



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Validité exploratoire de la Screening Scale for
Pedophilic Interests auprès d'auteurs
d'infraction à caractère sexuel sur mineurs de
moins de 15 ans incarcérés**

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2016

à 18h00 au Pôle formation

Par **Laurane LE PEN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Tiphaine SEGURET

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pierre Thomas,

Professeur des Universités en psychiatrie d'adultes, Université Lille 2, Chef de Pôle de Psychiatrie, Médecine légale et Médecine en milieu pénitentiaire, CHRU de Lille

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je tiens à vous remercier pour le soutien apporté à ce projet, et pour la confiance que vous m'avez accordée. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva

Professeur des Universités en psychiatrie d'adultes, Université Lille 2, Coordinateur local et interrégional du DES de psychiatrie, Pôle de Psychiatrie, Médecine Légale et Médecine en milieu pénitentiaire, CHRU de Lille

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements sincères et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Professeur des Universités en psychiatrie et en addictologie, Université Lille 2, Responsable du Service d'addictologie, Pôle de Psychiatrie, Médecine Légale et Médecine en milieu pénitentiaire, CHRU de Lille

Votre intérêt sincère porté au sujet de mon travail m'a touchée. Veuillez trouver l'expressions de mes remerciements et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Tiphaine Séguret, ma directrice de thèse

Praticien hospitalier, responsable médical de l'URSAVS, CHRU de Lille

Je te remercie de ta confiance, tes conseils et ta bienveillante exigence. J'ai beaucoup appris au cours de ces derniers mois à tes côtés.

A Monsieur le Docteur Olivier Vanderstukken, psychologue clinicien,

Un immense merci pour ton soutien, ta disponibilité et ta générosité. Merci de ton amitié et de ton aide précieuse dans ce travail.

A Madame le Docteur Charrel, ainsi qu'à la fédération de recherche en santé mentale du Nord-Pas-De-Calais

Je vous remercie pour votre aide précieuse dans la construction méthodologique de cette étude.

A la direction du Centre de Détention de Bapaume, à Mr Vernet, Directeur Adjoint, à Mme Daumas, chef du service pénitentiaire de probation et d'insertion, pour leur collaboration et leur disponibilité. A Delphine, au greffe de l'établissement, pour son sourire et sa gentillesse.

A Flavien,

Tu es constamment présent à mes côtés pour me soutenir et m'encourager. Tu as le mérite d'avoir supporté patiemment mes moments de doutes et de stress. Merci pour ta sérénité sans faille et tes talents en informatique !

A mes parents,

Merci pour votre soutien inexorable durant toutes ces années. Vous avez su m'inculquer des valeurs de travail et de respect de l'Humain nécessaires à la pratique de la médecine.

A mes beaux-parents, à ma grand-mère

Merci de croire en moi et d'être présents à mes côtés.

A Delphine,

Pour toutes ces précieuses années de partage, au-delà des liens familiaux, ton amitié m'est chère.

A mes amis, Alexandre, Juliette, Gaëlle, pour ne citer que vous ...

Merci pour toutes ces années de rires et d'entraide. Qu'il en vienne encore de nombreuses.

A mes amis de médecine, Afane, Sophie, Rémi, Alexandre, Ophélie...

Pour tous les moments partagés ensemble au cours de nos études, et tous ceux à venir.

A tous mes collègues du SMPR et de l'URSAVS.

Merci pour votre dynamisme, vos sourires et votre motivation. C'est un réel plaisir que de travailler à vos côtés.

Liste des abréviations

SSPI : Screening Scale for Pedophilic Interests

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

IDCS : Intensité du Désir et des Comportements Sexuels

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

WFSBP: World Federation of Societies of Biological Psychiatry

HAS : Haute Autorité de Santé

GnRH : Gonadotrophin Releasing Hormone

IRS : Inhibiteur de recapture de la sérotonine

LH : Luteinizing Hormone

R-B-R : Risque-Besoin-Réceptivité

Table des matières

RESUME	10
INTRODUCTION	11
PARTIE THEORIQUE	13
I. Des auteurs de violences sexuelles aux pédophiles.....	13
A. Les violences sexuelles.....	13
1) Généralités.....	13
2) Définitions et aspects législatifs	14
a) L'agression sexuelle	14
b) Le viol	14
3) Conséquences médico-psycho-sociales des violences sexuelles.....	15
B. Aspects historiques et culturels	17
C. Aspects terminologiques	20
1) Abuseur.....	20
2) Auteur de violence sexuelle	20
3) Auteur d'agression sexuelle	21
4) Auteur d'infraction à caractère sexuel	21
5) Pédophile	21
D. Aspects psychiatriques et nosographiques	22
1) CIM 10.....	22
2) DSM	22
a) DSM III R	23
b) DSM IV TR.....	23
c) DSM V	23
3) Caractérisation de la pédophilie	24
4) Quelques distinctions terminologiques.....	25
E. Aspects épidémiologiques.....	26
1) Du côté des auteurs de violences sexuelles	26
2) Du côté des victimes	27
3) Prévalence de la pédophilie : données de la littérature	27
II. Pédophilie et outils d'évaluation.....	29
A. Fantaisies et comportements sexuels déviants	29
1) Concepts et données de la littérature.....	29
2) Evaluation	31

a) Principaux instruments de l'évaluation standardisée des fantasmes sexuelles déviantes	31
b) Questionnaire sur l'Intensité du Désir et des Comportements Sexuels (IDCS)	32
B. Excitation sexuelle.....	33
1) Définition	33
2) Evaluation	33
a) Méthodologie	34
b) Principales limitations	35
C. Intérêt sexuel déviant et "Screening Scale for Pedophilic Interests"	36
1) SSPI 1	36
2) SSPI 2.....	38
III. Prise en charge et soins	39
A. Psychothérapie.....	39
1) Objectifs généraux	40
2) Psychothérapie individuelle ou groupale	41
3) Principales approches psychothérapeutiques	42
a) Thérapie cognitivo-comportementale.....	42
b) Thérapie analytique	43
c) Approche familiale	44
B. Pharmacologie.....	45
1) Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine	46
2) Hormonothérapie par anti-androgènes.....	47
a) Mode d'action.....	47
b) Contre-indications, bilan pré-thérapeutique, effets secondaires	48
c) Hormonothérapie par analogues agonistes de la GnRH.....	49
i. Mode d'action	49
ii. Contre-indications, bilan pré-thérapeutique, effets secondaires	50
d) Algorithme de traitement en 6 niveaux (WFSBP).....	51
IV. Prise en charge et prévention de la récidive.....	52
A. Epidémiologie	52
B. Facteurs prédictifs de la récidive chez les délinquants sexuels.....	53
C. Un modèle théorico-pratique de prévention de la récidive : le modèle « R-B-R » ou « Risque-Besoins-Réceptivité »	55
D. SSPI et évaluation du risque de récidive	56
PARTIE EMPIRIQUE.....	58

I.	Rappel du contexte et des objectifs de l'étude.....	58
A.	Contexte	58
B.	Objectif principal.....	59
C.	Objectifs secondaires	59
II.	Matériel et méthode	60
A.	Type d'étude.....	60
B.	Description de l'étude	60
1)	Déroulement général.....	60
2)	Questionnaire de recueil de données.....	60
C.	Description des outils	61
1)	SSPI 1	61
2)	SSPI 2.....	62
D.	Description des sujets	63
1)	Critères d'inclusion	63
2)	Critères de non inclusion.....	64
3)	Description de la population	64
4)	Description des victimes de la population étudiée.....	65
E.	Information des sujets	66
F.	Analyse statistiques des données	66
III.	Résultats	67
A.	SSPI 1	67
B.	Effets de variables.....	72
C.	SSPI 2	81
IV.	Discussion	82
A.	Discussion autour des résultats.....	82
B.	Principales limitations.....	84
	CONCLUSION.....	86
	BIBLIOGRAPHIE	87
	ANNEXES	96

RESUME

Contexte : La pédophilie est méconnue et la prise en charge est complexe. Il existe peu de données de prévalence en France et peu d'outils d'évaluation spécifiques. En 2001, Séto et Lalumière créent le Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI), échelle corrélée à l'index pédophilique obtenu en pléthysmographie pénienne. L'objectif est d'évaluer la validité exploratoire du SSPI en France.

Méthode : Nous décrivons les résultats d'une étude transversale et monocentrique de validation exploratoire de la SSPI, menée auprès de 110 auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineur de moins de 15 ans, incarcérés au centre de détention de Bapaume entre mai et juillet 2016. Les caractéristiques sociodémographiques de la population sont décrites. Les qualités psychométriques de l'échelle sont évaluées ainsi que l'effet de certaines variables comme les antécédents judiciaires ou la durée des faits sur le score SSPI. Le critère supplémentaire du SSPI 2 est recherché pour étudier la faisabilité de la seconde version de l'outil.

Résultats : L'échelle SSPI a montré une forte corrélation de chaque critère au score total. Le critère le plus corrélé est la présence d'une victime de sexe masculin : 0,8 $p=0,000$. La fiabilité inter-juges est excellente avec un coefficient de corrélation de Pearson à 0,97 ; $p=0,000$. Par contre, la consistance interne est médiocre avec un coefficient alpha de Cronbach à 0,49. 42,7% des sujets n'ont pas d'intérêt sexuel déviant pédophilique contre 19,1% qui en présenterait, ce qui corrobore les données de la littérature internationale. Le 5^e critère du SSPI 2 n'est renseigné que 7 fois dans les 110 dossiers rendant sa faisabilité difficile à ce jour.

Conclusion : D'autres études nécessaires à la validité externe du SSPI doivent être réalisées. Néanmoins, l'outil pourrait être utile en complément d'autres échelles d'évaluation de la pédophilie.

Mots-clés : SSPI - validation exploratoire- Pédophilie -auteur d'infraction à caractère sexuel sur mineurs

INTRODUCTION

Le trouble pédophilique correspond à une souffrance chronique en lien avec la présence de fantasmes, de pulsions ou de comportements sexuels impliquant des enfants prépubères. En France, la prévalence exacte de ce trouble n'est pas connue. Ces patients sont souvent stigmatisés, y compris lorsqu'ils n'ont jamais commis d'acte sexuel infractant à l'égard d'un enfant, ce qui peut complexifier l'accès aux soins. C'est généralement par le biais de la justice, dans le cadre de soins pénalement ordonnés, que nous rencontrons, au décours de consultations de psychiatrie, des patients auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineur de moins de 15 ans. Hors, ce n'est que chez quelques-uns d'entre eux seulement que le diagnostic de trouble pédophilique est posé.

Le diagnostic de trouble pédophilique est complexe et reste méconnu. Il comporte une dimension psychique avec la présence d'un envahissement des pensées par des fantasmes ou des pulsions sexuelles, mais également une dimension plus physiologique avec la présence d'une excitation sexuelle ciblée sur les enfants prépubères. Cependant, nous ne disposons que de peu d'outils d'évaluation adaptés à cette problématique. Pourtant, il existe un panel de recommandations internationales validées concernant la prise en charge spécifique des patients pédophiles, chez qui un ensemble de cibles thérapeutiques, psychiatriques et psychothérapeutiques, ont été mises en évidence.

Dans la première partie de cette thèse, nous allons définir ce que sont les violences sexuelles, à la fois sur le plan pénal, mais aussi par leur implication médicale, avant de s'intéresser plus spécifiquement à leurs auteurs. Pour cela, nous reviendrons sur les grands concepts les définissant, de manière à recentrer nos propos sur la pédophilie. Nous vous présenterons ensuite les grands axes d'évaluation et de prise en charge de la pédophilie.

Dans la seconde partie, nous vous présenterons une étude menée en milieu carcéral, chez une population d'auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineur de moins de 15 ans dont l'objectif est la validation exploratoire d'un outil d'évaluation de l'intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants, le SSPI ou Screening Scale for Pedophilic Interests. L'une des implications principales attendues serait de favoriser l'accès à des soins plus précoces et surtout plus spécifiques pour les sujets dont la présence d'un intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants aurait été mis en évidence par cet outil.

PARTIE THEORIQUE

I. Des auteurs de violences sexuelles aux pédophiles

A. Les violences sexuelles

1) Généralités

Les violences sexuelles représentent un problème de santé publique sur le plan national mais aussi international, autant par leur fréquence que par leurs conséquences. Ces dernières concernent les victimes mais également les auteurs. Elles impliquent le réseau sanitaire (prise en charge des conséquences physiques et psychiques des violences sexuelles, comorbidités psychiatriques associées...) mais également le réseau judiciaire (reconnaissance publique des faits pour la ou les victime(s), application de la loi, prévention de la réitération des actes pour les auteurs...).

En 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé a défini la violence sexuelle comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle, ou acte visant à un trafic ou autrement dirigé contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail. La coercition peut inclure : le recours à la force à divers degrés, l'intimidation psychologique, le chantage ou les menaces. La violence sexuelle peut également survenir lorsque la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement. » (1)

Les violences sexuelles englobent des actes de plusieurs types. Il peut s'agir de harcèlement sexuel, d'agression sexuelle, de viol, de mutilation des organes génitaux ou encore de mariage forcé ou de proxénétisme

Dans le cadre de notre sujet, nous nous intéresserons spécifiquement aux agressions sexuelles et aux viols, et en préciserons les principales distinctions et conséquences

2) Définitions et aspects législatifs

a) L'agression sexuelle

D'après André Ciavaldini, l'agression sexuelle pourrait être définie comme « *une situation de mise sous contrainte non justifiée d'un tiers, par un sujet, ou un groupe de sujets, dans un but évident d'en tirer un bénéfice de type sexuel au seul profit du ou des agresseurs.* » (2)

L'agression sexuelle est considérée comme un délit.

Selon l'article 222-22 du Code Pénal actuellement en vigueur, l'agression sexuelle est définie comme « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise »

Selon l'article 222-22-1 du Code Pénal, « la contrainte prévue par le premier alinéa de l'article 222-22 peut être physique ou morale. La contrainte morale peut résulter de la différence d'âge entre une victime mineure et l'auteur des faits, et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime »

L'article 222-27 du Code Pénal précise que « les agressions sexuelles sont punies de cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende ».

L'article 222-29 du Code Pénal précise que « les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende lorsqu'elles sont imposées : à un mineur de quinze ans ou à une personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ».

b) Le viol

En 1980, le viol auparavant considéré comme un délit au même titre que l'agression sexuelle devient un crime, dans les suites de la loi 80-1041, relative à la répression du viol et de certains attentats aux mœurs.

L'article 222-23 du Code Pénal précise que « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle. »

L'article 222-24 du Code Pénal précise que le viol est puni de vingt ans de réclusion criminelle notamment « lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans, lorsqu'il est commis par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ou lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions »

3) Conséquences médico-psycho-sociales des violences sexuelles

Les violences sexuelles constituent un problème majeur dont le retentissement s'étend à l'ensemble des dimensions médico-psycho-sociales associées à la victime.

L'impact des violences sexuelles, notamment sur le plan personnel et social a fait l'objet de nombreuses études retrouvées dans la littérature. Parmi ces données, une grande étude française menée par l'Observatoire de la violence en Seine St-Denis, publiée en 1997 par Pelcovitz et al., portant sur un échantillon de 1566 femmes âgées de 18 à 21 ans, a mis en évidence que 14% d'entre-elles avaient subi au cours de leur vie des attouchements de nature sexuelle, des viols ou des tentatives de viols. Dans 75% des cas, l'agression était commise par un proche ou un membre de la famille. Ces jeunes filles victimes de violences sexuelles mais aussi celles victimes de maltraitance physique directe, ont développé un risque de maladie chronique multiplié par 3. 50% d'entre-elles ont le sentiment d'être déprimées et 34% d'entre-elles ont déjà fait au moins une tentative de suicide contre 6% chez celles indemnes de violences. Enfin, cette étude pointe l'existence de conduites sexuelles à risque chez ces jeunes filles maltraitées, qui sont 2 fois plus nombreuses à avoir eu un premier rapport sexuel consenti non protégé. (3) (4)

En 1998, une étude américaine menée par Felliti et al. a analysé les relations existantes entre l'exposition aux traumatismes infantiles et le développement de certaines pathologies ou troubles. Cette étude menée sur un échantillon de 9508 personnes ayant bénéficié d'un bilan médical récent, a démontré que le risque de présenter des troubles ou pathologies est significativement plus élevé chez les sujets ayant subi au moins 4 actes de maltraitance infantile. Comme attendu, on retrouve un risque majoré de troubles psychiatriques et addictologiques (tentatives de suicide x 12,2 ; toxicomanie parentérale x 10,3, éthylisme chronique x 7,4, ...) mais également un risque accru de pathologies somatiques (bronchopathie chronique obstructive x 3,9, coronaropathie x 2,2, diabète x 1,6, ...). (5) (4)

Au début des années 2000, Ciavaldini publie une revue de littérature sur les données épidémiologiques relatives aux agressions sexuelles, et dresse le tableau schématique des principales conséquences médicales associées : (2)

- Conséquences psychiatriques à court terme : en premier lieu, il s'agit principalement des symptômes de l'état de stress aigu et de l'état de stress post-traumatique associés à leurs comorbidités dont les conduites suicidaires. (6) (7)
- Conséquences psychiatriques à long terme : en premier lieu, elles concernent les conduites addictives, les troubles du comportement alimentaire (50% des patients présentant des troubles du comportement alimentaire ont un antécédent d'agression sexuelle), les décompensations de pathologies psychiatriques préexistantes comme les troubles psychotiques ou les troubles bipolaires, les passages à l'acte auto-agressif, la désafférentation sociale ou encore des conduites à risque (infractantes générales comme les conduites délictuelles, ou infractantes sexuelles comme la prostitution ou le recours à l'agression sexuelle en tant qu'auteur par exemple) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16)
- Conséquences somatiques générales incluant les lésions physiques spécifiques causées directement par l'agression mais aussi les troubles du comportement sexuel, les infections sexuellement transmissibles, ... (17) (18)
- Conséquences somatiques à très long terme : chez le sujet âgé il a été démontré une augmentation du risque de cancer du sein et d'arthrite chez la femme victime de violences sexuelles, et une augmentation du risque de dysfonctionnement thyroïdien chez l'homme victime. (19)

B. Aspects historiques et culturels

Depuis des siècles, la question de la violence sexuelle envers les enfants apparaît dans l'Histoire. Notons le tristement célèbre maréchal de France Gilles de Rais, exécuté en 1440 pour des faits de violence sexuelle sur plus de 200 enfants. Il est le « violeur d'enfants en série » le plus célèbre de l'Histoire. Retracer les grandes lignes des violences sexuelles et surtout de la pédophilie sous un angle historico-culturel nous semblait judicieux, de manière à mieux appréhender les conceptions actuelles et leurs impacts sociétaux.

C'est en 1832, suite aux travaux sur l'examen physique des victimes de violence sexuelle du médecin Ambroise Tardieu, fondateur de l'enseignement médico-légal, qu'apparaît dans les tribunaux la notion « d'attentat à la pudeur sans violence sur mineur de moins de 15 ans ». En 1883, alors que la science et la médecine s'intéressent de plus en plus à la psychopathologie des auteurs de violence sexuelle, le médecin Thésée Pouillet utilise pour la première fois le mot « pédophile » sans le définir précisément mais surtout pour le différencier de la pédérastie. En 1896, Krafft-Ebing, psychiatre austro-hongrois, contemporain de Magnan définit la pédophilie érotique dans son ouvrage « psychopathia sexualis ». Pour lui, le pédophile est « un individu taré, ni homosexuel, ni libertin, dont les actes criminels sont très strictement réduits à des palpations impudiques et à la masturbation des victimes ». Dans son ouvrage consacré à « la vie sexuelle morbide devant les tribunaux », l'objectif est d'élucider « la signification psychiquement morbide de nombreux actes sexuels monstrueux et paradoxaux ». Albert Moll élargit la définition de la pédophilie, dans laquelle il intègre « tous les hommes éprouvant un penchant pour les impubères masculins ». En 1931, la nouvelle traduction de « psychopathia sexualis » par Moll et Janet fait entrer définitivement le terme de pédophilie dans le langage français. A l'inverse, Freud, dès 1905 dans « Trois essais sur la sexualité », où il s'intéresse à la question des hommes « amateurs de jeunes garçons prépubères », se refuse à employer les termes de Krafft-Ebing, et notamment le terme de pédophilie qu'il renvoie plus au champ du phénomène social qu'au champ de la psychiatrie (20) (21) (22) (23)

Sur le plan culturel, on commence à voir apparaître courant des années 1950 un ensemble de publications d'ouvrages littéraires prônant la pédophilie. On peut citer des auteurs comme Henry de Montherlant, Roger Peyrefitte, mais surtout André Gide, auteur d'ouvrages littéraires autobiographiques faisant l'apologie de ses propres passages à l'acte sexuels sur des mineurs de moins de 15 ans. En parallèle, les médecins français commencent à s'intéresser aux conséquences psychiques des violences sexuelles sur les mineurs.

Au début des années 1970, dans les suites de la révolution culturelle consécutive aux événements de mai 68, apparaît un véritable courant de pensée néopédophile, au sein de milieux intégrant les grands intellectuels de l'époque, dont la cause se défend dans ces groupuscules en faisant l'analogie entre pédophilie et homosexualité. Des magazines comme « Gai Pied » sont publiés et vantent ouvertement le potentiel érotique des jeunes enfants et adolescents. L'écrivain Tony Duvert, en 1979, dans ce magazine dénonce « l'ordre familial » comme de la « pédophobie ». Toujours dans ce magazine, en décembre 1979, paraît un article sur la phobie de la pédophilie où les auteurs considèrent que « les poursuites contre ceux qui aiment les enfants » ne sont que « la répression d'une des formes de l'homosexualité et donc la répression d'une des multiples formes d'expression de la sexualité et de l'amour humain ». L'argumentaire pro-pédophile, porté par Gabriel Matzneff entre autres, repose sur 3 idées principales : l'amour des enfants et le recours à l'initiation comme dans l'antiquité grecque, la redéfinition nécessaire de la relation enfant-adulte, et l'éducation familiale répressive qui empêcherait les pulsions et les désirs sexuels des enfants de s'exprimer. (24)

Cependant, ce mouvement s'essouffle vers la fin des années 1980 et se voit réprimé sur le plan légal, notamment par la loi de 1989, relative à la protection de l'enfance, qui modifie le délai de prescription concernant le dépôt de plainte des victimes mineures d'infraction à caractère sexuel. Au fil des années, les lois relatives au délai de prescription, ont acté à plusieurs reprises un allongement de cette durée, autant sur le plan des délits à caractère sexuel que sur celui des crimes sexuels. (25).

