | 5 |
| 4. assez faible? | 4 |
| 3. faible? | 3 |
| 2. très faible? | 2 |
| 1. nulle ou quasiment nulle? | 1 |

Q12. A quels moments de la journée avez-vous ces fantasmes sexuels? (NOTER LA REPONSE)

Q13. En général, combien de temps ces fantasmes durent-ils? (NOTER LA REPONSE)

Durent-ils en général plus ou moins qu'un quart d'heure?

1. Plus I__I
2. Moins I__I

Q14. Est-ce qu'ils reviennent dans votre esprit toute la journée?

1. Oui I__I

2. Non I__I

Q15. Est-ce que vous cherchez à les chasser de votre esprit?

1. Oui I__I

2. Non I__I

SI OUI A LA QUESTION PRECEDENTE:

Q16. Avez-vous du mal à chasser ces fantasmes de votre esprit et reviennent-ils malgré vos efforts?

1. Oui I__I

2. Non I__I

SECTION B : DESIRS ET PULSIONS SEXUELS

OBJET DES DESIRS ET PULSIONS SEXUELS AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS

B1. La question suivante porte sur vos **désirs et pulsions** sexuels. **Par désirs ou pulsions sexuels, je veux dire l'envie de passer à l'action et d'avoir une activité sexuelle.**

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANT A LA REPONSE DU SUJET

Q17. Au cours des trente derniers jours, vous est-il arrivé d'avoir des désirs sexuels pour des **enfants de sexe féminin**?

1. OUI I__I 0. NON I__I

Q18. Au cours des trente derniers jours, vous est-il arrivé d'avoir des désirs sexuels pour des **enfants de sexe masculin**?

1. OUI I__I 0. NON I__I

Q19. Au cours des trente derniers jours, vous est-il arrivé d'avoir des désirs sexuels pour des **adolescentes**?

1. OUI I__I 0. NON I__I

Q20. Au cours des trente derniers jours, vous est-il arrivé d'avoir des désirs sexuels pour des **adolescents**?

1. OUI I__I 0. NON I__I

Q21. Au cours des trente derniers jours, vous est-il arrivé d'avoir des désirs sexuels pour des **femmes âgées de plus de 16 ans, qu'il s'agisse de votre conjointe ou d'autres femmes?**

1. OUI I__I 0. NON I__I

Q22. Au cours des trente derniers jours, vous est-il arrivé d'avoir des désirs sexuels pour des **hommes âgés de plus de 16 ans, qu'il s'agisse d'un partenaire stable ou d'autres hommes?**

1. OUI I__I 0. NON I__I

FRÉQUENCE DES DESIRS ET PULSIONS SEXUELS AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS

DANS LA QUESTION SUIVANTE, MENTIONNER LA OU LES CATEGORIES (AGE ET SEXE) DONT LE SUJET VIENT DE PRECISER QU'ELLES FAISAIENT L'OBJET DE SES DESIRS ET MENTIONNER SEULEMENT CES CATEGORIES-LA.

B2. Au cours des trente derniers jours, combien de fois en tout avez-vous eu des désirs et des pulsions sexuels, pour des [COMPLÉTER SELON LE CAS:]? Si vous avez regardé des photographies ou des films érotiques (sur Internet ou autrement), tenez compte des désirs sexuels que vous avez ressentis à cette occasion. Vous me dites « oui » quand ce que je dis correspond à ce que vous ressentez.

LIRE LES REPOSES PROPOSEES JUSQU'A OBTENTION DU OUI; ENTOURER LE CHIFFRE DE LA REPOSE DU PATIENT.

Q23. Etait-ce:

| | | |
|---|---|---|
| Presque continuellement? | 9 | SI OUI, → PASSER À B2.1. |
| Plus d'une fois par heure? | 8 | SI OUI, → PASSER À B2.1. |
| Plus d'une fois par jour? | 7 | SI OUI, → PASSER À B2.1. |
| Une fois par jour? | 6 | SI OUI, → PASSER À B2.4. |
| Moins d'une fois par jour, mais plusieurs fois par semaine? | 5 | SI OUI, → PASSER À B2.2. |
| Une fois par semaine? | 4 | SI OUI, → PASSER À B2.4. |
| Moins d'une fois par semaine, mais plusieurs fois en trente jours? | 3 | SI OUI, → PASSER À B2.3. |
| Une fois? | 2 | SI OUI, → PASSER À B2.4. |
| Pas du tout? | 1 | SI OUI, → PASSER À LA SECTION C, page 10. |

B2.1. SI LA REPOSE EST COTEE 7, 8, OU 9 (FREQUENCE PLUS ELEVEE QU'UNE FOIS/JOUR):

Q24. Combien de fois par jour environ avez-vous eu des désirs ou pulsions sexuels? I__I_I, I__I
PASSER À B2.4.

B2.2. SI OUI A "PLUS D'UNE FOIS PAR SEMAINE":

Q25. Combien de fois par semaine environ avez-vous eu des désirs ou pulsions sexuels?

I _ I _ I, I _ I PASSER À B2.4.

B2.3. SI OUI A "PLUSIEURS FOIS EN TRENTE JOURS":

Q26. En 30 jours, combien de fois environ avez-vous eu des désirs ou pulsions sexuels?

I _ I _ I, I _ I PASSER À B2.4.

B2.4. POUR TOUS LES PATIENTS SAUF CEUX QUI ONT REPONDU "PAS DU TOUT"

Au cours des trente derniers jours, à quel point, en général, vos désirs ou pulsions sexuels ont-ils été forts? Vous me dites « oui » quand ce que je dis correspond à ce que vous ressentez.

Q27. Ont-ils été :

- | | |
|---------------------------------|---|
| 9. Extrêmement forts? | 9 |
| 8. Très forts? | 8 |
| 7. Forts? | 7 |
| 6. Assez forts? | 6 |
| 5. Moyennement forts? | 5 |
| 4. Assez faibles? | 4 |
| 3. Faibles? | 3 |
| 2. Très faibles? | 2 |
| 1. Nuls ou extrêmement faibles? | 1 |

Q28. A quels moments de la journée avez-vous ces désirs sexuels?

Q29. En général, combien de temps ces désirs durent-ils?

Durent-ils en général plus ou moins qu'un quart d'heure?

1. Plus I _ I

2. Moins I__I

Q30. Est-ce qu'ils reviennent dans votre esprit toute la journée?

-
1. Oui I__I
 2. Non I__I

Q31. Est-ce que vous cherchez à les chasser de votre esprit?

-
1. Oui I__I
 2. Non I__I

SI OUI A LA QUESTION PRECEDENTE:

Q32. Avez-vous du mal à chasser ces désirs de votre esprit et reviennent-ils malgré vos efforts?

-
1. Oui I__I
 2. Non I__I

SECTION C : ACTIVITÉ SEXUELLE

FRÉQUENCE DE L'ACTIVITÉ SEXUELLE AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS

C1. Au cours des trente derniers jours, combien de fois en tout avez-vous eu une éjaculation, que ce soit par masturbation ou que ce soit lors d'une activité sexuelle avec une autre personne? Vous me dites « oui » quand ce que je dis correspond à ce qui s'est produit.

ENTOUREZ LE CHIFFRE LE PLUS EXACT

LIRE LES REPONSES PROPOSEES JUSQU'A OBTENTION DU "OUI"; ENTOURER LE CHIFFRE DE LA REPONSE DU PATIENT.

Q33. Etait-ce:

| | | |
|---|---|--------------------------|
| Plus que trois fois par jour? | 9 | SI OUI, → PASSER À C1.1. |
| Plus que deux fois par jour? | 8 | SI OUI, → PASSER À C1.1. |
| Plus d'une fois par jour? | 7 | SI OUI, → PASSER À C1.1. |
| Une fois par jour? | 6 | SI OUI, → PASSER À C2. |
| Moins d'une fois par jour, mais plusieurs fois par semaine? | 5 | SI OUI, → PASSER À C1.2. |
| Une fois par semaine? | 4 | SI OUI, → PASSER À C2. |
| Moins d'une fois par semaine, mais plusieurs fois en trente jours? | 3 | SI OUI, → PASSER À C1.3. |
| Une fois? | 2 | SI OUI, → PASSER À C2. |
| Pas du tout? | 1 | SI OUI, → PASSER À C2. |

C1.1. SI OUI A PLUS D'UNE FOIS, DEUX FOIS OU TROIS FOIS PAR JOUR:

Q34. Combien de fois par jour environ avez-vous eu une éjaculation? I _ I _ I, I _ I
PASSER À C2.

C1.2. SI OUI A PLUS D'UNE FOIS PAR SEMAINE:

Q35. Combien de fois par semaine environ avez-vous eu une éjaculation? I _ I _ I, I _ I
PASSER À C2.

C1.3. SI OUI A PLUSIEURS FOIS EN TRENTE JOURS:

Q36. En 30 jours combien de fois environ avez-vous eu une éjaculation? I _ I _ I, I _ I
PASSER À C2.

FREQUENCE DES COMPORTEMENTS SEXUELS DÉVIANTS AU COURS DES 4 DERNIERS MOIS

- RQUE : POUR LES PERSONNES SORTIES DE DETENTION IL Y A MOINS DE QUATRE MOIS, LES PERIODES A PRENDRE EN CONSIDERATION POUR EVALUER LA FREQUENCE DES COMPORTEMENTS DEVIANTS SUR 4 MOIS SONT CELLE QUI SUIT LA SORTIE ET CELLE QUI PRECEDE LA PREMIERE INTERPELLATION PAR LES SERVICES DE

POLICE OU DE JUSTICE ET ABOUTISSANT A LA MISE EN DETENTION. EXEMPLE D'UN SUJET SORTI UN MOIS AVANT

L'EVALUATION : ON PREND EN CONSIDERATION LE MOIS SUIVANT LA SORTIE ET LES 3 MOIS PRECEDANT LA PREMIERE INTERPELLATION. EXEMPLE D'UN SUJET SORTI 2 JOURS AVANT L'EVALUATION : ON PREND EN CONSIDERATION LES 4 MOIS PRECEDANT LA PREMIERE INTERPELLATION.

C2. Les questions suivantes portent sur les comportements sexuels déviants, qu'il y ait eu éjaculation ou non. Par "comportement sexuel déviant", je veux dire:

A) les comportements sexuels, avec enfants, adolescents ou adultes, de type exhibitionnisme (montrer ses organes génitaux à une personne non consentante), voyeurisme (regarder une personne nue sans son consentement), fétichisme (utiliser des objets tels que des chaussures, des sous-vêtements ou des gants, etc., pour s'exciter sexuellement), transvestisme (s'habiller en femme), frotteurisme (toucher ou se frotter contre une personne non consentante), masochisme (comportements où la personne ressent du plaisir sexuel lorsqu'elle souffre, par exemple en étant humiliée ou battue), sadisme (comportements où la personne ressent du plaisir sexuel à faire souffrir une autre personne), viol (tout acte de pénétration sexuelle imposé à une autre personne, de quelque nature qu'il soit, que ce soit avec le pénis ou les doigts ou un corps étranger), ou tout autre comportement sexuel qui vous a paru déviant.

B) les comportements sexuels avec les enfants; tous les comportements sexuels avec les enfants sont à prendre en compte, même si l'enfant vous paraissait d'accord

C) En revanche, si vous avez regardé des photographies ou des films érotiques (sur Internet ou autrement), n'en tenez pas compte dans votre réponse à cette question.

DONNEZ AU SUJET LE QUESTIONNAIRE OUVERT A LA FEUILLE LISTANT LES COMPORTEMENTS DEVIANTS. CELLE-CI FIGURE PAGE 26.

Pour chaque comportement de cette liste, veuillez cocher la case OUI ou NON selon que vous avez eu, ou pas eu, le comportement correspondant au cours des 4 derniers mois.

SI LE PATIENT EST SORTI DE DETENTION IL Y A MOINS DE 4 MOIS, LUI DIRE :

La période de 4 mois que je vous demande de prendre en considération est les [n] semaines qui précèdent votre interpellation par les services de police et aboutissant à votre dernière incarcération, plus les [n] semaines depuis que vous êtes sorti de détention.

QUAND LE SUJET A FINI DE COCHER LA PAGE: **Au cours des 4 derniers mois, combien de fois en tout avez-vous eu un ou plusieurs de ces comportements sexuels déviants, qu'il y ait eu éjaculation ou non? Vous me dites « oui » quand ce que je dis correspond à ce qui s'est produit.**

SI UN SUJET REpond SPONTANEMENT "JAMAIS", ENTOUREZ "1" CI-DESSOUS ET PASSEZ À LA SECONDE PARTIE DU QUESTIONNAIRE, P. 13. SINON, LIRE LES RÉPONSES PROPOSÉES JUSQU'À OBTENTION DU "OUI"; ENTOURER LE CHIFFRE DE LA RÉPONSE DU PATIENT

Q37. **Etait-ce:**

| | | |
|--|---|---|
| Plus d'une fois par jour? | 9 | SI OUI, → PASSER À C2.1. |
| Une fois par jour? | 8 | SI OUI, → PASSER À LA 2NDE PARTIE, P. 13. |
| Moins d'une fois par jour, mais plusieurs fois par semaine? | 7 | SI OUI, → PASSER À C2.2. |
| Une fois par semaine? | 6 | SI OUI, → PASSER À LA 2NDE PARTIE, P. 13. |
| Moins d'une fois par semaine, mais plusieurs fois par mois? OUI, → PASSER À C2.3. | 5 | SI |
| Une fois par mois | 4 | SI OUI, → PASSER À LA 2NDE PARTIE, P. 13. |
| Moins d'une fois par mois, mais plusieurs fois en 4 mois OUI, → PASSER À C2.4. | 3 | SI |
| Une fois? | 2 | SI OUI, → PASSER À LA 2NDE PARTIE, P. 13. |
| Pas du tout? | 1 | SI OUI, → PASSER À LA 2NDE PARTIE, P. 13. |

C2.1. SI OUI A "PLUS D'UNE FOIS PAR JOUR":

Q38. Combien de fois par jour environ avez-vous eu un comportement sexuel déviant? I__I__I,
I__I

PASSER À LA 2NDE PARTIE, P. 13.

C2.2. SI OUI A PLUS D'UNE FOIS PAR SEMAINE:

Q39. Combien de fois par semaine environ avez-vous eu un comportement sexuel déviant? I__I__I, I__I
PASSER À LA 2NDE PARTIE, P. 13.

