



HAL
open science

La pédophilie : médicalisation d'un désir interdit

Romain Pages

► **To cite this version:**

Romain Pages. La pédophilie : médicalisation d'un désir interdit. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01766814

HAL Id: dumas-01766814

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01766814v1>

Submitted on 14 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

Thèse n° 3015

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 mars 2018 par

Romain PAGES

Né le 11 mai 1987 à Asnières sur Seine

La pédophilie : médicalisation d'un désir interdit

Thèse dirigée par :

Monsieur le Docteur Jean-Philippe CANO

Membres du Jury :

M. le Professeur Bruno AOUIZERATE, président

M. le Professeur Marc AURIACOMBE, juge

M. le Professeur Cédric GALERA, juge

Mme le Docteur Florence GUYOT-GANS, juge

M. le Professeur Wissam EL HAGE, rapporteur

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, président du jury

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci pour vos enseignements au cours de mon internat, ainsi que pour votre disponibilité en tant que tuteur. Sachez que c'est pour moi un privilège d'intégrer prochainement le pôle 347, dont vous assurez la responsabilité universitaire.

Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE, rapporteur

Je vous suis infiniment reconnaissant d'avoir accepté d'évaluer cette thèse. Je n'ai pas encore eu l'honneur de faire votre connaissance et c'est probablement une faute, tant on ne tarit pas d'éloges à votre rencontre.

Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE, membre du jury

Je vous remercie bien évidemment de votre présence à cette thèse. Mais en premier lieu, je vous suis reconnaissant pour vos enseignements et votre écoute attentive et bienveillante lors de mon passage au pôle d'addictologie.

Monsieur le Professeur Cédric GALERA, membre du jury

Je vous remercie d'avoir accepté de figurer dans ce jury. Au cours de mon internat, je n'ai pas eu l'occasion de travailler avec vous et à en croire les échos des autres internes, je ne peux qu'en nourrir des regrets. Merci en tout cas pour les enseignements de DES.

Madame le Docteur Florence GUYOT-GANS, membre du jury

Je suis très touché que tu aies accepté de participer à ce jury. Merci Florence pour tes enseignements et ton accompagnement durant ces deux merveilleuses années. Merci de venir, en ce jour important pour moi, représenter le centre hospitalier de Pau, pour lequel, tu ne l'ignores pas, j'ai un attachement tout particulier.

Monsieur le Dr Jean Philippe CANO, directeur de thèse

Nous y sommes arrivés !

Quand je suis entré dans ton bureau pour la première fois, je m'intéressais vaguement à la psychiatrie légale et j'étais surtout en quête d'un directeur de thèse, voire d'un sujet pour satisfaire à mes obligations universitaires.

Deux ans plus tard, je prends des cours quasi-particuliers sur les violences sexuelles à travers l'hexagone, je m'appête à rejoindre ERIOS dans un mois et je suis assez fier du travail accompli pour transformer les quelques 300 pages que j'ai dû écrire et réécrire sur ce sujet, en quelque chose qui ne dépasse pas trop les 60 pages demandées...

Merci pour tout ça. Merci pour ces recherches internet qui me font craindre d'être surveillé par la brigade de protection des mineurs. Merci pour les regards inquisiteurs de mes voisins de train. Merci pour ces moments d'explications confuses, à propos de mon sujet de thèse et de ma motivation sur cette question.

A travers ce long travail, j'ai eu le loisir de m'interroger et de méditer de longues heures sur le sens que revêt vraiment la psychiatrie. Une discipline qui demande humilité, et circonspection. Une discipline, qui finalement je crois, trouve son essence avec Pinel, dans ce travail de dichotomie entre pathologie et immoralité. Que je perdure ou non dans le champ des violences sexuelles et de la psychiatrie légale, ce travail aura pris un sens largement extrapolable, qui m'accompagnera, quelque soit mon exercice futur.

Merci pour tout ça.

Il faut qu'on s'attaque sérieusement à mon mémoire de DIU maintenant...

Aux médecins et équipes soignantes qui m'ont fait l'honneur de leurs enseignements au cours de mon cursus.

Au service des Chênes à Pau, là où tout a commencé pour moi. A la bienveillance des docteurs Françoise BARATAUD et Michelle LAFITTE comme de toute l'équipe soignante, qui ont accompagné mes premiers pas d'interne. A mon premier maître, le Dr Patrick ALARY, dont les préceptes et aphorismes continuent d'habiter ma pratique. Au Dr Pierre GODART pour la confiance qu'il a pu m'accorder.

Au service des Clématites de Pau, pour l'accueil qui m'a été réservé par l'ensemble de l'équipe soignante. Vous ne m'avez pas convaincu de devenir pédopsychiatre, mais j'en garde une très bonne expérience et de bons souvenirs. Merci notamment au Dr Harald PERCHERON et au Dr Catherine KRETZSCHMAR pour leurs enseignements et leur disponibilité.

A l'USIP de Pau, à son équipe formidable qui m'a accordé toute sa confiance lorsque j'ai dû assumer des responsabilités peu évidentes pour un troisième semestre après le départ de Philippe. Au Dr Philippe WEISS justement, dont j'ai apprécié le sens clinique et avec qui j'ai pris plaisir à travailler. Au Dr Sophie MARCO pour sa science des entretiens qui continue de me nourrir et de m'inspirer ainsi qu'aux Docteurs Marie Pauline SALLENAVE et Nathalie STREK.

Aux professionnels du SAAU, de l'antenne de liaison et de l'UCSA de Pau. Au Dr Thierry DELLA de m'avoir ouvert ce poste et de m'avoir permis de participer à son élaboration mais aussi de m'avoir initié aux expertises et à la psychiatrie légale. Merci également aux docteurs Komivi AZORBLY, Christine LOWY et Anne Laure MASSAL. Un remerciement particulier à Mr Albert PAILHASSAR, un infirmier psy comme on en fait plus, un être humain comme il devrait y en avoir plus. Merci à toi de m'avoir donné le goût de m'occuper de ceux dont tout le monde se détourne, en prison ou ailleurs.

A Lescure 2, à son équipe agréable et dynamique. A « papa FERRIERE » notre honorable président de la CME. Au Dr David MISDRAHI pour le crédit et la confiance qu'il m'a accordé et qu'il continue de m'accorder en m'accueillant à mi-temps à Lescure pour les six mois à venir (enfin si j'ai tout bien compris).

Aux professionnels du CSAPA de Charles Perrens, un stage très formateur qui devrait à mon sens être obligatoire dans le cursus des internes. Aux Docteurs Jacques DUBERNET, Bérangère GELOT, Saman SARRAM et Nathalie RAMDJEE, pour leur professionnalisme et leur disponibilité.

Au SMPR, à la bienveillance des docteurs Alexandre REMUS, Serra URETEN et Maud ARRIVE, à l'ambiance familiale lors des repas, à tout ce chocolat pour adoucir la violence du quotidien. A l'unité ERIOS, merci à tous les professionnels pour leur accueil et leur soutien dans mon travail. Au Dr Florent COCHEZ et au Dr Arnaud DELOGE pour avoir choisi de compter sur moi et de créer ce poste d'assistant. Merci à mes futurs collègues de m'accueillir à nouveau. Et puis quand même merci au Dr Marouan MOULKI pour me laisser sa place.

A l'équipe de l'UTCA du centre Jean Abadie. Merci aux docteurs Astrid CLARET, Marc DELORME et Jean-François VIAUD pour leur soutien et leur confiance. A Sophie et Audrey pour votre soutien bien sûr, mais aussi pour ces temps d'échanges cliniques enrichissants. Vous avez contribué à ce que je me passionne pour cette clinique, au point que je n'exclue pas, un jour qui sait, d'y revenir.

Aux professionnels des cliniques où j'ai eu l'occasion de remplacer (Les Orchidées, La Brière, Les Pins et Béthanie), de m'avoir accordé et renouvelé leur confiance pour prendre soins de leurs patients. Encore désolé Daniel d'avoir eu le poste d'assistant au CRIAVS auprès de Jean, dont tu as toujours rêvé.

Aux enseignants de DES de Bordeaux.

Aux enseignants de DU et DIU des universités de Paris 5, de Marseille de Montpellier et de Toulouse pour ces compléments apportés à ma formation.

Aux enseignants de médecine et de psychologie de l'université Paris 13.

A mes maîtres de stage de l'APHP.

A ma famille, mes amis,

A mes grands parents et parents, de m'avoir mis sur les rails pour faire quelque chose de ma vie.

A ma mère que je sais être très fière. A Camille et Clémentine, mes petites sœurs chéries qui me manquent énormément. Je vous souhaite tout le bonheur du monde et restera toujours disponible pour vous quand vous en aurez besoin.