De plus, la création, en 1984, de la Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infraction permet une reconnaissance toute particulière du statut des personnes ayant subi des infractions à caractère sexuel puisqu' est concernée par cette indemnisation toute victime d'une infraction ayant entraîné la mort ou une incapacité, toute victime ayant subi une traite d'êtres humains ainsi que toute victime de viol, d'agression sexuelle ou d'atteinte sexuelle sur mineurs. La création de ce fond d'indemnisation vient soutenir et reconnaître les travaux d'une nouvelle discipline : la victimologie.

C. Aspects terminologiques

Dans ce chapitre, nous avons souhaité s'attarder sur les différentes dénominations qui peuvent être entendues dans notre pratique concernant nos patients, et présenter ici les principales distinctions entre ces dénominations. En effet, l'amalgame est parfois encore trop fréquent pouvant mener à des stigmatisations.

1) Abuseur

Est entendu par le terme abuseur, une personne commettant un abus sexuel. Sur le plan étymologique, le terme abus vient du latin « abusus » composé de « ab » qui signifie « déviation » et de « usus » qui signifie « usage, utilité ». Cette dénomination souligne le caractère objectal donné à la victime de l'abus. Nombreux psychiatres et pédopsychiatres jugent l'appellation contestable car le terme d'abus fait littéralement référence à « un usage excessif d'un droit ayant pour conséquence l'atteinte aux droits d'autrui », ce qui en d'autres termes laisse entendre que c'est l'exagération de l'acte et non pas l'acte en lui-même qui peut être répréhensible.

Pourtant, c'est un terme que l'on retrouve fréquemment dans le domaine de la protection de l'enfance et qui est généralement relié au statut de mineur de la victime. Par ailleurs, il est encore employé par de grandes instances politiques comme le Parlement Européen dans sa directive de 2011 relative « à la lutte contre l'abus sexuel et l'exploitation sexuelle des enfants ainsi que la pédopornographie. » (26)

2) Auteur de violence sexuelle

Etymologiquement, le mot violence vient du latin « violentia » qui signifie « force irrésistible, néfaste, dangereuse ». En utilisant la dénomination « auteur de violence sexuelle », l'accent est mis sur la violence, et donc un excès de force qui s'exprime lorsqu'elle n'est plus contenue. Ce terme n'induit pas la notion de cible, ni même nécessairement l'intention de nuire à l'autre. C'est un terme plus général qui s'attèle à définir plutôt un comportement qu'une victime associée.

3) Auteur d'agression sexuelle

Le mot « agression » vient du latin « agression » qui signifie « attaquer ». L'agression est l'expression comportementale de l'agressivité, c'est-à-dire, l'action d'attaquer. La notion d'intentionnalité est beaucoup plus prégnante. Contrairement au terme d'auteur de violence sexuelle, celui d'auteur d'agression sexuelle implique tout de suite la notion de cible vers qui se porte « l'attaque ». Comme le dit G. Moser, « une conduite d'agression est inconcevable sans la présence d'autrui, il n'y a pas d'agression sans victime ». (27)

Enfin, l'agression se réfère à une entité juridique spécifique comme détaillé précédemment.

4) Auteur d'infraction à caractère sexuel

« Infraction » vient du latin « infraction » qui signifie « action de briser ». Il s'agit ici d'une appellation à caractère judiciaire puisqu'elle met l'accent sur l'acte en lui-même. Ce terme générique d'infraction à caractère sexuel permet d'englober les différents types d'acte recensés par le Code Pénal, à savoir l'agression sexuelle ou la tentative d'agression sexuelle, l'atteinte sexuelle ou la tentative d'atteinte sexuelle et l'exhibition sexuelle, considérés comme des délits et jugés par un tribunal correctionnel ; mais aussi le viol ou la tentative de viol, considérés cette fois-ci comme un crime et jugés par une cour d'assises.

5) Pédophile

Bien souvent employé à tort pour désigner toute personne ayant commis un acte sexuel sur un mineur, le terme de pédophile appartient avant tout au champ de la médecine et plus précisément de la psychiatrie. Etymologiquement, le mot « pédophile » vient du grec « paidophilos », lui-même composé de « pais/paidos », l'enfant et « philein », qui signifie « aimer d'amitié ». Dans son sens premier, le terme de pédophile n'implique donc pas la notion de passage à l'acte.

Ce terme apparaît dans la nosographie psychiatrique vers la fin du XIXe siècle, notamment par le psychiatre austro-hongrois Richard Von Krafft-Ebing, en 1896, dans son traité sur les perversions sexuelles « Psychopathia Sexualis ». Il sera ensuite repris dans la Classification Internationale des Maladies, et dans plusieurs éditions successives du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux où il y trouve encore à ce jour sa place. (22)

D. Aspects psychiatriques et nosographiques

1) CIM 10

La 10^e édition de la Classification Internationale des Maladies publiée par l'Organisation mondiale de la Santé en 1994 évoque la pédophilie dans le chapitre des troubles de la personnalité et des comportements de l'adulte. Elle se situe dans la sous-catégorie des troubles de la préférence sexuelle qui sont définis comme « la présence d'impulsions et de fantasmes sexuelles, répétées et intenses, impliquant des activités inhabituelles ou l'utilisation d'objets inhabituels ; le sujet est sous l'emprise de ces impulsions ou est fortement perturbé par leur présence. La préférence sexuelle a été présente au moins 6 mois ». La pédophilie y est définie comme « une préférence sexuelle pour les enfants, qu'il s'agisse de garçons, de filles, ou de sujets de l'un ou l'autre sexe, généralement d'âge prépubère ou au début de la puberté » (28)

2) DSM

Dans les deux premières éditions du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, la pédophilie appartenait à la catégorie des déviations sexuelles. En 1980, lors de la sortie de la 3^e édition, le terme paraphilie remplacera le terme de déviance sexuelle. La paraphilie est alors définie comme « fantasme, désir ou comportement sexuellement intense » incluant notamment et généralement : objets inanimés, souffrance ou humiliation de soi/d'un partenaire potentiel, enfants/animaux, personnes non consentantes.

a) DSM III R

En 1989, apparait dans la 3^e version du DSM le terme de pédophilie. Le pédophile est défini comme un sujet souffrant de paraphilie et présentant « des impulsions sexuelles et fantasies imaginatives, sexuellement excitantes, répétées et intenses, impliquant une activité sexuelle avec un ou des enfants prépubères. Le sujet devra agir sous l'emprise de ces pulsions ou être fortement perturbé par leur présence. L'individu doit être âgé d'au moins 16 ans et doit avoir 5 ans de plus que l'enfant concerné. » (29)

b) DSM IV TR

En 2000, lors de l'édition du DSM IV-TR, la pédophilie est définie comme « la présence de fantasies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins six mois, impliquant une activité sexuelle avec un ou des enfants prépubères (généralement âgés de 13 ans ou plus jeunes). Ces impulsions sexuelles, ou ces fantasies imaginatives sexuelles ou ces comportements sont à l'origine d'un désarroi prononcé ou de difficultés interpersonnelles pour la personne qui y a cédé. Le sujet est âgé de 16 ans au moins et a au moins 5ans de plus que l'enfant mentionné précédemment ».

Cette nouvelle définition met en avant l'apparition de comportements, la souffrance de l'individu en lien avec le trouble et le caractère chronique du trouble. (30)

c) DSM V

En 2013, la dernière édition du DSM fait apparaitre la notion de trouble paraphilique au détriment du terme de paraphilie. Les auteurs ont souhaité faire la distinction entre une paraphilie simple ne nécessitant à leur sens pas d'intervention clinique, et le trouble paraphilique induisant la présence d'une paraphilie mais surtout de ses conséquences. Pour les auteurs, la pédophilie n'est un trouble que si « elle cause de façon concomitante une détresse ou une altération du fonctionnement chez le sujet lui-même ou si elle entraîne un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour d'autres personnes »

Le trouble pédophilique est défini dans la DSM V par « la présence de fantasmes entraînant une excitation sexuelle intense et récurrente, de pulsions sexuelles ou de comportements impliquant une activité sexuelle avec un enfant ou plusieurs enfants prépubères (généralement âgés de 13 ans ou moins). L'individu a mis en acte ces pulsions sexuelles ou les fantasmes entraînent une détresse importante ou des difficultés relationnelles. L'individu est âgé de 16 ans ou plus et a au moins 5 ans de plus que l'enfant ou les enfants mentionnés. Est exclu un individu en fin d'adolescence entretenant des relations sexuelles avec un enfant de 12 ou 13 ans ». (31)

3) Caractérisation de la pédophilie

On retrouve dans la littérature et dans le DSM, d'autres critères permettant d'apporter des précisions concernant les caractéristiques de la pédophilie, ce qui peut avoir un impact autant sur le plan psychopathologique que sur le plan de la prise en charge. En effet, les outils ou pistes thérapeutiques choisis peuvent varier selon certains de ces critères.

On précisera ainsi le caractère exclusif ou non exclusif de la pédophilie. Ainsi, un pédophile « exclusif » ne présentera un intérêt sexuel qu'envers des enfants, alors qu'un pédophile dit « non exclusif » présentera un intérêt sexuel mixte, à la fois centré sur les enfants mais également un intérêt sexuel centré sur les adultes par exemple.

On précisera également vers quel genre l'intérêt sexuel est développé. Les pédophiles peuvent être attirés sexuellement par les garçons (9 à 40% des cas), par les filles (pourcentage un peu plus fréquents) ou par les deux sexes (environ 10%) (32) (33) (34)

Il est également utile de signifier si la pédophilie est limitée à l'inceste ou si elle présente un caractère extra-familial.

4) Quelques distinctions terminologiques

Au cours du temps et de l'avancée des recherches concernant les paraphilies et plus spécifiquement la pédophilie, sont apparus des termes plus spécifiques pour désigner ces patients en fonction de l'âge mais surtout du stade de maturation pubertaire des mineurs pour lesquels l'intérêt sexuel est présent.

Dans la littérature, on pourra parfois voir apparaître cette distinction : (34) (35)

- L'infantophilie, où l'intérêt sexuel est porté sur de très jeunes enfants (moins de 5 ans en moyenne)
- La pédophilie, où l'intérêt sexuel est porté sur des enfants prépubères (11 ans et moins en moyenne)
- L'hébéphilie, où l'intérêt sexuel est porté sur des pré-adolescents (entre 12 et 14 ans en moyenne)
- L'éphébophilie, où l'intérêt sexuel est porté sur des adolescents (entre 15 et 19 ans en moyenne)

Cependant, on retrouve une très grande hétérogénéité chez les auteurs de violence sexuelle sur mineur, chez qui les victimes peuvent être d'âges très différents, et pour lesquels l'application stricto sensu de ce type de classification semble trop restrictif et trop éloigné de la réalité clinique.

E. Aspects épidémiologiques

Les données chiffrées concernant la prévalence de la délinquance sexuelle en France sont difficiles à évaluer de façon fiable. En effet, on dispose actuellement de deux sources principales d'évaluation de cette prévalence : celles issues des services de police, gendarmerie et justice enregistrant les dépôts de plainte et le nombre d'auteurs condamnés et incarcérés ; et celles issues des enquêtes de victimisation en population générale.

Premièrement, les services de police et de gendarmerie sont le reflet du nombre de plaintes déposées pour agression sexuelle ou viol mais nous savons qu'un nombre encore trop faible de victimes va jusqu'à l'enregistrement définitif de sa plainte. Les services de la justice et de l'administration pénitentiaire peuvent également évaluer la prévalence des auteurs d'infraction à caractère sexuel au sein de la population carcérale condamnée.

Deuxièmement, les études de victimisation en population générale menées de façon anonyme permettent de calculer une prévalence de victimes déclarées et mettent en évidence la sous-estimation issue des sources judiciaires.

1) Du côté des auteurs de violences sexuelles

Dans la majorité des études menées, les données sont issues de la police et de la justice, et concernent les auteurs d'agressions sexuelles arrêtés ou condamnés.

En France, d'après le rapport Lamanda, on constate une augmentation croissante des condamnations pour viols sur mineurs de moins de 15 ans depuis les années 1980. En 2005, les viols sur mineurs concernaient 0,092% des 540 077 condamnations pour crimes ou délits prononcés en France. (36)

En 2012, d'après l'ONDRP (Observatoire National de la Délinquance et de la Réponse Pénale), 198.000 tentatives et 26 783 violences sexuelles abouties ont été enregistrées en France. 10 885 sont des viols. 4963 sont commis sur des personnes majeures et 5922 sur des mineures.

En 2014, toujours selon l'ONDRP, 12 768 viols ont été déclarés en France.

Dans la population générale des auteurs d'agressions sexuelles condamnés et incarcérés en France, un rapport de 2006 retrouvait 98% d'hommes, âgés en moyenne de 44 ans (contre 34 ans pour les autres détenus). Les auteurs d'agressions sexuelles représentaient 12% de la population des condamnés de 60 ans et plus. (37)

2) Du côté des victimes

Dans une grande enquête nationale sur la sexualité réalisée en 2006, menée sur 6824 femmes et 5540 hommes, 16% des femmes et 5% des hommes interrogés déclaraient avoir subi des rapports sexuels forcés ou tentatives de viols au cours de leur vie. Parmi ces personnes, 59% des femmes et 67% des hommes déclaraient que les premiers rapports forcés ou tentatives s'étaient produits avant l'âge de 18 ans. (38)

En 2014, suite à une autre enquête de victimisation en France issue de l'ONDRP, le nombre de viols par an en France est estimé à 75 000.

Sur le plan international, les estimations obtenues par les enquêtes de victimisation sont similaires aux résultats retrouvés en France. Au Canada, selon une étude de 2007, 32% des femmes et 15,6% des hommes rapportent avoir eu un contact sexuel non désiré avant l'âge de 17 ans. Aux Etats-Unis, selon une étude de 2007, en moyenne, 17 à 31% des femmes et 7 à 16% des hommes rapportent un contact sexuel non désiré avant 18 ans. (32) (39)

3) Prévalence de la pédophilie : données de la littérature

Il est à ce jour très difficile d'obtenir une prévalence précise de la pédophilie, notamment par manque d'outil de mesure standardisé.

Les études internationales retrouvent une prévalence variable de la pédophilie parmi les auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs de moins de 15 ans.

Dans l'étude « Predicting reoffense in pedophilic child molesters by clinical diagnoses and risk assessment », le diagnostic clinique de pédophilie serait évoqué chez 3 à 70% des auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs de moins de 15 ans.

Cette grande dispersion des résultats met bien en avant la difficulté d'identifier la pédophilie, et les limites de la définition du DSM. (40)

Dans une étude de 2001 de Blanchard, Kassen, Dickey, Koban et Black, la prévalence de la pédophilie évaluée par l'index pédophilique en pléthysmographie pénienne chez des auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs, ayant plus d'une victime extra-familiale, est de 36%. (41)

Dans l'étude de Seto et Lalumière de 2001, menée sur 113 auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs, 27% sont associés à un index pédophilique augmenté en pléthysmographie pénienne. (42)

Dans l'étude canadienne de Kingston, Firestone, Moulden et Bradford, en 2007, 41% des 206 auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs avec victimes extra-familiales présentent les critères du DSM IV-TR définissant la pédophilie. (43)

En 2010, sur un échantillon d'auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs autrichien, dans une étude de Eher, Rettenberger et Schilling, 70% des sujets présentaient les critères diagnostiques de la pédophilie, issus du DSM IV-TR, mais seulement 17% étaient des pédophiles exclusifs. (44)

En 2011, dans l'étude de Wilson, Abracen, Looman, Picheca et Fergusson, menée sur 148 auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs, 70,7% présentaient les critères DSM IV-TR de la pédophilie, tandis que 57,7% présentaient un index pédophilique élevé en pléthysmographie pénienne. (45)

Selon les données du DSM V, la prévalence en population générale du trouble pédophilique n'est pas connue.

II. Pédophilie et outils d'évaluation

A. Fantaisies et comportements sexuels déviants

1) Concepts et données de la littérature

L'existence de fantasmes ou fantaisies sexuelles déviantes appartient de façon récurrente aux différentes définitions de la pédophilie, qu'il s'agisse des critères diagnostiques de la Classification Internationale des Maladies ou de ceux du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux ; mais en pratique, à quoi correspondent-ils ? Nous allons tenter de donner un éclairage à ce questionnement en se basant sur des grands concepts théoriques, puis nous aborderons le lien avec le passage à l'acte sexuel en s'appuyant sur les données de la littérature scientifique.

La notion de fantasmes apparaît pour la première fois à la fin du XIXe siècle, dans les études de Freud sur l'hystérie, notion qu'il caractérisera dans « L'interprétation des rêves » comme « une rêverie diurne inconsciente ». Il développera plus précisément ce concept en 1915, dans son ouvrage « L'inconscient » où il définira les fantasmes : « ils sont d'une part, hautement organisés, non contradictoires, ils ont mis à profit tous les avantages du système de la conscience et notre jugement les distinguerait avec peine des formations de ce système ; d'autre part, ils sont inconscients et incapables de devenir conscients. C'est leur origine inconsciente qui est décisive pour leur destin ». (46) (47) (48)

En 1993, McKibben définit les fantasmes comme « des rêveries diurnes qui comportent une composante érotique, qui seraient sexuellement stimulantes ». (49)

En 2007, Assoun fait la distinction terminologique entre les fantasmes qu'il considère comme la faculté d'imagination, et la fantaisie qui correspond selon lui à la représentation psychique associée. (50)

En d'autres termes, le fantasme peut être considéré comme le moyen inconscient et non communicable d'avoir accès à l'objet de son désir, alors que les fantaisies peuvent s'apparenter à des images mentales scénarisées associées à une composante érotique. (51)

Néanmoins, il semble important de mettre l'accent sur l'hétérogénéité des concepts définissant les fantaisies et les fantasmes, chez les auteurs de violence sexuelle, notamment selon les différents courants de pensée psychothérapeutiques.

De nombreuses études scientifiques se sont intéressées à la présence des fantaisies sexuelles déviantes chez les auteurs d'agression sexuelle. Cependant, la comparaison des résultats selon les études est difficile puisque les modalités d'évaluation ne sont généralement pas les mêmes.

Une étude de Pithers et al. datant de 1989 a mis en évidence que 51% des auteurs d'agression sexuelle sur mineurs avaient eu des fantasmes sexuels déviants, durant les 6 mois qui précédaient leur passage à l'acte, contre seulement 17% dans une population de violeurs de femmes adultes. (52)

Toutefois, l'étude de O'Donohue et al. menée en 1997 conclut à la présence peu importante de fantaisies sexuelles déviantes chez les auteurs d'agression sexuelle. Cependant, comme retrouvé précédemment, on notait une présence plus importante de fantaisies sexuelles déviantes chez la sous-catégorie d'auteurs d'agression sexuelle sur mineurs. (53)

En 2003, Dandescu et Wolf retrouvent significativement chez les auteurs d'agression sexuelle sur mineurs, 9 fois plus de fantaisies sexuelles déviantes associées au comportement masturbatoire, après le premier passage à l'acte sexuel. (54)

En 2005, Nicole, McKibben et Guay démontrent dans une étude dont l'objectif principal est la prévention de la récurrence, que les fantaisies sexuelles déviantes sont associées aux comportements sexuels déviants et à une mauvaise gestion des affects. Dans ce contexte, de nombreux auteurs ont parlé de la sexualisation des conflits chez les auteurs d'agressions sexuelles. (55) (51)

2) Evaluation

a) Principaux instruments de l'évaluation standardisée des fantasies sexuelles déviantes

De nombreux questionnaires ont été créés et validés depuis le milieu des années 1970, dans le but d'évaluer les fantasies sexuelles déviantes présentes ou non chez un individu. Il peut s'agir d'auto ou d'hétéro-questionnaires.

A titre indicatif et pour en citer quelques-uns, nous pouvons trouver le Sex Fantasy Questionnaire de Tantillo (1979), le Sexuel Fantasy Questionnaire de Wilson (1978) ou encore le Male Sexual Fantasy Questionnaire de Smith et Over (1991) ; mais ces échelles ne sont pas spécifiques des auteurs d'agression sexuelle, ni des pédophiles. (56) (57) (58) (51) (59)

De façon plus spécifique, de nouveaux instruments d'évaluation des fantasies sexuelles déviantes, ciblant une population d'auteurs d'agression sexuelle ont été mis en point et validés. Citons le Rapport d'Activité Fantasmatique, mis au point par Mckibben, Proulx et Lusignan en 1994, qui permet d'évaluer quotidiennement sur un temps donné, l'intensité et la fréquence des fantasies sexuelles déviantes, l'activité masturbatoire déviante, l'humeur générale concomitante, et l'existence de conflits interpersonnels dans les jours précédents. (60)

Citons également le Sexual Fantasy Fonction Model de Gee, Ward et Eccleston, créé en 2003, toujours destiné à une population d'auteurs d'agression sexuelle, qui décrit 4 fonctions aux fantasies sexuelles dont chacune sera évaluée dans le questionnaire. Il s'agit de la régulation des affects, de l'excitation sexuelle associée à l'accroissement de l'activité sexuelle, du rôle de coping ou stratégies d'ajustement pour contrôler des menaces internes et externes, et enfin du rôle de modeling ou fonction de reviviscence d'expériences. (61)

b) Questionnaire sur l'Intensité du Désir et des Comportements Sexuels (IDCS)

En 1998, dans les suites des travaux menés par Rösler et Witztum sur l'efficacité des traitements par hormonothérapie chez les paraphiles et majoritairement chez les pédophiles, un questionnaire basé sur une échelle d'intensité du désir et des symptômes sexuels a été validé. (62)

L'adaptation française a été effectuée et surtout complétée par Stoléru et Moulier en 2009. Cet outil a été initialement conçu pour évaluer l'efficacité de l'hormonothérapie sur les fantasmes et les comportements sexuels déviants. Le questionnaire hétéro-évaluatif est passé avant la mise en route du traitement, puis à distance de son instauration, de manière à déterminer si l'hormonothérapie impacte l'intensité et/ou la fréquence des fantasmes ou comportements sexuels déviants. (63)

La passation du questionnaire peut se dérouler en deux temps selon les sujets. Le premier temps consiste en l'évaluation des fantasmes, des désirs et des pulsions de nature sexuelle, rapportés à 3 catégories d'objets sexuels à savoir les enfants, les adolescents et les adultes, des deux sexes pour chaque catégorie d'âge. L'intensité et la fréquence des fantasmes sont cotées sur une échelle numérique allant de 1 à 9.