C2.3. SI OUI A "PLUS D'UNE FOIS PAR MOIS":

Q40. Combien de fois par mois environ avez-vous eu un comportement sexuel déviant? I__I__I,
I__I

PASSER À LA 2NDE PARTIE, P. 13.

C2.4. SI OUI A "PLUSIEURS FOIS EN 4 MOIS":

Q41. En 4 mois combien de fois environ avez-vous eu un comportement sexuel déviant? I__I__I,
I__I

PASSER À LA 2NDE PARTIE, P. 13.

SECONDE PARTIE: ENFANTS UNIQUEMENT

Les questions de cette partie portent uniquement sur les fantasmes, désirs ou activités sexuelles que vous avez éventuellement eus au cours des 30 derniers jours avec des enfants, c'est-à-dire avec des filles ou avec des garçons avant le début de la puberté ou bien en début de puberté.

Comme pour la première partie de ce questionnaire, je vais vous poser des questions concernant trois domaines: (1) le domaine des fantasmes sexuels; (2) le domaine des désirs sexuels; et (3) le domaine des activités sexuelles.

1. SI LE SUJET EST UN VOLONTAIRE SAIN ET QU'IL N'A RAPPORTE AUCUN FANTASME SEXUEL, ET AUCUN DESIR SEXUEL ET AUCUN COMPORTEMENT SEXUEL IMPLIQUANT DES ENFANTS, LUI DIRE:

"Confirmez-vous que, au cours des 30 derniers jours, vous n'avez eu ni fantasmes, ni désirs sexuels concernant un enfant, et que, au cours des 4 derniers mois vous n'avez eu aucune activité sexuelle avec un enfant? "

- SI LE SUJET CONFIRME QU'IL N'A EU NI FANTASMES, NI DESIRS, NI ACTIVITE SEXUELS AVEC UN ENFANT, COCHEZ "1" (OUI) A Q42, P. 14, ET A Q55, p. 18, ET COCHEZ "1" (PAS DU TOUT) AUX QUESTIONS Q68, p. 22, ET Q72, p. 24. PASSEZ A COMMENTAIRES EVENTUELS DU SUJET, P. 25.

- SI LE SUJET RECONNAIT AVOIR EU DES FANTASMES SEXUELS ET/OU DES DESIRS SEXUELS ET/OU DES COMPORTEMENTS SEXUELS IMPLIQUANT UN ENFANT, L'INTERROGER A L'AIDE DES SECTIONS CORRESPONDANTES CI-DESSOUS. PASSEZ, EN FONCTION DE LA REPONSE DU PATIENT, SOIT À LA Q42 (FANTASMES), P. 14, SOIT À LA Q55 (DESIRS), p. 18, SOIT A LA Q68 (ACTIVITE SEXUELLE), p. 22.

2. SI LE SUJET EST CANDIDAT POUR PARTICIPER COMME VOLONTAIRE SAIN ET QU'IL A RAPPORTE DES FANTASMES SEXUELS OU DES DESIRS SEXUELS OU DES COMPORTEMENTS SEXUELS IMPLIQUANT DES ENFANTS, L'INTERROGER A L'AIDE DES SECTIONS CI-DESSOUS

3. SI LE SUJET EST UN PATIENT, L'INTERROGER A L'AIDE DES SECTIONS CIDESSOUS

SECTION D FANTASMES SEXUELS SUR LES ENFANTS

CETTE SECTION NÉCESSITE DE SE RÉFÉRER AUX RÉPONSES DU SUJET AUX QUESTIONS A1, P. 2.

1. SI LE SUJET A REPONDU "OUI" A L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS A1 SUR LES ENFANTS (C'EST-À-DIRE : "AU COURS DES TRENTE DERNIERS JOURS, VOUS EST-IL ARRIVE D'AVOIR DES FANTASMES SUR DES ENFANTS DE SEXE FEMININ?" ET/OU "DE SEXE MASCULIN?"), DIRE AU SUJET:

Vous avez précédemment dit qu'il vous est arrivé au cours des trente derniers jours, d'avoir des fantasmes sur des enfants de sexe [...] [COMPLÉTER SELON LE CAS: "FEMININ", "MASCULIN", "FEMININ ET MASCULIN"].

a. SI LE SUJET A REPONDU AUX QUESTIONS A1 QU'IL AVAIT ÉGALEMENT DES FANTASMES SUR DES ADULTES OU DES ADOLESCENTS :

PASSER À LA QUESTION D2, page 15.

b. SI LE SUJET A REPONDU AUX QUESTIONS A1 QU'IL AVAIT SEULEMENT DES FANTASMES SUR LES ENFANTS :

PASSER A LA SECTION E, page 17.

2. SI LE SUJET A REPONDU "NON" A L'UNE ET L'AUTRE DES QUESTIONS A1 SUR LES ENFANTS (C'EST-À-DIRE : "AU COURS DES TRENTE DERNIERS JOURS, VOUS EST-IL ARRIVE D'AVOIR DES FANTASMES SUR DES ENFANTS DE SEXE FEMININ?" ET/OU "DE SEXE MASCULIN?"), DIRE AU SUJET:

Q42. Confirmez-vous que, au cours des 30 derniers jours, il ne vous est jamais arrivé d'avoir des fantasmes sexuels sur des enfants? COCHER LA RÉPONSE.

1. OUI I__I

0. NON I__I

- SI LE SUJET REPOND "OUI" (IL CONFIRME), PASSER À LA SECTION E, P. 17

- SI LE SUJET REPOND "NON" (IL NE CONFIRME PAS), LUI DIRE QUE LES QUESTIONS VONT LUI ETRE REPOSÉES ET LUI POSER LES DEUX QUESTIONS CI-DESSOUS : **D1.** Au cours des trente derniers jours :

Q43. Vous est-il arrivé d'avoir des fantasmes sur des **enfants de sexe féminin**?

1. OUI I__I

0. NON I__I

Q44. Vous est-il arrivé d'avoir des fantasmes sur des **enfants de sexe masculin**?

1. OUI I__I

0. NON I__I

➤ SI OUI A L'UNE AU MOINS DES 2 QUESTIONS PRÉCEDENTES, PASSER À LA QUESTION D2.

➤ SI NON AUX 2 QUESTIONS PRÉCEDENTES, PASSER À LA SECTION E, P. 17.

FRÉQUENCE DES FANTASMES AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS

D2. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous eu des fantasmes sexuels sur des [PRÉCISER " ENFANTS DE SEXE FEMININ " OU " ENFANTS DE SEXE MASCULIN " OU "

- | | |
|------------------------------|---|
| 7. forte? | 7 |
| 6. assez forte? | 6 |
| 5. moyenne? | 5 |
| 4. assez faible? | 4 |
| 3. faible? | 3 |
| 2. très faible? | 2 |
| 1. nulle ou quasiment nulle? | 1 |

Q50. A quels moments de la journée avez-vous ces fantasmes sexuels?

Q51. En général, combien de temps ces fantasmes durent-ils?

_ Durent-ils en général plus ou moins qu'un quart d'heure?

1. Plus I__I
2. Moins I__I

Q52. Est-ce qu'ils reviennent dans votre esprit toute la journée?

-
-
1. Oui I__I
 2. Non I__I

Q53. Est-ce que vous cherchez à les chasser de votre esprit?

-
-
1. Oui I__I
 2. Non I__I

Q54. SI "OUI" A LA QUESTION PRÉCEDENTE :

Avez-vous du mal à chasser ces fantasmes de votre esprit et reviennent-ils malgré vos efforts?

-
-
1. Oui I__I
 2. Non I__I

SECTION E : DESIRS ET PULSIONS SEXUELS POUR LES ENFANTS

CETTE SECTION NÉCESSITE DE SE RÉFÉRER AUX RÉPONSES DU SUJET AUX QUESTIONS B1, P. 6.

➤SI LE SUJET A REPONDU "OUI" A L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS **B1** SUR LES ENFANTS (C'EST-À-DIRE : "AU COURS DES TRENTE DERNIERS JOURS, VOUS EST-IL

ARRIVÉ D'AVOIR DES DÉSIRS SEXUELS POUR DES ENFANTS DE SEXE FÉMININ?" ET/OU " DE SEXE MASCULIN?"), **DIRE AU SUJET:**

Vous avez précédemment dit qu'il vous est arrivé, au cours des trente derniers jours, d'avoir des désirs sexuels pour des enfants de sexe [...] [COMPLÉTER SELON LE CAS: "FEMININ", "MASCULIN", "FEMININ ET MASCULIN"].

- SI LE SUJET A REPONDU AUX QUESTIONS B1 QU'IL AVAIT ÉGALEMENT DES DÉSIRS SEXUELS POUR DES ADULTES OU DES ADOLESCENTS :

PASSER À LA QUESTION E2, P. 19.

- SI LE SUJET A REPONDU AUX QUESTIONS B1 QU'IL AVAIT SEULEMENT DES DÉSIRS SEXUELS POUR LES ENFANTS :

PASSER A LA SECTION F, P. 22.

➤ **SI LE SUJET A REPONDU "NON" A L'UNE ET L'AUTRE DES QUESTIONS B1 SUR LES**

ENFANTS (C'EST-À-DIRE : "AU COURS DES TRENTE DERNIERS JOURS, VOUS EST-IL ARRIVÉ D'AVOIR DES DÉSIRS SEXUELS POUR DES ENFANTS DE SEXE FÉMININ?" ET/OU " DE SEXE MASCULIN?"), **DIRE AU SUJET:**

Q55. Confirmez-vous que, au cours des 30 derniers jours, il ne vous est jamais arrivé d'avoir des désirs sexuels pour des enfants?

COCHER LA RÉPONSE.

1. OUI I__I

0. NON I__I

- SI LE SUJET REPOND "**OUI**" (IL CONFIRME), PASSER À LA SECTION F, P. 22.

- SI LE SUJET REPOND "**NON**" (IL NE CONFIRME PAS), LUI DIRE QUE LES QUESTIONS VONT LUI ÊTRE REPOSÉES ET LUI POSER LES DEUX QUESTIONS CI-DESSOUS :

E1.

Q56. Au cours des trente derniers jours, vous est-il arrivé d'avoir des désirs sexuels pour des **enfants de sexe féminin**?

1. OUI I__I 0. NON I__I

Q57. Au cours des trente derniers jours, vous est-il arrivé d'avoir des désirs sexuels pour des **enfants de sexe masculin**?

1. OUI I__I 0. NON I__I

- SI **OUI** A L'UNE AU MOINS DES 2 QUESTIONS PRÉCEDENTES, PASSER À LA QUESTION E2, CI-DESSOUS, P. **19**.
- SI **NON** AUX 2 QUESTIONS PRÉCEDENTES, PASSER À LA **SECTION F, P. 22**.

FRÉQUENCE DES DÉSIRS ET PULSIONS SEXUELS AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS

E2. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous eu des désirs et des pulsions sexuels pour des [PRÉCISER " ENFANTS DE SEXE FEMININ " OU " ENFANTS DE SEXE MASCULIN " OU "ENFANTS DE SEXE FEMININ ET DE SEXE MASCULIN "]? Si vous avez regardé des photographies ou des films érotiques représentant des enfants (sur Internet ou autrement), tenez compte des désirs sexuels que vous avez ressentis à cette occasion. Vous me dites « oui » quand ce que je dis correspond à ce que vous ressentez.

LIRE LES REPONSES PROPOSEES JUSQU'A OBTENTION DU "OUI"; ENTOURER LE CHIFFRE DE LA REPONSE DU PATIENT.

Q58. **Etait-ce:**

| | | |
|---|---|---|
| Presque continuellement? | 9 | SI OUI, → PASSER À E2.1. |
| Plus d'une fois par heure? | 8 | SI OUI, → PASSER À E2.1. |
| Plus d'une fois par jour? | 7 | SI OUI, → PASSER À E2.1. |
| Une fois par jour? | 6 | SI OUI, → PASSER À E2.4. |
| Moins d'une fois par jour, mais plusieurs fois par semaine? | 5 | SI OUI, → PASSER À E2.2. |
| Une fois par semaine? | 4 | SI OUI, → PASSER À E2.4. |
| Moins d'une fois par semaine, mais plusieurs fois en trente jours? | 3 | SI OUI, → PASSER À E 2.3. |
| Une fois? | 2 | SI OUI, → PASSER À E 2.4. |
| Pas du tout? | 1 | SI OUI, → PASSER À LA SECTION F, P. 22. |

E2.1. SI LA REPONSE EST COTEE 7, 8, OU 9 (FREQUENCE PLUS ELEVEE QU'UNE FOIS/JOUR):

Q59. Combien de fois par jour environ avez-vous eu ces désirs ou pulsions sexuels?
I__I__I, I__I__I PASSER À E2.4.

E2.2. SI OUI A "PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE":

Q60. Combien de fois par semaine environ avez-vous eu ces désirs ou pulsions sexuels? I__I__I,
I__I

PASSER À E2.4.

E2.3. SI OUI A "PLUSIEURS FOIS EN TRENTE JOURS":

Q61. En 30 jours combien de fois environ avez-vous eu ces désirs ou pulsions sexuels? I__I__I,
I__I

PASSER À E2.4.

E2.4. POUR TOUS LES PATIENTS SAUF CEUX QUI ONT REPONDU "PAS DU TOUT"

Au cours des trente derniers jours, à quel point en général, vos désirs ou pulsions sexuels pour les [...] [PRECISER " ENFANTS DE SEXE FEMININ " OU " ENFANTS DE SEXE MASCULIN " OU " ENFANTS DE SEXE FEMININ ET DE SEXE MASCULIN "] ont-ils été forts? Vous me dites « oui » quand ce que je dis correspond à ce que vous ressentez.

Q62. **Etaient-ils:**

- | | |
|---------------------------------|---|
| 9. Extrêmement forts? | 9 |
| 8. Très forts? | 8 |
| 7. Forts? | 7 |
| 6. Assez forts? | 6 |
| 5. Moyennement forts? | 5 |
| 4. Assez faibles? | 4 |
| 3. Faibles? | 3 |
| 2. Très faibles? | 2 |
| 1. Nuls ou extrêmement faibles? | 1 |

Q63. A quels moments de la journée avez-vous ces désirs sexuels?

Q64. En général, combien de temps ces désirs durent-ils?