A mon autre famille, aux vieux copains de Paris et d'Outre-Atlantique. Merci pour votre amour depuis tant d'années. A Geoffroy, Morgane, Thomas, Quentin, Pierre, Alexandre et Clémence.
Mention spéciale à Geoffroy pour sa participation à la relecture.

A mes amis, collocs, co-internes, qui m'ont accompagné ou continuent de le faire à Pau ou à Bordeaux depuis un peu plus de 4 ans. A Elise, Dimitri, Louise, Paul, Juliette, David, Boris, Aurélie, Audrey, Magali, Gabriel, Palatin,...

Merci à tous les autres que je ne prends pas le temps de citer qui comptent ou ont compté à un moment de ma vie.

A ma Marine,

Il semble difficile d'exposer en si peu de mots et en respectant un minimum de bienséance tout mon amour et ma reconnaissance. Merci pour ton soutien et ton réconfort inconditionnels, merci d'avoir supporté mes états d'âme, mes angoisses et mes absences. Cette thèse c'est aussi la tienne. Encore désolé pour ce début de vie commune pas toujours réjouissant. Le meilleur est à venir, ce que tu m'as donné je compte bien te le rendre.

Enfin, merci à tous les patients et patientes qui m'ont fait le cadeau de partager un bout de leur existence, qui m'ont accordé leur confiance et leur reconnaissance. A toutes ces rencontres, qui continuent de forger celui que j'aspire à devenir, qui donnent un sens à ce que j'essaie de défendre et qui font que ce travail n'en sera jamais vraiment un.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	12
PREMIERE PARTIE : LA PEDOPHILIE ET LA SOCIETE	13
<u>I – ETHYMOLOGIE-LEXICOGRAPHIE</u>	13
<u>II – EROTISATION DE L’ENFANT A TRAVERS LES CIVILISATIONS</u>	15
A) Pratique pédérastique codifiée	16
1- Grèce antique	16
2- Japon médiéval	16
B) Pratiques pédophiles non codifiées	17
1- Rome antique	17
2- Asie centrale	17
C) Condamnation religieuse	17
<u>III – CONSTRUCTION COMME PROBLEMATIQUE SOCIALE EN FRANCE</u>	18
A) XIXe siècle : Prise de conscience des violences sexuelles subies par les enfants	18
1- Le temps du déni	18
2- L’invention de l’attentat à la pudeur : symptôme d’une évolution des représentations	19
3- La protection de l’enfance comme enjeu politique	20
4- La science remet en cause la parole de l’enfant	21
B) XXe siècle : L’incarnation du pédophile	22
1- Aveux littéraires d’entre-deux-guerres	22
2- Années 70 : le plaidoyer « pro-pédophile »	23
3- Années 80-90 : Bascule vers une réprobation unanime et construction de la figure du prédateur	26
C) XXIe siècle : perspectives à l’heure d’internet et de la mondialisation	29
<u>IV – TRAITEMENT JUDICIAIRE EN FRANCE</u>	30
A) Sexualité et infraction sexuelle	30
B) Caractérisation juridique des actes « pédophiles »	31
C) Appréciation de la nature incestueuse	33
D) Évolution répressive	34
E) Adaptation aux enjeux actuels	34
F) Introduction du soin par le législateur	35

DEUXIEME PARTIE : THÉORISATION D'UN TROUBLE MENTAL	37
<u>I – L'AGRESSEUR SEXUEL D'ENFANTS MEDICALISE</u>	37
A) Naissance d'un intérêt pour les perversions sexuelles	37
B) Apparition de la pédophilie dans le champ psychiatrique	38
<u>II – APPROCHE PSYCHANALYTIQUE</u>	40
A) Les fondements freudiens des perversions	40
B) La remise en cause post-freudienne	41
C) Lacan, une relecture de Freud	42
D) Un débat contemporain	43
E) Question étendue au champ des violences sexuelles et de la pédophilie	43
<u>II – APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE</u>	48
A) Approche comportementale	48
1- Conditionnement répondant	48
2- Conditionnement opérant	48
3- Apprentissage vicariant	48
4- Théorie étiologique de l'acte sexuel déviant et de son maintien (Marshall et Laws)	49
B) Approche cognitive	50
1- Un profil cognitif d'agresseurs sexuels d'enfants ?	50
2- Les distorsions cognitives	50
3- La chaîne délictuelle	52
<u>III – APPROCHE BIOLOGIQUE</u>	54
A) Bases endocrinologiques du comportement sexuel	54
B) Rôle de la testostérone	55
C) Rôle de la sérotonine	56
D) Anomalies neurologiques et pédophilie	56
1- Neurologie lésionnelle	56
2 - Neuro-imagerie anatomique	58
3 - Neuro-imagerie fonctionnelle	59
<u>IV – CLASSIFICATIONS INTERNATIONNALES</u>	60
A) Classification internationale des maladies	60
B) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux	61

<u>V – DONNES EPIDEMIOLOGIQUES</u>	62
A) Prévalence	62
B) Facteurs de risque	62
C) Développement et évolution	62
D) Diagnostics différentiels et comorbidités	63
<u>VI – DEBATS CLINIQUES</u>	65
A) Distinction inceste-pédophilie	65
B) Pédophilie féminine	66
C) Pertinence de l’hébéphilie	67
D) Consommateurs de pédopornographie	67
E) Les pédophiles abstinents	68
TROISIÈME PARTIE : LA PRISE EN CHARGE À L’INTERFACE SANTÉ-JUSTICE	69
<u>I – LES TRAITEMENTS</u>	69
A) Les psychothérapies	69
1- Approche psycho-dynamique	69
2- Approche cognitivo-comportementale	71
3- Autres psychothérapies	76
B) L’orchidectomie	77
C) Les traitements pharmacologiques	78
1- Les traitements anti-hormonaux	78
2- Les traitements psychotropes	81
<u>II – ORGANISATION DES SOINS EN FRANCE</u>	82
A) Prise en charge thérapeutique des auteurs de violence sexuelles sur mineurs judiciairisées	82
1- Prise en charge en milieu carcéral	82
2- Prise en charge en milieu ouvert	83
3- Principes déontologiques de la prise en charge	84
4- Un dispositif qui ne fait pas l’unanimité	86
B) Prise en charge des pédophiles abstinents ou des auteurs de violences sexuelles non judiciairisées	87
C) La spécialisation : création des CRIAVS et des DSAVS	88
D) Indications des soins	89
CONCLUSION	93
BIBLIOGRAPHIE	94

INTRODUCTION

Les sociétés occidentales connaissent, depuis les Lumières, des mutations de leur organisation sociale. La séparation de l'Eglise et de l'Etat (bien que variable selon les pays), la démocratisation des systèmes politiques et la remise en cause du patriarcat, ont engendré une modification profonde des rapports sociaux et des questions sociétales. Ce qui jadis appartenait à la morale religieuse et à l'espace privé, prend désormais place dans l'espace public. Ce qui relevait du tabou est placé sous les projecteurs. L'évolution naturelle tend ainsi vers une inflation de la judiciarisation; la Justice se dessinant comme le nouveau régulateur social. Ainsi la Justice ne se limite plus à juger et punir mais s'intéresse à la « réparation des individus », elle s'inquiète de leur dangerosité et de leur réinsertion dans la société. De fait, elle suit de façon attentive les évolutions conceptuelles du savoir psychiatrique, n'hésitant pas à le convoquer, voire à le stimuler. Par ailleurs, la question des libertés et des droits individuels, prend de plus en plus d'importance, tout comme la considération de l'enfant, qui devient un être humain avec les mêmes droits que les adultes et qui suscite désormais une attention toute particulière.

C'est dans cette conjecture que le délinquant sexuel et a fortiori le pédophile récidiviste, est devenu à partir de la fin des années 80, la nouvelle figure du Mal; un fou dangereux, un détraqué, qu'il faut à tout prix empêcher de nuire et un objet d'étude privilégié pour la psychiatrie. L'intervention psychiatrique à ce sujet soulève nombre de questions et de débats, qui animent encore à ce jour la communauté scientifique. S'agit-il d'un trouble psychiatrique à part entière? Ce trouble est-il curable? La démarche de soins est en tout cas coordonnée à l'action judiciaire et ce n'est pas sans susciter des difficultés éthiques, qui réclament une vigilance certaine.

Nous tenterons, à travers une revue de la littérature psychiatrique, historique, juridique et sociologique de retracer l'émergence sociohistorique de cette problématique qu'est la pédophilie, de recenser les différentes théories médicales établies sur le sujet et leur application dans le cadre d'une prise en charge à l'interface entre santé et justice.