L'activité sexuelle est évaluée en parallèle par le biais d'une liste de comportements sexuels déviants impliquant pour chaque acte des adultes, des adolescents et des enfants des deux sexes. Cette liste est soumise au sujet qui doit spécifier dans chaque cas l'existence ou non du comportement. La présence d'une activité sexuelle est déterminée par la survenue d'une éjaculation au cours d'une masturbation, ou par l'existence d'une activité sexuelle impliquant un autre partenaire.

Le second temps du questionnaire ne concerne que les sujets ayant donné des réponses indiquant l'existence d'une activité fantasmatique dont l'objet sexuel est un enfant. La passation se déroule de la même manière, permettant de comparer les fantasmes aux comportements sexuels (masturbation et/ou rapports sexuels). (63)

Outre l'appréciation de l'efficacité d'une hormonothérapie, l'un des autres objectifs du questionnaire sur l'Intensité du Désir et des Comportements Sexuels est d'évaluer s'il est possible ou non de dégager une spécificité propre aux fantasmes, désirs ou pulsions de nature sexuelle, mis en lien avec l'existence de l'activité sexuelle impliquant des enfants réels ou imaginés. (51) (59)

B. Excitation sexuelle

1) Définition

Classiquement, l'excitation sexuelle se traduit chez l'homme par une réponse physiologique qui est l'érection. Elle résulte de stimulations cérébrales (visuelles, auditives, fantasmatisques) et/ou périphériques (en particulier périnéales).

La réponse pénienne résulte d'un afflux de sang artériel au niveau des corps caverneux et du corps spongieux, associée à une restriction du retour veineux. Il en résulte donc une augmentation du volume du pénis. Il s'agit de la seule réponse physiologique spécifique de l'excitation sexuelle chez l'homme. (64) (65)

Toutefois, cette définition n'est pas exclusive puisqu'en pratique, un patient peut présenter une excitation sexuelle sans érection, ou à l'inverse, une érection sans excitation sexuelle

2) Evaluation

En 1963, Kurt Freund, physicien et sexologue tchèque, a mis au point une technique permettant d'évaluer objectivement les préférences sexuelles d'un individu de sexe masculin par l'analyse de sa réponse pénienne à un ensemble de stimuli de nature sexuelle. Il s'agit de la pléthysmographie pénienne également appelée phallométrie. (66)

Vers la fin des années 1970, cet instrument d'évaluation a été adapté pour l'utilisation auprès d'une population de délinquants sexuels. (67)

Depuis plus d'une vingtaine d'années, il a été démontré qu'il existe une corrélation importante entre l'intérêt sexuel déviant envers les enfants et un index pédophilique élevé calculé grâce à la pléthysmographie pénienne (68) (69) (70) (42)

Aujourd'hui, cette technique reste utilisée majoritairement dans le pays anglo-saxon mais très peu en France. Nous allons développer dans un premier point le déroulement de ce test avant d'aborder les principales limitations.

a) Méthodologie

Le principe général consiste en l'utilisation d'un extensomètre au mercure. Il s'agit d'un anneau de caoutchouc rempli de mercure placé à la base du pénis. Lors de l'érection du sujet, l'anneau s'étire et entraîne une diminution du diamètre de la colonne de mercure associée à une diminution de la conductibilité électrique. On enregistre l'amplitude de variation de conductibilité électrique pour évaluer la réponse pénienne.

Lors de la passation du test le sujet va être soumis à différents stimuli de type visuels (films) ou auditifs (bandes sonores impliquant des personnes d'âge et de sexe différents). Concernant les âges, on distingue 5 catégories :

- Très jeunes enfants (5 à 8 ans)
- Enfants prépubères (8 à 11 ans)
- Enfants pubères (12-13 ans)
- Adolescents (14-20 ans)
- Adultes (au-delà de 20 ans)

On diffuse également un stimulus neutre de type paysage ou nature morte pour éliminer certains faux positifs. (71) (42)

La passation du test est immédiatement précédée d'un entretien semi-structuré dont l'objectif est de recueillir un certain nombre d'informations comme le statut marital, l'histoire familiale, le développement sexuel ou l'existence de fantasmes sexuelles déviantes notamment. L'évaluateur va également rechercher des facteurs susceptibles d'impacter la réponse pénienne comme la consommation d'alcool ou de toxiques, la prise d'un traitement médicamenteux, l'état émotionnel du sujet, la date de son dernier rapport sexuel et de sa dernière masturbation. Le consentement libre et éclairé doit être obtenu par écrit.

Pour interpréter les résultats, la majorité des laboratoires considère que l'érection minimale doit atteindre 10% de l'érection pleine. Lorsque les réponses péniennes aux stimuli atteignent un seuil minimal de 3mm de variation de mercure, la réponse est considérée comme cliniquement interprétable. On calcule ensuite des index de déviance en fonction des catégories de stimuli. L'index pédophilique est calculé en fonction des réponses péniennes obtenues lors des stimuli impliquant les catégories d'âge « enfants très jeunes » et « enfants prépubères ». (71)

b) Principales limitations

La pléthysmographie pénienne est actuellement le meilleur examen permettant d'évaluer physiologiquement l'intérêt sexuel. Cependant, il existe un certain nombre de limitations à l'utilisation de cet examen.

Premièrement, même si la consistance interne du test est satisfaisante, la fidélité test/retest est insuffisante. En effet il a été démontré dans l'étude de Marshall et Fernandez en 2003 que la préférence sexuelle n'est pas stable dans le temps, ce qui peut justifier de résultats non linéaires qui peuvent sembler contradictoires lors de la répétition du test. De même, l'état émotionnel du sujet peut également faire varier la réponse lors de la répétition. Enfin, la capacité d'un sujet à contrôler son érection est un paramètre à prendre en considération. On retrouve dans la littérature de nombreuses études ayant testé des méthodes de stratégies cognitives ayant pour but de limiter le contrôle volontaire. Il s'agissait par exemple d'une description orale du stimulus par le sujet lors de la diffusion ou la réalisation conjointe de tâche. Ces méthodes ont démontré peu d'efficacité car elles ne monopolisaient pas assez les capacités d'attention pour bloquer les capacités de contrôle volontaire de l'érection. (*) Des tâches d'identification sémantique ont aussi été utilisées et évaluées auprès d'auteurs de violences sexuelles sur mineurs de sexe masculin. Il en résulte que l'utilisation de la tâche d'identification sémantique permet de réduire le contrôle volontaire de l'érection chez tout agresseur sexuel, notamment chez ceux qui connaissent le test ou l'ont déjà passé. (72) (73) (74)

De plus, une autre limitation est le manque d'accès à la formation pour faire passer ce test. On retrouve également une absence de standardisation entre les laboratoires pour l'analyse des résultats, ce qui implique l'existence de faux positifs et de faux négatifs. (75) (72) (76)

L'utilisation de la pléthysmographie pénienne est limitée par l'obtention des images ou films qui correspondent au stimuli. En effet, selon les pays, la détention de ce type d'image est légalement interdite. Ainsi, selon les laboratoires et les pays, les stimuli utilisés peuvent être très différents. (75)

Enfin, on peut s'interroger sur le caractère intrusif de ce test qui peut être considéré comme peu éthique. En effet, ce type d'évaluation implique la présentation de stimuli impliquant de réels êtres humains, qu'il s'agisse de stimuli sonores ou visuels, ce qui pose la question du respect de la dignité humaine. De plus, concernant le patient qui passe le test, notamment lorsqu'il s'agit de patients incarcérés, nous sommes à même de nous interroger sur la réelle liberté du consentement étant donné la pression de l'extérieur et l'espoir de bénéfices secondaires à type de remise de peine supplémentaire par exemple. Enfin, que dire de l'impact stigmatisant d'un faux positif dans cette indication ?

C. Intérêt sexuel déviant et “Screening Scale for Pedophilic Interests”

1) SSPI 1

Des études de 1989, 1991 et 1998 ont pu mettre en évidence que l'intérêt sexuel déviant envers les enfants est beaucoup plus important chez les auteurs d'agression sexuelle sur mineurs, lorsqu'une victime est de sexe masculin, lorsqu'il existe plus d'une victime, lorsque la victime est jeune et lorsqu'elle est extra-familiale. (77) (78) (79)

En se basant sur ces données, Michael C. Seto et Martin L. Lalumière ont mis au point un outil, le Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI), ayant pour but de dépister parmi une population d'auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs, les sujets présentant un intérêt sexuel déviant élevé, et par extension les sujets à haut risque de diagnostic de pédophilie. (42)

Cette échelle hétéro-évaluative se cote de 0 à 5 selon la présence ou l'absence de 4 critères : existence d'au moins une victime de moins de 15 ans de sexe masculin (0 ou 2), existence d'au moins une victime de moins de 12 ans (0 ou 1), existence de plus d'une victime (0 ou 1) et existence d'au moins une victime extra-familiale (0 ou 1). L'obtention d'un score égal à 0 permet d'exclure la présence d'un intérêt sexuel déviant envers les enfants alors qu'un score égal à 4 ou 5 est associé à une très forte probabilité pour le sujet de présenter un intérêt sexuel déviant envers les enfants.

Leur étude de 2001, menée sur une population de 1113 auteurs d'agression sexuelle sur mineurs de moins de 14 ans, comparée à une population de 227 hommes (violeurs ou non agresseurs), a démontré que le SSPI était significativement et positivement corrélé à l'index pédophilique mesuré par la pléthysmographie pénienne ($r= 0,34$). Corrélé à l'index pédophilique en pléthysmographie pénienne, il a été démontré que les sujets ayant un score élevé au SSPI (4 ou 5) ont un risque 5 fois plus important de présenter un intérêt pédophilique que ceux ayant un score bas au SSPI. Dans cette étude, 190 sujets avaient un score SSPI= 4 (soit 17,1%) et 156 sujets avaient un SSPI=5 (soit 14%). (42)

La puissance du test est 2 fois plus importante pour le critère « sexe masculin », ce qui a justifié la cotation différente de ce critère (0 = absence ou 2= présence), par rapport aux autres (0= absence ou 1= présence).

L'étude « The Screening Scale for Pedophilic Interests predicts recidivism among adult sex offenders with child victims » de Seto, Harris, Rice et Barbaree de 2004, menée sur 113 hommes auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs de moins de 14 ans démontre également cette corrélation (Pedophilic differential index = 0,28). (80)

Les conclusions de ces études suggèrent que le SSPI peut être utilisé comme outil d'évaluation de l'intérêt pédophilique lorsque la pléthysmographie pénienne ne peut être réalisée ou lorsque ses résultats sont invalides.

En 2014, l'étude « Construct and Predictive Validity of the SSPI » de Helmus, Ciardha et Seto conclut que le SSPI est utilisable pour l'évaluation de l'intérêt sexuel déviant envers les enfants, et de performance égale aux autres outils évaluant l'intérêt sexuel déviant. (81)

Au Canada et aux Etats-Unis, cet outil est déjà utilisé en pratique courante, parmi une population d'auteurs d'agression sexuelle sur mineurs pour dépister certains sujets à qui une prise en charge spécifique pourra être proposée (82).

Le SSPI est également utilisé dans le cadre de la recherche pour évaluer l'intérêt sexuel pédophilique en Allemagne et dans d'autres pays où la pléthysmographie est interdite (82).

2) SSPI 2

En 2014, Seto et Lalumière révisent la première version de l'outil en apportant 3 modifications : (75)

- La cotation du critère sexe de la victime est uniformisée sur les autres (présent = 1 pour le SSPI2, versus présent = 2 pour le SSPI1)
- L'échelle s'applique désormais aux auteurs d'agression sexuelle sur mineurs de moins de 15 ans (moins de 14 ans pour le SSPI 1)
- L'adjonction d'un 5^e critère concernant l'existence d'infraction en lien avec du matériel pédopornographique (possession, distribution ou production)
-

Les résultats des études menées sur le SSPI2 retrouvent également une corrélation positive et significative entre le SSPI2 et l'index pédophilique calculé en pléthysmographie pénienne ($r(948) = 0,25$ $p < 0,01$). Dans cette étude menée sur 950 sujets, 175 avaient un score SSPI2=4 (soit 18,4%) et 30 avaient un score SSPI2=5 (soit 3,15%). (75)

On retrouve une petite supériorité du SSPI2 par rapport au SSPI1 de par une réduction des faux positifs. (75)

L'utilisation du SSPI2 reste recommandée pour évaluer l'intérêt sexuel déviant envers les enfants quand la pléthysmographie pénienne est non réalisable ou lorsque les résultats sont erronés. (75)

III. Prise en charge et soins

La prise en charge de ces patients est avant tout globale. Elle se doit d'intégrer les dimensions psychiatrique, psychologique, somatique mais aussi sociale. Chez ces patients souvent sous main de justice, la dimension pénale ou judiciaire est également à prendre en compte.

La seconde caractéristique indispensable à ce type de prise en charge est la pluridisciplinarité. En effet, chez ces patients aux parcours souvent difficiles, l'importance de la dimension collégiale entre les soignants est primordiale. La possibilité d'avoir recours à des centres ressources comme les CRIAVS ou Centres Ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelle, répartis sur tout le territoire ne doit pas être omise.

Dans ce chapitre, nous détaillerons dans un premier temps l'axe psychothérapeutique de la prise en charge, avant de définir les options pharmacologiques disponibles et les modalités d'usage. Enfin, nous présenterons un algorithme de prise en charge thérapeutique issu des recommandations internationales concernant le traitement des paraphilies.

A. Psychothérapie

La psychothérapie est un temps de prise en charge indispensable dans les soins proposés aux auteurs de violence sexuelle, notamment à ceux présentant une paraphilie. Elle peut s'effectuer selon plusieurs modalités et le choix thérapeutique va résulter d'un premier temps d'évaluation. La psychothérapie peut être envisagée de façon individuelle ou groupale suivant certains critères que nous développerons ci-dessous. Le type de psychothérapie choisie peut être d'orientation variable (cognitivo-comportementale, psychanalytique, familiale...). Il est important de préciser qu'au cours d'une prise en charge et selon l'évolution clinique du patient, les modalités psychothérapeutiques peuvent être modifiées et réadaptées pour répondre au mieux à la problématique du patient.

Les principales recommandations françaises (Haute Autorité de Santé) et internationales (WFSBP) préconisent l'utilisation des thérapies cognitivo-comportementales en raison de leur intérêt par rapport aux autres types de thérapies. En France, les thérapies les plus fréquemment utilisées sont les thérapies analytiques. (83) (34) (84).

Nous avons choisi de détailler de façon non exhaustive les principales approches utilisées en pratique.

1) Objectifs généraux

Malgré les distinctions existantes entre les différentes psychothérapies qui ont chacune des cibles qui leur sont spécifiques, ces dernières partagent toutes des objectifs généraux communs, qui correspondent à l'amélioration du fonctionnement psychosocial du patient.

Pour apprécier ce fonctionnement psychosocial, la Haute Autorité de Santé, dans ses recommandations de 2009 portant sur « la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans, préconise l'évaluation de plusieurs composantes y participant. Il peut s'agir notamment de l'existence et de la qualité des relations interpersonnelles, l'évaluation des habiletés sociales (affirmation de soi, empathie, gestion du stress, gestion des émotions...), l'investissement des sphères sociales et professionnelles, l'estime de soi, la maturité affective, les représentations sociales, les capacités d'insight ou encore l'observance thérapeutique. (83)

Dans ces mêmes recommandations, on retrouve également l'importance d'une évaluation initiale et globale de l'activité sexuelle. Pour cela, il est préconisé de déterminer l'existence et la fréquence de l'activité sexuelle, son caractère approprié ou inapproprié, l'existence de fantasmes sexuels et leurs contenus, l'activité masturbatoire ou encore le caractère exclusif ou non de l'objet sexuel. (83)

Enfin, dans le cadre plus spécifique de la psychothérapie des auteurs de violence sexuelle, il est important qu'à terme, le patient puisse reconnaître les faits ainsi que l'émotion de la victime, et qu'il puisse percevoir la violence et la contrainte qu'il a exercées sur elle lors de l'agression sexuelle. (85) (86)

2) Psychothérapie individuelle ou groupale

Au-delà du courant psychothérapeutique indiqué ou choisi, se pose la question d'une prise en charge groupale ou individuelle. Les deux approches peuvent être indépendantes, complémentaires ou successives selon les capacités et l'évolution du patient. Lorsqu'il y a judiciarisation de faits, le moment où se situe le patient dans son parcours judiciaire peut être un facteur impactant les modalités de la psychothérapie.

Globalement, les psychothérapies individuelles sont plus efficaces lorsque le patient est demandeur de soins et motivé, ainsi que lorsqu'il possède des potentialités d'auto-analyse, de symbolisation et d'insight qui seront amenées à croître. (83)

A l'inverse, les thérapies de groupe seront plutôt indiquées lorsque les objectifs escomptés concernent l'amélioration de l'expression et de la verbalisation, ainsi que de celle des capacités d'introspection. (83)

En effet, la relation duelle suscite parfois chez les patients des difficultés spécifiques pouvant entraîner une inhibition massive qui se traduit régulièrement par un envahissement de l'espace par des propos évitants et peu constructifs. Le groupe peut être considéré comme une médiation aux relations duelles. Au sein d'un groupe, le mécanisme de transfert thérapeutique est diffracté et donc plus supportable pour les protagonistes. (87)

Le groupe, grâce à son effet miroir, peut confronter le patient à une prise de conscience de l'autre, et aide à l'identification, particulièrement à la victime. Il peut selon de mécanismes similaires participer à la prise de conscience de l'acte. Enfin, le cadre thérapeutique et les membres participants, autant soignants que soignés, peuvent constituer un étayage pour le patient. (87)

Une étude de 2005 montre des résultats prometteurs sur l'évolution des patients et de leurs capacités au sein des groupes thérapeutiques. (86)

3) Principales approches psychothérapeutiques

a) Thérapie cognitivo-comportementale

Les principales études publiées ces dernières années sur le plan international soulignent l'intérêt des thérapies cognitivo-comportementales par rapport aux autres psychothérapies. (88) (89)

Par ailleurs, plusieurs méta-analyses démontrent que parmi les différents types de psychothérapies, seules les thérapies cognitivo-comportementales présentent une réelle efficacité lorsque le critère de jugement est la réduction de la récurrence. (89) (90) (91) (92) (93)

A l'initiation de ce type de thérapie, il est indispensable de fixer avec le patient des objectifs cibles, de manière à évaluer l'efficacité ou non de la prise en charge lors de son déroulement.

Brooks-Gardon et al., en 2006, considèrent qu'une thérapie cognitivo-comportementale est bien définie lorsque dans la prise en charge : (92)

- Les patients élaborent des liens entre leurs pensées, leurs émotions, leurs actions et leurs symptômes cibles.
- Le thérapeute travaille à la modification des croyances erronées ou distorsions cognitives en lien avec le symptôme cible.
- Les patients parviennent à mettre en place des stratégies alternatives, après avoir identifié leurs pensées, leurs émotions et leurs actions, de manière à gérer leurs symptômes cibles.

L'approche cognitivo-comportementaliste, particulièrement chez les pédophiles, permet de lutter contre les distorsions cognitives responsables de la rationalisation de leurs comportements déviants. (93)

Les thérapies cognitivo-comportementales permettent de travailler des problématiques générales comme l'affirmation de soi, la gestion du stress et des émotions pouvant favoriser un passage à l'acte, l'estime de soi, l'éducation sexuelle et affective, la résolution de problèmes ou la clarification des valeurs ; mais aussi des problématiques plus spécifiques comme les préférences sexuelles, le déni ou la reconnaissance des faits qui amène à la responsabilisation ou à l'empathie, pour les autres mais surtout pour la ou les victime(s). (83)

L'évaluation de l'évolution du patient concernant les objectifs cibles déterminés en début de prise en charge est indispensable dans le cadre des thérapies cognitivo-comportementales. (83)

b) Thérapie analytique

L'approche psychanalytique implique une relation positive et étayante entre le thérapeute et le patient. Les objectifs thérapeutiques, la nature de la demande et la motivation du patient doivent être clairement établis avant toute initiation de ce type de thérapie.