Durent-ils en général plus ou moins qu'un quart d'heure?

1. Plus I__I
2. Moins I__I

Q65. Est-ce qu'ils reviennent dans votre esprit toute la journée?

1. Oui I__I
2. Non I__I

Q66. Est-ce que vous cherchez à les chasser de votre esprit?

1. Oui I__I
2. Non I__I

SI OUI A LA QUESTION PRECEDENTE:

Q67. Avez-vous du mal à chasser ces désirs de votre esprit et reviennent-ils malgré vos efforts?

1. Oui I__I
2. Non I__I

SECTION F ACTIVITÉ SEXUELLE AVEC DES ENFANTS

FRÉQUENCE DE L'ACTIVITÉ SEXUELLE AVEC DES ENFANTS AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS

F1. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous eu une éjaculation provoquée soit par une masturbation où vous imaginiez être avec un enfant, soit par une activité sexuelle avec un enfant réel? Vous me dites « oui » quand ce que je dis correspond à ce que qui s'est produit.

[SI LE SUJET PARAÎT NE PAS COMPRENDRE, AJOUTER: "CETTE QUESTION NE PORTE DONC NI SUR LES EJACULATIONS OBTENUES PAR UNE MASTURBATION OÙ VOUS PENSIEZ A UN ADULTE OU UN ADOLESCENT, NI SUR LES EJACULATIONS OBTENUES LORS D'UNE ACTIVITE SEXUELLE AVEC UN ADULTE OU UN ADOLESCENT REEL."]

LIRE LES REPONSES PROPOSEES JUSQU'A OBTENTION DU "OUI"; ENTOURER LE CHIFFRE DE LA REPONSE DU PATIENT.

Q68. Etait-ce:

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| Plus que trois fois par jour? | 9 | SI OUI, → PASSER À F1.1. |
| Plus que deux fois par jour? | 8 | SI OUI, → PASSER À F1.1. |
| Plus d'une fois par jour? | 7 | SI OUI, → PASSER À F1.1. |
| Une fois par jour? | 6 | SI OUI, → PASSER À F2, P. 23. |
| Moins d'une fois par jour, mais plusieurs fois par semaine? | 5 | SI OUI, → PASSER À F1.2. |
| Une fois par semaine? | 4 | SI OUI, → PASSER À F2, P. 23. |
| Moins d'une fois par semaine, mais plusieurs fois en trente jours? | 3 | SI OUI, → PASSER À F1.3. |
| Une fois? | 2 | SI OUI, → PASSER À F2, P. 23. |
| Pas du tout? | 1 | SI OUI, → PASSER À F2, P. 23. |

F1.1. SI OUI A PLUS D'UNE, DEUX, OU TROIS FOIS PAR JOUR:

Q69. Combien de fois par jour environ avez-vous eu une éjaculation provoquée soit par une masturbation où vous imaginiez être avec un enfant, soit par une activité sexuelle avec un enfant réel?

I _ I _ I, I _ I

PASSER À F2, P. 23

F1.2. SI OUI A "PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE":

Q70. Combien de fois par semaine environ avez-vous eu une éjaculation provoquée soit par une masturbation où vous imaginiez être avec un enfant, soit par une activité sexuelle avec un enfant réel?

I _ I _ I, I _ I

PASSER À F2, P. 23 F1.3. SI OUI A "PLUSIEURS FOIS EN TRENTE JOURS":

Q71. En 30 jours combien de fois environ avez-vous eu une éjaculation provoquée soit par une masturbation où vous imaginiez être avec un enfant, soit par une activité sexuelle avec un enfant réel?

I _ I _ I, I _ I

PASSER À F2, P. 23

FRÉQUENCE DES COMPORTEMENTS SEXUELS AVEC UN ENFANT – 4 DERNIERS MOIS

RQUE : POUR LES PERSONNES SORTIES DE DETENTION IL Y A MOINS DE QUATRE MOIS, LES PERIODES A PRENDRE EN CONSIDERATION POUR EVALUER LA FREQUENCE SUR 4 MOIS DES ACTIVITES SEXUELLES AVEC ENFANT(S) SONT CELLE QUI SUIV LA SORTIE ET CELLE QUI PRECEDE LA PREMIERE INTERPELLATION PAR LES SERVICES DE POLICE OU DE JUSTICE ET

ABOUTISSANT A LA MISE EN DETENTION. EXEMPLE D'UN SUJET SORTI UN MOIS AVANT L'EVALUATION : ON PREND EN CONSIDERATION LE MOIS SUIVANT LA SORTIE ET LES 3 MOIS PRECEDANT LA PREMIERE INTERPELLATION. EXEMPLE D'UN SUJET SORTI 2 JOURS AVANT L'EVALUATION : ON PREND EN CONSIDERATION LES 4 MOIS PRECEDANT LA PREMIERE INTERPELLATION.

F2. Cette fois-ci, ma question porte sur les activités sexuelles où l'enfant était réellement présent, qu'il y ait eu éjaculation ou non. En revanche, si vous vous êtes limité à imaginer un enfant lors d'une masturbation ou à regarder des photographies ou des films érotiques représentant des enfants (sur Internet ou autrement), n'en tenez pas compte dans votre réponse à cette question. Reprenez la feuille que je vous ai remise il y a quelques instants. Par "activité sexuelle avec un enfant", je veux dire tous les comportements sexuels avec un enfant, même si l'enfant vous paraissait d'accord et même si vous n'avez pas eu d'éjaculation.

SI LE PATIENT EST SORTI DE DETENTION IL Y A MOINS DE 4 MOIS, LUI DIRE :

La période de 4 mois que je vous demande de prendre en considération est les [n] semaines qui précèdent votre interpellation par les services de police et aboutissant à votre dernière incarcération, plus les [n] semaines depuis que vous êtes sorti de détention.

Au cours des 4 derniers mois, combien de fois avez-vous eu une activité sexuelle avec un enfant, qu'il y ait eu éjaculation ou non? Vous me dites « oui » quand ce que je dis correspond à ce qui s'est produit.

ENTOUREZ LE CHIFFRE LE PLUS EXACT

LIRE LES REPONSES PROPOSEES JUSQU'À OBTENTION DU "OUI"; ENTOURER LE CHIFFRE DE LA REPONSE DU PATIENT.

Q72. Etait-ce:

| | | |
|--|---|---|
| Plus d'une fois par jour? | 9 | SI OUI, → PASSER À F2.1. |
| Une fois par jour? | 8 | SI OUI, → PASSER À Q77 |
| Moins d'une fois par jour, mais plusieurs fois par semaine? | 7 | SI OUI, → PASSER À F2.2. |
| Une fois par semaine? | 6 | SI OUI, → PASSER À Q77 |
| Moins d'une fois par semaine, mais plusieurs fois par mois? | 5 | SI OUI, → PASSER À F2.3 |
| Une fois par mois | 4 | SI OUI, → PASSER À Q77 |
| Moins d'une fois par mois, mais plusieurs fois en 4 mois | 3 | SI OUI, → PASSER À F2.4 |
| Une fois? | 2 | SI OUI, → PASSER À Q77 |
| Pas du tout? | 1 | SI OUI, → PASSER AUX COMMENTAIRES EVENTUELS DU SUJET, P. 25. |

F2.1. SI OUI À "PLUS D'UNE FOIS PAR JOUR" :

Q73. Combien de fois par jour environ avez-vous eu une activité sexuelle avec un enfant? I__I__I, I__I

PASSER À Q77

F2.2. SI OUI À "PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE" :

Q74. Combien de fois par semaine environ avez-vous eu une activité sexuelle avec un enfant? I__I__I,
I__I

PASSER À Q77

F2.3. SI OUI À "PLUSIEURS FOIS PAR MOIS":

Q75. Combien de fois par mois environ avez-vous eu une activité sexuelle avec un enfant? I__I__I,
I__I

PASSER À Q77

F2.4. SI OUI À "PLUSIEURS FOIS EN 4 MOIS":

Q76. En 4 mois combien de fois environ avez-vous eu une activité sexuelle avec un enfant? I__I__I,
I__I POUR TOUS LES PATIENTS EN PREINCLUSION QUI RECONNAISSENT AVOIR EU AU
MOINS UN COMPORTEMENT SEXUEL AVEC UN ENFANT, DEMANDER:

**Q77. Est-ce que au moins l'un de ces comportements s'est produit dans une période où vous étiez
suivi en psychothérapie par un psychiatre ou une psychologue?**

1. OUI I__I 0. NON I__I

PASSER AUX COMMENTAIRES EVENTUELS DU SUJET

Avez-vous des commentaires à propos de la présentation du questionnaire?

—

—

Comportements sexuels déviants

**Pour chaque comportement ci-dessous, veuillez cocher la case OUI ou NON selon que vous
avez eu, ou pas eu, le comportement correspondant au cours des 4 derniers mois**

A) les comportements sexuels avec enfants, adolescents ou adultes de type :

| | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| exhibitionnisme (montrer vos organes génitaux à une personne non consentante) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| voyeurisme (regarder une personne nue sans son consentement) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| fétichisme (utiliser des objets tels que des chaussures, des sous-vêtements ou des gants, etc., pour vous exciter sexuellement) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| transvestisme (s'habiller en femme) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| frotteurisme (toucher ou vous frotter contre une personne non consentante) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| masochisme (comportements où vous ressentez du plaisir sexuel lorsque vous souffrez, par exemple en étant humilié ou battu) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sadisme (comportements où vous ressentez du plaisir sexuel à faire souffrir une autre personne) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| viol (tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, imposé à une autre personne) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ou tout autre comportement sexuel qui vous a paru déviant; préciser _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) les comportements sexuels avec les enfants ou en présence d'enfants: tous les
comportements sexuels avec les enfants ou en présence d'enfants (avant la puberté ou en
début de puberté) sont à prendre en compte, même si l'enfant vous paraissait d'accord

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • exhiber vos organes génitaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • déshabiller l'enfant et le regarder nu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • embrasser (ou toucher avec votre bouche) un enfant sur les seins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • embrasser un enfant sur les lèvres d'une manière sexuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • vous masturber en présence de l'enfant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • pratiquer des attouchements ou des caresses sur les organes génitaux ou les fesses de l'enfant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • obtenir que l'enfant touche vos parties génitales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • obtenir que l'enfant embrasse ou touche avec sa bouche votre anus ou votre derrière | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • effectuer le cunnilingus sur l'enfant (cunnilingus: placer sa bouche sur les parties génitales d'une fille) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • embrasser ou toucher avec la bouche l'anus ou le derrière de l'enfant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • pratiquer une fellation sur l'enfant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • obtenir que l'enfant pratique une fellation sur vous | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • se frotter contre l'enfant avec votre pénis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • pénétrer le vagin, la bouche ou l'anus de l'enfant avec les doigts ou des corps étrangers _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • pénétrer le vagin ou l'anus de l'enfant avec le pénis _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • obtenir que l'enfant introduise son doigt dans votre anus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • obtenir que l'enfant introduise son pénis dans votre anus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • autre comportement sexuel avec un enfant ; préciser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu OUI au moins une fois, répondez aux 3 questions suivantes

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. la victime a-t-elle subi des dommages corporels? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. avez-vous rendu la victime incapable de se défendre (utilisation de drogues, ligotage, violence physique, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. avez-vous utilisé une arme? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

b) Echelle HDRS-17:

HDRS - Echelle de dépression de Hamilton 17 – Traduction française révisée par JD Guelfi

Il est recommandé pour la cotation de l'échelle de dépression de Hamilton d'utiliser les questions mentionnées ci-dessous, extraites d'un guide d'entretien structuré (Williams J., 1988) « A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale ». Arch. Gen. Psychiatry , 45, 742-747). Ce guide a été conçu pour standardiser l'utilisation de cette échelle d'évaluation et il s'est révélé être efficace pour améliorer le niveau de concordance interjuges pour la plupart des items de l'échelle.

Instructions

Il est préférable que la première question de chaque rubrique soit posée exactement telle qu'elle est formulée ci-dessous. La réponse à cette question doit suffisamment informer sur la gravité et la fréquence d'un symptôme. Il n'est pas nécessaire de poser toutes les questions d'une rubrique si celle-ci peut être directement évaluée correctement.

Pour chacun des 21 items choisir la définition qui caractérise le mieux le malade et écrire dans la case la note correspondante.

Présentation initiale

J'aimerais vous poser quelques questions au sujet de la semaine dernière. Pour commencer, comment vous êtes-vous senti(e) depuis ?

réponse

Maintenant, je vais vous poser une série de questions plus précises qui porte toujours sur la semaine écoulée depuis..... ?