« Il n'existe qu'une certitude définitive sur la nature humaine, elle est changeante »

O.WILDE, (Aphorismes, 1904)

« De l'homme à l'homme vrai, le chemin passe par l'homme fou »

M. FOUCAULT, (Histoire de la folie à l'âge classique, 1972)

PREMIERE PARTIE : LA PEDOPHILIE ET LA SOCIETE

I – ETHYMOLOGIE-LEXICOGRAPHIE

- Perversion :

Du latin : *per* qui signifie par et *vertere* que l'on peut traduire par « tourner ».

La traduction littérale serait alors « par détournement », « par contournement », ce qui convient à la première utilisation du terme *perversio* au IIIe siècle, qui désignait une opération de falsification d'un texte et par extension, la volonté de corrompre les esprits ; puis à partir du début du IVe siècle il prend le sens de « dépravation », de « désordre ». Peu à peu la perversion revêt une tonalité morale en lien avec la religion. C'est vers la fin du XIXe siècle que le terme est repris dans un sens médicalisé sous l'acceptation généraliste d'une « altération », d'un « détournement du fonctionnel ». Il est par la suite utilisé dans le vocable de la psychologie par les psychanalystes ; d'abord par Freud en tant que mécanisme inconscient de défense, puis avec Lacan comme une structure psychique. En dépit de la reprise scientifique du terme, la connotation morale reste encore bien ancrée et son association aux comportements sexuels « hors normes » souvent associés à des forfaits criminels ne favorise pas ce détachement. Ainsi à ce jour on estime que si le terme recouvre différents champs sémantiques et différentes définitions, il désigne d'un point de vue général, l'inclination à des conduites considérées comme « déviantes » par rapport aux règles et croyances morales d'une société.

- Perversité :

Emprunté du latin *perversitas*, lui même dérivé de *pervertere*. Le terme *perversitas* a le sens d'extravagance, de conduite absurde puis prend le sens de dépravation après le premier siècle.

Le terme renvoie au caractère d'une personne encline au mal, qui fait, qui aime à faire le mal. Désigne une anormalité de la conduite générale et spécialement des comportements à l'égard d'autrui et de la société. Une tendance à accomplir des actes qui transgressent les règles morales et sociales, en jouissant du mal qu'on fait.

Il existe ainsi un entrecroisement confus entre les définitions des termes de perversion et de perversité, qui renvoient tous deux à une dimension morale.

- Paraphilie :

Du grec ancien παρά / *para* (« auprès de, à côté de ») et φιλία / *philia* (« amour / amitié »).

Terme psychiatrique qui renvoie à une déviation sexuelle, par le choix de l'objet, du désir ou la déformation de l'acte sexuel. Ce terme apparaît aux Etats-Unis en 1980 avec la volonté d'effacer la confusion générée par les termes pervers, perversion et perversité mais aussi de supprimer la connotation morale. Il offre une dénomination plus objective, athéorique, qui s'inscrit dans le sens d'une plus grande tolérance des mœurs et d'une reconnaissance de la souffrance potentielle.

- Pédophilie :

Du grec ancien : παῖς / *païs* (« enfant ») et φιλία / *philia* (« amour / amitié »).

Terme psychiatrique qui désigne la préférence sexuelle d'un adulte pour les enfants impubères ou en début de puberté, qui domine la sexualité d'un individu. Néologisme dérivé de *pedophilia erotica* proposé par le psychiatre autrichien Richard von Krafft Ebing en 1886, dans son ouvrage *Psychopathia sexualis*. Si la pédophilie n'est ni une infraction, ni une qualification juridique, le terme est largement utilisé pour décrire des actes répréhensibles, entraînant une confusion manifeste.

- Hébéphilie :

Du grec ancien ἡβη, *hébê* (« puberté », « jeunesse ») et φιλία, *philia* (« amour/ amitié »).

Terme psychiatrique qui désigne la préférence sexuelle d'un adulte pour les jeunes adolescent(e)s en cours de puberté.

- Ephébophilie :

Du grec ancien : ἑφηβος / *éphêbos* (« adolescent ») et φιλία / *philia* (« amour / amitié »)

Terme psychiatrique qui désigne la préférence sexuelle d'un adulte pour les adolescent(e)s pubères / jeunes adultes.

Il existe ainsi un continuum chronologique entre pédophilie-hébéphilie-éphébophilie. Les termes hébéphilie et éphébophilie sont de fait très peu utilisés dans la littérature médicale. Leur spécificité fait d'ailleurs débat au sein de la communauté scientifique et est généralement englobée dans un concept élargi de pédophilie. Ce terme de pédophilie n'a par ailleurs pas de pertinence en matière juridique, le droit contemporain s'attardant généralement plus sur l'âge légal que sur le stade de maturation physiologique.

- Inceste :

Du latin incestum (« souillure »), à rapprocher de incesto (« rendre impur »).

Désigne une relation sexuelle illicite entre personnes parentes ou alliées au degré prohibé par les lois civiles ou religieuses.

- Pédérastie :

Du grec ancien : παῖς / paîs, « enfant », et ἐραστής / erastês, «amour charnel».

Attirance érotique d'un homme pour les jeunes garçons, généralement adolescents ou préadolescents. Par extension désigne l'homosexualité masculine (désuet). Première apparition du mot français en 1580 dans *La Démonomanie des sorciers*, du juriste Jean Bodin, au sens de sodomie. Désigne à l'origine une institution morale et éducative de la Grèce antique.

Il est à noter que d'un point de vue étymologique, le mot pédérastie conviendrait mieux au sens donné au terme pédophilie. De par les différents sens qui lui ont été attribués (institution éducative, puis ensemble des pratiques homosexuelles répudiées par la société chrétienne), il ne sera pas retenu par souci d'éviter les amalgames.

II – EROTISATION DE L'ENFANT A TRAVERS LES CIVILISATIONS

Les temps antiques ont toujours nourri beaucoup de fantasmes sur la question de la liberté des mœurs. Si il existe bien des sociétés, ou civilisations qui se sont montrées plus tolérantes voire permissives en matière de relations sexuelles entre enfants et adultes, la réalité fait état de pratiques variées, codifiées ou non dont voici quelques exemples.

A) Pratique pédérastique codifiée

1- Grèce antique

Il paraît difficile de prouver que l'Antiquité grecque ait été le théâtre de relations sexuelles « pédophiles », incluant des jeunes enfants. Les textes antiques, pour la plupart des écrits philosophiques ou poétiques, s'adressent uniquement à une aristocratie instruite et font peu état des mœurs de la plèbe, décrivant essentiellement des amours charnels entre adultes et jeunes adolescents. L'adolescent (appelé *éraste*), formait un couple homosexuel avec un *éraste* (adulte modèle), devenant ainsi son *éromène*. La relation s'organisait selon des modalités éducatives, comprenant un enseignement complet (amour, politique, art de la guerre). Cette sexualité offrait une alternative à une sexualité hétérosexuelle hors mariage, génératrice d'enfants illégitimes et de fait, très mal acceptée socialement.

De nombreuses passions, entre des auteurs antiques et leurs jeunes disciples, sont ainsi célèbres, comme celle entre Socrate et Alcibiade, ou celle entre Aristote et son disciple Théodecte. Celles-ci faisant écho à de nombreux équivalents mythologiques, qui donnaient de la légitimité à ces pratiques (Zeus et Ganymède, Apollon et Hyacinthe, Achille et Patrocle,...). Ces rapports n'étaient pourtant en rien exonérés de codification et de jugement moral. Ainsi les rapports sexuels avec des enfants (filles ou garçons), trop jeunes, suscitaient questionnement et condamnation, comme peut en témoigner Platon dans *La République*, ou dans *Les Lois*.

2- Japon médiéval

Le *shūdō* (衆道) abréviation de *wakashudō* (若衆道), « la voie des jeunes hommes » est la tradition japonaise d'une homosexualité pédérastique pratiquée au sein des samouraïs de l'époque médiévale jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle. Bien que le terme n'apparaisse qu'en 1485, la tradition pédérastique japonaise est très probablement nettement plus ancienne. Par ses aspects pédagogiques, militaires et aristocratiques, le *shūdō* s'apparente fortement à la pédérastie grecque.