Pendant de nombreuses années, l'absence de motivation interne (souvent dans le cas des soins pénalement ordonnés) était un critère de contre-indication à la thérapie analytique. En 1985, Schorch, et en 1996, Pfäfflin, ont redéfini la notion de motivation, ce qui implique désormais d'analyser non seulement la fonction du symptôme, mais aussi d'identifier et analyser tous les éléments qui peuvent faire obstacle à la thérapie, notamment l'environnement social et économique. (94) (95)

L'objectif général de la thérapie analytique est d'engendrer une amélioration des symptômes et de comprendre les conflits retentissant sur la vie du patient, de manière à pouvoir y induire des changements. Le second objectif attendu est une diminution du recours au passage à l'acte. (96) (97)

L'approche analytique se centre essentiellement sur les étapes précoces du développement et les perturbations qui ont pu l'entraver et qui se manifestent le plus souvent par des troubles de l'attachement et des troubles de la construction de l'identité. (83)

Balier recommande l'installation d'un cadre thérapeutique, qui répond à un rôle de pare-excitation, de manière à atténuer l'excitation du patient et de restaurer son narcissisme défaillant. Dans ce but, le thérapeute a essentiellement une fonction d'étayage en étant, comme le déclare Jaffard en 2000, « davantage centré sur le soutien et des explications apaisantes, que sur des interprétations mobilisant l'inconscient et créant de ce fait une excitation ». (98) (99) (100) (101)

Selon Balier, puisque la question de la délinquance sexuelle se réfère au narcissisme certains mécanismes de défense spécifiques peuvent apparaître lors de la thérapie analytique car le cadre thérapeutique confronte le patient « à ce qui fait la pathologie de la violence » : la recherche de l'omnipotence, l'annulation de l'autre (qui peut parfois réduire le thérapeute à un statut d'objet), l'emprise, le refus de la séparation, le déni de la réalité, le recours à la fétichisation et la crainte de la passivité. (98) (99)

c) Approche familiale

Qu'il soit d'orientation systémique ou psychodynamique, l'accompagnement familial sous forme d'une thérapie peut souvent être indiqué, notamment lorsqu'un membre de la famille est impliqué dans une agression sexuelle, dans l'objectif de travailler les dysfonctionnements familiaux, que l'agression soit intra ou extra-familiale.

La Haute Autorité de Santé, en s'appuyant sur la conférence de consensus de 2001, de la Fédération Française de Psychiatrie « Psychopathologie et traitements des auteurs d'agressions sexuelles », préconise le recours à la thérapie familiale comme médiation préalable aux entretiens individuels lorsque ceux-ci semblent d'emblée difficile à initier, ou lorsque la dynamique familiale globale est perçue comme fusionnelle, repliée ou dépressive. (83) (102)

Le traumatisme induit par l'agression sexuelle peut sidérer les capacités de penser de la famille et de ses membres, et engendrer une souffrance intense et un isolement du reste de la société. Au sein même de la famille, on peut mettre en évidence des aménagements défensifs comme le déni qu'il soit total ou partiel, ou la rupture familiale avec l'auteur. Ces mécanismes défensifs nécessitent des ressources énergétiques importantes qui deviennent indisponibles pour d'autres dimensions du fonctionnement familial. (103)

Les modalités de mise en place d'une thérapie familiale dépendent de l'étape du parcours judiciaire où se trouve le patient. Il peut s'agir d'entretiens familiaux en milieu carcéral ou en post-carcéral, au sein des Centre Médico-Psychologique ou d'autres structures spécialisées.

B. Pharmacologie

Deux grands types de traitement médicamenteux peuvent être envisagés dans la prise en charge d'un patient paraphile : il s'agit des antidépresseurs, dont surtout les inhibiteurs de recapture de la sérotonine, et de l'hormonothérapie qui implique les anti-androgènes et les analogues agonistes de la GnRH.

La compliance et l'acceptation du traitement par inhibiteurs de recapture de la sérotonine semblent être de meilleure qualité que celles associées au traitement par hormonothérapie. (104)

Dans le cas de l'hormonothérapie, un consentement écrit et éclairé du patient doit obligatoirement être recueilli, et cela même dans les cas où les soins sont pénalement ordonnés. Selon les recommandations nationales et internationales, seuls les cas les plus sévères (patients présentant des désirs sexuels fréquents et intenses, associés à un risque de passage à l'acte) pourront bénéficier d'une hormonothérapie. En pratique, cela correspond à environ 10% des patients en injonction de soins. (83), (34) (105) (106)

Ces traitements ont pour objectifs de réduire voire supprimer les pulsions sexuelles déviantes, et par extension, les comportements sexuels déviants. Cependant, il est important de préciser que l'hormonothérapie ne modifie par l'orientation paraphilique des patients.

Concernant les données de la littérature en termes d'efficacité des anti-androgènes, une étude de Bradford en 1999, menée en double aveugle, a comparé l'acétate de cyprotérone à un placebo et a conclu à une diminution significative de l'activité sexuelle inappropriée. D'autres études ont démontré que l'acétate de cyprotérone diminuait les fantasmes et l'activité masturbatoire dans 80 à 90% des cas, et entraînait chez ces patients une disparition complète des comportements sexuels inappropriés après 4 à 12 semaines de traitement. (109) (107) (108)

Concernant les analogues agonistes de la GnRH, une étude de Thibaut et al. de 1993, menée sur des patients sous triptoréline, retrouve dans plus de 90% des cas une absence totale de comportement sexuel déviant pendant toute la durée du traitement. (110)

Une étude coréenne de 2013, menée sur 38 patients paraphiles auteurs de violence sexuelle, retrouve une diminution importante des fantasmes déviants durant le traitement mais démontre également une augmentation de ces fantasmes dans les 2 mois suivant l'arrêt du traitement ; d'où la nécessité d'une surveillance accrue dans les mois suivant l'arrêt du traitement. (111)

La Haute Autorité de Santé recommande une durée minimale de traitement par hormonothérapie de 3 à 5 ans ; durée qui peut, dans certains cas et sur évaluation clinique, se prolonger bien plus longtemps si nécessaire. (83)

Nous allons maintenant détailler les modes d'action, les indications et les modalités de prescription associées à chaque grande ligne de traitement à savoir : les inhibiteurs de recapture de la sérotonine, l'hormonothérapie par anti-androgènes et l'hormonothérapie par analogues agonistes de la GnRH.

1) Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine

Les antidépresseurs et particulièrement les inhibiteurs de recapture de la sérotonine n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication de la prise en charge des patients présentant une paraphilie.

Cependant, de nombreuses études internationales ont démontré une bonne efficacité de ces traitements dans cette indication. Ces études présentent néanmoins des limites méthodologiques puisque les patients étudiés présentent des paraphilies différentes dont le diagnostic n'est pas toujours clairement posé, la durée du suivi est très variable selon les études, tout comme les critères d'évaluation. (107) (112) (113)

Les principaux effets décrits seraient une réduction voire une inhibition des comportements sexuels problématiques. Les IRS les plus utilisés chez les patients paraphiles seraient la fluoxétine, la sertraline, la paroxétine et la fluvoxamine. Ils sont utilisés aux doses recommandées dans le syndrome dépressif mais la posologie peut être majorée jusqu'à atteindre les doses utilisées dans le trouble obsessionnel compulsif. Leur utilisation a l'avantage de présenter des effets secondaires moins fréquents et généralement moins sévères que ceux des traitements hormonaux.

Des auteurs canadiens comme Bradford, Fedoroff et Kafka recommandent par ailleurs l'utilisation des IRS dans le cas de patients présentant une paraphilie modérée associée à un faible risque de passage à l'acte. Ils recommandent également ces traitements chez les patients qui présentent une comorbidité psychiatrique de type anxio-dépressive ou un trouble obsessionnel compulsif. Ces données sont corroborées par la Haute Autorité de Santé dans ses recommandations de bonne pratique sur « la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans » datant de juillet 2009. (114) (115) (116) (83)

2) Hormonothérapie par anti-androgènes

a) Mode d'action

L'acétate de cyprotérone (Androcur^R), à la posologie de 100mg, est le seul traitement anti-androgénique à posséder une l'Autorisation de Mise sur le Marché (en juillet 2005) dans la prise en charge d'une paraphilie. Son indication est « modulation des pulsions sexuelles chez les hommes adultes atteints de déviations sexuelles »

Il s'agit d'un stéroïde, analogue de la progestérone, dont l'action principale est le blocage des récepteurs périphériques de la testostérone, par fixation directe. Ainsi, la capture intracellulaire de la testostérone nécessaire à la métabolisation est inhibée.

L'acétate de cyprotérone est également un inhibiteur compétitif de la liaison entre la testostérone et son principal métabolite actif, la dihydrotestostérone, sur les récepteurs périphériques situés notamment au niveau cérébral ou testiculaire.

De plus, l'activité progestative de l'acétate de cyprotérone entraîne une inhibition de la sécrétion de GnRH au niveau hypothalamique, et une diminution de la libération de LH par l'hypophyse, par rétrocontrôle négatif.

Au cours du traitement, le taux de testostérone plasmatique n'est que modérément diminué, et cela de façon inconstante (117)

Ce traitement n'est disponible qu'en forme de comprimé à prise orale. Il n'existe donc pas de forme retard ce qui peut en limiter l'observance. L'effet du traitement est complètement réversible 1 à 2 mois après l'arrêt de celui-ci. (83) (112)

b) Contre-indications, bilan pré-thérapeutique, effets secondaires

Les contre-indications à l'utilisation de l'acétate de cyprotérone sont :

- Psychose ou épisode dépressif majeur non stabilisé (des précautions d'emploi sont nécessaires en cas de pathologie psychiatrique stable)
- Pathologie hépatique sévère
- Puberté ou croissance osseuse non terminée
- Antécédents personnels ou familiaux de maladie thromboembolique
- Tuberculose
- Syndrome de Dubin-Johnson (maladie hépatique héréditaire bénigne, caractérisée cliniquement par une hyperbilirubinémie chronique à prédominance conjuguée et, histologiquement, par un dépôt de pigment brun noir dans les cellules parenchymateuses hépatiques.)
- Syndrome de Rotor (maladie hépatique héréditaire bénigne, caractérisée par une hyperbilirubinémie chronique à prédominance conjuguée, sans hémolyse ni anomalies histologiques hépatiques)
- Cachexie
- Drépanocytose
- Diabète sévère
- Intolérance génétique au galactose
- Syndrome de malabsorption du glucose et du galactose
- Déficit en lactase

Les principaux effets secondaires de l'acétate de cyprotérone sont :

- Gynécomastie dans 20% des cas
- Hépatotoxicité
- Complications thromboemboliques
- Syndrome dépressif
- Prise de poids
- Perte osseuse si traitement prolongé

Avant toute introduction du traitement, il est indispensable d'effectuer un interrogatoire et un examen clinique complet de manière à rechercher toute contre-indication au traitement. Le bilan pré-thérapeutique minimal recommandé par la Haute Autorité de Santé comprend un bilan hormonal induisant au minimum un dosage de

testostérone, de LH et de TEBG (Testosterone Binding Globulin), ainsi qu'un bilan hépatique complet. L'ostéodensitométrie est également recommandée pour tout patient de plus de 50 ans.

La surveillance du traitement comprend essentiellement le contrôle du bilan hépatique. Il n'est pas recommandé de poursuivre ce traitement au-delà de 2 ans. (83)

c) Hormonothérapie par analogues agonistes de la GnRH

i. Mode d'action

La triptoréline (Salvacyl[®]) est le seul analogue de la GnRH ayant l'Autorisation de Mise sur le Marché en France (depuis juillet 2007) dans la prise en charge des paraphilies. Son indication est « la réduction majeure et réversible des taux de testostérone afin de réduire les pulsions sexuelles chez l'homme adulte ayant des déviances sexuelles sévères ».

La triptoréline est un décapeptide de synthèse analogue (ou agoniste) de la GnRH dont l'action est essentiellement hypophysaire et consiste en une augmentation de sécrétion de LH. On retrouve initialement une augmentation transitoire de testostérone, ce qu'on appelle l'effet « flare-up ». Par la suite et par désensibilisation des récepteurs à la GnRH, on obtient une diminution importante de la LH au niveau hypophysaire, par rétrocontrôle négatif, ce qui entraîne une diminution périphérique du taux de testostérone. Les taux de testostérone obtenus sont proches de ceux retrouvés dans les cas de castration physique.

Une autre hypothèse d'action décrite serait que les neurones contenant de la GnRH se projettent également dans d'autres zones cérébrales comme l'amygdale ou le bulbe olfactif, ce qui pourrait avoir une action directe sur le comportement sexuel, indépendamment de l'action sur la chute du taux plasmatique de testostérone.

Au cours du traitement par triptoréline, une diminution des taux de testostérone plasmatique et de LH a été décrite. (104)

La triptoréline est un traitement à action prolongée dont le mode d'administration consiste en une injection intramusculaire toutes les 12 semaines. Cette galénique apporte la garantie d'une meilleure observance qu'un traitement nécessitant une prise orale quotidienne. En raison de l'effet flare-up et de l'augmentation initiale et transitoire du taux de testostérone circulant, il est nécessaire

d'associer un traitement anti-androgénique par acétate de cyprotérone lors de l'initiation de la triptoréline (2 semaines avant la 1^{ère} injection et poursuite durant les 2 semaines suivantes). L'effet du traitement est réversible à l'arrêt de celui-ci. (83) (112)

ii. Contre-indications, bilan pré-thérapeutique, effets secondaires

Les contre-indications à l'utilisation de la triptoréline sont :

- Ostéoporose sévère non traitée
- Non-achèvement de la puberté
- Non achèvement de la croissance osseuse

Les principaux effets secondaires décrits lors du traitement par triptoréline sont :

- Bouffées de chaleur
- Apparition d'un syndrome dépressif
- Déminéralisation osseuse

De plus, le mode d'administration de la triptoréline, à savoir une injection toutes les 12 semaines, impose une recherche de contre-indication à la réalisation d'une injection intramusculaire, c'est-à-dire essentiellement la recherche d'un trouble de la coagulation.

De plus, le bilan pré-thérapeutique comporte un bilan hormonal comprenant au minimum un dosage de testostérone libre, de TEBG et de LH. Il est également recommandé de réaliser de façon systématique une ostéodensitométrie osseuse chez tous les patients âgés de plus de 50 ans. Ce bilan sera précédé d'un interrogatoire et d'un examen clinique complet à la recherche de contre-indication l'instauration du traitement.

La surveillance comprend la réalisation d'une ostéodensitométrie annuelle, ou au moins biannuelle. Si les valeurs de densité osseuse deviennent pathologiques, un avis rhumatologique est préconisé. Le contrôle biologique du taux de testostérone n'est pas recommandé en pratique, sauf s'il existe des doutes sur une consommation parallèle de testostérone. (83)

d) Algorithme de traitement en 6 niveaux (WFSBP)

En 2010, The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) a élaboré un guide de recommandations de prise en charge internationale à destination des praticiens ayant posé le diagnostic de paraphilie. Le but de ce guide est d'apporter une aide aux choix thérapeutiques. Bien sûr, les traitements ne sont jamais prescrits seuls mais s'inscrivent dans le cadre d'une prise en charge globale intégrant également des interventions psychothérapeutique et psychosociale. Ce guide provient de l'analyse de nombreuses études scientifiques menées de 1969 à 2009. Pour chaque étude, le niveau de preuve scientifique a été pris en considération. De ce long travail d'analyse de données scientifiques, a été conçu un algorithme de prise en charge médicamenteuse des patients paraphiles en 6 niveaux présenté en

Annexe 1

Pour chaque traitement instauré, il est recommandé de prendre en compte l'efficacité potentielle, l'absence de contre-indication, la tolérance et la faisabilité ; en fonction de l'état clinique global du patient.

Les principaux buts du traitement des paraphilies, selon la WFSBP, sont :

- Le contrôle des fantasmes sexuelles déviantes et des comportements sexuels déviants pour diminuer le risque de récurrence
- Le contrôle des envies sexuelles irrépressibles
- La diminution du niveau de détresse associée à la paraphilie

En dehors de la psychothérapie proposée dans le cadre de la paraphilie, et lorsqu'il y a indication à un traitement médicamenteux associé, le choix du traitement va dépendre :

- Des antécédents médicaux du patient
- De l'observance du patient
- De l'intensité des fantasmes sexuelles déviantes
- Du risque de passage à l'acte sexuel

Il est nécessaire avant toute initiation d'un traitement médicamenteux dans le cadre d'une paraphilie, de traiter les comorbidités associées, notamment sur le plan psychiatrique. (34) (83)

IV. Prise en charge et prévention de la récidive

Nous avons démontré tout au long des chapitres précédents qu'être pédophile n'incluait pas nécessairement l'existence d'un passage à l'acte d'ordre sexuel. Néanmoins, la mise en acte de pulsions pédophiliques n'étant pas une notion anecdotique, il nous semble indispensable d'évoquer la dimension associée à la prévention de la récidive dans le cadre de la prise en charge globale de certains de nos patients.

C'est pourquoi, dans ce chapitre où l'implication de la justice est omniprésente, nous nous intéresserons spécifiquement aux personnes ayant commis des infractions à caractère sexuel et ayant été condamnées pour ces faits.

Il nous semble également important de rappeler qu'en France le soin dépend du Ministère de la Santé et la prévention de la récidive, du Ministère de la Justice. Cependant, la prise en charge globale de ces patients n'est pas dichotomique et la frontière peut parfois être un peu floue. Ainsi, l'objectif principal des soignants, face à cette population, est avant tout de tenter de faire décroître leur souffrance et d'améliorer leur qualité de vie ; ce qui peut impacter favorablement la prévention de la récidive mais ceci ne sera considéré que comme un bénéfice secondaire.

Dans un premier temps, nous aborderons quelques données épidémiologiques concernant la récidive au sein de la délinquance générale puis au sein de la population de délinquants sexuels, pour ensuite s'intéresser aux principaux facteurs de risque associés à la récidive. Enfin, nous développerons un modèle théorico-pratique d'utilisation courante au Canada, dont l'efficacité en termes de prévention de la récidive a été démontrée.

A. Epidémiologie

En France, une grande étude nationale de Kensey et Benaouda, parue en 2011 et issue du Ministère de la Justice a analysé une cohorte de 6910 détenus incarcérés pour des motifs divers, et libérés entre le 1^{er} juin 2002 et le 31 décembre 2002. Le motif d'incarcération initial a été recensé sur la fiche pénale. Ces dernières ont été reconsultées ainsi que le bulletin n°1 du casier judiciaire après une période d'observation de 5 ans pour évaluer le taux de récidive. (118)

Les résultats montrent que le taux de récidive générale est de 59% dans les 5 ans qui suivent la libération. De façon plus spécifique, on constate que les délinquants sexuels récidivent moins que les autres types de délinquants. Ces données coïncident avec d'autres études internationales qui retrouvaient également un taux de récidive plus faible chez la sous-catégorie de délinquants sexuels. Ici, dans les 5 ans suivant la sortie d'incarcération, les sujets initialement condamnés pour viol sur mineur récidivent à hauteur de 19%. A titre d'exemple, ce taux est de 39% après un viol sur adulte, 74% après un vol simple et 76% après des coups et blessures volontaires. (118) (119) (120) (121)

Mais parmi une population de délinquants sexuels, qu'en est-il du type de récidive ? Pour répondre à cette question, nous allons nous appuyer sur la méta-analyse de Hanson et Morton, menée en 2004 et dont l'objectif principal est l'étude des facteurs prédictifs de la récidive parmi une population de délinquants sexuels. La période de suivi moyenne était de 5 à 6 ans. Cette méta-analyse concerne 95 études internationales englobant au total 31 216 délinquants sexuels. Les résultats ont montré chez cette population : (119)

- Un taux de récidive sexuelle à 13,9% (n= 20 440, 84 études)
- Un taux de récidive générale à 36,9% (n=13 196, 86 études)
- Un taux de récidive violente (sexuelle ou non sexuelle) à 25% (n= 12 542, 34 études)
- Un taux de récidive non sexuelle avec violence à 14% (n=7 444, 27 études)

B. Facteurs prédictifs de la récidive chez les délinquants sexuels

Ce chapitre repose en partie sur les résultats de la méta-analyse de Hanson et Morton de 2004, dont les modalités ont été rappelées précédemment. Une première version de cette méta-analyse était déjà parue en 1998 et a été approfondie par la méta-analyse de 2004. (119) (79).

Concernant la récidive sexuelle, on retrouve la déviance sexuelle ($d=0,30$) parmi laquelle on peut distinguer l'intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants ($d=0,33$), tout intérêt sexuel déviant ($d=0,31$), les intérêts pédophiliques ($d=0,21$) et les préoccupations sexuelles ($d=0,39$). Les indicateurs de l'orientation antisociale comme le trouble de personnalité antisociale, les traits antisociaux ou les antécédents de violation de règles, sont également associés de manière significative à la récidive sexuelle. Par contre, il n'a pas été retrouvé de relation statistiquement significative entre la récidive sexuelle et les antécédents de victimation sexuelle dans l'enfance. De même, aucun signe clinique tels que le manque d'empathie, la tendance à la minimisation des faits ou le manque de motivation au traitement n'entretenait de relation statistiquement significative avec la récidive sexuelle. (119)

Concernant la récidive non sexuelle avec violence et la récidive générale, on retrouve chez cette population de délinquants sexuels des facteurs prédictifs en lien avec une orientation antisociale. (119)

Les conclusions de cette étude mettent en avant que les intérêts sexuels déviants et l'orientation antisociale sont des facteurs prédictifs importants de la récidive. De façon plus spécifique, les délinquants présentant des intérêts sexuels déviants sont les plus susceptibles de réitérer des infractions à caractère sexuel, notamment ceux qui présentent un intérêt sexuel à l'égard des enfants et des intérêts paraphiliques. (119)

Cependant, Hanson et al. en 2007 ont démontré qu'au-delà du lien important entre agression sexuelle et intérêt sexuel déviant, c'est le degré de préoccupation sexuelle qui est lié à la récidive sexuelle. Ces préoccupations sexuelles correspondent à un recours important à la masturbation, à la pornographie et aux rapports sexuels impersonnels (recours à la prostitution par exemple). (122) (59) (119)

Enfin, on retrouve également une relation entre l'agression sexuelle et les mécanismes auxquels ont recours les agresseurs sexuels pour gérer leur humeur. Le recours à une sexualité autant déviante que non déviante constitue un mécanisme d'adaptation aux situations difficiles et aux conflits ; ce qui est significativement associé au risque de récidive sexuelle. (122) (123) (59)

C. Un modèle théorico-pratique de prévention de la récidive : le modèle « R-B-R » ou « Risque-Besoins-Réceptivité »

Au Canada, le modèle « R-B-R » ou modèle Risque-Besoins-Réceptivité constitue l'approche privilégiée dans la prise en charge de la prévention de la récidive chez les délinquants sexuels. Bien que le risque zéro n'existe pas, l'application de ce modèle a permis une réduction de la récidive générale, de la récidive violente et de la récidive sexuelle. (124) (125) (126) (127) (128) (129)

L'utilisation de ce modèle de prévention implique que le risque soit correctement évalué et que les interventions se centrent sur les facteurs dont le lien avec la récidive a été scientifiquement prouvé. Ce modèle se repose sur l'application de 3 principes : le principe du risque, le principe des besoins et le principe de la réceptivité. (124)

Le principe du risque implique l'évaluation du risque pour adapter l'intensité de la prise en charge. Il a été démontré qu'un déséquilibre entre l'importance du risque de récidive et l'intensité des interventions n'entraîne pas de diminution de la récidive et peut même au contraire l'augmenter, ce qui témoigne de l'importance de l'évaluation du risque et de la fiabilité des outils d'évaluation. (130)

Le principe des besoins consiste en l'évaluation des besoins criminogènes. Il faut distinguer les facteurs prédictifs du risque de récidive qui sont statiques et donc non modifiables, des facteurs dynamiques ou « besoins criminogènes » qui eux, sont susceptibles d'évoluer, notamment suite à une intervention. L'intérêt sexuel déviant, les préoccupations sexuelles ou les modalités de gestion des conflits sont des facteurs dynamiques sur lesquels une intervention peut se justifier. (122)

Enfin, le principe de réceptivité implique que les interventions et leurs modalités soient adaptées aux capacités et aux caractéristiques des sujets. La réceptivité générale met en avant la supériorité des interventions cognitivo-comportementales, notamment celles centrées sur l'apprentissage social. La réceptivité spécifique sous-entend que le choix des stratégies doit être adapté à un individu et prendre en compte des dimensions comme sa personnalité, ses ressources, ses vulnérabilités et sa motivation. (129) (130) (131)

En termes d'impact sur le taux de récidive, le respect des différents principes permet une efficacité cumulative. Bonta et Andrews, en 2007, ont démontré que : (132)

- Le respect d'un seul principe permet une réduction de la récidive de 2%
- Le respect de deux principes permet une réduction de la récidive de 18%
- Le respect des trois principes permet une réduction de la récidive de 26%

Néanmoins, même si le modèle R-B-R permet une réduction significative du risque de récidive, la souffrance de l'individu et sa qualité de vie ne sont pas prises en considération par ce modèle, ce qui renforce la divergence d'objectifs entre le soin et la justice.