(x jour de la semaine dernière)

| | | | |
|--|--|--|--|
| 1 - Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation) | | 1 | |
| Quelle a été votre humeur au cours de la semaine écoulée? laissez un temps de réponse spontanée, puis si insuffisant, pour coter reprendre : | <i>réponse</i> | | |
| Pour être plus précis : - Vous êtes-vous senti(e) abattu(e) ou déprimé(e)? Triste? Désespéré(e) ? - Au cours de la semaine dernière, combien de fois vous êtes-vous senti(e)... <i>reprendre la réponse donnée</i> ? - Chaque jour ? Pendant toute la journée ? Vous est-il arrivé de pleurer? | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absent ▪ Ces états affectifs ne sont signalés que si on interroge le sujet ▪ Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément ▪ Le sujet communique ces états affectifs non verbalement par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer ▪ Le sujet ne communique PRATIQUEMENT QUE ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | |
| | 2 - Sentiments de culpabilité | | 2 |
| | Vous êtes-vous senti(e) particulièrement critique vis à vis de vous-même au cours de la semaine, en ayant l'impression de faire tout de travers ou de laisser tomber les autres ? Si OUI : - Quelles ont été vos pensées ? - Vous êtes-vous senti(e) coupable d'avoir fait ou de ne pas avoir fait quelque chose ? - Avez-vous pensé que vous étiez en quelque sorte la cause de votre propre dépression ? - Avez-vous le sentiment que votre maladie est une punition ? | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absent ▪ S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens ▪ Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables ▪ La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité ▪ Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| | 3 - Suicide | | 3 |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Au cours de la semaine écoulée, vous est-il arrivé de penser que la vie ne valait pas la peine d'être vécue, que vous préféreriez être mort ?</p> <p>Avez-vous eu envie de vous faire du mal ? Si OUI : à quoi avez-vous pensé exactement ? Avez-vous fait quelque chose pour vous faire du mal ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absent ▪ A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ▪ Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même ▪ Idées ou geste de suicide ▪ Tentatives de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse) | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| 4 - Insomnie du début de la nuit | | 4 |
| <p>Comment avez-vous dormi au cours de la dernière semaine ?</p> <p>Avez-vous eu des difficultés à vous endormir après vous être couché(e) ? Combien de temps vous a-t-il fallu avant de vous endormir ? Au cours de cette dernière semaine, combien de fois avez-vous eu du mal à vous endormir en début de nuit ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de difficulté à s'endormir ▪ Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'un demi-heure ▪ Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |

| | | |
|--|---|--|
| 5 - Insomnie du milieu de la nuit | | 5 |
| <p>Toujours la dernière semaine, vous est-il arrivé de vous réveiller en pleine nuit ?</p> <p>Si OUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vous êtes-vous levé(e) ? - Qu'avez-vous fait ? - Êtes-vous allé(e) simplement aux toilettes ? <p>Quand vous retournez au lit, êtes-vous capable de vous rendormir immédiatement ?</p> <p>Avez-vous la sensation que votre sommeil est agité ou perturbé au cours de certaines nuits ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de difficulté ▪ Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit ▪ Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit - sauf si c'est pour uriner) | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| 6 - Insomnie du matin | | 6 |
| <p>Pendant la semaine dernière, à quelle heure vous êtes-vous réveillé(e) le matin (sans vous rendormir ensuite) ?</p> <p>Si TRÈS TÔT : est-ce à cause d'un réveil-matin ou vous réveillez-vous spontanément ?</p> <p>A quelle heure vous réveillez-vous habituellement (c'est-à-dire quand vous n'êtes pas déprimé) ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de difficulté ▪ Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort ▪ Incapable de se rendormir s'il se lève | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| 7 - Travail et activités | | 7 |
| <p>Comment avez-vous passé votre temps la semaine dernière (lorsque vous n'étiez pas en train de travailler) ?</p> <p>Vous êtes-vous intéressé(e) à ce que vous faisiez, ou aviez-vous l'impression de devoir vous forcer pour faire les choses ?</p> <p>Avez-vous arrêté de faire quelque chose que vous aviez l'habitude de faire ? Si OUI : pourquoi ?</p> <p>Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez faire ou que vous attendez avec impatience ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de difficulté ▪ Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente ▪ Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente - ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque). ▪ Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités - aide aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle). ▪ A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| 8 - Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage ; baisse de la faculté de concentration ; baisse de l'activité motrice) | | 8 |
| <p>Aucune question nécessaire, l'évaluation est fondée sur l'observation au cours de l'entretien.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Langage et pensée normaux ▪ Léger ralentissement à l'entretien ▪ Ralentissement manifeste à l'entretien ▪ Entretien difficile | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ stupeur | <input type="checkbox"/> 4 |
| 9 - Agitation | | 9 |
| Aucune question nécessaire, l'évaluation est fondée sur l'observation au cours de l'entretien. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune ▪ Crispations, secousses musculaires ▪ Joue avec ses mains, ses cheveux, etc... ▪ Bouge, ne peut rester assis tranquille ▪ Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| 10 - Anxiété psychique | | 10 |
| <p>Vous êtes-vous senti(e) particulièrement tendu(e) ou irritable au cours de cette dernière semaine ?</p> <p>Vous êtes-vous inquiété(e) d'une multitude de petits détails qui ne vous auraient pas inquiété(e) en temps normal ?</p> <p>Si OUI : quelles choses, par exemple?</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucun trouble ▪ Tension subjective et irritabilité ▪ Se fait du souci à propos de problèmes mineurs ▪ Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage ▪ Peurs exprimées sans qu'on pose de questions | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| 11 - Anxiété somatique | | 11 |
| <p>Au cours de la dernière semaine, avez-vous ressenti l'un des symptômes physiques suivants?</p> <p>Lisez la liste en laissant un temps de réponse après chaque symptôme et cocher les symptômes présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avez-vous eu la bouche sèche, du mal à digérer, une indigestion, une diarrhée, des crampes, des renvois, - des palpitations, - des maux de tête, - du mal à respirer, - des problèmes urinaires, - une transpiration? <p>A quel point ces symptômes vous ont-ils gêné(e) au cours de la dernière semaine ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ont-ils été très intenses ? - Les avez-vous ressentis souvent ? - A quelle fréquence? | <p>Concomitants physiques de l'anxiété tels que : Gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations) ; Cardiovasculaires (palpitations, céphalées) ; Respiratoires (hyperventilation, soupirs) ; Pollakiurie ; Transpiration</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absente ▪ Discrète ▪ Moyenne ▪ Grave ▪ Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle <p><i>Note : n'attribuer aucun score si le symptôme est manifestement d'origine médicamenteuse.</i></p> | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |

| | | |
|---|--|--|
| 12 - Symptômes somatiques gastro-intestinaux | | 12 |
| Avez-vous eu de l'appétit au cours de la semaine ? - Était-il comparable à votre appétit habituel? - Avez-vous dû vous forcer à manger ? - D'autres personnes ont-elles dû vous pousser à manger? | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucun ▪ Perte d'appétit mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale. ▪ A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| 13 - Symptômes somatiques généraux | | 13 |
| Avez-vous eu suffisamment d'énergie au cours de la semaine écoulée ? - Vous êtes-vous senti(e) constamment fatigué(e) ? - Avez-vous ressenti des lourdeurs dans les membres, le dos ou la tête? | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucun ▪ Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité ▪ Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| 14 - Symptômes génitaux : symptômes tels que : perte de libido, troubles menstruels | | 14 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absents | <input type="checkbox"/> 0 |
| 16 - Perte de poids - coter A OU B (pas les 2 mais B de préférence) | | 16 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Légers | <input type="checkbox"/> 1 |

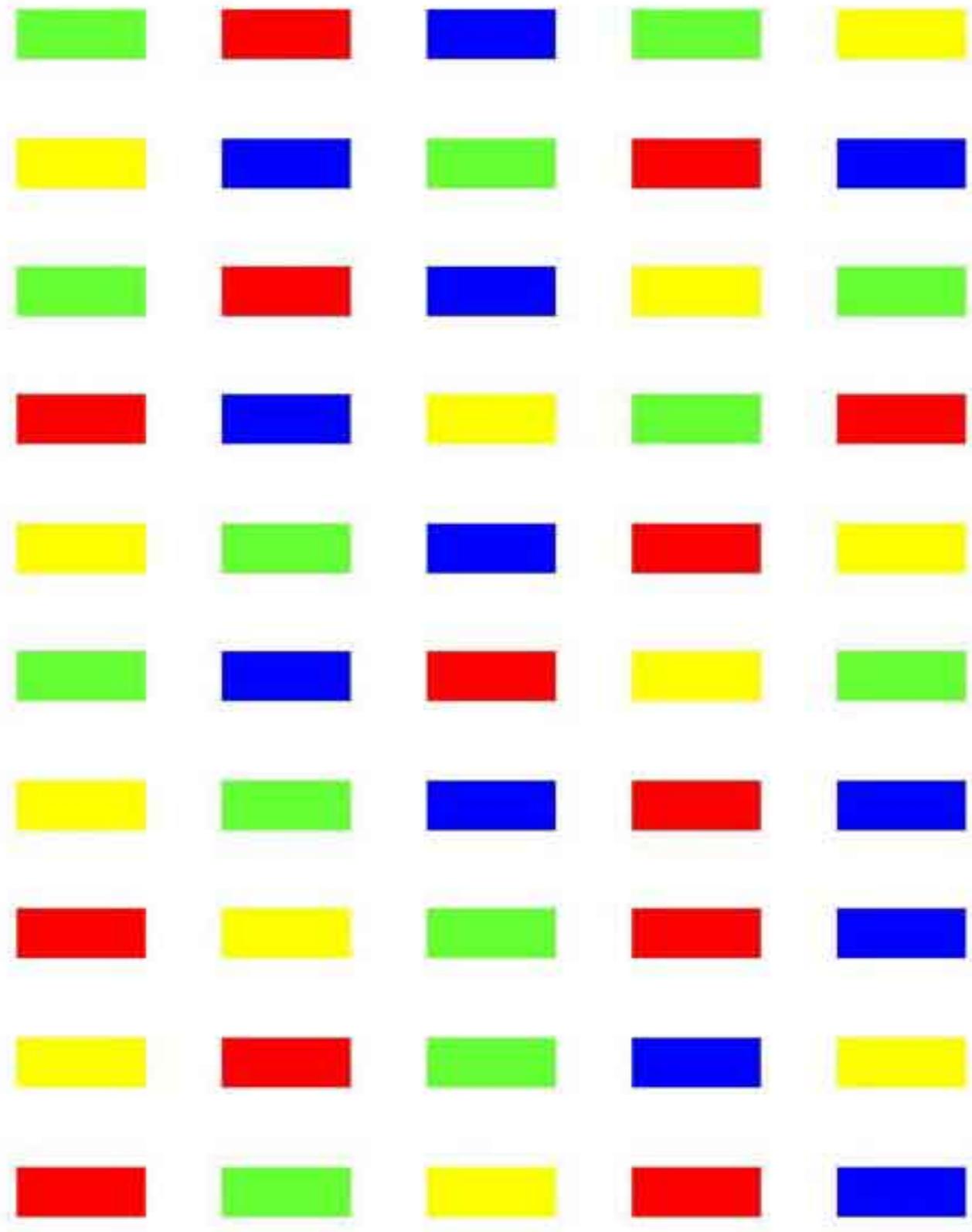
| | | |
|--|---|---|
| <p>Avez-vous perdu du poids récemment?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si OUI : combien? - En cas de doute : avez-vous l'impression que vous flottez plus qu'avant dans vos vêtements ? | <p>A (d'après les dires du malade)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absente ▪ Perte de poids probable liée à la maladie actuelle ▪ Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet) <p>B (appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Moins de 500 g de perte de poids par semaine ▪ Plus de 500 g de perte de poids par semaine ▪ Plus de 1 Kg de perte de poids par semaine | <p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> |
| 17 - Prise de conscience | | 17 |
| <p>Évaluation fondée sur l'observation au cours de l'entretien</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconnaît qu'il est déprimé et malade ▪ Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc ▪ Nie qu'il est malade | <p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> |
| <p>Au point de vue sexuel, y a-t-il eu des modifications de votre intérêt pour la sexualité au cours de la dernière semaine ? Je ne parle pas de votre activité sexuelle mais de votre intérêt pour la sexualité. Cet intérêt a-t-il subi une modification (par rapport à avant la dépression) ? Avez-vous beaucoup pensé au sexe ? Si NON : est-ce habituel pour vous?</p> | | |
| 15 - Hypochondrie | | 15 |
| <p>Au cours de la semaine écoulée, vos pensées se sont-elles souvent centrées sur votre santé physique ou sur la façon dont votre corps fonctionne (par rapport à votre état d'esprit habituel) ?</p> <p>Vous plaignez-vous souvent de votre état physique? Vous est-il arrivé de demander de l'aide pour des choses que vous auriez pu faire vous-même?</p> <p>Si OUI : quoi, par exemple ? Combien de fois est-ce arrivé?</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absente ▪ Attention concentrée sur son propre corps ▪ Préoccupations sur sa santé ▪ Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc ▪ Idées délirantes hypochondriaques | <p><input type="checkbox"/> 0</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4</p> |

c) Echelle BIS-11

| Instructions : Les gens agissent et réfléchissent différemment devant des situations variées. Ce questionnaire a pour but d'évaluer certaines de vos façons d'agir et de réfléchir. | | | | |
|--|------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Lisez chaque énoncé et NOIRCISSEZ LE CERCLE APPROPRIÉ situé à droite de l'affirmation. | | | | |
| Répondez vite et honnêtement. | RAREMENT/JAMAIS | OCCASIONNELLEMENT | SOUVENT | PRESQUE TOUJOURS |
| 1. Je prépare soigneusement les tâches à accomplir..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Je fais les choses sans réfléchir..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Je me décide rapidement..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Je suis insouciant..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Je ne fais pas attention..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Mes pensées défilent très vite..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Je programme mes voyages longtemps à l'avance..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Je suis maître de moi..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Je me concentre facilement..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Je met de l'argent de côté raisonnablement..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Je ne tiens pas en place aux spectacles ou aux conférences..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Je réfléchis soigneusement..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Je veille à ma sécurité d'emploi..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Je dis les choses sans réfléchir..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. J'aime réfléchir à des problèmes complexes..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Je change d'emploi..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. J'agis sur un "coup de tête"..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Réfléchir sur un problème m'ennuie vite..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. J'agis selon l'inspiration du moment..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Je réfléchis posément..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Je change de logement..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. J'achète les choses sur un "coup de tête"..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Je ne peux penser qu'à un problème à la fois..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Je change de loisir..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Je dépense ou paye à crédit plus que je ne gagne..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Lorsque je réfléchis d'autres pensées me viennent à l'esprit.... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Je m'intéresse plus au présent qu'à l'avenir..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Je m'impatiente lors de conférences ou de discussions..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. J'aime les "casse-têtes"..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. Je fais des projets pour l'avenir..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Traduction et validation française: F.J. Baylé, H. Caci, E.S. Barratt, J.D. Guelfi, R. Jouvent, J.P. Olié

d) Test de STROOP



vert bleu jaune rouge vert
bleu rouge jaune vert bleu
rouge jaune vert rouge bleu
jaune vert bleu jaune rouge
jaune bleu rouge vert jaune
rouge jaune vert rouge bleu
vert jaune rouge bleu vert
jaune rouge bleu bleu jaune
rouge jaune vert rouge bleu
vert bleu rouge jaune vert

e) Echelle de Rathus

RATHUS Echelle Affirmation de Soi

Pour chaque question, vous devez indiquer à quel degré les affirmations suivantes sont caractéristiques de votre comportement. A chaque réponse correspond un nombre de point :

- 1 = très vrai
- 2 = plutôt vrai
- 3 = un peu vrai
- 4 = un peu faux
- 5 = plutôt faux
- 6 = vraiment faux

⚠ Attention, les questions précédées d'un astérisque « * » ont leur score inversé de cette manière :

- 1=vraiment faux
- 2 = plutôt faux
- 3 = un peu faux
- 4 = un peu vrai
- 5 = plutôt vrai
- 6 = très vrai

-
- 1 * La plupart des gens me semblent être plus agressifs et défendre mieux leurs droits que moi.
 - 2 * Il m'est arrivé d'hésiter par timidité au moment de donner ou d'accepter un rendez-vous.
 - 3 Quand la nourriture dans un restaurant ne me satisfait pas, je m'en plains au serveur ou à la serveuse.
 - 4 * Je fais attention à ne pas heurter le sentiment des autres, même lorsqu'on m'a blessé(e).
 - 5 * Si un vendeur s'est donné beaucoup de mal à me montrer une marchandise qui ne me convient pas parfaitement, j'ai un moment difficile lorsque je dois dire « non ».
 - 6 Lorsqu'on me demande de faire quelque chose, j'insiste pour en savoir la raison.
 - 7 Il y a des moments où je cherche une bonne et vigoureuse discussion.
 - 8 Je me bats pour arriver aussi bien que les autres dans ma profession.
 - 9 * A vrai dire, les gens tirent souvent profit de moi.
 - 10 J'ai du plaisir à entreprendre des conversations avec de nouvelles connaissances ou des étrangers.
 - 11 * Souvent je ne sais rien dire à des personnes séduisantes du sexe opposé.
 - 12 * J'hésiterais à téléphoner à un grand établissement de commerce ou à une administration.