B) Pratiques « pédophiles » non codifiées

1- Rome antique

Dans la Rome Antique, la culture et les modes grecques étaient prisées de l'aristocratie patricienne. Si les relations sexuelles avec de jeunes garçons ou de jeunes filles étaient répandues, elles n'étaient pas officialisées, ou codifiées comme dans la pédérastie initiatique. Pour les Romains, l'enfant mâle était déjà considéré comme un homme et devait apprendre à se comporter comme tel. Il ne pouvait ainsi pas avoir un rôle passif lors d'un rapport sexuel, ce qui porterait atteinte à son statut social et à sa virilité. Pour Sénèque : « la passivité est un crime chez un homme de naissance libre ; chez un esclave, c'est son devoir le plus absolu ». L'enfant, fille ou garçon, était d'ailleurs protégé par un code social, qui prenait une expression vestimentaire : *la toga praetexta*, leur donnant un statut d'inviolable. Le commerce sexuel avec des enfants ne pouvait alors exclusivement se dérouler qu'avec des esclaves, soit des êtres humains hors société, non protégés par les lois du citoyen, mais seulement par la *Lex aquilla* (loi protégeant les biens des dommages). Plusieurs empereurs (César, Néron, Tibère, Caligula, Hadrien) montrent d'ailleurs l'exemple en matière de rapports sexuels avec de très jeunes adolescents.

2- Asie centrale

En Asie centrale, plus particulièrement dans l'actuel Afghanistan existe depuis de nombreux siècles la tradition du *Bacha Bazi* (en persan : بازی بچه, littéralement «jouer avec les enfants»). Il s'agit d'un véritable esclavage sexuel de garçons pré-pubères, qui sont vendus à des hommes riches. Ces enfants pré-pubères, sont travestis en femme, chantent et dansent lors de soirées festives réservées aux hommes. Cette entreprise est toujours prospère en Afghanistan, marqueur d'un certain rang social et est notamment pratiquée par plusieurs chefs de guerre qui ont lutté avec l'OTAN contre le régime taliban (qui avait aboli cette pratique).

C) Condamnation religieuse

Certains chapitres du Lévitique, évoquent des interdits sexuels. Différentes formes d'inceste (notion élargie à comprendre au sens d'impur) comme la zoophilie, l'adultère et l'homosexualité masculine sont ainsi punis par la mort ou diverses malédictions. Le but de ces interdits est clairement explicite et s'inscrit surtout dans une démarche de différenciation avec les pratiques païennes. Les rapports sexuels avec des enfants pré-pubères ou non n'y apparaissent pas clairement comme une interdiction. Pourtant pour certains théologiens, l'expression « ne livre pas n'importe qui de ta

progéniture en offrande à Molokh, pour ne pas profaner le nom de ton Dieu » correspondrait à l'interdiction de ce qu'on appelle de nos jours la pédophilie.

Au contraire dans la Genèse, les filles de Loth, restées sans mari, après le départ précipité de Sodome, enivrent leur père pour l'abuser et avoir un enfant de lui. Ces forfaits incestueux sont félicités par Dieu qui leur donne deux fils, à l'origine des lignées Moabites et Ammonites.

Dans les sociétés occidentales soumises au pouvoir religieux du christianisme pendant plusieurs siècles, la norme sexuelle se résume à l'« instinct de reproduction » qui s'exerce dans le cadre du mariage. De fait, toute activité sexuelle s'en écartant (homosexualité, masturbation, acte sexuel avec des enfants) est considérée comme immorale sans vraiment établir de hiérarchisation de valeur claire. Si les sentences sont d'une sévérité extrême (châtiments variés, dont la mort est souvent la finalité), l'exécution des peines fait état d'une grande tolérance en fonction du statut social.

III – CONSTRUCTION COMME PROBLEMATIQUE SOCIALE EN FRANCE

Pendant des siècles durant lesquels le religieux et le droit se confondent, à travers une morale au fondement transcendantal, le débat n'est pas possible et les représentations sociales restent figées. La Révolution française, qui entame le processus de séparation entre l'Eglise et l'Etat, permet l'appropriation sociale et politique de nombreuses questions comme celle de la sexualité et de ses normes. La mise en place du Code civil et du Code pénal par Napoléon Bonaparte matérialisent des points d'orgue de cette ouverture au débat social.

Ainsi le Code pénal de 1810 juge les attentats aux mœurs selon deux principes fondamentaux :

- en matière sexuelle, un adulte majeur n'est puni que pour des faits de scandale public lié à un « outrage aux bonnes mœurs » ou à un « attentat à la pudeur » (attentat à la pudeur s'entend ici avec violence) ;
- tout attentat à la pudeur avec un mineur est considéré comme un crime.

A) XIXe siècle : Prise de conscience des violences sexuelles subies par les enfants

1- Le temps du déni

Au XIXe siècle, dans une France largement rurale, où les enfants nécessiteux ou orphelins sont souvent placés pour effectuer des travaux divers et de fait livrés à eux même, sans protection, le

contexte se présente propice aux commerces pédocriminels. Lorsque les actes sont portés à la connaissance d'adultes, ils n'entraînent que rarement des poursuites et occasionnent au mieux des arrangements financiers ; les familles préférant éviter d'ébruiter, le cas échéant, la perte de la virginité, qui compliquerait la perspective d'un mariage. Et lorsqu'il s'agit de sodomie, la question ne se pose même pas, tant la honte et le déshonneur portés seraient importants. Dans les rares cas où ces actes occasionnent des poursuites judiciaires, la définition obscure des notions de viol et la doxa médicale ambiante (selon laquelle la disproportion des organes génitaux écarterait en substance la pénétration) font très généralement bénéficier le doute à l'accusé, lui épargnant une condamnation très lourde.

2- L'invention de l'attentat à la pudeur sans violence : symptôme d'une évolution des représentations

Avec la loi du 28 avril 1832 et l'introduction de l'attentat à la pudeur, la société accorde un nouveau regard sur la criminalité sexuelle ; en intégrant la notion d'un crime sans violence et en reconnaissant la spécificité infantile à la question du consentement, elle complexifie la manière d'appréhender sa nature. Ainsi elle criminalise la séduction d'une victime, si faible et si inexpérimentée, que cela équivaut à de la violence. Cette loi donne lieu à un affinement de l'échelle des peines, auquel s'ajoute l'introduction des circonstances atténuantes qui permet d'individualiser les peines.

Ce tournant institue sans le nommer « le crime de pédophilie » et ouvre un champ d'action aux médecins légistes. Tardieu, professeur de médecine, élu à l'académie de médecine à la section « hygiène publique » et médecin consultant de Napoléon III, s'intéresse en tant que légiste aux moyens d'authentifier dans ces rapports, les lésions et dommages présentés par les petites victimes, d'attentat à la pudeur. A une époque où l'impossibilité anatomique du viol d'enfant est encore répandue dans le milieu médical, il s'intéresse aux troubles psychiques présentés par les victimes. Ainsi il peut écrire dans *Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs* : « Le viol, qui offense les sentiments les plus intimes de la jeune fille ou de la femme, autant au moins qu'il blesse le corps, détermine souvent une perturbation morale et un ébranlement physique (...) perturbation morale qui peut être le point de départ d'une affection hystérique, de troubles nerveux dégénérant ensuite en maladie (syncope, délire aigu, paroxysme convulsif, fièvre cérébrale) et mener les victimes au suicide ». Le regard posé par Tardieu sur la question est symptomatique du basculement scientifique et sensible qui s'opère dans la deuxième partie du XIXe siècle.

En 1876 avec la création du journal *le Petit Parisien*, le traitement médiatique des violences envers les enfants connaît également une véritable révolution. Ce journal qui se veut avant-gardiste, leur offre en effet une première vitrine. Ces questions ne s'insérant pas dans un cadre de représentation

collective permettant de les affronter et de les traiter ; les récits d'attentats et de viols d'enfants ne constituaient pas, jusqu'ici, des sujets pour les journaux, qui craignaient par ailleurs des poursuites pour outrage à la pudeur. L'ensemble de la presse se mettra très vite au diapason concernant ce nouveau fait de société.

3- La protection de l'enfance comme enjeu politique

Dans la France d'après-guerre (guerre franco-prussienne 1870-1871), l'union nationale se fait autour d'un redressement de la natalité. Inspirée par le souci de concourir à cet enjeu, l'enfance et l'enfant deviennent, en cette fin de siècle, des objets d'étude et des objets législatifs cruciaux. L'Etat cherche à prendre sa responsabilité dans ce domaine, prenant le relais des associations philanthropiques et des initiatives charitables en amorçant le développement d'un service social de protection de l'enfance.

Cette ambition prend forme à travers deux lois principales :

- la loi du 24 juillet 1889 « sur la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés », qui, sans aborder directement la question des violences sexuelles, fournit le cadre d'une intervention judiciaire contre les sévices à l'enfant, permettant la déchéance paternelle ;
- la loi du 19 avril 1898 « sur la répression des violences, voies de fait, actes de cruauté et attentats commis envers les enfants » qui permet au juge de pouvoir ordonner une mesure de placement pour les enfants victimes de mauvais traitement. Cette loi permet d'être réactif, de façon provisoire, sans se prononcer sur la déchéance paternelle (très peu appliquée dans les faits).