D. SSPI et évaluation du risque de récidive

Dans la littérature, on retrouve plusieurs études qui ont démontré l'existence d'une corrélation entre le SSPI et la récidive, par le biais d'utilisation d'outils validés d'évaluation du risque de récidive. Dans l'étude de 2004 "The screening scale for pedophilic interests predicts recidivism among adult sex offenders with child victims", il a été démontré qu'il existe: (80)

- Une corrélation forte entre le SSPI 1 et le RRASOR (Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism), outil d'évaluation du risque de récidive sexuelle.
- Une corrélation modérée entre le SSPI 1 et le STATIC 99 (outil d'évaluation du risque de récidive sexuelle)
- Une corrélation modérée entre le SSPI 1 et le VRAG (Violence Risk Appraisal Guide), outil d'évaluation du risque de récidive violente.
- Une corrélation modérée entre le SSPI 1 et le SORAG (Sex Offender Risk Appraisal Guide), outil d'évaluation du risque de récidive sexuelle utilisé en Belgique dans le cadre de la recherche

Il existe une corrélation entre le SSPI 1 et la récidive violente, et spécifiquement la récidive sexuelle. (80)

Dans l'étude de 2015 « The revised Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI 2) : Development and Criterion-Related Validation », il apparaît que le SSPI 1 comme le SSPI 2 sont corrélés à la prédiction du risque de récidive sexuelle et violente. (75)

Dans l'étude de 2015 « The revised Screening Scale for Pedophilic Interests : Predictive and Concurrent validity », il est démontré l'existence d'une bonne corrélation entre les SSPI 1 et 2 et la récidive sexuelle, mais cette corrélation reste moins forte que celle entre le STATIC 99R et la récidive sexuelle. (82)

Le SSPI 1 et le SSPI 2 sont des prédicateurs significatifs de la récidive sexuelle à 5 ans et à tout moment. Il n'y a pas de corrélation entre le SSPI 1 ou le SSPI 2 et la récidive générale. Les SSPI 1 et 2 sont donc des outils spécifiques de la récidive sexuelle.

PARTIE EMPIRIQUE

I. Rappel du contexte et des objectifs de l'étude

A. Contexte

Le nombre d'infractions à caractère sexuel sur mineurs de moins de 15 ans est un important problème de santé publique autant en France que sur le plan international. Parmi les auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineurs de moins de 15 ans, peu de données sont disponibles sur la prévalence de la pédophilie, notamment en France ; et l'amalgame entre auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineurs de moins de 15 ans et pédophiles est encore trop fréquent.

Malgré les résultats d'études canadiennes et américaines ayant démontré la validité de la pléthysmographie pénienne dans l'évaluation de l'index pédophilique, index corrélé à l'intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants, son utilisation en pratique reste difficile, onéreuse et controversée, notamment sur le plan éthique. L'objectif principal de cette étude est de tester la validité d'une échelle utilisant des critères criminologiques obtenus sur dossiers pénaux : le Screening Scale for Pedophilic Interests ou SSPI, pour évaluer l'existence d'un intérêt pédophilique lorsque la pléthysmographie pénienne est non réalisable. L'étude se déroule auprès d'une population adulte masculine d'auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineurs de moins de 15 ans actuellement incarcérés pour ces faits. (42)

Nous souhaitons proposer la validation exploratoire d'un nouvel outil d'hétéro-évaluation de l'intérêt pédophilique dont l'utilisation est facile, rapide, peu onéreuse et facilement reproductible. Les implications potentielles attendues seraient de pouvoir proposer un accès à des soins plus précoces et surtout plus spécifiques de ce type de paraphilie, aux sujets dont la présence d'un intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants aurait été mis en évidence par cet outil.

B. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude est de démontrer la validité exploratoire du SSPI dans une population carcérale d'auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineurs de moins de 15 ans, par l'évaluation des qualités psychométriques de l'outil dont la consistance interne et la fiabilité inter-juges. L'hypothèse principale est qu'un score SSPI élevé (4 ou 5) permettrait d'affirmer la présence d'un intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants, et par extension, permettrait d'évaluer la probabilité élevée de la présence du diagnostic de pédophilie.

C. Objectifs secondaires

Le premier objectif secondaire est d'évaluer l'existence de facteurs corrélés au SSPI en validant ou non les hypothèses suivantes, dont les 4 premières ont également été testées dans la littérature : (80)

- Le niveau d'étude faible est corrélé à un score SSPI élevé.
- L'âge élevé de l'auteur au moment des faits est corrélé à un score SSPI élevé.
- L'existence d'antécédents judiciaires sexuels est corrélée à un score SSPI élevé.
- L'existence d'antécédents judiciaires non sexuels n'est pas corrélée au score SSPI.
- La durée prolongée des faits lorsque qu'il s'agit de faits est corrélée à un score SSPI élevé.
- Plus le nombre de victimes de sexe masculin est important, plus le score SSPI est élevé
- Plus le nombre de victimes de sexe féminin est important, plus le score SSPI est élevé

Les hypothèses concernant la durée des faits et le nombre de victimes masculines et féminines sont des hypothèses originales.

Le deuxième objectif secondaire est d'évaluer la possibilité d'utilisation du SSPI 2 en vérifiant si les données nécessaires à la cotation du critère supplémentaire sont disponibles et exploitables.

II. Matériel et méthode

A. Type d'étude

Cette étude est une enquête épidémiologique descriptive, rétrospective, monocentrique et transversale.

B. Description de l'étude

1) Déroulement général

Cette étude s'est déroulée au Centre de Détention de Bapaume qui n'accueille que des détenus condamnés, et donc aucun détenu prévenu. Nous avons choisi spécifiquement ce centre du fait de sa spécialisation dans l'accueil des auteurs d'infraction à caractère sexuel.

Nous avons été deux investigateurs à recueillir indépendamment les données. Le recueil s'est effectué sur une période de deux mois : de mai 2016 à début juillet 2016, à la hauteur de 8 demi-journées.

Après présentation du protocole de recherche en mars 2016 à la direction de l'établissement de Bapaume et à la chef du service pénitencier de probation et d'insertion, nous avons obtenu leur accord pour mettre en place notre étude. Le recueil de données s'est déroulé au sein du greffe de l'établissement où nous avons eu accès aux pièces pénales nécessaires à la cotation du questionnaire pour les sujets inclus. Les supports utilisés ont été : la fiche pénale, le réquisitoire définitif, le bulletin 1 du casier judiciaire et les expertises psychologiques et/ou psychiatriques lorsqu'elles étaient présentes.

15 dossiers sur l'ensemble des dossiers évalués ont été cotés indépendamment par les deux investigateurs de manière à pouvoir évaluer la fiabilité inter-juge de l'outil.

2) Questionnaire de recueil de données

Le questionnaire rempli pour chaque dossier est présenté en annexe.

Il permet le recueil de données relatives :

- A la cotation des scores SSPI 1 et SSPI 2
- A la description sociodémographique de la population (âge actuel, niveau d'étude, statut marital et nombre d'enfants)
- A la description des victimes de moins de 15 ans associées à cette population (nombre, âge et sexe)
- A la caractérisation de l'infraction à caractère sexuel (unique ou répétée, durée de l'infraction lors des faits répétés)
- Aux antécédents judiciaires non sexuels et sexuels (infraction(s) sexuelle(s) sur personne(s) mineure(s), sur personne(s) majeure(s) ou sur les deux).

Le critère « niveau d'étude » est défini par 4 catégories : niveau primaire, niveau collège, niveau lycée/BEP/CAP, niveau études supérieures.

Le critère « statut marital » est défini par 5 catégories : marié/pacsé, veuf, divorcé, célibataire ou en concubinage.

C. Description des outils

1) SSPI 1

L'échelle s'applique aux auteurs de délits sexuels sur mineurs de moins de 14 ans. Il s'agit de critères criminologiques.

Ces critères sont les suivants :

- Au moins une victime est de sexe masculin *oui=2, non=0*
- Au moins une victime est âgée de 11 ans ou moins *oui=1, non=0*
- Il existe plus d'une victime *oui=1, non=0*
- Au moins une victime est non apparentée à l'auteur *oui=1, non=0*

Concernant le 4^e critère, une victime est définie comme extra-familiale ou non apparentée à l'auteur du délit sexuel si elle n'est :

- Ni un fils, ni une fille
- Ni un beau-fils, ni une belle-fille
- Ni un neveu, ni une nièce,

- Ni un petit-fils, ni une petite-fille
- Ni un cousin, ni une cousine au premier degré

Le score est coté de 0 à 5.

L'interprétation des résultats est celle-ci :

- SSPI= 0 ou 1 : absence d'intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants
- SSPI= 2 ou 3 : possible présence d'un intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants
- SSPI= 4 ou 5 : présence d'un intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants.

Cette échelle mise en point et validée entre 2001 et 2004 par Seto, Lalumière et al., concerne les auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineurs de moins de 14 ans puisque jusque mars 2008, l'âge légal de la majorité sexuelle au Canada était de 14 ans. (42) (80)

Dans notre étude, en nous appuyant sur la législation française, nous avons choisi une population d'auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineurs de moins de 15 ans, l'âge de la majorité sexuelle étant en France fixé à 15 ans. De plus, ce critère a également été relevé à 15 ans dans la seconde version du SSPI présentée ci-dessous.

2) SSPI 2

Cette échelle a été mise au point et validée par Seto, Stephens, Lalumière, Cantor en 2015. Elle s'applique aux auteurs de délits sexuels sur mineurs de moins de 15 ans.

Les critères qui la composent sont les suivants :

- Au moins une des victimes est de sexe masculin *oui=1, non=0*
- Au moins une des victimes est âgée de 11 ans ou moins *oui=1, non=0*
- Il existe plus d'une victime *oui=1, non=0*
- Au moins une des victimes est non apparentée à l'auteur *oui=1, non=0*

- L'auteur admet ou a déjà été condamné à une infraction en lien avec du matériel pédopornographie (possession, distribution ou production) *oui=1, non=0*

La définition d'une victime non apparentée à l'auteur est identique à celle utilisée pour le SSPI 1. (75)

Le score est coté de 0 à 5.

L'interprétation des résultats est celle-ci :

- SSPI= 0 ou 1 : absence d'intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants
- SSPI= 2 ou 3 : possible intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants
- SSPI=4 ou 5 : présence d'un intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants

Dans notre étude, puisque les données sont recueillies dans un dossier et non pas suite à un entretien avec le sujet, nous avons choisi de coter le critère relatif à la pédopornographie comme présent uniquement lorsque le sujet a été condamné à une infraction en lien avec du matériel pédopornographique ou lorsque l'usage y est évoqué dans les expertises psychiatriques et psychologiques.

D. Description des sujets

1) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de notre étude étaient les suivants :

- Homme âgé de plus de 18 ans au moment de l'étude
- Homme âgé de plus de 16 ans au moment des faits
- Condamnation actuelle pour infraction à caractère sexuel sur mineurs de moins de 15 ans
- Victime(s) âgée(s) de moins de 15 ans
- Ecart d'âge entre l'auteur et la victime supérieur ou égal à 5 ans

2) Critères de non inclusion

Dans notre étude, les critères de non-inclusion étaient :

- Détenu prévenu en attente de jugement, du fait de la présomption d'innocence
- Homme âgé de moins de 18 ans au moment de l'étude
- Homme âgé de moins de 16 ans au moment des faits
- Victime(s) uniquement âgée(s) de plus de 15 ans
- Ecart d'âge entre l'auteur et la victime inférieur à 5 ans
- Opposition du sujet à l'utilisation de ses données propres

3) Description de la population

L'échantillon initial comportait 154 sujets. Parmi eux, 39 ont refusé la participation à l'étude et 5 ne respectaient pas les autres critères d'inclusion : 3 sujets présentaient un écart d'âge inférieur à 5 ans avec la victime, et 2 sujets étaient âgés de moins de 16 ans au moment des faits. Au total, 110 sujets ont été inclus dans notre étude.

Au moment de l'étude, l'âge moyen des sujets était de 52 ans avec un écart type de 11,72. L'âge minimal était de 24 ans et l'âge maximal était de 80 ans : $51,97 \pm 11,72$ [24 ;80]. L'information était connue pour tous les sujets.

Un peu moins de la moitié d'entre eux étaient en couple de manière stable : 28% étaient mariés ou pacsés, 18,7% étaient en concubinage ; 24,3% étaient divorcés, 26,2% étaient célibataire et 2,8% étaient veufs. L'information était connue pour 107 des 110 sujets.

Le nombre moyen d'enfant(s) par sujet était de 2,8 avec un écart type de 2,42 : $2,77 \pm 2,42$ [0 ;10]. 28 sujets n'avaient pas d'enfants déclarés. L'information était connue pour 107 des 110 sujets.

Concernant le niveau d'étude, 18,1% avaient un niveau équivalent à l'école primaire, 26,7% avaient un niveau équivalent au collège, 53,3% avaient un niveau équivalent au lycée, au BEP ou au CAP, et 1,9% avaient un niveau équivalent aux études supérieures. L'information était connue pour 105 des 110 sujets.

L'âge moyen au moment des faits était de 36 ans et 4 mois avec un écart type de 10,98. L'âge minimal au moment des faits était de 16 ans et l'âge maximal était de 74 ans : $36,21 \pm 10,98$ [16 ;74]. L'information était connue pour tous les sujets.

12% des sujets ont commis un acte unique alors que 88% des sujets ont commis des actes répétés. Concernant les 88% ayant commis des actes répétés (N=98), la durée moyenne des faits était de 65 mois soit 5 ans et 5 mois avec un écart type de 55,66. La durée minimale des faits était de 1 mois et la durée maximale était de 288 mois : $64,76 \pm 55,66$ [1 ;288]. L'information a été renseignée pour chaque participant.

76,4% des sujets n'avaient aucun antécédent d'infraction à caractère sexuel connu. 20% avaient un antécédent d'infraction à caractère sexuel sur mineur(s). 1,8% avaient un antécédent d'infraction à caractère sexuel sur majeur(s). 1,8% avaient un antécédent d'infraction à caractère sexuel à la fois sur mineur(s) et sur majeur(s). L'information était connue pour tous les sujets.

30% des sujets inclus présentaient des antécédents d'infraction non sexuelle contre 70 % qui n'en présentaient aucun. L'information était connue pour 109 des 110 sujets inclus.

4) Description des victimes de la population étudiée

208 victimes de moins de 15 ans sont associées aux 110 auteurs d'infraction à caractère sexuel inclus dans notre étude.

Parmi ces victimes, 24,5 %, soit 51 victimes étaient des garçons et 75,5% soit 157 victimes étaient des filles.

L'âge moyen de l'ensemble des victimes était de 9 ans avec un écart type de 3,36. L'âge minimal était de quelques mois et l'âge maximal était de 14 ans : $9,06 \pm 3,36$ [0 ;14]. L'âge retenu pour chaque victime est celui associé au début des faits.

Concernant les 51 victimes de sexe masculin, l'âge moyen était de 8 ans et 1 mois avec un écart type de 3,49. L'âge minimal des victimes masculines était de quelques mois et l'âge maximal de 14 ans : $8,08 \pm 3,49$ [0 ;14].

Concernant les 157 victimes de sexe féminin, l'âge moyen était de 9 ans et 4 mois avec un écart type de 3,26. L'âge minimal des victimes féminines était de quelques mois et l'âge maximal de 14 ans : $9,38 \pm 3,26$ [0 ;14].

Nous ne disposons à ce jour en France de peu de données descriptives victimologiques relatives aux auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineur de moins de 15 ans, ce qui justifie selon nous ce recueil de données. La répartition de ces données est présentée en annexe 3.

E. Information des sujets

Chaque sujet a reçu une lettre d'information concernant les modalités, dont le respect de l'anonymat, et les objectifs de cette étude, et a pu disposer d'un délai d'un mois et demi pour pouvoir émettre par courrier leur éventuel refus, par le biais de la collaboration de la chef du service pénitencier d'insertion et de probation.

F. Analyse statistiques des données

L'analyse statistique des données a été effectuée sur une période de 3 semaines, de fin août 2016 à début septembre 2016. Elle a été réalisée par les deux investigateurs au sein de l'URSAVS par le biais du logiciel de statistique IBM SPSS Statistics version 22.

III. Résultats

Nous avons choisi volontairement de regrouper les scores selon leur interprétation de la manière suivante :

- Score SSPI 1 = 0 ou 1 : niveau 1
- Score SSPI 1 = 2 ou 3 : niveau 2
- Score SSPI 1 = 4 ou 5 : niveau 3

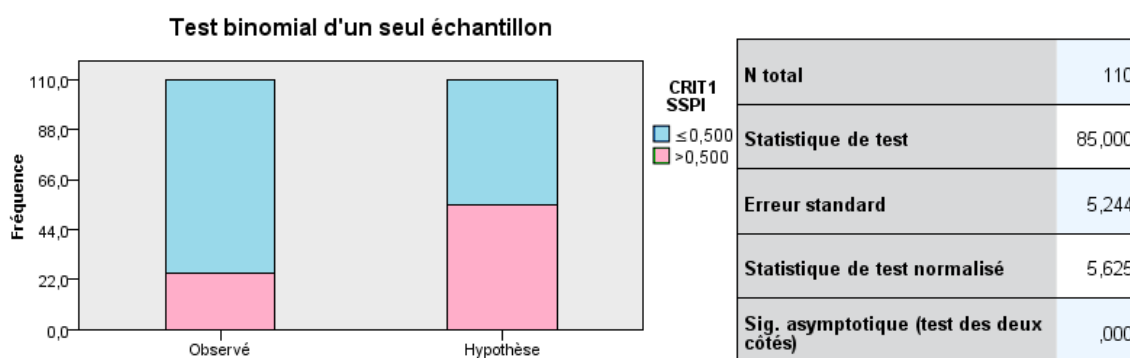
-

A. SSPI 1

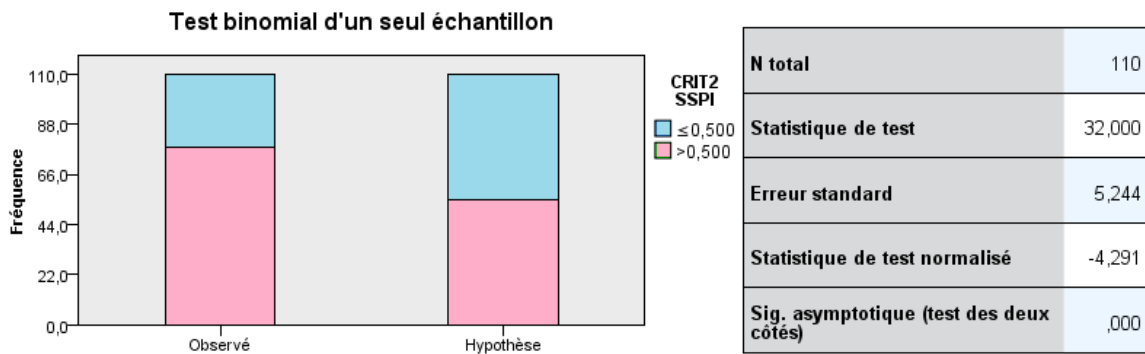
Répartition selon les critères du score SSPI 1

Les informations nécessaires à la cotation du SSPI 1 ont été disponibles pour l'ensemble des sujets de l'étude.