Pour chaque question, vous devez indiquer à quel degré les affirmations suivantes sont caractéristiques de votre comportement. A chaque réponse correspond un nombre de point :

- 1 = très vrai
- 2 = plutôt vrai
- 3 = un peu vrai
- 4 = un peu faux
- 5 = plutôt faux
- 6 = vraiment faux

⚠ Attention, les questions précédées d'un astérisque « * » ont leur score inversé de cette manière :

- 1=vraiment faux
- 2 = plutôt faux
- 3 = un peu faux
- 4 = un peu vrai
- 5 = plutôt vrai
- 6 = très vrai

-
- 13 * Je préférerais poser ma candidature pour un autre travail par lettre plutôt que par un entretien personnel.
 - 14 * Je trouve embarrassant de renvoyer une marchandise.
 - 15 * Si un parent proche et respecté est en train de m'ennuyer, j'étoufferai mes sentiments plutôt que d'exprimer cette gêne.
 - 16 * Il m'est arrivé de ne pas poser des questions par peur de paraître stupide.
 - 17 * Pendant une discussion serrée, j'ai souvent peur d'être bouleversé(e) au point de trembler de tout mon corps.
 - 18 Si un conférencier réputé et respecté dit quelque chose que je pense inexact, j'aimerais que le public entende aussi mon point de vue.
 - 19 * J'évite de discuter les prix avec les représentants et les vendeurs.
 - 20 Lorsque j'ai fait quelque chose d'important et de valable, je m'arrange pour le faire savoir aux autres.
 - 21 Je suis ouvert et franc au sujet de mes sentiments.
 - 22 Si quelqu'un a répandu des histoires fausses et de mauvais goût à mon sujet, je le vois aussi vite que possible pour une explication.
 - 23 * J'ai souvent un moment difficile lorsque je dois dire « non ».
 - 24 * J'ai tendance à contenir des émotions plutôt que de faire une scène.
 - 25 Je me plains lorsque le service est mal fait dans un restaurant ou ailleurs.
 - 26 * Souvent je ne sais pas quoi dire lorsqu'on me fait un compliment.
 - 27 Au cinéma, au théâtre, ou lors d'une conférence, si un couple près de moi est en train de parler à voix haute, je lui demande de se taire ou d'aller autre part.
 - 28 Quiconque cherche à passer devant moi dans une queue risque une bonne explication.
 - 29 Je suis rapide dans l'expression de mes opinions.
 - 30 * Il y a des moments où je ne sais pas quoi dire.

f) MMPI-2

1. J'aime les revues techniques.
2. J'ai bon appétit.
3. Je m'éveille le plus souvent frais et dispos.
4. Je crois que j'aimerais beaucoup le travail de bibliothécaire.
5. Le bruit me réveille facilement.
6. Mon père est un brave homme, ou (si votre père est mort) mon père était un brave homme.
7. J'aime lire la rubrique criminelle des journaux.
8. J'ai d'habitude chaud aux mains et aux pieds.
9. Ma vie quotidienne est pleine de choses qui continuent à m'intéresser.
10. Je suis presque aussi capable de travailler qu'avant.
11. La plupart du temps, j'ai l'impression d'avoir une boule dans la gorge.
12. Ma vie sexuelle est satisfaisante.
13. On devrait essayer de comprendre ses rêves et en tenir compte, soit comme guide, soit comme avertissement.
14. J'aime les romans policiers ou d'espionnage.
15. Je travaille dans un état de très grande tension.
16. Il m'arrive parfois de penser à des choses trop laides pour pouvoir en parler.
17. Je suis sûr que je ne suis pas gâté par la vie.
18. Je souffre de nausées et de vomissements.
19. Quand je prends un nouvel emploi, j'aime savoir avec qui il est important d'être gentil ou aimable.
20. Je suis très rarement constipé.
21. Il y a eu des moments où j'ai eu une très grande envie de quitter ma maison.
22. Personne ne semble me comprendre.
23. Parfois, j'ai des crises de rire ou de larmes qu'il m'est impossible de maîtriser.
24. Par instants, je suis possédé par des esprits.
25. J'aimerais être chanteur.
26. Je pense que le mieux pour moi est de me taire quand je suis dans une mauvaise situation.
27. Quand quelqu'un me fait du tort, j'ai le sentiment que je dois lui rendre la pareille si je le peux, juste pour le principe.
28. Je suis gêné par des maux d'estomac plusieurs fois par semaine.
29. J'ai parfois envie de jurer.
30. J'ai des cauchemars plusieurs fois par semaine.
31. Il m'est difficile de fixer mon esprit sur un travail ou sur une occupation.
32. J'ai eu des expériences très particulières et très étranges.
33. Je me fais rarement du souci au sujet de ma santé.
34. Je n'ai jamais eu d'ennuis à cause de mon comportement sexuel.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

35. Quand j'étais jeune, j'ai quelquefois volé des choses.
36. Je tousse la plupart du temps.
37. Parfois, j'ai envie de briser des choses.
38. J'ai eu des périodes (jours, semaines ou mois) au cours desquelles je ne pouvais rien faire parce que je n'arrivais pas à m'y mettre.
39. Mon sommeil est agité et troublé.
40. Je souffre de fréquentes douleurs dans toute la tête.
41. Je ne dis pas toujours la vérité.
42. Si les gens n'avaient pas été contre moi, j'aurais beaucoup mieux réussi ma vie.
43. Ma capacité de jugement est aussi bonne qu'elle l'a jamais été.
44. Au moins une fois par semaine j'ai brusquement très chaud sans aucune raison.
45. Je suis en aussi bonne santé que la plupart de mes amis.
46. Je préfère ignorer des amis d'école ou des gens que je connais mais que je n'ai pas vus depuis longtemps, à moins qu'ils ne m'adressent les premiers la parole.
47. Je ne suis presque jamais gêné par des douleurs au cœur ou dans la poitrine.
48. La plupart du temps, j'aime mieux rester assis et rêvasser que faire quoi que ce soit d'autre.
49. Je suis quelqu'un de très sociable.
50. J'ai souvent dû recevoir des ordres de quelqu'un qui n'en savait pas autant que moi.
51. Je ne lis pas chaque jour l'éditorial du journal.
52. La vie que j'ai menée est très critiquable.
53. Dans certaines parties de mon corps, j'éprouve souvent des sensations de brûlure, de picotement, de fourmillement ou d'engourdissement.
54. Ma famille n'aime pas le travail que j'ai choisi (ou le métier que je me propose de choisir).
55. J'insiste parfois tellement sur une chose que les autres perdent patience.
56. Je voudrais être aussi heureux que les autres semblent l'être.
57. Je ressens rarement des douleurs à la nuque.
58. Je pense qu'un grand nombre de personnes exagèrent leurs malheurs pour obtenir la sympathie et l'aide des autres.
59. J'ai des malaises dans le creux de l'estomac qui se reproduisent à peu de jours d'intervalle (ou plus souvent encore).
60. Quand je suis avec des gens, je suis gêné d'entendre des choses très étranges.
61. Je suis considéré comme quelqu'un d'important.
62. J'ai souvent souhaité être une fille (ou bien, si vous êtes une femme : je n'ai jamais regretté d'être une fille).
63. Je ne suis pas facilement blessé ou heurté dans mes sentiments.
64. J'aime lire des romans d'amour.
65. La plupart du temps j'ai le cafard.
66. Ce serait beaucoup mieux si presque toutes les lois étaient supprimées.
67. J'aime la poésie.
68. Je taquine parfois des animaux.
69. Je crois que j'aimerais bien un travail comme celui de garde forestier.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

70. J'ai facilement le dessous dans une dispute.
71. En ce moment, je trouve difficile de ne pas abandonner l'espoir d'arriver à quelque chose.
72. Mon âme quitte quelquefois mon corps.
73. Je manque toujours de confiance en moi.
74. J'aimerais être fleuriste.
75. J'ai ordinairement l'impression que la vie vaut la peine d'être vécue.
76. Il faut beaucoup se battre avec les gens pour les convaincre de la vérité.
77. Il m'arrive de remettre à demain ce que j'aurais dû faire aujourd'hui.
78. Je suis aimé par la plupart des gens qui me connaissent.
79. Cela ne me gêne pas que l'on se moque de moi.
80. J'aimerais être infirmier.
81. Je crois que la plupart des gens sont capables de mentir pour se mettre en avant.
82. Je fais bien des choses que je me reproche par la suite (je me reproche des choses plus que les autres ne semblent le faire).
83. Je me dispute peu avec les membres de ma famille.
84. J'ai été renvoyé de l'école une ou plusieurs fois à cause de ma mauvaise conduite.
85. Par moments, j'éprouve un besoin très fort de faire quelque chose de nuisible ou de choquant.
86. J'aime aller à des soirées ou à des réunions où il y a beaucoup d'amusements bruyants.
87. Il m'est arrivé de rencontrer des problèmes aux solutions si nombreuses que j'ai été incapable de trancher.
88. Je crois que les femmes devraient avoir autant de liberté sexuelle que les hommes.
89. Mes conflits les plus durs sont avec moi-même.
90. J'aime mon père, ou (si votre père est mort) j'aimais mon père.
91. Je ne suis que rarement ou jamais gêné par des tressaillements ou des soubresauts de mes muscles.
92. Je ne semble pas me soucier de ce qui m'arrive.
93. Parfois quand je ne me sens pas bien, je suis irritable.
94. J'ai fréquemment le sentiment d'avoir fait quelque chose de nuisible ou de malveillant.
95. Je suis heureux la plupart du temps.
96. Je vois autour de moi des choses, des animaux ou des gens que les autres ne voient pas.
97. La plupart du temps, il me semble avoir comme un poids dans la tête ou dans le nez.
98. Certaines personnes sont tellement autoritaires que j'éprouve le besoin de faire le contraire de ce qu'elles demandent, même si je suis sûr qu'elles ont raison.
99. Quelqu'un m'en veut.
100. Je n'ai jamais fait quoi que ce soit de dangereux simplement pour le plaisir.
101. J'ai souvent l'impression que ma tête est prise dans un étau.
102. Je me mets quelquefois en colère.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

103. J'apprécie mieux une course ou un jeu lorsque j'ai parié.
104. C'est surtout la "peur du gendarme" qui rend honnêtes la plupart des gens.
105. A l'école, j'ai été quelquefois envoyé chez le directeur pour mauvaise conduite.
106. Ma manière de parler est la même que d'habitude (ni plus rapide, ni plus lente, sans bredouiller ni être enroué).
107. Je ne me tiens pas aussi bien à table chez moi que lorsque je sors avec des gens.
108. Qui est capable et veut travailler dur a une bonne chance de réussir.
109. Il me semble que je suis à peu près aussi capable et intelligent que la plupart des gens qui m'entourent.
110. La plupart des gens emploieront des moyens peu corrects pour obtenir un gain ou un avantage plutôt que de le perdre.
111. J'ai beaucoup de troubles digestifs.
112. J'aime le théâtre.
113. Je sais qui est responsable de la plupart de mes ennuis.
114. Il m'arrive d'être si fortement attiré par les objets personnels des autres tels que chaussures, gants..., que je veux les toucher ou les voler, bien que je n'en aie pas l'usage.
115. La vue du sang ne m'effraie pas et ne me rend pas malade.
116. Souvent je n'arrive pas à comprendre pourquoi j'ai été si irritable et grincheux.
117. Je n'ai jamais vomi ni craché de sang.
118. Je ne m'inquiète pas des maladies que je peux attraper.
119. J'aime cueillir des fleurs ou faire pousser des plantes d'intérieur.
120. Je trouve souvent nécessaire de défendre ce que je pense être juste.
121. Je n'ai jamais eu de pratiques sexuelles inhabituelles.
122. Parfois mes pensées sont allées plus vite que je ne pouvais les exprimer.
123. Si je pouvais entrer dans un cinéma sans payer et être sûr qu'on ne me voit pas, je le ferais certainement.
124. Je me demande souvent quelle raison cachée a une autre personne de faire quelque chose de gentil pour moi.
125. Je pense que ma vie de famille est aussi agréable que celle de la plupart des gens que je connais.
126. Je pense qu'il faut faire respecter la loi.
127. Les critiques et les réprimandes me blessent terriblement.
128. J'aime faire la cuisine.
129. Ma conduite dépend largement du comportement de mon entourage.
130. C'est sûr que je me sens inutile par moments.
131. Quand j'étais enfant, j'appartenais à un groupe d'amis qui s'efforçaient de rester fidèles dans toutes les difficultés.
132. Je crois qu'il y a une vie dans l'au-delà.
133. J'aimerais être militaire.
134. J'ai parfois envie de chercher la bagarre avec n'importe qui.
135. Il m'est souvent arrivé d'être perdant parce que je ne pouvais pas me décider assez vite.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