La famille demeure « propriétaire » de ses enfants, mais désormais comme relais fondamental de l'autorité étatique et non plus de façon autonome.

La presse qui s'est saisie de ces affaires de mœurs, n'a pas manqué de remarquer la fréquence des attentats commis par des enseignants religieux. Or la France de la Troisième République est habitée par le débat de la laïcisation de l'école, réclamée par l'ensemble des républicains, des radicaux aux collectivistes. Ceux-ci vont ainsi se saisir de ce levier médiatique, en orchestrant une dénonciation en règle, des forfaits pédo-criminels commis au sein des congrégations religieuses et en incitant, via voie de presse, les parents à retirer leurs enfants des écoles religieuses. En réponse à cette « chasse aux sorcières », les catholiques, libéraux et conservateurs, dénoncent un complot mené par les juifs et les

francs-maçons, visant à déchristianiser le pays. A Lille, l'affaire du père Flamidien, qui a ébranlé et divisé le pays à l'image de l'affaire Dreyfus, caractérise bien l'ambiance de l'époque.

4- La science remet en cause la parole de l'enfant

Si un intérêt pour l'enfant et sa parole est né, de nombreux soupçons de faux témoignages sont relevés par les psychiatres et médecins légistes qui succèdent à Tardieu. Lui-même avait d'ailleurs émis cette réserve. C'est le cas de Léon Thoinot, professeur de médecine légale et membre de l'académie de médecine, qui déclara : « partout les faux attentats excèdent et de beaucoup le nombre d'attentats réels » et érigea dans ses enseignements, la défiance comme première règle d'expertise.

Après les travaux du psychologue Alfred Binet, sur la « science du témoignage », les psychiatres vont pouvoir relayer les magistrats dans l'évaluation de la fiabilité des dénonciations portées par des enfants. A ce titre, Ernest Dupré, professeur de psychiatrie, développe sa théorie de la mythomanie infantile. L'axiome fondamental de sa théorie est que « l'enfant, en dépit de la conviction inébranlable qui l'anime lorsqu'il témoigne, n'est pas un témoin fiable, à l'instar de l'hystérique, du débile ou de l'aliéné ». Ainsi, le témoignage d'un enfant doit être, selon lui, considéré sinon irrecevable, au moins comme extrêmement suspect. La théorie de la mythomanie infantile de Dupré marque un point d'infléchissement certain dans les représentations de l'enfance, tout juste modifiées par les apports législatifs et scientifiques de la fin du siècle. Celle-ci irrigue les ouvrages de médecine légale du début du siècle. Mais plus encore, les théories sur le consentement, voire la séduction de petites filles perverses proposé par Eugène Gelma et alimentées par une lecture hasardeuse des théories psychanalytiques (notion de pervers polymorphe, sexualité infantile,...) installent un profond scepticisme. La tentative esquissée par Tardieu en 1857 reste donc sans lendemain, laissant place à une défiance arc-boutée sur des expériences choisies et des théories sans nuances.

Les décennies qui suivent, influencées par les théories médicales en vigueur et marquées par deux guerres mondiales, voient cette question sociale nouvelle retomber au second plan, voire être oubliée. La presse semble elle aussi se désintéresser du sujet. Les acquis en termes de protection de l'enfance perdurent cependant.

B) XXe siècle : L'incarnation du pédophile

1- Aveux littéraires d'entre-deux guerres

Les années d'entre-deux-guerres sont le théâtre d'un assouplissement des normes morales, probablement en lien avec le parachèvement du processus de déchristianisation et l'influence grandissante des théories freudiennes. Cette période offre alors une recomposition du regard littéraire sur les relations sexuelles entre enfants et adultes.

André Gide se saisit de cette ouverture et depuis *l'Immoraliste* poursuit l'entreprise qui va occuper sa vie : réduire la tension qui existe entre son identité sexuelle et la morale. Son œuvre illustre à merveille une figure désirante et amoureuse, en mettant l'accent sur la dimension pédérastique du commerce sexuel qu'ont certains adultes avec de jeunes garçons. L'outrance est minutieusement maîtrisée et le processus de dévoilement qui s'organise par un glissement du roman au récit autobiographique est subtil. Si Gide se définit comme un pédéraste, il est surtout perçu comme un homosexuel. Une confusion facilitée par l'assimilation de ces deux entités à cette époque.

Mais l'état d'esprit des « années folles » ne caractérise pas le basculement libertaire que pensait avoir perçu Gide. Il ne représente en réalité qu'un relâchement superficiel, tout au plus une paresse intellectuelle à défendre certains principes moraux. Avec la publication de *Si le grain ne meurt* en 1926, Gide suscite le scandale. Mais plus que d'éventuelles victimes, ses détracteurs redoutent surtout l'exemple déplorable donné aux jeunes esprits. Moins que ses pratiques, c'est son « exhibitionnisme littéraire » qui lui est reproché, avec en filigrane, la crainte de la propagation de l'homosexualité. Ses amis comme Paul Valéry ou Dorothy Bussy manifestent quant à eux un certain embarras. Un seul critique, en la personne d'André Billy, ose poser un regard pénal sur ces révélations scandaleuses, considérant que ces agissements relèvent « plus de la correctionnelle que de la littérature ».

La crise de 1929 marque un tournant social important, avec un retour vers un certain conformisme et ainsi un recul dans l'acceptation de ce qui est encore apparenté à de l'homosexualité. C'est d'ailleurs le discours envers l'ensemble des minorités, accusées de détruire la cohésion nationale, qui se durcit. L'esprit de jouissance, insoucieux des exigences natalistes et de la rigueur morale est dénoncé comme destructeur de la stabilité politique. Cette tendance est renforcée sous le régime de Vichy, qui met les œuvres de Gide à l'index et qui légifère à propos de la majorité sexuelle, qu'elle repousse notamment à 21 ans pour les relations homosexuelles. Gide quitte la France en 1942.

Il revient en grâce après la guerre, proposé à l'Académie française par le général de Gaulle en 1944, puis auréolé d'un prix Nobel de littérature en 1947. Gide décède quatre ans plus tard et les éloges et hommages qui lui sont décernés sont à peine voilés par des « nuances morales ».

Si la littérature reste discrète sur le sujet par la suite, il semble patent que l'œuvre de Gide, en sortant la question des relations pédérastiques du champ criminel, pour l'aborder sous l'angle du désir à la première personne, a préparé le temps de la révélation et de la revendication.

2- Années 70 : le plaidoyer « pro-pédophile »

Sous l'impulsion économique des « Trente Glorieuses », émerge une classe moyenne et avec elle des questions sociales qui vont prendre la forme de lutte dans les années 60-70, dont Mai 68 reste le point d'ancrage. La jeunesse française, désireuse de révolution et influencée par une lecture marxiste-maoïste, remet en cause toute l'organisation patriarcale de la société, perçue comme une institution bourgeoise morbide. Au travers de cette ébullition politique et sociale, la question des libertés individuelles revêt une importance considérable. Libertés, au sein desquelles la liberté sexuelle devient un pan majeur. Il se développe notamment à cette époque un militantisme féministe et des « pratiques sexuelles minoritaires ». Les années 70 baignent alors dans une atmosphère d'érotisme libertaire, qui bouscule les interdits et les tabous. En 1971 le photographe David Hamilton publie son premier livre, *Dreams of a Young Girl* et réalise cinq ans plus tard son premier film *Bilitis*, où il met en scène de très jeunes adolescentes plus ou moins nues, dans des postures lascives. De la même manière, la photographe Irina Ionesco atteint la notoriété en exposant des photographies érotiques de sa fille Eva. Cette même fille, qui dans le film de Pier Giuseppe Murgia, *Maladolescenza*, joue des scènes érotiques alors qu'elle n'est âgée que de 12 ans.