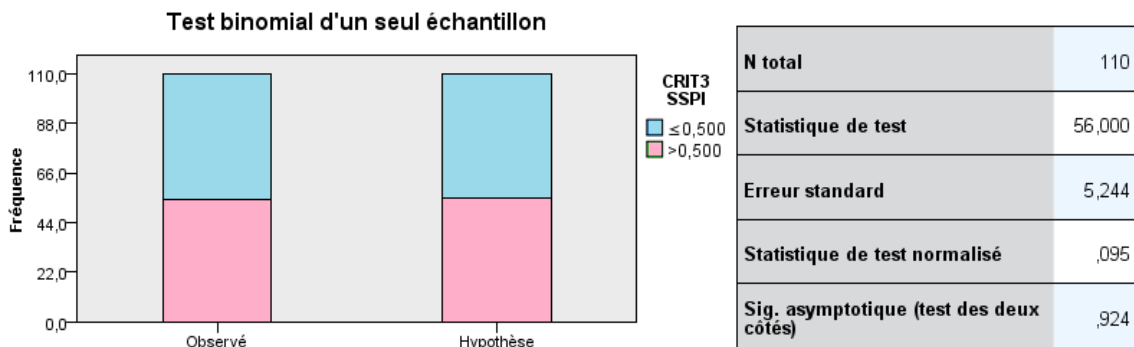
23% des sujets inclus présentaient au moins une victime de moins de 15 ans de sexe masculin. Nous avons réalisé un test non paramétrique pour comparer des pourcentages. Il y a statistiquement moins de sujets ayant une victime de sexe masculin que de sujets n'en ayant pas. Le seuil de significativité est important ($p=0,000$).



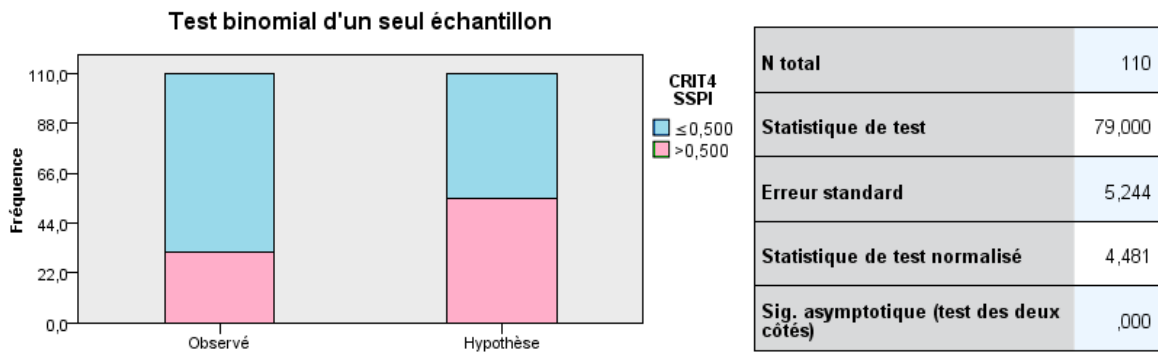
29% des sujets inclus avaient au moins une victime de moins de 12 ans. Nous avons réalisé un test non paramétrique de comparaison de pourcentages. Il y a statistiquement moins de sujets ayant au moins une victime de moins de 12 ans que de sujets n'en ayant pas. Le seuil de significativité est important ($P=0,000$).



49% des sujets inclus avaient plus d'une victime de moins de 15 ans. Nous avons réalisé un test non paramétrique de comparaison de pourcentages. Ce critère, dans notre étude, ne différencie pas statistiquement les sujets ayant plusieurs victimes de moins de 15 ans de ceux qui n'en ont qu'une puisque le seuil de significativité est supérieur à 0,05 ($p=0,924$).



28% des sujets inclus avaient au moins une victime de moins de 15 ans extrafamiliale. Nous avons réalisé un test non paramétrique de comparaison de pourcentages. Il y a statistiquement significative moins de sujets présentant au moins une victime extrafamiliale que de sujets dont la ou les victime(s) sont restreintes au cercle familial. Ce critère différencie statistiquement les sujets puisque le seuil de significativité est important ($p=0,000$).



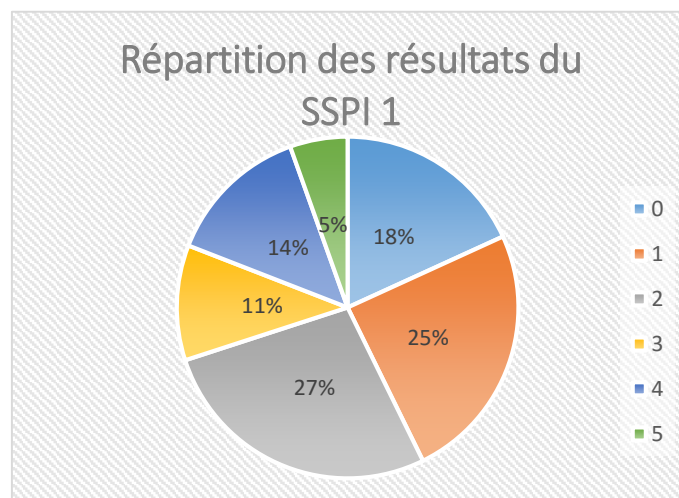
Répartition selon le score total SSPI 1

Le score SSPI 1 moyen est de 2 sur 5 avec un écart type à 1,46 : $1,94 \pm 1,46$ [0 ;5].

18,2% avaient un score égal à 0, 24,5% avaient un score égal à 1, 27,3% avaient un score égal à 2, 10,9% avaient un score égal à 3, 13,6% avaient un score égal à 4 et 5,5% avaient un score égal à 5.

Selon l'interprétation de l'échelle, 42,7% des sujets ne présenteraient pas d'intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants (niveau 1), pour 38,2% des sujets, il n'est pas possible de juger s'il existe un non un intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants (niveau 2) et pour 19,1% des sujets présenteraient un intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants (niveau 3).

Ces résultats sont présentés sur le graphique ci-dessous.



Corrélation de chaque critère avec le score total du SSPI 1

Il existe une corrélation entre le score total du SSPI 1 et chacun des 4 critères le composant. Chaque critère est corrélé positivement et significativement au score total. Comme attendu, le critère le plus fortement corrélé est le critère « sexe masculin » : corrélation = 0,800 ; $p=0,000$. Les résultats retrouvés pour chaque critère sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1

Corrélations score total SSPI 1 et critères

		score total	sexe masculin	victime de 11 ans et moins	plusieurs victimes	victime extra familiale
score total	Corrélation de Pearson	1	,800**	,633**	,706**	,319**
	Sig. (bilatérale)		0,000	0,000	0,000	0,001
	N	110	110	110	110	110
sexe masculin	Corrélation de Pearson	,800**	1	,300**	,335**	0,046
	Sig. (bilatérale)	0,000		0,001	0,000	0,633
	N	110	110	110	110	110
victime de 11 ans et moins	Corrélation de Pearson	,633**	,300**	1	,509**	-0,088
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,001		0,000	0,36
	N	110	110	110	110	110
plusieurs victimes	Corrélation de Pearson	,706**	,335**	,509**	1	0,032
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,000	0,000		0,743
	N	110	110	110	110	110
victime extra familiale	Corrélation de Pearson	,319**	0,046	-0,088	0,032	1
	Sig. (bilatérale)	0,001	0,633	0,36	0,743	
	N	110	110	110	110	110

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Consistance interne

Comme présenté dans le tableau n°2 ci-dessous, le coefficient alpha de Cronbach permettant d'évaluer la consistance interne est ici égal à 0,49. Ce coefficient est faible puisqu'inférieur à 0,70. La consistance interne ce test va donc à l'encontre de l'interprétation d'un concept unidimensionnel. Les résultats sont présentés ci-dessous dans le tableau 2.

Tableau 2

Consistance interne

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	110	100
	Exclue ^a	0	0
	Total	110	100

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,488	4

Fiabilité inter-juges

Sur 15 dossiers ayant bénéficié d'une double cotation par deux examinateurs indépendants, la réalisation d'un test de corrélation a pu mettre en évidence une corrélation non paramétrique importante (coefficient de corrélation de Pearson = 0,974), avec un très haut seuil de significativité : $p = 0,000$. Les résultats sont présentés dans le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3

Corrélations interjuges

		SCOR TOT	SCOR TOT B
SCOR TOT	Corrélation de Pearson	1	,974**
	Sig. (bilatérale)		0
	N	111	15
SCOR TOT B	Corrélation de Pearson	,974**	1
	Sig. (bilatérale)	0	
	N	15	15

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

B. Effets de variablesNiveau d'étude et score SSPI 1

L'hypothèse émise est que plus le niveau d'étude est faible, plus le score SSPI est élevé.

En utilisant un test de corrélation, il n'est pas mis en évidence de corrélation entre le niveau d'étude et le score SSPI 1 puisque le seuil de significativité est égal à 0,504, comme présenté dans le tableau 4 ci-contre :

Tableau 4

Niveau d'étude et score total SSPI

		score total	Etudes
score total	Corrélation de Pearson	1	-0,066
	Sig. (bilatérale)		0,504
	N	110	105
Etudes	Corrélation de Pearson	-0,066	1
	Sig. (bilatérale)	0,504	
	N	105	105

Cette hypothèse est donc rejetée.

Age au moment des faits et score SSPI 1

L'hypothèse émise est que plus le sujet est âgé lors des faits, plus le score SSPI est élevé.

En utilisant un test de corrélation, il n'est pas mis en évidence de corrélation entre l'âge élevé lors des faits et un score SSPI élevé puisque le seuil de significativité est égal à 0,111 comme présenté dans le tableau 5 ci-dessous :

Tableau 5

Âge au moment des faits et score SSPI

		score total	Âge au moment des faits
score total	Corrélation de Pearson	1	-0,154
	Sig. (bilatérale)		0,111
	N	110	109
Âge au moment des faits	Corrélation de Pearson	-0,154	1
	Sig. (bilatérale)	0,111	
	N	109	109

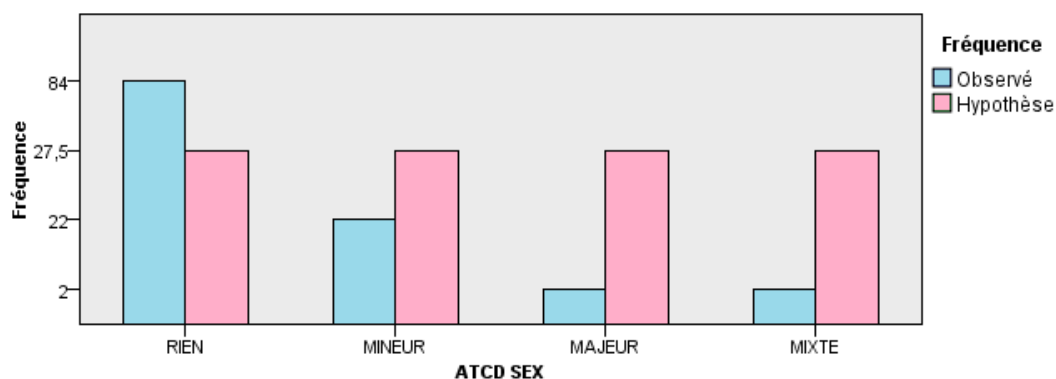
L'hypothèse est donc rejetée.

Antécédents d'infraction à caractère sexuel et score total SSPI 1

L'hypothèse émise est que la présence d'antécédent judiciaire à caractère sexuel est associée à un score au SSPI élevé.

Au niveau de la répartition des sujets de notre échantillon, après réalisation d'un test du khi 2, il existe une différence statistiquement significative entre les sujets présentant un antécédent d'infraction à caractère sexuel, tout type de victime confondu, et les sujets ne présentant aucun antécédent d'infraction à caractère sexuel. Le seuil de significativité est important puisque $p=0,000$. Les résultats sont présentés ci-dessous.

Test du khi-carré d'un seul échantillon



N total	110
Statistique de test	164,473
Degrés de liberté	3
Sig. asymptotique (test des deux côtés)	,000

1. Il y a 0 cellules (0%) avec des valeurs attendues inférieures à 5. La valeur minimale attendue est 27,500.

Cependant, en utilisant un test Anova de comparaison de variances, il est démontré que dans notre étude, l'existence d'antécédent d'infraction à caractère sexuel ne différencie pas le groupe en présentant du groupe n'en présentant pas quant au score SSPI. Les résultats sont présentés ci-dessous dans le tableau 6.

Tableau 6

Score total SSPI et antécédents judiciaires sexuels

Anova

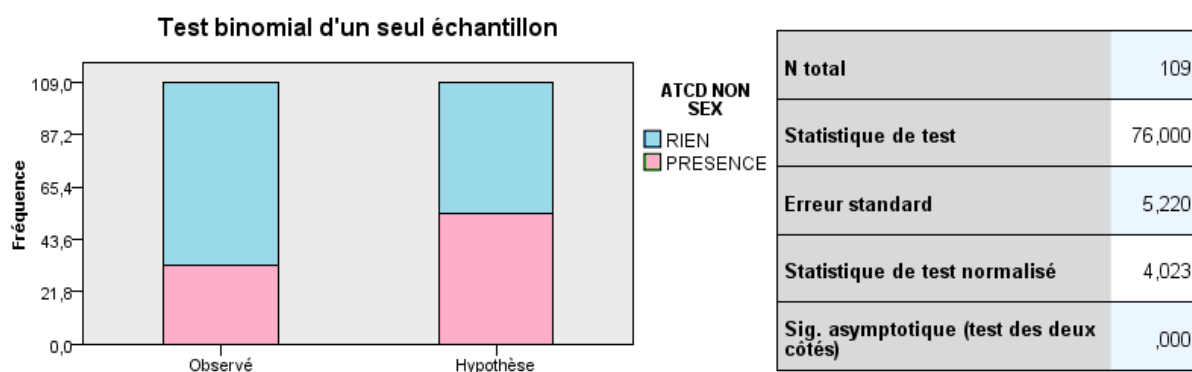
	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	5,203	3	1,734	0,809	0,492
Intragroupes	227,352	106	2,145		
Total	232,555	109			

L'hypothèse est donc rejetée.

Antécédents d'infraction non sexuelle et score total SSPI 1

L'hypothèse émise est que la présence d'antécédent(s) d'infraction non sexuelle n'est pas associée à un score SSPI élevé.

Au niveau de la répartition de l'échantillon, en réalisant un test non paramétrique permettant de comparer les pourcentages, il est démontré qu'il y a statistiquement moins de sujets présentant des antécédents judiciaires non sexuels sur de sujets qui n'en présentent pas. Il existe un seuil de significativité important puisque $p = 0,000$. Les résultats sont présentés ci-dessous.



En utilisant un test Anova de comparaison de variances, il est démontré qu'en effet, la présence d'antécédent(s) judiciaire(s) autre(s) que sexuel(s) ne différencie pas le groupe en présentant du groupe n'en présentant pas quant au score SSPI comme présenté ci-dessous dans le tableau 7.

Tableau 7

Score total SSPI et antécédents judiciaires non sexuels

Anova

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	0,289	1	0,289	0,134	0,715
Intragroupes	231,124	107	2,16		
Total	231,413	108			

L'hypothèse est donc confirmée.

Durée des faits et score SSPI 1

L'hypothèse émise est que les sujets ayant commis une infraction répétée où les faits se déroulent sur une période prolongée, présentent un score total au SSPI plus élevé.

L'utilisation d'un test de corrélation n'a pas mis en évidence de corrélation paramétrique significative entre la durée des faits et un score SSPI élevé. Cependant, pour ce facteur, nous sommes proches d'une tendance, le seuil de significativité étant de 0,063 comme présenté dans le tableau 8 ci-dessous.

Tableau 8

Score total SSPI et durée des faits

		score total	durée en mois
score total	Corrélation de Pearson	1	0,188
	Sig. (bilatérale)		0,063
	N	110	98
durée en mois	Corrélation de Pearson	0,188	1
	Sig. (bilatérale)	0,063	
	N	98	98

L'hypothèse est donc rejetée.

Nombre de victimes masculines et score total SSPI 1

L'hypothèse émise est que plus le nombre de victimes de sexe masculin est élevé, plus le score SSPI est élevé.

Le test de corrélation démontre qu'il existe une corrélation paramétrique significative entre le nombre de victimes de sexe masculin et le score total au

SSPI (coefficient de Pearson = 0,659) avec un seuil significativité élevé, $p = 0,000$. Comme présenté ci-dessous dans le tableau 9.

Tableau 9

Score total SSPI et nombre de victimes de sexe masculin

		score total	nombre de victimes de sexe masculin
score total	Corrélation de Pearson	1	,659**
	Sig. (bilatérale)		0
	N	110	110
nombre de victimes de sexe masculin	Corrélation de Pearson	,659**	1
	Sig. (bilatérale)	0	
	N	110	110

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

De plus, après réalisation d'une Anova différenciant significativement les trois niveaux du SSPI, un test de comparaison de moyennes multiples de Bonferroni a été effectué. Il met en évidence une supériorité statistiquement significative du niveau 3 par rapport aux niveaux 1 et 2 (qui sont sensiblement équivalents entre eux) lorsqu'on la rapporte au nombre de victime de sexe masculin. Le critère « nombre de victimes de sexe masculin » est discriminant pour le score SSPI= 4 ou 5. Les résultats sont présentés dans les tableaux 10,11 et 12.

Tableau 10

Analyse descriptive : nombre de victimes par sexe et score SSPI

		N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Min	Max
						Borne inférieure	Borne supérieure		
nombre de victime des deux sexes	1	46	1,0217	0,14744	0,02174	0,978	1,0655	1	2
	2	43	2,186	0,95757	0,14603	1,8913	2,4807	1	5
	3	21	3,2857	1,73617	0,37886	2,4954	4,076	1	8
	Total	110	1,9091	1,28181	0,12222	1,6669	2,1513	1	8
nombre de victime du sexe féminin	1	46	1	0,21082	0,03108	0,9374	1,0626	0	2
	2	43	2,0233	1,1017	0,16801	1,6842	2,3623	0	5
	3	21	1,0952	1,22085	0,26641	0,5395	1,651	0	4
	Total	110	1,4182	0,99892	0,09524	1,2294	1,607	0	5
nombre de victime du sexe masculin	1	46	0,0217	0,14744	0,02174	-0,022	0,0655	0	1
	2	43	0,093	0,2939	0,04482	0,0026	0,1835	0	1
	3	21	2,1905	1,77817	0,38803	1,3811	2,9999	1	7
	Total	110	0,4636	1,15478	0,1101	0,2454	0,6819	0	7

Tableau 11

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
NB VIC TOT	Intergruppes	79,315	2	39,658	42,529	,000
	Intragruppes	99,776	107	,932		
	Total	179,091	109			
NB VIC FIL	Intergruppes	25,977	2	12,989	16,788	,000
	Intragruppes	82,786	107	,774		
	Total	108,764	109			
NB VIC GA	Intergruppes	77,510	2	38,755	61,122	,000
	Intragruppes	67,844	107	,634		
	Total	145,355	109			

Tableau 12

Test de comparaison de moyennes multiples de Bonferroni

Variable dépendante	(I) score total	(J) score total	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
						Borne inférieure	Borne supérieure
nombre de victime des deux sexes	1	2	-1,16431*	0,20483	0,000	-1,6625	-0,6661
		3	-2,26398*	0,25431	0,000	-2,8825	-1,6454
	2	1	1,16431*	0,20483	0,000	0,6661	1,6625
		3	-1,09967*	0,25708	0,000	-1,7249	-0,4744
	3	1	2,26398*	0,25431	0,000	1,6454	2,8825
		2	1,09967*	0,25708	0,000	0,4744	1,7249
nombre de victimes du sexe féminin	1	2	-1,02326*	0,18658	0,000	-1,4771	-0,5695
		3	-0,09524	0,23165	1,000	-0,6587	0,4682
	2	1	1,02326*	0,18658	0,000	0,5695	1,4771
		3	,92802*	0,23417	0,000	0,3585	1,4976
	3	1	0,09524	0,23165	1,000	-0,4682	0,6587
		2	-,92802*	0,23417	0,000	-1,4976	-0,3585
nombre de victimes du sexe masculin	1	2	-0,07128	0,16891	1,000	-0,4821	0,3395
		3	-2,16874*	0,20971	0,000	-2,6788	-1,6587
	2	1	0,07128	0,16891	1,000	-0,3395	0,4821
		3	-2,09745*	0,21199	0,000	-2,613	-1,5819
	3	1	2,16874*	0,20971	0,000	1,6587	2,6788
		2	2,09745*	0,21199	0,000	1,5819	2,613

L'hypothèse est donc confirmée.

Nombre de victimes féminines et score total SSPI 1

Nous testons ici la même hypothèse mais concernant le nombre de victimes féminines, c'est-à-dire que plus le nombre de victimes de sexe féminin est élevé, plus le score SSPI est élevé.

Le test de corrélation démontre qu'il n'existe pas de corrélation paramétrique statistiquement significative entre le nombre de victimes de sexe féminin et le score SSPI puisque le seuil de significativité est supérieur à 0,05 ($p=0,517$). Les résultats sont présentés dans le tableau 13 ci-dessous.

Tableau 13

Score total SSPI et nombre de victimes de sexe féminin

		score total	nombre de victimes de sexe féminin
score total	Corrélation de Pearson	1	0,062
	Sig. (bilatérale)		0,517
	N	110	110
nombre de victimes de sexe féminin	Corrélation de Pearson	0,062	1
	Sig. (bilatérale)	0,517	
	N	110	110

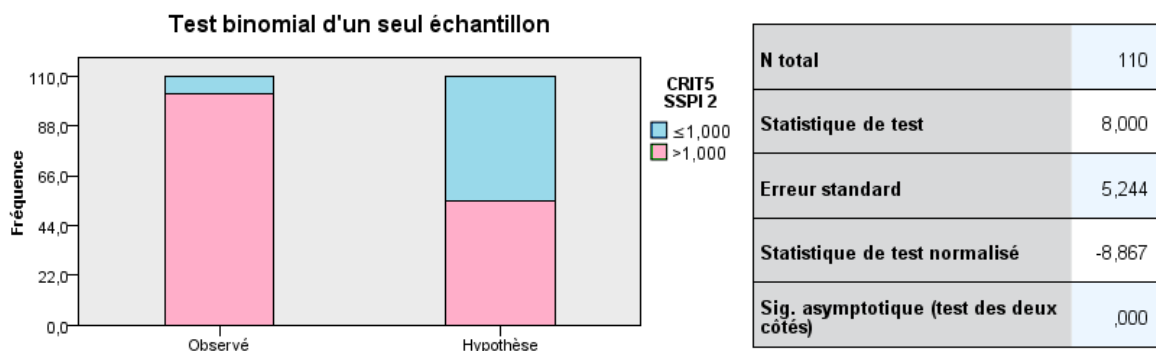
De plus, après réalisation d'une Anova différenciant significativement les trois niveaux du SSPI, un test de comparaison de moyennes multiples de Bonferroni a été effectué. Il n'existe pas de supériorité statistiquement significative du niveau 3 par rapport aux autres niveaux. Le critère « nombre de victimes de sexe féminin » n'est pas discriminant pour le score SSPI= 4 ou 5.