136. Cela m'agace quand quelqu'un me demande mon avis ou m'interrompt lorsque je travaille à quelque chose d'important.
137. Dans le temps je tenais un journal intime.
138. Je crois qu'il se complotait quelque chose contre moi.
139. Au jeu, j'aime mieux gagner que perdre.
140. Le plus souvent, je m'endors sans être troublé par des pensées ou des idées.
141. Au cours de ces dernières années ma santé a été généralement bonne.
142. Je n'ai jamais eu de convulsions ni d'attaque.
143. Je ne prends pas de poids et je n'en perds pas non plus.
144. J'ai l'impression d'être suivi.
145. Je pense que j'ai été souvent puni sans raison.
146. Je pleure facilement.
147. Je ne peux pas comprendre ce que je lis aussi bien qu'autrefois.
148. Je ne me suis jamais mieux porté que maintenant.
149. Le sommet de mon crâne me paraît quelquefois très sensible.
150. J'ai parfois l'impression qu'il faut que je me blesse ou que je blesse quelqu'un d'autre.
151. Je suis très contrarié lorsque quelqu'un m'a trompé si habilement que je dois admettre que l'on m'a fait marcher.
152. Je ne me fatigue pas vite.
153. J'aime connaître des gens importants parce que cela me donne un peu l'impression d'être comme eux.
154. J'ai peur lorsque d'un lieu élevé je regarde vers le bas.
155. Je ne serais pas inquiet si quelqu'un de ma famille avait des ennuis avec la justice.
156. Je ne suis heureux que si je me déplace ou si je voyage.
157. Ce que les autres pensent de moi ne me dérange pas.
158. Cela me gêne de faire le pitre dans une soirée même si les autres font le même genre de choses.
159. Je ne me suis jamais évanoui.
160. J'aimais l'école.
161. Je dois souvent lutter pour ne pas montrer que je suis intimidé et mal à l'aise.
162. Quelqu'un a essayé de m'empoisonner.
163. Je n'ai pas très peur des serpents.
164. Je n'ai jamais (ou presque jamais) d'étourdissements.
165. Ma mémoire semble bonne.
166. Les choses du sexe me tracassent.
167. Il m'est difficile d'entamer une conversation quand je rencontre de nouvelles personnes.
168. Il y a eu des périodes pendant lesquelles j'ai agi sans savoir plus tard ce que j'avais fait au juste.
169. Quand je commence à m'ennuyer, j'aime créer un divertissement.
170. J'ai peur de perdre la raison.
171. Je suis contre le principe de faire l'aumône aux mendiants.
172. Souvent, je remarque que mes mains tremblent quand j'essaie de faire quelque chose.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

173. Je peux lire longtemps sans me fatiguer les yeux.
174. J'aime étudier et lire des articles concernant mon travail.
175. Je ressens fréquemment un état de faiblesse générale.
176. J'ai très peu de maux de tête.
177. Mes mains ne sont pas devenues maladroites ou inhabiles.
178. Quelquefois, quand je suis gêné je me mets à transpirer, ce qui m'ennuie beaucoup.
179. Je n'ai aucune difficulté à garder mon équilibre en marchant.
180. Il y a quelque chose qui "ne tourne pas rond" dans mon esprit.
181. Je ne suis pas sujet au rhume des foins ni à l'asthme.
182. J'ai eu des crises au cours desquelles je n'étais pas à même de contrôler mes mouvements ou mes paroles, tout en étant conscient de ce qui se passait autour de moi.
183. Je n'aime pas tous les gens que je connais.
184. Je rêve très peu.
185. Je souhaiterais ne pas être aussi timide.
186. Je n'ai pas peur de manipuler des sommes d'argent.
187. Si j'étais journaliste, c'est vers la rubrique théâtrale que se porteraient mes préférences.
188. J'apprécie de nombreuses sortes de jeux et de distractions.
189. J'aime flirter.
190. Les miens me traitent davantage en enfant qu'en adulte.
191. J'aimerais être journaliste.
192. Ma mère est une brave femme, ou (si votre mère est morte) ma mère était une brave femme.
193. En marchant, je prends soin de ne pas poser le pied sur les fentes du trottoir.
194. Je n'ai jamais eu d'éruption cutanée qui m'ait inquiété.
195. Par comparaison avec d'autres familles, il y a très peu d'amour et de soutien dans la mienne.
196. Je me surprends souvent en train de me faire du souci.
197. Je pense que j'aimerais le travail d'entrepreneur de bâtiment.
198. J'entends souvent des voix sans savoir d'où elles viennent.
199. J'aime la science.
200. Je peux facilement demander un service à des amis, même si je ne peux pas le leur rendre.
201. J'aime beaucoup la chasse.
202. Mes parents ont souvent critiqué mes fréquentations.
203. Il m'arrive parfois de faire des potins sur les autres.
204. J'entends apparemment aussi bien que la plupart des gens.
205. Certains membres de ma famille ont des habitudes qui m'ennuient et m'agacent beaucoup.
206. Par moments, j'ai l'impression que je peux me décider avec une aisance extraordinaire.
207. J'aimerais faire partie de plusieurs associations.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

208. Je n'ai presque jamais ressenti de palpitations et je suis rarement hors d'haleine.
209. J'aime parler de sexe.
210. J'aime visiter des endroits où je ne suis encore jamais allé.
211. J'ai été inspiré par un programme de vie basé sur le devoir et je l'ai depuis attentivement suivi.
212. Je me suis parfois interposé quand des gens essayaient de faire quelque chose, non pas parce que c'était important mais pour une question de principe.
213. Je me mets facilement en colère puis l'oublie vite.
214. J'étais assez indépendant et libéré des règles familiales.
215. Je broie du noir.
216. Quelqu'un a essayé de me dépouiller.
217. Presque toute ma famille me comprend et me soutient.
218. J'ai des périodes d'agitation telles que je suis incapable de rester longtemps assis sur une chaise.
219. J'ai eu des déceptions amoureuses.
220. Je ne me soucie jamais de mon apparence extérieure.
221. Je rêve souvent de choses qu'il vaut mieux que je garde pour moi.
222. On devrait enseigner aux enfants tous les faits essentiels sur la sexualité.
223. Je crois que je ne suis pas plus nerveux que la moyenne des gens.
224. Je ressens peu ou pas de douleurs.
225. Ma façon d'agir est facilement mal interprétée par les autres.
226. Parfois, sans aucune raison ou même lorsque les choses vont mal, je me sens extrêmement heureux et "dans une forme extraordinaire".
227. Je ne blâme pas les gens qui essaient de s'emparer de tout ce qu'ils peuvent dans ce monde.
228. Il y a des personnes qui essaient de me voler mes pensées et mes idées.
229. J'ai eu des accès au cours desquels je perdais à la fois la possibilité d'agir et la notion de ce qui se passait autour de moi.
230. Je peux être aimable avec des gens qui agissent d'une manière que je n'approuve pas.
231. J'aime faire partie d'un groupe dans lequel on se fait de grosses farces.
232. Il m'est arrivé parfois aux élections de voter pour quelqu'un dont je ne savais pas grand-chose.
233. J'ai du mal à me mettre en train.
234. J'ai la conviction que je suis une personne condamnée.
235. En classe j'apprenais très lentement.
236. Si j'étais artiste, j'aimerais dessiner des fleurs.
237. Cela m'est égal de ne pas être mieux physiquement.
238. Je transpire très facilement même quand il fait frais.
239. J'ai une totale confiance en moi.
240. Il m'a parfois été impossible de m'empêcher de voler ou de "chaparder" quelque chose.
241. Il est plus sûr de n'avoir confiance en personne.
242. Une fois par semaine au moins, je me sens très exalté.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

243. Quand je suis dans un groupe, j'ai du mal à trouver les bons sujets de conversation.
244. Quelque chose de passionnant me sortira presque toujours d'un "cafard".
245. Quand je sors de chez moi, je ne m'inquiète pas de savoir si la porte est fermée à clef et si les fenêtres sont bien fermées.
246. J'ai la conviction que mes péchés sont impardonnables.
247. J'éprouve des engourdissements dans une ou plusieurs régions de ma peau.
248. Je ne blâme pas quelqu'un qui profite des gens qui se laissent faire.
249. Ma vue est aussi bonne qu'elle l'a été pendant des années.
250. Il m'est arrivé d'avoir été si divertie par l'habileté de certains criminels que j'ai espéré qu'ils s'en sortiraient.
251. J'ai souvent eu l'impression que des inconnus me regardaient d'un œil critique.
252. Tout a le même goût.
253. Je bois tous les jours une quantité d'eau anormalement grande.
254. La plupart des gens se font des amis parce que ceux-ci pourraient leur être utiles un jour.
255. Je ressens rarement des bourdonnements ou des tintements d'oreilles.
256. De temps en temps, j'éprouve de la haine pour des membres de ma famille que j'aime habituellement.
257. Si j'étais journaliste, j'aimerais beaucoup écrire des articles sportifs.
258. Je peux dormir durant le jour mais pas la nuit.
259. Je suis sûr que l'on parle de moi.
260. Il m'arrive de rire d'une "histoire cochonne".
261. Comparé à mes amis, j'éprouve très peu de craintes.
262. Dans un groupe, je ne serais pas embarrassé d'être appelé à entamer une discussion ou de donner une opinion sur quelque chose que je connais bien.
263. Je suis toujours dégoûté de la justice quand un criminel est libéré grâce aux arguments d'un avocat intelligent.
264. J'ai abusé de boissons alcoolisées.
265. J'ai tendance à ne pas parler aux gens avant qu'ils ne me parlent.
266. Je n'ai jamais eu d'ennuis avec la justice.
267. Par moments, je me sens plein d'entrain sans raison particulière.
268. Je voudrais ne pas être obsédé par des pensées d'ordre sexuel.
269. Si plusieurs personnes se trouvent dans une mauvaise situation, ce qu'elles ont de mieux à faire est de s'accorder sur une version des faits et de s'y tenir.
270. Cela ne me gêne pas particulièrement de voir des animaux souffrir.
271. Je pense que je ressens les choses plus intensément que la plupart des gens.
272. A aucun moment de ma vie je n'ai aimé jouer à la poupée.
273. La vie est fréquemment une épreuve pour moi.
274. Certains sujets me tiennent tellement à cœur que je ne peux pas en parler.
275. A l'école je trouvais très difficile de parler devant la classe.
276. J'aime ma mère, ou (si votre mère est morte) j'aimais ma mère.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

277. Même quand je suis avec des gens, je me sens fréquemment seul.
278. Je reçois toute la compréhension ou la sympathie dont j'ai besoin.
279. Je refuse de participer à certains jeux parce que je n'y suis pas fort.
280. Il me semble que je me fais des amis aussi vite que n'importe qui.
281. Je n'aime pas avoir des gens autour de moi.
282. On m'a dit que je marchais pendant mon sommeil.
283. Celui qui provoque la tentation en laissant sans protection des objets de valeur est à blâmer presque autant que celui qui les vole.
284. Je pense que presque tout le monde ment pour éviter d'avoir des ennuis.
285. Je suis plus sensible que la plupart des gens.
286. La plupart des gens n'aiment pas se déranger pour aider les autres.
287. Bon nombre de mes rêves ont rapport au sexe.
288. Mes parents et ma famille me critiquent plus qu'ils ne devraient.
289. Je suis facilement mal à l'aise.
290. Je me fais du souci pour des questions d'argent et d'affaires.
291. Je n'ai jamais été amoureux de quelqu'un.
292. J'ai été effrayé par ce qu'ont fait certains membres de ma famille.
293. Je ne rêve presque jamais.
294. Mon cou se couvre souvent de rougeurs.
295. Je n'ai jamais été paralysé et je n'ai jamais ressenti de faiblesse inhabituelle dans aucun de mes muscles.
296. Parfois ma voix me fait défaut ou se modifie même si je ne suis pas enrhumé.
297. Mon père ou ma mère m'ont souvent donné des ordres auxquels j'obéissais, même quand je ne les jugeais pas raisonnables.
298. A certains moments je sens des odeurs particulières.
299. Je ne peux pas fixer mon attention.
300. J'ai des raisons pour me sentir jaloux d'un ou plusieurs membres de ma famille.
301. Je ressens toujours de l'anxiété, soit pour quelqu'un, soit pour quelque chose.
302. Je perds facilement patience avec les gens.
303. La plupart du temps je souhaiterais être mort.
304. Parfois, je suis tellement excité qu'il m'est difficile de m'endormir.
305. J'ai certainement eu plus que ma part de soucis.
306. Personne ne se soucie vraiment de ce qui vous arrive.
307. J'entends parfois si distinctement que cela me gêne.
308. J'oublie immédiatement ce que les gens me disent.
309. Je dois habituellement m'arrêter et réfléchir avant de passer à l'action même pour des petites choses.
310. Il m'arrive souvent de traverser la rue pour éviter de rencontrer quelqu'un.
311. J'ai souvent l'impression que les choses ne sont pas réelles.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

312. La seule partie intéressante des journaux ce sont les bandes dessinées.
313. J'ai l'habitude de compter des objets sans importance : les ampoules des enseignes lumineuses par exemple, etc.
314. Je n'ai pas d'ennemis qui veulent réellement me nuire.
315. J'ai tendance à me tenir sur mes gardes avec les gens qui ont une attitude plus amicale que celle à laquelle je m'attendais.
316. J'ai des pensées étranges et particulières.
317. Je deviens anxieux et bouleversé lorsque je dois m'éloigner quelque temps de chez moi.
318. En général je m'attends à réussir ce que j'entreprends.
319. J'entends des choses étranges quand je suis seul.
320. J'ai été effrayé par des choses ou par des gens dont je savais pourtant qu'ils ne pouvaient pas me faire de mal.
321. Je ne crains pas de pénétrer seul dans une pièce où d'autres personnes sont déjà réunies et discutent.
322. J'ai peur de me servir d'un couteau ou de tout autre objet très coupant et pointu.
323. Parfois je prends plaisir à faire du mal aux personnes que j'aime.
324. Je peux facilement inspirer de la crainte aux autres et je le fais parfois juste pour m'amuser.
325. J'ai plus de mal à me concentrer que la plupart des gens.
326. Il m'arrive souvent de renoncer à faire quelque chose parce que je doute trop de mes capacités.
327. De vilains mots, souvent même des mots terribles, me viennent à l'esprit et je ne peux pas m'en débarrasser.
328. Il m'arrive parfois qu'une pensée sans importance tourne dans ma tête et me gêne pendant des jours.
329. Presque chaque jour, il se passe quelque chose qui m'effraie.
330. Par moments, je suis rempli d'énergie.
331. J'ai tendance à mal vivre les choses.
332. J'ai parfois pris du plaisir à être blessé par quelqu'un que j'aimais.
333. Les gens font des réflexions blessantes et grossières à mon sujet.
334. Je me sens mal à l'aise à l'intérieur des maisons.
335. Je ne suis pas particulièrement préoccupé de l'effet que je produis.
336. Quelqu'un contrôle mon esprit.
337. Dans des soirées, j'ai plutôt tendance à m'installer seul ou simplement avec une autre personne plutôt que de me mêler à la foule.
338. Les gens me déçoivent souvent.
339. J'ai parfois eu l'impression que les problèmes s'accumulaient tellement que je ne pourrais pas les surmonter.
340. J'adore aller danser.
341. Mon esprit semble par moments fonctionner plus lentement que d'habitude.
342. Dans le train, l'autobus, etc., je parle souvent à des gens que je ne connais pas.
343. J'aime les enfants.
344. J'aime jouer de petites sommes.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