La pédophilie, si elle bénéficie d'un soutien très minoritaire dans l'opinion, trouve sa place dans cette « révolution sexuelle » et se positionne comme une minorité sexuelle devant être défendue et libérée. La cause pédophile, greffée à la cause homosexuelle, notamment à travers des groupes comme Arcadie et le Front Homosexuel d'Action Révolutionnaire (FHAR) ou le magazine *Gai Pied*, se trouve des appuis politiques, intellectuels et médiatiques, notamment dans les milieux de gauche et d'extrême gauche. En l'inscrivant dans une remise en cause radicale de l'ordre moral et social, les défenseurs de la pédophilie, idéalisée comme exempte de contrainte et de violence, ont pour dessein d'attribuer une légitimité à leur pratique et de l'ériger en véritable culture. L'argumentation tourne alors beaucoup autour du droit de l'enfant à la sexualité. Ainsi le philosophe universitaire René Scherer (figure du FHAR), défend également ouvertement la pédophilie, publiant en 1974, *Emile perversi*, essai contestant la nocivité des rapports sexuels pour les enfants et l'exclusion des « rapports

pédérastiques entre maître et élève » dans l'éducation contemporaine. Il va jusqu'à déclarer que « tout désir d'éduquer est un désir pédérastique pervers » et fustige au passage l'intervention de la psychanalyse et la notion de période de latence où la sexualité infantile serait mise au repos. En 1976, en collaboration avec le journaliste Guy Hocquenghem (autre figure du FHAR), Scherer propose de revisiter et de déconstruire les catégories à partir desquelles nous pensons la relation enfant-adulte, notamment en ce qui concerne la question du consentement de la relation. Pour lui il s'agit là de l'illusion d'une société d'adultes, qui ne peut nullement s'appliquer à l'enfant, sans pour autant impliquer une contrainte. Il étaye son propos de la relation décrite dans le célèbre roman de Nabokov, *Lolita*. Dans un débat sur France Culture en avril 1978, auquel sont également invités Guy Hocquenghem et l'avocat Jean Danet, Michel Foucault disserte, à propos de la loi de la pudeur, sur la nécessité d'abolir en France, la majorité sexuelle. Il dénonce comme un « nouveau régime de contrôle de la sexualité », la séparation sexuelle entre enfants et adultes, où l'enfant est positionné comme un être en danger par nature et l'adulte mâle comme un individu dangereux. Foucault et Hocquenghem appuient sur la difficulté inhérente à la question du consentement de l'enfant, dont on sous-évalue la lucidité.

Tony Duvert (écrivain), à l'instar de Gabriel Matzneff (écrivain et chroniqueur au *Monde*), avoue publiquement son goût pour les très jeunes adolescents. Il se déclare même ouvertement pédophile et évoque dans un livre avoir eu des partenaires sexuels âgés de six ans. Le magazine *Gai Pied* lui donne d'ailleurs la parole, dans son deuxième numéro, ce qui permet de préciser la position du journal vis-à-vis de la pédophilie, à savoir un parti pris contre l'ordre familial, décrit comme l'expression d'une « pédophobie ». Cette attaque de la famille est centrale dans son discours et s'étend avec la dénonciation d'un matriarcat castrateur, assimilé à une forme de fascisme. Il cherche par ailleurs à nouer plus solidement les liens entre pédophilie et homosexualité : « J'ai une terrible tendance à croire que les garçons ont un horrible penchant à être homos, et qu'il existe tout un jeu des femmes mères pour hétéro-sexualiser de force ces pauvres bêtes, qui n'en ont aucune envie, et les viriliser à mort »

En 1977, dans leur essai « *Le nouveau désordre amoureux* » Pascal Bruckner et Alain Finkielkraut défendent Tony Duvert, estimant que ses livres devraient « stimuler, susciter des vocations, dessiller les yeux » plutôt que provoquer le scandale. Gabriel Matzneff, lui, se revendique héritier d'une pédérastie hellénique et fustige la violence de certains faits divers, qui sont à son sens, le fait de déséquilibrés qui n'ont pas trouvé à s'accomplir dans leur vie personnelle et sociale. Ainsi il écrit dans *Les moins de seize ans* : « De temps à autre, un mari assassine sa femme. Cet incident fâcheux ne remet pas en cause dans l'esprit des bourgeois, l'institution du mariage. Ce n'est pas parce qu'un malade mental étrangle de temps à autre un petit garçon que ces mêmes bourgeois sont autorisés à faire porter le chapeau à tous les pédérastes et à priver leurs enfants de la joie d'être initié au plaisir, seule « éducation sexuelle » qui ne soit pas un mensonge et une foutaise ». Mais aussi contradictoire que sincère, Matzneff révèle dans *Les passions schismatiques*, qu'il lui arrive d'avoir recours aux

« réseaux » où « l'on se refile les gosses et où l'unique séduction est celle du porte-feuille ». Pour autant Matzneff est allègrement salué par la critique de l'époque et fait les beaux jours d'*Apostrophes*, émission présentée par Bernard Pivot sur Antenne 2, dont il est un invité régulier.

Des journaux, comme *Libération* ou *Le Monde*, se font aussi la tribune de la lutte pro-pédophile, diffusant lettres, interview et pétitions. L'une d'entre elles, parue dans *Le Monde* du 26 janvier 1977 (relayée également par *Libération*) prend ainsi position dans « l'affaire de Versailles », dans laquelle trois hommes, Bernard Dejager, Jean Claude Gallien et Jean Burckhardt, ont comparu pour attentat à la pudeur sans violence sur mineurs (accusés d'avoir eu des relations sexuelles avec des filles et des garçons de 13 et 14 ans). Le texte affirme que les enfants n'ont pas subis de violence et qu'ils étaient consentants. Il est signé par 69 personnalités dont notamment, Louis Aragon, Francis Ponge, Simone de Beauvoir, Roland Barthes, André Glucksmann, Philippe Sollers, Guy Hocquenghem, Bernard Kouchner, Jack Lang, Gabriel Matzneff, Catherine Millet et Jean Paul Sartre. Il apparaît cependant nécessaire d'apporter de la nuance entre la mobilisation d'intellectuels en faveur d'une révision plus libérale du code pénal et les revendications de pédophiles qui défendent la légitimité de leurs pratiques. En 1978, *Libération* publie un dessin pédopornographique du collectif artistique *Bazooka*, repris de la revue *Regards modernes*, illustrant une fellation réalisée par une petite fille, sous le titre « Apprenons l'amour à nos enfants ». Les 26 et 27 janvier 1979, *Libération* publie dans sa rubrique « Courrier » la longue lettre de Jacques Dugué, moniteur sportif bénévole, accusé d'attentat à la pudeur sur mineur et d'appartenance à un réseau de proxénétisme pédophile. Cette tribune libre, offerte par le journal et présentée par l'essayiste militant Guy Hocquenghem, Jacques Dugué s'en saisit pour faire l'apologie de rapports sexuels entre adultes et enfants, évoquant le cas d'une famille recomposée qu'il côtoie, au sein de laquelle se déroule des relations incestueuses « au grand jour », « dans le lit conjugal » entre les fils (dont l'un est âgé de onze ans) et le beau-père. Il met en avant le plaisir éprouvé par l'enfant ainsi que la dimension affective, qui sous-tend leurs ébats, relevant que cet enfant aime son beau-père comme « aucun enfant aime son père ». Il sera défendu à son procès par les témoignages de René Schérer et Gabriel Matzneff.

Le positionnement de *Libération* vis-à-vis de la pédophilie ne laisse pas insensible ses opposants politiques, en première ligne desquels, le journal *Minute*, qui dénonce volontiers les « pourrisseurs de jeunesse » que sont les pédophiles : « Les articles qui défendent la pédophilie sont autant de tissus d'immondices, que les avocats sont d'abominables crapules et ses prosélytes méritent le plus extrême des châtements ».

Bien que la question soit loin de faire l'unanimité au sein de ses militants, la LCR se positionne dans son programme de 1978 pour « l'abolition de toutes les lois discriminatoires et répressives contre la sexualité des mineurs » et ainsi l'abolition de toute notion de majorité sexuelle. En 1979, lors

de l'université homosexuelle d'été de Marseille, est créé le Groupe de Recherche pour une Enfance Différente (GRED), un groupe de réflexion s'adressant à tous ceux qui se considèrent amis ou amoureux des enfants et adolescents, aux pédophiles et pédérastes de toute sorte. Le GRED, outre ses réunions informatives et congrès, vise à intervenir au sein de la mouvance des expériences alternatives concernant les enfants.

Dans la lutte pour les libertés sexuelles, les chemins se séparent assez vite entre d'un côté les mouvements défendant l'homosexualité et la pédophilie et de l'autre les féministes. Les premiers se centrent sur une optique libertaire, de déconstruction du pouvoir et de la morale et ainsi de leur intervention, via le Code pénal, dans l'intimité des individus. Les féministes, au contraire, se saisissent précisément de cet organe de pouvoir qu'est la loi pour mettre en acte leur émancipation, dans cette société phallogcentrée.

Il est intéressant de noter que durant cette période, c'est la « pédophilie extrafamiliale », drapée d'une pédagogie pédérastique helléniste, qui est défendue. Elle est fermement opposée à l'inceste, perçu par les militants pro-pédophiles de l'époque comme l'exercice d'un pouvoir, d'un ordre familial bourgeois oppressant, qui empêche d'avoir des expériences extérieures et de s'épanouir. On pourrait supputer que la distinction « française » entre inceste et pédophilie, qui prévaut encore à ce jour dans le milieu psychiatrique tiendrait autant de ces éléments socioculturels, que de postulats psychopathologiques.