Les résultats sont présentés dans les tableaux 10, 11 et 12 ci-dessus.

C. SSPI 2

Sur 110 sujets inclus, seuls 7 scores SSPI 2 ont pu être cotés. Le score SSPI 2 moyen est de 4 sur 5 avec un écart type à 1,07. Le score minimal est de 2 et le score maximal de 5 : $3,86 \pm 1,07$ [2 ;5].

Dans notre étude, il existe une différence statistiquement significative entre le groupe de sujets chez qui on retrouve une condamnation pour usage de matériel pédopornographique et le groupe de sujets chez qui ce type de condamnation n'a pas été retrouvé.



IV. Discussion

A. Discussion autour des résultats

L'étude des qualités psychométriques du SSPI est plutôt encourageante. Il existe une corrélation importante entre chaque critère le composant et le score total. Le critère le plus corrélé est celui concernant le sexe masculin, ce qui coïncide avec les données de la littérature puisque les auteurs ont, de ce fait, doublé la cotation de ce critère par rapport aux autres. (42)

La fiabilité inter-juges est de très bonne qualité, avec un coefficient de corrélation à 0,974, contre 0,95 dans la littérature, ce qui fait du SSPI un test simple, facile à utiliser et facilement reproductible. (40)

Cependant, la consistance interne du test apparaît comme médiocre, puisque le coefficient de Cronbach est égal à 0,49. Néanmoins, ce type de test prend en considération le nombre de facteurs composant une échelle. Ici, le faible nombre de critères composant le SSPI pourrait être responsable d'une sous-estimation du coefficient. D'autres analyses statistiques pourraient s'avérer nécessaires en complément de celle-ci, de façon à rendre compte de façon plus précise de la consistance interne.

Concernant la répartition des résultats du score SSPI, les données retrouvées dans notre étude sont proches de la répartition décrite dans la littérature internationale, ce qui peut faire évoquer l'hypothèse d'une reproductibilité à l'échelle française. Le pourcentage de sujets présentant un score SSPI = 4 ou 5 est quelque peu inférieur aux données de la littérature. Cependant, on attend de l'outil SSPI qu'il soit spécifique, ce qui va dans ce sens. (40) (42) (80) (81)

Dans notre étude, on retrouve une répartition statistiquement non différenciée pour le critère « plusieurs victimes », ce qui n'est pas le cas dans la littérature. L'une des hypothèses permettant d'expliquer ce résultat pourrait être la durée prolongée de la période de l'infraction, pouvant impliquer davantage plusieurs victimes. En effet, dans notre étude, la durée moyenne de l'infraction est de 5 ans et 5 mois. Nous ne disposons pas de données descriptives comparatives dans la littérature internationale. Par ailleurs, nous n'avons pas démontré de corrélation entre la durée des faits et le score SSPI, cependant, les résultats étant proches d'une tendance, nous pouvons

émettre l'hypothèse qu'un échantillon de plus grande taille pourrait modifier les résultats en faveur d'une corrélation significative.

Notre étude ne retrouve pas de corrélation entre la présence d'antécédents d'infraction à caractère sexuel et un score élevé au SSPI. Ces résultats sont contraires à ceux de la littérature où la récurrence sexuelle est corrélée à un score SSPI élevé. L'une des limites pourrait être le caractère rétrospectif de notre étude. De plus, nous pourrions nous interroger sur l'absence de standardisation internationale des supports permettant le recueil de ces informations. (75)

Concernant le recours au score SSPI 2, notre étude a démontré l'indisponibilité des données nécessaires à sa cotation, puisque seuls 7 dossiers sur 110 contenaient les informations requises. Il existe pourtant une forte significativité de ce critère d'où l'intérêt d'un échantillon de plus grande taille pour confirmer ces résultats. L'hypothèse principale pouvant justifier l'absence de ces données réside dans la législation française et plus probablement dans l'article 132-3 du code pénal, relatif « aux peines applicables en cas de concours d'infraction ». Cet article implique que lorsque plusieurs infractions de même nature sont jugées au cours d'un même procès, « il ne peut être prononcé qu'une seule peine de cette nature dans la limite du maximum légal le plus élevé ». Ainsi, lorsque le motif de condamnation concerne une agression sexuelle ou un viol, il est tout à fait envisageable que n'apparaisse pas de condamnation pour usage de matériel pédopornographique, puisque la peine encourue est moindre. Cependant, au regard des constats encourageants concernant ce critère, il nous paraît judicieux de préconiser une recherche systématique de ce critère et surtout sa traçabilité dans le dossier pénal, y compris quand il n'est pas présent.

Enfin, notre étude présente un intérêt dans l'apport de données de victimologie, puisqu'en France, nous ne disposons que de très peu d'informations descriptives sur les victimes associées aux auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineurs de moins de 15 ans. Les résultats mettent en évidence une prédominance des âges associés à un statut pré-pubertaire dans la répartition des victimes de sexe masculin, alors qu'on observe une répartition plus linéaire chez les victimes de sexe féminin en fonction de l'âge croissant.

B. Principales limitations

Cette étude, de type exploratoire, ne comporte qu'une taille d'échantillon relativement faible et nécessite d'être prolongée afin d'augmenter la taille de l'échantillon.

Cette étude comporte un biais de classement relatif aux caractéristiques sociodémographiques relatives au statut marital et au niveau d'études. Selon les différents documents utilisés, le statut marital pouvait différer sans que ne soit précisée la date du recueil de données. Pour l'item concernant le niveau d'études, selon l'âge du sujet, les niveaux d'études ne sont pas comparables (par exemple cas du certificat d'études qui n'est pas équivalent au statut « primaire » actuel).

Cette étude présente aussi un biais de sélection géographique puisqu'elle est restreinte à un centre fléché de la région Nord-Pas-De-Calais.

La principale limitation de cette étude est représentée par le support d'analyse, à savoir le dossier pénal, et donc l'absence de rencontre des sujets ; associé au caractère rétrospectif de notre étude.

Dans la littérature internationale, la corrélation entre un haut score SSPI et l'index pédophilique en pléthysmographie pénienne a été démontré et permet de conclure ou non à la présence d'un intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants. Hors, il nous semblait difficile à ce jour de mettre en place un tel protocole, notamment sur le plan éthique. La validité du SSPI n'est donc à ce jour qu'exploratoire et non pas convergente. Dans ce cadre, une piste de recherche ultérieure serait de procéder à sa validité convergente avec un outil clinique tel que l'IDCS qui évalue les désirs et les pulsions sexuelles, ainsi que les fantasmes sexuelles et les comportements associés.

En parallèle, dans la littérature, la validité discriminante a été démontrée en corrélant le score SSPI aux scores d'échelles d'évaluation du risque de récurrence, notamment sexuelle, comme la Static 99R ou la STABLE 2000 et 2007. Cependant, l'objectif de ce travail reste l'évaluation du diagnostic de pédophile et non pas l'évaluation du risque de récurrence. Cette piste de validation convergente ouvre donc à une future recherche. (81)

La dernière principale limitation concerne l'implication du SSPI dans la pratique soignante quotidienne, puisque les critères le composant sont des critères statiques et donc non susceptibles d'être modifiés par une intervention thérapeutique. En pratique, l'utilisation de cet outil pourrait permettre de dépister rapidement les sujets chez qui une évaluation plus complète et plus spécifique pourrait être indiquée. D'autres outils centrés sur des facteurs dynamiques pourraient alors être utilisés de manière à dégager des cibles thérapeutiques précises et individualisées.

CONCLUSION

Ce travail autour de l'évaluation de la pédophilie au travers d'un outil corrélé à l'intérêt sexuel déviant à l'égard de enfants a permis d'initier une étude préliminaire nécessaire à la validation ultérieure du SSPI. Poursuivre ce travail sur un échantillon de plus grande taille, de manière à inclure tous les auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineurs de moins de 15 ans de notre centre de recrutement, pourrait permettre d'affiner les résultats obtenus.

Dans un second temps, il pourrait être envisageable de réaliser des travaux complémentaires relatifs à l'intérêt du SSPI dans l'évaluation de la prévention de la récidive sexuelle, en s'appuyant sur des outils validés comme la Static 99R ou la STABLE 2000 ou 2007.

Cependant, le SSPI ne tend à évaluer qu'une dimension de la pédophilie, à savoir l'intérêt sexuel déviant à l'égard des enfants, reflet de l'excitation sexuelle. Son utilisation ne semble pas être préconisée seule, mais bien en complément d'autres outils d'évaluation. En effet, le SSPI ne permet pas d'évaluer le retentissement psychique de la pédophilie, à savoir l'existence et l'intensité des fantasmes sexuelles déviantes. Ce constat amène à la nécessité d'autres études qui pourraient notamment utiliser le Questionnaire sur l'Intensité du Désir et des Comportements Sexuels de Stoléru et Moulrier, dans le cadre de l'évaluation globale d'un patient dont l'hypothèse diagnostique de la pédophilie a été posée.

Enfin, il nous semblait important de conclure sur l'intérêt principal sur SSPI en tant qu'outil d'aide au diagnostic complexe de pédophilie, permettant un accès à une prise en charge spécifique, mais également sur son impact potentiel dans le champ de la prévention de la récidive.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Violence against women – Intimate partner and sexual violence against women. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010
2. Ciavaldini A. Les Agressions Sexuelles - Données Épidémiologiques Générales [en ligne] 2001. Disponible sur : <http://193.49.126.9/conf%26rm/Conf/confagrsex/RapportsExperts/Ciavaldini.html>
3. Pelkovitz D., van der Kolk B.A., Rtohs S., Mandel F., et al. Development and validation for the Structured Interview for Disorders of Extrem Stress. Journal of Traumatic Stress 1997 ; 10 ; 3-16
4. Lopez G. Clinique des victimes de violences sexuelles In : Psychiatrie légale et criminologie clinique. Issy les Moulineaux, Elsevier Masson 2013 ; 439-448
5. Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of leading causes of death in adults : the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study American Journal of Preventive Medicine 1998 ; 14(4) ; 245-258
6. Darves-Bornoz J.-M. Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste. Paris, Éd. Masson, 1996
7. Davidson J. R., Hugues D. C., George L. K., Blazer D. G. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. Arch. Gen. Psychiatry, 1996 ; 53 (6) ; 550-555
8. Spak L., Spak F., Allebeck P. Sexual abuse and alcoholism in a female population. Addiction, 1998 ; 93 (9) ;1365-1373
9. Moncrieff J., Drummond D. C., Candy B., Checinski K., Farmer R. Sexual abuse in people with alcohol problems. A study of the prevalence of sexual abuse and its relationship to drinking behaviour. Br. J. Psychiatry, 1996 ; 169 (3) ; 355-360
10. Glover N. M., Janikowski T. P., Benshoff J. J. Substance abuse and past incest contact. A national perspective. J. Subst. Abuse Treat., 1996 ; 13 (3) ; 185-193
11. Budniok C. Abus sexuel dans l'enfance et boulimie. Perspectives Psy., 2001 ; 40 (1) ; 65-69
12. Romans S.E., Martin J.L., Anderson J. C., Herbison G. P., Mullen P. E. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. Am. J. Psychiatry, 1995 ; 152 (9); 1336-1342
13. Davies-Netzley S., Hurlburt M. S., Hough R. L. Childhood abuse as a precursor to homelessness for homeless women with severe mental illness. Violence Vict., 1996; 11 (2); 129-142
14. Widom C.P., Ames M.A. Criminal consequences of childhood sexual victimization. Child Abuse Negl. ; 1994; 18 (4); 303-318

15. Ciavaldini A. Psychopathologie des agresseurs sexuels. Paris, Éd. Masson, 1999
16. A., Cortoni F.A. Childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to adult coping in childhood molesters. *Sex. Abuse*, 2000 ; 12 (1) ; 17-26
17. Brink S.J. Diabetic ketoacidosis. *Acta Paediatr. Suppl.*, 1999 ; 88 (427) ; 14-24
18. Nusbaum M.R., Gamble G., Skinner B., Heiman J. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *J. Fam. Pract.*, 2000 ; 49 (3) ; 229-232
19. Stein M.B., Barret-Connor E. Sexual assault and physical health : findings from a population-based study of older adults. *Psychosom. Med.*, 2000 ; 62 (6) ; 838-843
20. Pouillet T. Psychopathie sexuelle vol 2, De l'onanisme chez l'homme avec une introduction sur les abus génitaux. Paris, Vigot frères 1883
21. Dide M., Guiraud P. Psychiatrie du médecin praticien. Niort/Paris, G. Masson 1929
22. Krafft-Ebing R. Etudes médico-légales à l'usage des médecins et juristes : *Psychopathia Sexualis*. Paris, Payot 1958
23. Ambroise-Rendu A.C. Le pervers saisi par la science In : Histoire de la pédophilie XIXe – XXI siècle. Paris, Fayard 2014
24. Ambroise-Rendu A.C. Les seventies et la plaidoirie pédophile In : Histoire de la pédophilie XIXe – XXI siècle. Paris, Fayard 2014
25. Ambroise-Rendu A.C. Le tournant des années 1980 : les associations, les journalistes et le législateur In : Histoire de la pédophilie XIXe – XXI siècle. Paris, Fayard 2014
26. Directive [2011/93/UE](#) du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 relative à la lutte contre les abus sexuels et l'exploitation sexuelle des enfants, ainsi que la pédopornographie
27. Moser G. L'agression. Paris, PUF, Coll « Que sais-je » 1987
28. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies, 10^e édition. Paris, Masson 1994
29. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 3 éd. Rev. Paris, Masson 1983 (traduction française 1989)
30. American Psychiatric Association. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 4 éd. Rev. Paris, Masson 2000 (traduction française 2003)
31. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 ed. Washington D.C., American Psychiatric Press 2013
32. Hall R.C., Hall R.C.W. 2007. A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clin Proc*, 2007, 82(4) : 457 – 471

33. Thibaut F. Définition et caractéristiques des délinquants sexuels In : Approche psychiatrique des déviances sexuelles. Paris, Ed. Springer 2013 ; 1-46
34. Thibaut F., De la Barra F., Gordon H. et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2010 ; 11 ; 604–655
35. Symposium : Examining pedophilia and hebephilia. ATSA Conference 31/10/2014
36. Lamanda V. Amoinrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux. Paris : Présidence de la République ; 2008
37. Les atteintes volontaires à l'intégrité physique enregistrées en 2006 par les forces de police et de gendarmerie. Fiche thématique n°3. In: Bauer A, Observatoire national de la délinquance, Institut national des hautes études de sécurité, ed. *La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance 2007*. Paris : CNRS Editions ; 2007. p. 290-291

38. Bajos N., Bozon M., Beltzer N., Andro A., Ferrand M., Goulet V., et al. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. *Population & Sociétés* 2008;(445):1-4
39. Haute Autorité de Santé - Recommandations de bonnes pratiques - Argumentaire - Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans juillet ; 2009
40. Eher R, Olver M.E., Heurix I., Schilling F., Rettenberger M. *Law Hum Behav*. 2015 Dec. Predicting reoffense in pedophilic child molesters by clinical diagnoses and risk assessment;39(6):571-80. doi: 10.1037/lhb0000144. Epub 2015 Jul 6.
41. Blanchard R., Klassen P., Dickey R., Kuban M.E., & Blak, T. Sensitivity and specificity of the phallometric test for pedophilia in nonadmitting sex offenders. *Psychological Assessment* ; 2001 ; 13 ; 118–126. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.13.1.118>
42. Seto M.C., & Lalumière M.L. A brief screening scale to identify pedophilic intents among child molesters. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*; 2001; 13; 15–25. <http://dx.doi.org/10.1177/107906320101300103>
43. Kingston, D. A., Firestone, P., Moulden, H. M., & Bradford, J. M. The utility of the diagnosis of pedophilia: A comparison of various classification procedures. *Archives of Sexual Behavior*; 2007; 36; 423–436. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9091-x>
44. Eher, R., Rettenberger, M., & Schilling, F. Psychiatrische Diagnosen von Sexualstraftätern: Eine empirische Untersuchung von 807 inhaftierten Kindesmissbrauchstätern und Vergewaltigern [Psychiatric diagnoses of sexual offenders. An empirical study of 807 incarcerated child abuse offenders and rapists.]. *Zeitschrift für Sexualforschung*; 2010; 23; 23–35. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1247274>

45. Wilson R.J., Abracen, J., Looman, J., Picheca, J.E., & Ferguson, M. Pedophilia: An evaluation of diagnostic and risk prediction methods. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*; 2011; 23; 260– 274.
<http://dx.doi.org/10.1177/1079063210384277>
46. Freud S. *L'interprétation des rêves*. Paris : PUF 1900
47. Freud S. *L'inconscient* In : *Œuvres complètes*. Vol XIII. Paris : PUF 1915
48. Freud S., Breuer J. *Etudes sur l'hystérie*. Paris : PUF 1895
49. McKibben A. *L'évaluation des fantasmes sexuelles* In : J. Aubut. *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement* ; 89-97. Montréal, éd. La Chenelière 1993
50. Assoun P.L. *Leçons psychanalytiques sur le fantasme*. Paris, Ed. Anthropos 2007
51. Vanderstukken O. et Pavy A. *Fantasmes et fantasmes sexuelles déviantes chez les auteurs d'agression sexuelle : pistes de réflexions et proposition d'un questionnaire hétéro-évaluatif* In: Tardif M. *L'agression sexuelle : transformations et paradoxes* cifas 2009, textes choisis ; 214-235. Cifas-institut Philippe-Pinel de Montréal 2011
52. Pithers W.D., Beal L.S., Armstrong J., Petty J. Identification of risk factors through clinical interviews and analysis records In: *Laws D-R. Relapse Prevention with sexual offenders* ; 77-87. New-york, Guilford Press 1989
53. O'Donohue W., Letourneau E., Dowling H. The measurement of sexual fantasy. *Sexual abuse : a journal of research and treatment* ; 1997 ;9 ;167-178
54. Dandescu A., Wolfe R. Considerations on fantasy use by child molesters and exhibitionists. *Sexual abuse : a journal of research and treatment* ; 2003 ;15(4) ;197-305
55. Nicole A., McKibben A., Guay J.P. *Des stratégies de gestion des affects et des fantasmes sexuelles déviantes pour prévenir la récurrence* In : Tardif M. *L'agression sexuelle : coopérer au-delà des frontières*, cifas 2005, textes choisis ; 195-212. Cifas-institut Philippe-Pinel de Montréal 2011
56. Tantillo J. *Patterns of reported sexual fantasies in male and female college students*. Unpublished doctoral dissertation. Hempstead NY, Hofstra University 1979
57. Wilson G. *The secret of sexual fantasy*. London, JM. Dent & Sons 1978
58. Over R. *Male sexual fantasy : multidimensionality in content*. *Behavior research therapy*, 1991 ;29(3) ;267-275
59. Cortoni F., Vanderstukken O. *Evaluation des besoins de traitement* In : Cortoni F., Pham T. *Traité de l'agression sexuelle*. A paraître
60. Proulx J., McKibben A., Lusignan R. *Relationship between affective components and sexual behaviours in sexual aggressors*. *Sexual abuse : a journal of research and treatment* ; 1996 ;8 ;279-289

61. Gee D., Ward T., Eccleston L. The function of sexual fantasies for sexual offenders : a preliminary model. *Behaviour change* 2003 ; 20(1) ; 315-331
62. Rösler A., Witztum E. Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropine-releasing hormone. *New England Journal of medicine* 1998 ;338 ;416-422
63. Stoléro S., Moulier V. Questionnaire sur l'intensité du désir et des symptômes sexuels, version 16. inserm unité 742, Paris 2009
64. Zuckerman M. Physiological measures of sexual arousal in the human. *Psychological Bulletin* ;1971 ;25 ;297-327
65. Freund K., Sedlacek F., Knob K. A simple transducer for mechanical plethysmography of the male genital. *Journal of Experimental Analysis of Behavior* ;1965 ; 8 ;169-170
66. Proulx J. L'évaluation des préférences sexuelles In: Aubut J. Les agresseurs sexuels; 98-106. Montréal, Ed de la Chenelière 1993
67. Bancroft J.H., Jones H.J., Pullen B.R. A simple transducer for measuring penile erection with comments on its use in the treatment of sexual disorders. *Behaviour Research and Therapy*;1966; 4;230-241
68. Abel, G.G., Huffman, J., Warberg, B., Holland C.L. Visual reaction time and plethysmography as measures of sexual interest in child molesters. *Sexual Abuse*; 1998; 10; 81–95.
69. Freund, K., & Blanchard, R. Phallometric diagnosis of pedophilia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1989; 57, 100–105
70. Freund, K., & Watson, R. Assessment of the sensitivity and specificity of a phallometric test: An update of phallometric diagnosis of pedophilia. *Psychological Assessment*; 1991; 3; 254–260.
71. Leclerc B., Proulx J. La pléthysmographie pénienne chez les agresseurs sexuels In Pham T. L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels ; 137-159. Belgique, Mardaga 2006
72. Marshall W.L., Fernandez Y.M. Phallometric testing with sexual offenders : limits to its value. *Clinical Psychology Review* ;2003 ;20 ;807-822
73. Henson D.E., Rubin H.B. Voluntary control of eroticism. *Journal of Applied Behaviour Analysis* ;1971 ;4 ;37-44
74. Quinsey V.L., Chaplin T.C. Penile responses of child molesters and normals to description of encounters with children involving sex and violence. *Journal of Interpersonal Violence* ;1988 ;3 ; 259-274
75. Michael C. Seto, Skye Stephens, Martin L. Lalumière, and James M. Cantor The Revised Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI–2): Development and Criterion-Related Validation - *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 1

–17 © The Author(s) 2015 Reprints and permissions:

sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/1079063215612444

76. Kalmus E., Beech A.R. Forensic assessment of sexual interest : a review. *Aggression and Violent Behavior* ;2005 ;10 ;193-217
77. Barbaree, H.E., & Marshall, W.L. Erectile responses among heterosexual child molesters, father-daughter incest offenders, and matched non-offenders: Five distinct age preference profiles. *Canadian Journal of Behavioural Science*; 1989; 21; 70-82.
78. Freund, K., & Watson, R.J. Assessment of the sensitivity and specificity of a phallometric test: An update of phallometric diagnosis of pedophilia. *Psychological Assessment*; 1991; 3; 147-155.
79. Hanson RK, Bussière M.T. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies; 1998; 66(2); 348-62.
80. Michael C. Seto, Grant T. Harris, Marnie E. Rice, and Howard E. Barbaree The Screening Scale for Pedophilic Interests Predicts Recidivism Among Adult Sex Offenders with Child Victims. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 33, No. 5, October 2004, pp. 455–466 (C 2004)
81. Leslie Helmus, Caoilte Ó Ciardha, and Michael C. Seto Running Head: CONSTRUCT AND PREDICTIVE VALIDITY OF THE SSPI - The Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI): Construct, Predictive, and Incremental Validity
82. Michael C. Seto, Jeffrey C. Sandler, and Naomi J. Freeman. The Revised Screening Scale for Pedophilic Interests: Predictive and Concurrent Validity - Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment 1 –22 © The Author(s) 2015 Reprints and permissions: sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/1079063215618375
83. Haute Autorité de Santé - Recommandations de bonnes pratiques - Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans juillet ; 2009
84. Fagan P.J., Wise T.N., Schmidt C.W., Jr, Berlin, F.S., 2002. Pedophilia. *JAMA* ; 288(19) ; 2458-2465
85. Gabbard G.O., Bennett T.J. Dilemmas in the psychotherapy of sexually impulsive patients. *Am J Psychiatry* ; 2005 ; 162 (5) ; 859-865
86. Smith J., Petibon C. Relapse prevention group therapy for paedophiles : french adaptation. *Encéphale* ; 2005 ; 31 ; 552-558
87. Savin B. Utilisation du groupe dans le traitement psychothérapeutique des auteurs d'agression sexuelle In: Ciavaldini A., Balier C. Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire ; 173-180. Paris, Masson 2000
88. Hanson RK, Gordon A., Harris AJ. et al. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* ; 2002 ;14 ; 169-94 Discussion 195-7.