345. Si je le pouvais, je participerais à des actions qui feraient progresser la société.
346. J'ai souvent rencontré des gens censés être des experts et qui en réalité n'en savaient pas plus que moi.
347. J'ai l'impression d'être un raté quand j'apprends la réussite de quelqu'un que je connais bien.
348. Je pense souvent : « Je souhaiterais être un enfant à nouveau ».
349. Je ne suis jamais plus heureux que lorsque je suis seul.
350. Si on m'en donnait l'occasion, je serais un bon meneur d'hommes.
351. Je suis toujours gêné par les "histoires cochonnes".
352. Les gens exigent généralement plus de respect pour leurs droits personnels qu'ils ne sont prêts à en accorder à ceux des autres.
353. J'adore les fêtes et les dîners, simplement pour être avec des gens.
354. J'essaie de me souvenir des bonnes histoires pour les redire.
355. A une ou plusieurs reprises dans ma vie j'ai eu l'impression que quelqu'un me faisait faire des choses en m'hypnotisant.
356. Je trouve difficile de m'arrêter, même pour un court moment, dans une tâche que j'ai commencée.
357. Assez souvent, je ne suis pas au courant des potins et des conversations du groupe auquel j'appartiens.
358. J'ai souvent trouvé des personnes jalouses de mes bonnes idées simplement parce qu'elles n'y avaient pas pensé les premières.
359. J'aime être en groupe pour l'ambiance stimulante.
360. Cela ne me gêne pas de rencontrer des inconnus.
361. Quelqu'un a essayé d'influencer mes pensées.
362. Je me rappelle avoir feint la maladie pour échapper à quelque chose.
363. Mes ennuis semblent disparaître quand je suis en compagnie d'un joyeux groupe d'amis.
364. J'ai tendance à abandonner rapidement lorsque les choses vont de travers.
365. J'aime faire savoir aux gens ma position sur les choses.
366. Il m'est arrivé de traverser des périodes au cours desquelles j'étais si plein d'énergie que dormir ne me semblait plus nécessaire pendant plusieurs jours.
367. Autant que possible, j'évite de me trouver dans une foule.
368. Je recule devant les difficultés ou les crises.
369. J'ai tendance à renoncer à ce que je veux faire quand d'autres pensent que cela n'en vaut pas la peine.
370. J'aime les soirées et les petites fêtes.
371. J'ai souvent désiré être de l'autre sexe.
372. Je ne me mets pas facilement en colère.
373. J'ai commis dans le passé quelques mauvaises actions dont je n'ai jamais parlé à personne.
374. La plupart des gens utiliseront des moyens quelque peu malhonnêtes pour réussir dans la vie.
375. Cela me rend nerveux que les gens me posent des questions personnelles.
376. Je ne me sens pas capable de préparer mon avenir.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

377. Je ne suis pas content de moi tel que je suis.
378. Je me mets en colère quand mes amis ou ma famille me donnent des conseils sur la façon de vivre ma vie.
379. J'ai reçu de nombreuses corrections dans mon enfance.
380. Cela me gêne quand les gens disent des choses gentilles à mon sujet.
381. Je n'aime pas entendre les autres donner leur opinion sur la vie.
382. J'ai souvent de sérieux désaccords avec les gens qui me sont proches.
383. Quand les choses vont vraiment mal, je sais que je peux compter sur ma famille pour m'aider.
384. J'aimais jouer à la dinette quand j'étais enfant.
385. Je n'ai pas peur du feu.
386. Il m'est arrivé de rester éloigné de quelqu'un parce que je craignais de dire ou de faire quelque chose que j'aurais pu regretter ensuite.
387. Je peux exprimer mes vrais sentiments seulement quand je bois.
388. Je n'ai que très rarement le "cafard".
389. On me dit souvent que je suis emporté.
390. J'aimerais cesser de me tourmenter au sujet des choses que j'ai dites et qui pourraient avoir blessé les autres.
391. Je me sens incapable de tout dire sur moi-même à quelqu'un.
392. J'ai, entre autres, peur des éclairs.
393. J'aime que les gens ne puissent deviner ce que je suis sur le point de faire.
394. Mes projets m'ont parfois semblé tellement remplis de difficultés que j'ai dû les abandonner.
395. J'ai peur de me trouver seul dans le noir.
396. J'ai souvent eu l'impression pénible d'avoir été mal compris en essayant d'empêcher quelqu'un de faire une erreur.
397. La tempête me terrifie.
398. Je demande fréquemment conseil aux gens.
399. L'avenir est trop incertain pour qu'on puisse faire des projets sérieux.
400. Souvent, même lorsque tout va bien pour moi, j'ai l'impression que je me moque de tout.
401. L'eau ne me fait pas peur.
402. Avant de décider quelque chose d'important, je pense qu'il est bon de se rappeler que la nuit porte conseil.
403. Les gens se sont souvent mépris sur mes intentions quand j'essayais de les détromper et de les aider.
404. J'avale sans aucune difficulté.
405. En général, je suis calme et je ne m'inquiète pas facilement.
406. Cela m'amuserait certainement de battre des criminels à leur propre jeu.
407. Je mérite un châtement sévère pour mes péchés.
408. J'ai tendance à être si touché par les déceptions que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit.
409. Cela m'ennuie que quelqu'un me regarde travailler, même quand je sais que je fais bien mon travail.
410. Je suis parfois tellement furieux de voir quelqu'un passer devant moi dans une queue que je lui en fais la remarque.
411. Je pense souvent que je ne suis bon à rien.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

412. Quand j'étais jeune, il m'est arrivé souvent de ne pas aller à l'école même quand j'aurais dû le faire.
413. Un ou plusieurs membres de ma famille sont excessivement nerveux.
414. J'ai parfois dû me montrer dur avec des gens qui étaient impolis ou désagréables.
415. Je me fais du mauvais sang en pensant à tous les malheurs qui pourraient arriver.
416. J'ai vraiment des convictions politiques.
417. J'aimerais être coureur automobile.
418. Je trouve qu'il est bien de contourner la loi si on ne la viole pas réellement.
419. Certaines personnes me sont tellement antipathiques que j'éprouve un plaisir intérieur quand elles se font "pincer" pour quelque chose qu'elles ont fait.
420. Cela m'énerve d'être obligé d'attendre.
421. J'ai tendance à laisser tomber ce que je voulais faire quand d'autres pensent que je m'y prends mal.
422. J'adorais les émotions fortes quand j'étais jeune.
423. J'ai souvent tendance à faire l'impossible pour prendre l'avantage sur quelqu'un qui s'est opposé à moi.
424. Je suis contrarié quand les gens à l'extérieur, dans les rues, dans les boutiques, etc., me regardent.
425. L'homme auquel j'avais le plus affaire quand j'étais enfant (mon père, mon beau-père, etc.) était très strict avec moi.
426. J'aimais jouer à la marelle et sauter à la corde.
427. Je n'ai jamais eu de visions.
428. J'ai plusieurs fois changé d'avis sur mon métier.
429. Sauf sur ordonnance médicale, je ne prends jamais de médicaments ou de pilules pour dormir.
430. Je regrette souvent d'être aussi irritable et grincheux.
431. A l'école, mes notes de conduite étaient assez régulièrement mauvaises.
432. Le feu me fascine.
433. Quand je suis "coincé", je ne dis que la part de vérité qui ne risque pas de me nuire.
434. Si j'étais en difficulté avec plusieurs amis qui seraient aussi coupables que moi, je préférerais prendre tout le blâme sur moi que de les mettre dans le coup.
435. J'ai très souvent peur du noir.
436. Quand un homme est avec une femme, il pense généralement à des choses qui se rapportent au sexe.
437. Je suis habituellement très direct avec les gens que j'essaie de corriger ou d'améliorer.
438. Je redoute l'idée d'un tremblement de terre.
439. Je "marche" facilement et complètement pour une bonne idée.
440. Je préfère me débrouiller moi-même plutôt que demander à quelqu'un de me montrer comment procéder.
441. J'ai peur de me trouver dans une petite pièce fermée.
442. Je dois reconnaître qu'il m'est arrivé de me faire beaucoup trop de soucis pour une raison qui en réalité n'en valait pas la peine.
443. Je ne me donne pas la peine de dissimuler aux gens la piètre opinion que j'ai d'eux ou la pitié qu'ils m'inspirent.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

444. Je suis une personne excessivement nerveuse.
445. J'ai souvent eu pour chefs des gens qui semblaient s'arranger pour recevoir le bénéfice de ce qui était fait de bien dans leur service, mais qui étaient très capables d'attribuer les fautes à leurs subordonnés.
446. Il m'est quelquefois difficile de défendre mes droits parce que je suis très réservé.
447. La saleté m'effraie ou me dégoûte.
448. J'ai une vie imaginaire dont je ne parle pas aux autres.
449. Certains membres de ma famille ont un caractère emporté.
450. Je ne peux rien faire correctement.
451. Je me sens souvent coupable parce que je fais semblant d'être beaucoup plus désolé par quelque chose que je ne le suis en réalité.
452. En règle générale, je défends fermement mes propres opinions.
453. Je n'ai pas peur des araignées.
454. L'avenir me semble sans espoir.
455. Les membres de ma famille et mes proches parents s'entendent assez bien.
456. J'aimerais beaucoup porter des vêtements chers.
457. On peut assez facilement me faire changer d'avis même quand j'ai décidé quelque chose.
458. Certains animaux me rendent nerveux.
459. Je supporte aussi bien la douleur que les autres.
460. Il m'est arrivé plusieurs fois d'être le dernier à renoncer à essayer de faire une chose.
461. Cela me met en colère d'être avec des gens qui me forcent à me presser.
462. Je n'ai pas peur des souris.
463. Plusieurs fois par semaine, j'ai le pressentiment que quelque chose de terrible est sur le point d'arriver.
464. Je me sens fatigué la plupart du temps.
465. J'aime réparer une serrure.
466. J'ai de temps en temps la conviction que les autres savent à quoi je pense.
467. J'aime lire des livres scientifiques.
468. J'ai peur de me trouver seul dans un vaste espace ouvert.
469. J'ai parfois l'impression que je vais m'effondrer.
470. Beaucoup de gens sont coupables d'avoir une mauvaise conduite sexuelle.
471. Il m'est souvent arrivé d'avoir des frayeurs au milieu de la nuit.
472. Je suis très ennuyé parce que j'oublie toujours où je mets les choses.
473. La personne à laquelle j'étais le plus attaché et que j'admirais le plus dans mon enfance était une femme (mère, sœur, tante ou une autre femme).
474. Je préfère les histoires d'aventures aux histoires sentimentales.
475. Souvent, je m'embrouille et j'oublie ce que je veux dire.
476. Je suis très emprunté et maladroit.
477. J'aime vraiment pratiquer des sports violents (comme le football ou le rugby).
478. Je déteste toute ma famille.
479. Certains pensent qu'il est difficile de me connaître.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

480. Je passe la majeure partie de mon temps libre tout seul.
481. Quand les gens font quelque chose qui me met en colère, je leur fais savoir ce que je ressens.
482. J'ai habituellement du mal à décider ce qu'il faut faire.
483. On ne me trouve pas séduisant.
484. Les gens ne sont pas très aimables avec moi.
485. J'ai souvent l'impression que je ne suis pas aussi bon que les autres.
486. Je suis très entêté.
487. J'ai pris plaisir à consommer de la marijuana.
488. La maladie mentale est un signe de faiblesse.
489. J'ai un problème avec la drogue ou l'alcool.
490. Les revenants ou les esprits peuvent agir sur les gens en bien ou en mal.
491. Je me sens désemparé quand j'ai à prendre des décisions importantes.
492. Je m'efforce toujours d'être agréable même quand les autres sont énervés et critiques.
493. Quand j'ai un problème cela m'aide d'en discuter avec quelqu'un.
494. Mes buts principaux dans la vie sont à ma portée.
495. Je crois que les gens devraient garder pour eux-mêmes leurs problèmes personnels.
496. Je ne ressens pas beaucoup de tension ni de contrainte ces jours-ci.
497. Cela m'ennuie beaucoup de penser à faire des changements dans ma vie.
498. Mes problèmes les plus importants sont causés par le comportement de quelqu'un qui m'est proche.
499. Je déteste aller chez le médecin même quand je suis malade.
500. Bien que je ne sois pas heureux de ma vie, il n'y a rien que je puisse faire pour cela en ce moment.
501. Discuter de ses problèmes et de ses soucis avec quelqu'un aide souvent davantage que de prendre des drogues ou des médicaments.
502. J'ai quelques habitudes qui peuvent réellement me nuire.
503. Quand des problèmes doivent être résolus, je laisse habituellement les autres prendre les choses en main.
504. Je me reconnais plusieurs défauts que je ne me crois pas capable de changer.
505. J'en ai tellement marre de ce que j'ai à faire chaque jour que je désire seulement me débarrasser de tout ça.
506. J'ai récemment envisagé de me tuer.
507. Je deviens souvent très irritable quand quelqu'un interrompt mon travail.
508. J'ai souvent l'impression que je peux lire les pensées des autres.
509. Avoir à prendre des décisions importantes me rend nerveux.
510. Les autres me disent que je mange trop vite.
511. Une fois par semaine au moins, je me "défonce" ou je me saoule.
512. J'ai eu dans ma vie une perte tragique dont je sais que je ne me remettrai jamais.
513. Parfois je suis si furieux et bouleversé que je ne sais pas ce qui me prend.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