C) Années 80-90 : Bascule vers une réprobation unanime et construction de la figure du prédateur

A partir des années 80, les groupes pro-pédophiles sont progressivement rejetés et le sont notamment par des acteurs de la Révolution sexuelle. Les mouvements féministes, qui ont rapidement pris leurs distances avec la revendication pédophile, sortent du silence. Leur arrivée au pouvoir, via l'élection de François Mitterrand en 1981, marque un point d'inflexion important avec l'émergence d'une critique qui ne se veut plus morale, mais animée d'un souci de protection des personnes vulnérables à toute forme de domination masculine. A la suite des mouvements féministes, certains groupes militants homosexuels, comme le groupe Arcadie (première véritable association homosexuelle française) d'André Baudry, commencent à se montrer empruntés vis à vis de la question pédophile, voire à émettre des réticences. Le journal *Le Petit Gredin*, organe du GRED ne manque pas de manifester son irritation à l'encontre de ces dissidents, alors que Tony Duvert n'hésite pas à les qualifier de « Judas ». Le GRED, quittera finalement l'université d'été homosexuelle en 1985 suite à des tensions avec les organisateurs.

En 1982, l'affaire du Coral contribue à alerter l'opinion sur les dérives des « pédagogies alternatives » inspirées des mouvements d'anti-psychiatrie post-Mai 68. Cette affaire très médiatisée, met principalement en cause Claude Sigala, fondateur du Coral, un lieu de vie pour enfants et adolescents en difficulté (souffrant d'autisme, de retard mental ou de troubles psychotiques, ou en grande difficulté sociale). Cette affaire prend une ampleur considérable et se mue en véritable feuilleton politico-médiatique, suite aux accusations d'organisation d'un réseau pédophile, impliquant plusieurs personnalités comme René Scherer, Gabriel Matzneff, Michel Foucault, Jack Lang, ou encore Pierre Mauroy (alors Premier ministre en exercice). Ces mises en cause se font via la diffusion de documents falsifiés et les enquêtes de police disculpent finalement les personnalités publiques dont le nom a été associé à l'affaire. Claude Sigala est condamné pour attentat à la pudeur sur mineurs de moins de quinze ans. Sept personnes travaillant au lieu de vie sur les dix inculpés seront également condamnées.

Les années 80 marquent aussi un virage dans le traitement médiatique des abus sexuels, donnant progressivement la parole aux victimes et levant le tabou de l'inceste à travers des émissions comme *Les Dossiers de l'écran*, qui en septembre 1986, prend le risque de diffuser, pour la première fois, des témoignages de victimes d'inceste à visage découvert. Cette émission, qui offre un canal d'expression pour les victimes, remporte un franc succès d'audimat et est largement reprise dans la presse, suscitant une avalanche de témoignages. Elle offre ainsi la possibilité au grand public de comprendre autrement les enjeux des abus sexuels sur mineurs. C'est ainsi, au travers de cette reformulation de la question de l'inceste, abreuvée de témoignages poignants, que commencent à être pensées les violences sexuelles faites aux enfants comme autant de formes de destruction de l'individu. Le développement contemporain du mouvement associatif (SOS Inceste, REVIVRE) participe à cette ouverture de la parole et à l'interpellation de l'action publique.

L'année 1989 se veut cruciale dans l'histoire de la prise en compte judiciaire des crimes sexuels sur les enfants avec la loi du 10 juillet 1989, relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. Cette loi majeure, qui redéfinit la mission départementale en matière d'aide sociale à l'enfance et améliore la défense de l'enfant, allonge le délai de prescription en le faisant démarrer à partir de la date de la majorité et crée le service national d'accueil téléphonique « Allo enfance maltraitée ». La même année, la maltraitance infantile devient un enjeu supranational, avec notamment l'adoption par l'assemblée générale de l'ONU d'une convention internationale sur les droits de l'enfant. A partir de 1989 les questions relatives à la protection de l'enfance et à la répression de la délinquance sexuelle ne sont plus sujettes aux positions partisans et font l'unanimité. S'ensuivra la loi du 23 décembre 1980, qui redéfinit le viol et sa distinction avec les autres actes, encore qualifiés d'attentats à la pudeur, qui ne relèvent désormais plus des assises, mais d'un tribunal correctionnel. Ce

dernier point qui peut sembler être un assouplissement, permet en fait de réduire le coût et le temps des procédures et rend le jugement plus technique.

Les canaux de la revendication pro-pédophile se tarissent les uns après les autres et aucun mouvement officiel ne survit d'ailleurs au-delà de la fin des années 80. L'incapacité des pédophiles à se constituer en mouvement pérenne n'est d'ailleurs pas un simple échec stratégique, mais témoigne d'une impossibilité à construire une véritable identité communautaire au sein de cette hétérodoxie.

En 1990, Patrick Meney, journaliste et producteur-animateur de télévision, publie *Les voleurs d'innocence*, ouvrage dans lequel il fustige la complaisance de certains médias et milieux intellectuels vis-à-vis de la pédophilie, et appelant au traitement médical des délinquants sexuels comme au Canada. Il consacre par ailleurs, à cette question de société, plusieurs émissions diffusées sur TF1. En 1995, la journaliste Mireille Dumas, après une première émission en 1993 sur le thème de l'inceste, consacre un numéro de *Bas les masques* à la pédophilie, à heure de grande écoute. La question des abus sexuels sur mineurs gonfle ainsi de nouveaux dans les médias et se dépouille de l'investissement idéologique et politique qui a pu être son lot par le passé. Les journalistes ne reculent plus devant les mots, qu'il s'agisse de s'employer à user du vocabulaire juridique, ou bien de livrer des détails macabres. Les affaires sordides, suscitant l'émoi populaire se multiplient et leur traitement médiatique offre son lot d'illustrations (photographies d'enfants victimes, portraits attendrissants des victimes contrastant avec les modes opératoires criminels les plus sordides). Si le sensationnel se veut un levier pour interpeller et mobiliser l'opinion publique, il est légitime de s'interroger sur son autosuffisance acquise.

En Belgique, l'affaire Marc Dutroux choque profondément l'opinion, suscitant une importante mobilisation internationale. Après une première arrestation en 1986 pour enlèvements, séquestration et viols de mineurs, Marc Dutroux écope de 13 ans et demi de prison et bénéficie d'une libération conditionnelle en 1992, sans qu'il soit soumis à un suivi quelconque. En 1996, il est de nouveau arrêté et jugé pour séquestrations, enlèvements, viols et meurtres en bande organisée (avec la participation principale de sa compagne), de plusieurs personnes, mineures pour la plupart. Cette affaire a un retentissement international et c'est précisément en 1996 qu'aura lieu la première conférence mondiale sur l'exploitation sexuelle des enfants, qui a lieu à Stockholm.

Ces affaires contribuent beaucoup à la prise de conscience, par l'opinion et les pouvoirs publics, de la problématique posée par la pédophilie et la question de la récidive. Elles participent également à modifier l'appréhension du crime sexuel sur enfant en générant l'assimilation entre pédophiles et tueurs d'enfants. L'image de l'intellectuel pédéraste est bel et bien remplacée par cette figure de Gilles de Rais réactualisée, sous la physionomie double du prédateur et du déséquilibré. Si elles interpellent

l'action publique, elles participent également à la convocation du savoir psychiatrique, qui avait longtemps laissé au repos cette question des violences sexuelles. Les psychiatres prennent ainsi une place centrale lors des procès, comme sur les plateaux de télévision, où ils sont sollicités pour éclairer l'opinion publique sur ces déséquilibrés dangereux.

D) XXIe siècle : perspectives à l'heure d'internet et de la mondialisation

Dans les années 2000, l'influence des groupes pédophiles « militants » au sein de l'opinion publique et des médias est réduite à néant. Les reliquats de ces groupes trouvent alors refuge sur internet qui se développe à grande vitesse. Nouvelle interface de communication, internet, s'avère le refuge idéal pour la diffusion d'une pensée minoritaire rejetée par l'opinion publique. Ce moyen de communication facilite par ailleurs la rencontre avec les mineurs, via les messageries instantanées, ainsi que la circulation de pédopornographie et l'organisation de réseaux clandestins à l'échelle internationale. En 2000, l'*Humanité* révèle l'existence d'un fichier néerlandais « Zandvoort », transmis par Interpol, mais resté inexploité en France. Ce fichier, contenant des photos à caractère pédopornographiques, a permis d'interpeller plusieurs individus, mais les enquêteurs néerlandais n'ont pas pu mettre en évidence l'existence d'un groupe organisé. En mars 2011, un vaste réseau de pédophiles est démantelé par Europol et conduit à l'identification de 670 suspects, répartis sur quatre continents. L'enquête a également permis d'identifier pas moins de 230 enfants victimes d'abus sexuels. Ces réseaux utilisent les évolutions techniques à disposition (VPN, systèmes de proxies, chiffrement, réseaux parallèles) pour pérenniser leur activité et échapper aux contrôles. La pédopornographie représente un marché porteur, qui n'intéresse désormais plus uniquement les pédophiles, mais également le monde du crime organisé. Une enquête commanditée par l'Organisation des Nations Unies a estimé entre 3 et 20 milliards de dollars le chiffre d'affaire généré par l'industrie pornographique pédophile.