89. Kenworthy T., Adams CE, Bilby C. et al. Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. Cochrane Database syst rev 3 : CD004858
90. Losel F., Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders : a comprehensive meta-analysis. J Exp Criminol ; 2005 ; 1 ;117-46
91. Schmucker M., Losel F. Does sexual offenders treatment work : a systematic review of outcome evaluations. Psicothema ; 2008 ; 20-9
92. Brooks-Gordon B., Bilby C., Wells H. A systematic review of psychological interventions for sexual offenders I. Randomised control trials. J Forensic Psychiatry ;2006 ;17 ;442-66
93. Thibaut F. Thérapies psychologiques In : Approche psychiatrique des déviations sexuelles ; 87-93. Paris, Springer 2013
94. Schorsch E., Galedary G., Haag A, Hauch M., Lohse H. Sex offenders : dynamics and therapeutic strategies. Berlin, Springer 1985
95. Pfäfflin F. The outpatient treatment of the sex offender In : Cordess C., Cox M. Forensic psychotherapy : crime, psychodynamics and the offender patient ; 245-260 London, Jessica Kingsley 1996
96. Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy (pincipes de psychothérapie analytique Traduc Fr par Gaudet J., Paris, PUF 1996), 1984
97. Tardif M. Les thérapies psycho-dynamique In : Aubut J. Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement ; 155-175. Montréal, Ed de la Chenelière 1993.
98. Balier C. Psychanalyse des comportements violents. Paris, PUF 1988
99. Balier C. Psychanalyse des comportements sexuels violents. Paris, PUF 1996
100. Balier C. Psychopathologie des agresseurs sexuels selon un modèle psychanalytique In : Ciavaldini A., Balier C. Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire ; 9-16. Paris, Masson 2000
101. Jaffard C. Relation d'étayage In : Ciavaldini A., Balier C. Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire ; 87-94. Paris, Masson 2000
102. Conférence de consensus FFP 2001. Psychopathologie des auteurs d'agressions sexuelles
103. Savin V. Entretiens thérapeutiques familiaux In Ciavaldini A., Balier C. Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire ; 181-191. Paris, Masson 2000
104. Garcia F.D., Delavenne H.G., Assumpcao Ade F., Thibaut F. Pharmacologic treatment of sex offenders with paraphilic disorder. Curr Psychiatry Rep ; 2013 ; 15(5) ; 356

105. Kingston D.A., Seto M.C., Ahmed A.G., Fedoroff P., Firestone P., Bradford J.M. The role of central and peripheral hormones in sexual and violent recidivism in sex offenders. *J Am Acad Psychiatry Law* ; 2012 ; 40(4) ; 476-485
106. Tesson J., Cordier B., Thibaut F. Assessment of a new law for sex offenders implemented in France in 1998. *Encephale* ; 2012 ; 38(2) ;133-140
107. Garcia F.D., Thibaut F. Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias *Drugs* ; 2011 ;71(6) ;771-790
108. Laschet U., Laschet L. Antiandrogens in the treatment of sexual deviations of men. *J Steroid Biochem* ;1975 ; 6(6) ; 821-826
109. Bradford J.M. The paraphilias, obsessive compulsive spectrum disorder, and the treatment of sexually deviant behaviour. *Psychiatr Q* ;1999 ;70(3) ; 209-219
110. Thibaut F., Cordier B., Kuhn J.M. Effect on a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia. *ACTA Psychiatr Scand* ; 1993 ; 87(6) ; 445-450
111. Koo K.C., et al. Treatment outcomes of chemical castration on Korean sex offenders. *J Forensic Leg Med* ;2013 ; 20(6) ; 563-566
112. Thibaut F. Traitements pharmacologiques In : *Approche psychiatrique des déviances sexuelles* ; 95-125. Paris, Springer 2013
113. Delavenne H., Garcia F., Lamy S., Thibaut F. Quelle prise en charge thérapeutique pour les patients paraphiles auteurs de violence sexuelle ? *PSN* ;2014 ; 12(1)
114. Bradford J.M., Martindale J.J., Goldberg M., et al. Sertraline in the treatment of pediophilia : an open label study In : *New Research Program Abstract, NR 441, APA Annual Meeting* ; 1996
115. Fedoroff J.P. Antiandrogens versus serotonergic medications in the treatment of sex offenders : a preliminary compliance study. *Can J Hum Sexuality* ; 1995 ;4 ; 111-123
116. Kafka M.P., Hennen J. Psychostimulant augmentation during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in men with paraphilias and paraphilia-related disorders : a case series. *J Clin Psychiatry* ;2000 ;61 ;664-670
117. Guay D.R. Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Clin Ther* ; 2009 ; 31 (1) ; 1-31
118. Kensey A., Benaouda A. Les risques de récidive des sortants de prison. Une nouvelle évaluation. *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques* ;2011 ;36
119. Hanson RK, Morton-Bourgon K. The characteristics of persistent sexual offenders : a metan-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* ; 2005 ;73 ;1154-1163

120. Langan P.A., Schmitt E.L., Durose M.R. Recidivism of sex offenders released from prison in 1984. Bureau of Justice Statistics, NCJ, 198281, Washington D.C., Department of Justice ; 2003
121. Bonta J., Hanson RK. Ten years recidivism data for offenders released from the correctional service of Canada in 1983/1984. Données brutes non publiées ; 1995
122. Hanson RK, Harris A.J.R., Scott T.L., Helmus L. Evaluation du risque chez les délinquants sexuels soumis à une surveillance dans la collectivité : le projet de surveillance dynamique (Rapport 2007-05). Ottawa : Sécurité publique Canada ; 2007
123. Cortoni F.A., Marshall W.L. Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders. *Sexual Abuse : a Journal of Research and Treatment* ;2001 ; 13 ;27-43
124. Andrews D.A., Bonta J., Hoge R.D. Classification for effective rehabilitation : rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior* ; 1990 ; 17 ; 19-52
125. Andrews D.A., Bonta J. Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy and Law* ; 2010 ; 16 ; 39-55
126. Dowden C., Andrews D.A. Effective correctional treatment and violent reoffending. *Canadian Journal of Criminology* ; 2000 ; 42 ; 449-467
127. Hanson RK, Bourgon G, Helmus J., Hodgson S. The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders : a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior* ; 2009 ; 36 ; 865-891
128. Benbouriche M., Vanderstukken O., Guay J.P. Les principes d'une prévention de la récidive efficace : le modèle Risque-Besoins-Réceptivité. *Pratiques psychologiques* ; 2015 ; <http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2015.05.002>
129. Vanderstukken O., Benbouriche M. Interventions Cognitivo-Comportementales et prise en charge des auteurs d'agression sexuelle en France. In Senon J-L., Lopez G., Cario R. *Psychocriminologie : Clinique, prise en charge, expertise*. Paris, Dunod ; 2010 ; 123-132
130. Andrews D.A., Bonta J. *The psychology of criminal conduct 5^e ed*. New Providence, NJ : Lexis-Nexis/Matthew Bender. 2010
131. Lipton D.S., Pearson F.S., Cleland C.M., Yee D. The effectiveness of cognitive-behavioural treatment methods on offender recidivism : meta-analytic outcomes from the CDATE project In: McGuire J. *Offender rehabilitation and treatment : effective programs and policies to reduce reoffending*. UK : Wiley ; 2001 ; 79-112
132. Bonta J., Andrews D.A. *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*. Ottawa, Canada : Sécurité publique du Canada. Rapport pour spécialiste 2007-06

ANNEXES

Annexe 1 : Algorithme de prise en charge médicamenteuse des auteurs d'agressions sexuelles

Objectifs et indications	Traitements et posologies
NIVEAU 1	
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	Psychothérapie (utiliser les TCC si le thérapeute est formé) afin de prévenir les récurrences
NIVEAU 2	
Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés : impact mineur du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et le désir sexuel. Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 1 Peut être utilisé dans tous les cas modérés de paraphilies associées à un risque faible d'agression sexuelle (ex : exhibitionniste ou pédophile sans risque de viol)	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/jr ou paroxétine 40 mg/jr)
NIVEAU 3	
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 à 6 semaines d'IRS à dose élevée. Paraphilie avec caresses mais sans pénétration Fantasmes sexuels inappropriés sans sadisme sexuel	Psychothérapie Ajouter à l'IRS une dose faible d'anti-androgènes (ex : acétate de cyprotérone 50 à 100 mg/jr per os)
NIVEAU 4	
Objectifs : contrôle des fantasmes 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	Psychothérapie Dose standard d'acétate de cyprotérone : 200 à 300 mg/jr per os S présence d'anxiété, de dépression ou de troubles obsessionnels compulsifs associés, un IRS peut être associé à l'anti-androgène.

<p>des caresses inopportunes et un nombre limité de victimes)</p> <p>Bonne observance du traitement, sinon passer au niveau 5</p>	
NIVEAU 5	
<p>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.</p> <p>Risque élevé de violence sexuelle et cas de paraphilies sévères</p> <p>Fantasmes sexuels inappropriés ou comportement sexuel sadique ou violence sexuelle</p> <p>Mauvaise observance ou résultats non satisfaisants obtenus avec le niveau 4</p>	<p>Psychothérapie</p> <p>Analogue de la GnRH à longue durée d'action (c'est-à-dire triptoréline ou leuproréline mais la leuproréline n'a pas l'AMM dans cette indication : 3mg/mois ou 11,25 mg tous les 3 mois par voie intramusculaire)</p> <p>Il est souhaitable d'associer de l'acétate de cyprotérone à l'analogie de la GnRH pendant le premier mois de traitement afin de prévenir le risque de rechute du comportement sexuel qui pourrait être induit par l'augmentation transitoire du taux de testostérone liée à l'instauration de la prescription d'analogie de la GnRH</p>
NIVEAU 6	
<p>Objectifs : contrôle des fantasmes inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une disparition complète de l'activité et du désir sexuels.</p> <p>Pas de résultats satisfaisants avec le niveau 5</p> <p>Les cas les plus sévères de paraphilies</p>	<p>Psychothérapie</p> <p>Prescrire l'acétate de cyprotérone (50 à 200 mg/jr per os) en association avec un analogue de GnRH</p> <p>Un IRS peut également être associé</p>

Annexe 2 : Questionnaire de recueil de données

VERIFICATION DES CRITERES D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION

CRITERES D'INCLUSION

	Oui	Non
Sexe masculin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Âgé actuellement de 18 ans ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Âgé de 16 ans ou plus au moment des faits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condamnation pour infraction à caractère sexuel sur mineur de moins de 15 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecart d'âge entre le sujet et la victime supérieur ou égal à 5 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITERES DE NON INCLUSION

	Oui	Non
Non-respect de tous les critères d'inclusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opposition à l'utilisation de données propres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DONNEES PERSONNELLES

- Année de naissance : _ _ _ _ _
- Niveau d'études : Ecole Primaire
 Collège
 Lycée, CAP, BEP
 Etudes supérieures
- Situation Maritale : Marié ou Pacsé
 Veuf
 Séparé ou divorcé
 Célibataire
 En concubinage
- Enfants : Oui Non

Si oui, combien : _ _ _ _ _

SSPI 1

SCORE :/5

- Au moins une victime de sexe masculin de moins de 15 ans (2 ou 0)
 Oui Non
- Au moins une victime âgée de 11 ans ou moins (1 ou 0)
 Oui Non
- Plus d'une victime de moins de 15 ans (1 ou 0)
 Oui Non
- Au moins une victime extra-familiale de moins de 15 ans (1 ou 0)
 Oui Non

SSPI 2

SCORE :/5

- Au moins une victime de sexe masculin de moins de 15 ans (1 ou 0)
Oui Non
- Au moins une victime âgée de 11 ans ou moins (1 ou 0)
Oui Non
- Plus d'une victime âgée de moins de 15ans (1 ou 0)
Oui Non
- Au moins une victime extra-familiale âgée de moins de 15 ans (1 ou 0)
Oui Non
- Au moins une condamnation pour infraction en lien avec du matériel pédopornographique (1 ou 0)
Oui Non Non Disponible

VICTIMOLOGIE

- Âge et sexe de chaque victime de moins de 15 ans -----

INFRACTIONS COMMISES

- Âge de l'auteur au moment du délit sexuel commis ----- ans

- Durée de l'infraction sexuelle commise (mois et/ou année) quand répétition de faits --

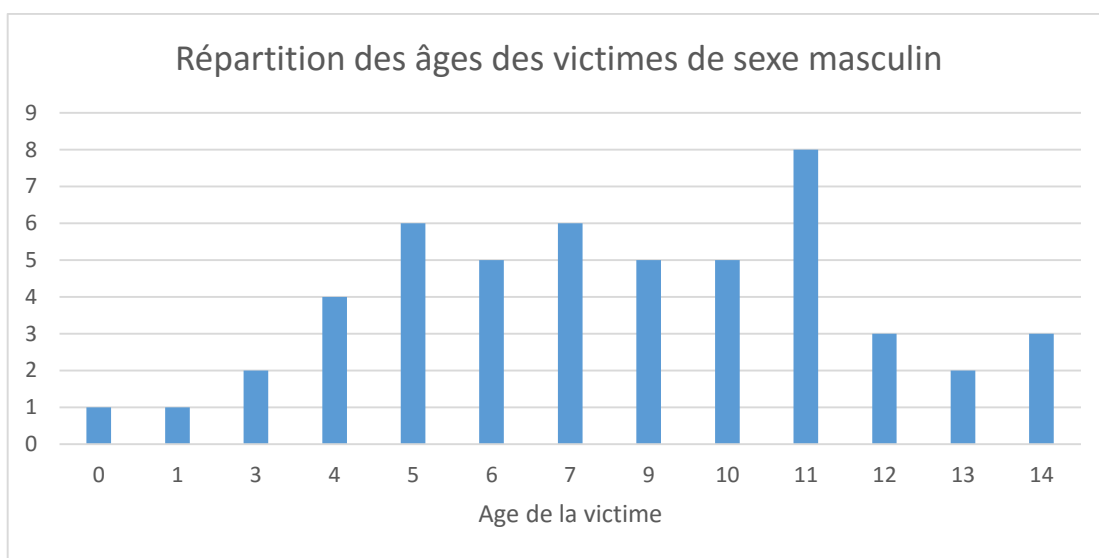
- Existence de condamnations antérieures pour infractions sexuelles
Oui Non
Si oui : Sur moins de 15 ans Sur plus de 15 ans Sur les deux
(sont inclus dans les délits sexuels : les téléchargements d'images pédopornographiques, l'exhibitionnisme, les agressions sexuelles sur victime de plus de 15 ans, les viols sur victimes de plus de 15ans, les agressions sexuelles sur mineurs de moins de 15 ans, y compris par une personne ayant autorité ou ascendance, les viols sur mineurs de moins de 15 ans, les viols sur personne vulnérable, la corruption de mineur ...)

- Existence de condamnations antérieures pour des infractions non-sexuelles
Oui Non
(sont inclus dans délits non sexuels : les braquages, les vols, les agressions physiques, la conduite en état d'ivresse ou sous l'emprise de stupéfiants, l'usage de stupéfiants, le commerce de stupéfiants, les homicides, les violences conjugales...)

Annexe 3 : Caractéristiques victimologiques

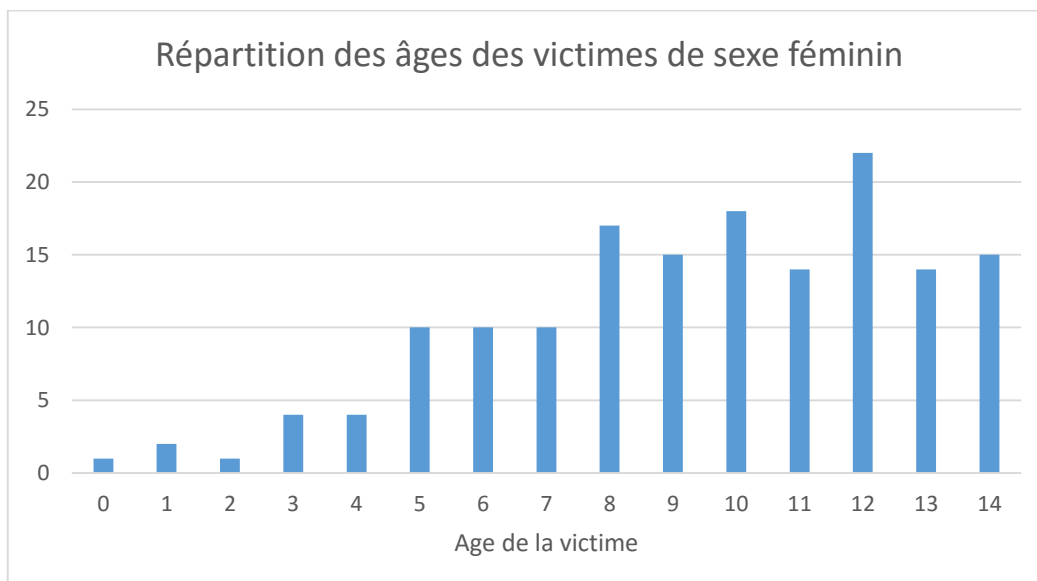
Statistiques descriptives victimes masculines

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Age	51	0	14	8,08	3,492
N valide (liste)	51				



Statistiques descriptives victimes filles

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Age	157	0	14	9,38	3,259
N valide (liste)	157				



AUTEUR : Nom : LE PEN

Prénom : Laurane

Date de Soutenance : 17/10/2016

Titre de la Thèse : Validité exploratoire de la Screening Scale for Pedophilic Interests auprès d'auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineurs de moins de 15 ans incarcérés

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : DES Psychiatrie

**Mots-clés : SSPI - validation exploratoire – Pédophilie -
auteur d'infraction à caractère sexuel sur mineurs**

Résumé : **Contexte :** La pédophilie est méconnue et la prise en charge est complexe. Il existe peu de données de prévalence en France et peu d'outils d'évaluation spécifiques. En 2001, Séto et Lalumière créent le Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI), échelle corrélée à l'index pédophilique obtenu en pléthysmographie pénienne. L'objectif est d'évaluer la validité exploratoire du SSPI en France. **Méthode :** Nous décrivons les résultats d'une étude transversale et monocentrique de validation exploratoire de la SSPI, menée auprès de 110 auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineur de moins de 15 ans, incarcérés au centre de détention de Bapaume entre mai et juillet 2016. Les caractéristiques sociodémographiques de la population sont décrites. Les qualités psychométriques de l'échelle sont évaluées ainsi que l'effet de certaines variables comme les antécédents judiciaires ou la durée des faits sur le score SSPI. Le critère supplémentaire du SSPI 2 est recherché pour étudier la faisabilité de la seconde version. **Résultats :** L'échelle SSPI a montré une forte corrélation de chaque critère au score total. Le critère le plus corrélé est la présence d'une victime de sexe masculin : 0,8 $p=0,000$. La fiabilité inter-juges est excellente avec un coefficient de corrélation de Pearson à 0,97 ; $p=0,000$. Par contre, la consistance interne est médiocre avec un coefficient alpha de Cronbach à 0,49. 42,7% des sujets n'ont pas d'intérêt sexuel déviant pédophilique contre 19,1% qui en présenterait, ce qui corrobore les données de la littérature internationale. Le 5^e critère du SSPI 2 n'est renseigné que 7 fois dans les 110 dossiers rendant sa faisabilité difficile à ce jour. **Conclusion :** D'autres études nécessaires à la validité externe du SSPI doivent être réalisées. Néanmoins, l'outil pourrait être utile en complément d'autres échelles d'évaluation de la pédophilie.

Composition du Jury :

Président :

Assesseurs :