514. Quand on me demande de faire quelque chose il m'est difficile de dire non.
515. Je ne suis jamais plus heureux que quand je suis seul.
516. Ma vie est vide et dépourvue de sens.
517. Il m'est difficile de garder un travail.
518. J'ai commis beaucoup de graves erreurs dans ma vie.
519. Je m'en veux de céder aux autres si souvent.
520. Récemment j'ai sérieusement pensé à me tuer.
521. J'aime prendre des décisions et distribuer les tâches aux autres.
522. Même sans ma famille, je sais qu'il y aura toujours quelqu'un pour prendre soin de moi.
523. Au cinéma, au restaurant ou au stade, je déteste devoir faire la queue.
524. Personne ne le sait mais j'ai essayé de me suicider.
525. Tout va trop vite autour de moi.
526. Je sais que je suis un fardeau pour les autres.
527. Après une mauvaise journée, j'ai habituellement besoin de boire quelques verres pour me détendre.
528. Beaucoup de mes problèmes sont dus à mon manque de chance.
529. Parfois il me semble que je ne peux pas m'arrêter de parler.
530. Parfois je me coupe ou je me blesse exprès sans savoir pourquoi.
531. Je travaille de très longues heures alors que mon métier ne l'exige pas.
532. Habituellement je me sens mieux après une bonne crise de larmes.
533. J'oublie où je laisse les choses.
534. Si je pouvais refaire ma vie, je ne voudrais pas changer grand-chose.
535. Je deviens très irritable quand les gens sur lesquels je compte ne terminent pas leur travail à temps.
536. Si je suis contrarié je suis sûr d'avoir mal à la tête.
537. J'aime mener et conclure de dures négociations.
538. La plupart des hommes font des infidélités à leur femme de temps en temps.
539. Récemment, j'ai perdu tout désir de résoudre mes problèmes.
540. Il m'est arrivé de devenir furieux et de briser des meubles ou de la vaisselle quand j'avais bu.
541. Je travaille mieux quand j'ai un délai précis.
542. Je me suis tellement mis en colère contre quelqu'un que j'ai eu l'impression que j'allais exploser.
543. De terribles pensées au sujet de ma famille me viennent parfois à l'esprit.
544. On me dit que j'ai un problème avec l'alcool mais je ne suis pas d'accord.
545. J'ai toujours trop peu de temps pour faire les choses.
546. Ces jours-ci mes pensées se tournent de plus en plus vers la mort et la vie de l'au-delà.
547. Souvent je garde et je conserve des choses dont je ne me servirai probablement jamais.
548. Il m'est arrivé parfois d'être si en colère que j'ai blessé quelqu'un en me battant avec lui.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

549. Dans tout ce que je fais depuis peu, j'ai l'impression d'être mis à l'épreuve.
550. J'ai peu affaire à ma famille maintenant.
551. J'ai parfois l'impression d'entendre mes pensées énoncées à haute voix.
552. Quand je suis triste, une visite à des amis m'aide toujours à m'en sortir.
553. Beaucoup de choses qui m'arrivent en ce moment semblent m'être déjà arrivées auparavant.
554. Quand ma vie devient difficile, j'ai juste envie de tout laisser tomber.
555. Je ne peux pas pénétrer dans une pièce obscure tout seul, même dans ma maison.
556. Je me fais beaucoup de soucis à propos de l'argent.
557. C'est l'homme qui doit être le chef de la famille.
558. Le seul endroit où je me sens détendu c'est dans mon foyer.
559. Les gens avec qui je travaille ne compatissent pas à mes problèmes.
560. Je suis satisfait de la somme d'argent que je gagne.
561. J'ai habituellement assez d'énergie pour faire mon travail.
562. Il m'est difficile d'accepter des compliments.
563. Dans la plupart des mariages, l'un des partenaires ou les deux sont malheureux.
564. Je ne perds presque jamais la maîtrise de moi-même.
565. Ces jours-ci il me faut faire un grand effort pour me rappeler ce que les gens m'ont dit.
566. Quand je suis triste ou découragé, c'est mon travail qui en souffre.
567. La plupart des couples mariés ne se montrent pas beaucoup d'affection réciproque.

MMPI-2™

Feuille de réponses

*Inventaire Multiphasique de
Personnalité du Minnesota - 2™*

S.R. Hathaway et J.C. McKinley

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 81 | V F | 136 | V F | 191 | V F | 246 | V F | 301 | V F | 356 | V F | 411 | V F | 466 | V F | 521 | V F | | | | |
| 82 | V F | 137 | V F | 192 | V F | 247 | V F | 302 | V F | 357 | V F | 412 | V F | 467 | V F | 522 | V F | | | | |
| 83 | V F | 138 | V F | 193 | V F | 248 | V F | 303 | V F | 358 | V F | 413 | V F | 468 | V F | 523 | V F | | | | |
| 84 | V F | 139 | V F | 194 | V F | 249 | V F | 304 | V F | 359 | V F | 414 | V F | 469 | V F | 524 | V F | | | | |
| 85 | V F | 140 | V F | 195 | V F | 250 | V F | 305 | V F | 360 | V F | 415 | V F | 470 | V F | 525 | V F | | | | |
| 86 | V F | 141 | V F | 196 | V F | 251 | V F | 306 | V F | 361 | V F | 416 | V F | 471 | V F | 526 | V F | | | | |
| 87 | V F | 142 | V F | 197 | V F | 252 | V F | 307 | V F | 362 | V F | 417 | V F | 472 | V F | 527 | V F | | | | |
| 88 | V F | 143 | V F | 198 | V F | 253 | V F | 308 | V F | 363 | V F | 418 | V F | 473 | V F | 528 | V F | | | | |
| 89 | V F | 144 | V F | 199 | V F | 254 | V F | 309 | V F | 364 | V F | 419 | V F | 474 | V F | 529 | V F | | | | |
| 90 | V F | 145 | V F | 200 | V F | 255 | V F | 310 | V F | 365 | V F | 420 | V F | 475 | V F | 530 | V F | | | | |
| 91 | V F | 146 | V F | 201 | V F | 256 | V F | 311 | V F | 366 | V F | 421 | V F | 476 | V F | 531 | V F | | | | |
| 92 | V F | 147 | V F | 202 | V F | 257 | V F | 312 | V F | 367 | V F | 422 | V F | 477 | V F | 532 | V F | | | | |
| 93 | V F | 148 | V F | 203 | V F | 258 | V F | 313 | V F | 368 | V F | 423 | V F | 478 | V F | 533 | V F | | | | |
| 94 | V F | 149 | V F | 204 | V F | 259 | V F | 314 | V F | 369 | V F | 424 | V F | 479 | V F | 534 | V F | | | | |
| 95 | V F | 150 | V F | 205 | V F | 260 | V F | 315 | V F | 370 | V F | 425 | V F | 480 | V F | 535 | V F | | | | |
| 1 | V F | 41 | V F | 96 | V F | 151 | V F | 206 | V F | 261 | V F | 316 | V F | 371 | V F | 426 | V F | 481 | V F | 536 | V F |
| 2 | V F | 42 | V F | 97 | V F | 152 | V F | 207 | V F | 262 | V F | 317 | V F | 372 | V F | 427 | V F | 482 | V F | 537 | V F |
| 3 | V F | 43 | V F | 98 | V F | 153 | V F | 208 | V F | 263 | V F | 318 | V F | 373 | V F | 428 | V F | 483 | V F | 538 | V F |
| 4 | V F | 44 | V F | 99 | V F | 154 | V F | 209 | V F | 264 | V F | 319 | V F | 374 | V F | 429 | V F | 484 | V F | 539 | V F |
| 5 | V F | 45 | V F | 100 | V F | 155 | V F | 210 | V F | 265 | V F | 320 | V F | 375 | V F | 430 | V F | 485 | V F | 540 | V F |
| 6 | V F | 46 | V F | 101 | V F | 156 | V F | 211 | V F | 266 | V F | 321 | V F | 376 | V F | 431 | V F | 486 | V F | 541 | V F |
| 7 | V F | 47 | V F | 102 | V F | 157 | V F | 212 | V F | 267 | V F | 322 | V F | 377 | V F | 432 | V F | 487 | V F | 542 | V F |
| 8 | V F | 48 | V F | 103 | V F | 158 | V F | 213 | V F | 268 | V F | 323 | V F | 378 | V F | 433 | V F | 488 | V F | 543 | V F |
| 9 | V F | 49 | V F | 104 | V F | 159 | V F | 214 | V F | 269 | V F | 324 | V F | 379 | V F | 434 | V F | 489 | V F | 544 | V F |
| 10 | V F | 50 | V F | 105 | V F | 160 | V F | 215 | V F | 270 | V F | 325 | V F | 380 | V F | 435 | V F | 490 | V F | 545 | V F |
| 11 | V F | 51 | V F | 106 | V F | 161 | V F | 216 | V F | 271 | V F | 326 | V F | 381 | V F | 436 | V F | 491 | V F | 546 | V F |
| 12 | V F | 52 | V F | 107 | V F | 162 | V F | 217 | V F | 272 | V F | 327 | V F | 382 | V F | 437 | V F | 492 | V F | 547 | V F |
| 13 | V F | 53 | V F | 108 | V F | 163 | V F | 218 | V F | 273 | V F | 328 | V F | 383 | V F | 438 | V F | 493 | V F | 548 | V F |
| 14 | V F | 54 | V F | 109 | V F | 164 | V F | 219 | V F | 274 | V F | 329 | V F | 384 | V F | 439 | V F | 494 | V F | 549 | V F |
| 15 | V F | 55 | V F | 110 | V F | 165 | V F | 220 | V F | 275 | V F | 330 | V F | 385 | V F | 440 | V F | 495 | V F | 550 | V F |
| 16 | V F | 56 | V F | 111 | V F | 166 | V F | 221 | V F | 276 | V F | 331 | V F | 386 | V F | 441 | V F | 496 | V F | 551 | V F |
| 17 | V F | 57 | V F | 112 | V F | 167 | V F | 222 | V F | 277 | V F | 332 | V F | 387 | V F | 442 | V F | 497 | V F | 552 | V F |
| 18 | V F | 58 | V F | 113 | V F | 168 | V F | 223 | V F | 278 | V F | 333 | V F | 388 | V F | 443 | V F | 498 | V F | 553 | V F |
| 19 | V F | 59 | V F | 114 | V F | 169 | V F | 224 | V F | 279 | V F | 334 | V F | 389 | V F | 444 | V F | 499 | V F | 554 | V F |
| 20 | V F | 60 | V F | 115 | V F | 170 | V F | 225 | V F | 280 | V F | 335 | V F | 390 | V F | 445 | V F | 500 | V F | 555 | V F |
| 21 | V F | 61 | V F | 116 | V F | 171 | V F | 226 | V F | 281 | V F | 336 | V F | 391 | V F | 446 | V F | 501 | V F | 556 | V F |
| 22 | V F | 62 | V F | 117 | V F | 172 | V F | 227 | V F | 282 | V F | 337 | V F | 392 | V F | 447 | V F | 502 | V F | 557 | V F |
| 23 | V F | 63 | V F | 118 | V F | 173 | V F | 228 | V F | 283 | V F | 338 | V F | 393 | V F | 448 | V F | 503 | V F | 558 | V F |
| 24 | V F | 64 | V F | 119 | V F | 174 | V F | 229 | V F | 284 | V F | 339 | V F | 394 | V F | 449 | V F | 504 | V F | 559 | V F |
| 25 | V F | 65 | V F | 120 | V F | 175 | V F | 230 | V F | 285 | V F | 340 | V F | 395 | V F | 450 | V F | 505 | V F | 560 | V F |
| 26 | V F | 66 | V F | 121 | V F | 176 | V F | 231 | V F | 286 | V F | 341 | V F | 396 | V F | 451 | V F | 506 | V F | 561 | V F |
| 27 | V F | 67 | V F | 122 | V F | 177 | V F | 232 | V F | 287 | V F | 342 | V F | 397 | V F | 452 | V F | 507 | V F | 562 | V F |
| 28 | V F | 68 | V F | 123 | V F | 178 | V F | 233 | V F | 288 | V F | 343 | V F | 398 | V F | 453 | V F | 508 | V F | 563 | V F |
| 29 | V F | 69 | V F | 124 | V F | 179 | V F | 234 | V F | 289 | V F | 344 | V F | 399 | V F | 454 | V F | 509 | V F | 564 | V F |
| 30 | V F | 70 | V F | 125 | V F | 180 | V F | 235 | V F | 290 | V F | 345 | V F | 400 | V F | 455 | V F | 510 | V F | 565 | V F |
| 31 | V F | 71 | V F | 126 | V F | 181 | V F | 236 | V F | 291 | V F | 346 | V F | 401 | V F | 456 | V F | 511 | V F | 566 | V F |
| 32 | V F | 72 | V F | 127 | V F | 182 | V F | 237 | V F | 292 | V F | 347 | V F | 402 | V F | 457 | V F | 512 | V F | 567 | V F |
| 33 | V F | 73 | V F | 128 | V F | 183 | V F | 238 | V F | 293 | V F | 348 | V F | 403 | V F | 458 | V F | 513 | V F | | |
| 34 | V F | 74 | V F | 129 | V F | 184 | V F | 239 | V F | 294 | V F | 349 | V F | 404 | V F | 459 | V F | 514 | V F | | |
| 35 | V F | 75 | V F | 130 | V F | 185 | V F | 240 | V F | 295 | V F | 350 | V F | 405 | V F | 460 | V F | 515 | V F | | |
| 36 | V F | 76 | V F | 131 | V F | 186 | V F | 241 | V F | 296 | V F | 351 | V F | 406 | V F | 461 | V F | 516 | V F | | |
| 37 | V F | 77 | V F | 132 | V F | 187 | V F | 242 | V F | 297 | V F | 352 | V F | 407 | V F | 462 | V F | 517 | V F | | |
| 38 | V F | 78 | V F | 133 | V F | 188 | V F | 243 | V F | 298 | V F | 353 | V F | 408 | V F | 463 | V F | 518 | V F | | |
| 39 | V F | 79 | V F | 134 | V F | 189 | V F | 244 | V F | 299 | V F | 354 | V F | 409 | V F | 464 | V F | 519 | V F | | |
| 40 | V F | 80 | V F | 135 | V F | 190 | V F | 245 | V F | 300 | V F | 355 | V F | 410 | V F | 465 | V F | 520 | V F | | |

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des Hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.