Ce monde connecté et mondialisé reste marqué par des disparités culturelles et législatives, mais aussi et surtout par des inégalités en matière de développement économique et social. Cet état de fait favorise l'éclosion d'un tourisme sexuel impliquant des enfants. Il concerne principalement des ressortissants de pays occidentaux, où les rapports sexuels avec des mineurs sont durement condamnés, vers des pays moins développés, à la législation plus souple.

L'accumulation de révélations touchant des représentants de l'Eglise catholique suscite l'intérêt des médias. Informations, indignations et fantasmes se mêlent ainsi pour venir dénoncer la loi du silence qui s'applique au sein des institutions religieuses. Pourtant depuis 1917, l'agression sexuelle d'un enfant par un clerc est stipulée dans le droit canon et cette incrimination a même été revisitée en 1983.

Il n'y a pour ainsi dire pas de place pour l'ambiguïté sur ce point. La difficulté réside surtout dans le traitement juridique de ces affaires, pour lesquelles l'Eglise a longtemps préféré fonctionner de façon autonome. Poussée par la nécessité de répondre à la déferlante de dénonciations de prêtres catholiques à travers le monde, l'Eglise adopte des positions plus explicites au début des années 2000 avec un texte écrit par le cardinal Ratzinger, promulgué par le pape Jean Paul II le 30 avril 2001, obligeant les évêques à référer à la congrégation, tout fait d'abus sexuel sur mineur. En 2002, l'Eglise de France publie *Lutter contre la pédophilie. Repère pour les éducateurs*, un document à visée pédagogique, qui donne des pistes pour repérer des comportements à risques et saisir la justice. La papauté multiplie les signes de bonne volonté en ouvrant en 2010 les portes de la Congrégation pour la doctrine de la foi à des avocats et des procureurs laïques, puis en demandant pardon « pour ceux qui ont abusé des petits et des faibles en les privant de l'espérance d'une vie accomplie » à Rome le 7 février 2012. La constitution partie civile de l'évêque de Meaux, dans le procès pour atteinte sexuelle d'un prêtre de son diocèse (2006) marque bien cette résolution. Il est à noter qu'à ce jour, les dénonciations de représentants religieux d'autres obédiences restent exceptionnelles.

Le début du vingt-et-unième siècle est aussi marqué par l'inflexion de la dynamique amorcée dans les années 80, faisant de la protection de l'enfance et de la sacralisation de la parole de la victime une lutte aveugle. Ce recul prend sa source au travers du procès d'Outreau, qui a lieu en 2004. Suite à ce procès, on assiste à une remise en cause du rôle des associations mais aussi à une prise de conscience des médias qui se montrent plus circonspects et attentifs à révéler les nuances des débats.

Si Outreau a apporté un renouveau de lucidité et de prudence vis-à-vis de ces délicates affaires, il n'en demeure pas moins que la victime s'est profondément ancrée à une place centrale du paysage pénal. Tant que le risque représenté par l'individu dangereux était rapporté à la société dans son ensemble, on pouvait raisonnablement accepter un risque, s'il était peu significatif. Mais il est inimaginable de tolérer le moindre risque de récurrence lorsqu'on sait que celle-ci impactera une victime incarnée, avec un nom, un visage. Il apparaît alors difficile de faire valoir le droit d'un être amoindri dans son humanité face à la souffrance des victimes.

IV – TRAITEMENT JUDICIAIRE EN FRANCE

A) Sexualité et infraction sexuelle

Le viol qui est l'infraction sexuelle fondamentale, est réprimé depuis longtemps dans de nombreuses civilisations. La peine capitale, instituée par l'Empereur Justinien au VIème siècle (corpus *luris civilis*, ouvrage de codification et d'unification du droit romain) fut d'ailleurs prévue par une

ordonnance criminelle en 1670 et maintenue jusqu'à la Révolution. Dans les faits, la sentence est loin d'être appliquée avec rigueur, laissant place à une grande tolérance institutionnelle (viols en temps de guerre, droit de cuissage, rapt de séduction). La répression tend par ailleurs à varier, en fonction de la condition sociale du violeur ; se montrant laxiste lorsqu'il est question d'un noble ou d'un bourgeois et impitoyable lorsqu'il s'agit d'un domestique ou d'un serf.

Le Code révolutionnaire de 1791, dans un souci de plus grande équité sociale, se veut plus clément et revient à une peine de réclusion. Cette peine est doublée lorsque le crime est à l'encontre d'une mineure de moins de quatorze ans.

Le Code Napoléonien de 1810 revient à plus de sévérité et instaure les travaux forcés en cas de viol d'enfant de moins de quinze ans, qui sont portés à perpétuité, si l'agresseur est un ascendant ou une personne représentant une autorité.

La réforme de 1832 complexifie, comme vu précédemment, la législation en matière d'infraction sexuelle, introduisant les notions d'attentat à la pudeur sans violence et d'outrage public à la pudeur.

Ce n'est qu'avec la loi du 23 décembre 1980 que le viol est clairement défini (comme on l'entend aujourd'hui). Depuis cette loi, il comprend ainsi tout acte de pénétration par un sexe ou dans un sexe (fellation, sodomie...). La condition de violence n'est plus obligatoire et à défaut peut être remplacée par la menace, la contrainte ou la surprise. La victime n'est d'ailleurs plus nécessairement une femme. Le cadre législatif s'est depuis enrichi en matières de violences sexuelles, reconnaissant les agressions sexuelles criminelles ou délictueuses, avec ou sans contact.

Les perversions sexuelles, ou pratiques sexuelles déviantes, longtemps prohibées par la religion, ne sont plus par essence interdites par la loi. Elles constituent dans leur diversité (sodomasochisme, fétichisme, échangisme,...) l'une des composantes de la liberté sexuelle dans nos sociétés démocratiques contemporaines. Cette liberté n'est pas sans limite et ne peut s'exercer que dans les conditions du respect de l'ordre public et des tiers. Ainsi la mise en acte de certaines perversions est érigée en infraction, en vue de protéger l'ordre public (exhibitionnisme), les mineurs (pédophilie), les animaux (zoophilie).

B) Caractérisation juridique des actes « pédophiles »

La pédophilie n'a pas droit de cité en matière de droit pénal, il n'existe pas en soi de « crime pédophile ». C'est la majorité sexuelle qui en France, comme dans la plupart des pays, caractérise une

agression à l'égard de ceux qu'on considère comme des mineurs. La mention « sur mineur » étant considérée comme une circonstance aggravante et peut s'appliquer à toute infraction sexuelle criminelle ou délictueuse, avec ou sans contact.

Par ailleurs, au même titre que la menace, la surprise ou la violence, la contrainte physique ou morale peut être retenue pour caractériser les agressions sexuelles et les viols. Il est alors précisé que la différence d'âge, existant entre une victime mineure et l'auteur des faits, peut être retenue comme une contrainte morale de par l'autorité de droit ou de fait exercée. Cette notion n'est pas plus encadrée et laisse une marge d'appréciation aux magistrats et jurés. Le fait que les agressions et crimes sexuels puissent être caractérisés par l'exercice de la surprise, de la menace ou de la contrainte, facilite les poursuites judiciaires, autrefois rendues difficiles par la recherche exclusive de la violence (comme dans la définition du Code pénal de 1810).

Lors du nouveau Code pénal de 1994, la notion d'atteinte sexuelle vient remplacer celle d'atteinte à la pudeur sans violence (introduite par la loi du 28 avril 1832) et permet de sanctionner l'auteur (majeur), d'un acte sexuel avec un mineur de moins de 15 ans même s'il est consenti. Cette qualification a pour effet d'autoriser les relations entre mineurs, mais ménage également une zone tampon permettant aux mineurs civils de plus de quinze ans d'avoir des rapports sexuels consentis avec des majeurs, si les tuteurs légaux ne s'y opposent pas (cas de corruption de mineur). En pratique, la jurisprudence retient rarement l'atteinte sexuelle (surtout en dessous de 12 ans) au bénéfice d'une qualification d'agression ou de viol, ne relevant pas comme recevable le consentement (faisant jouer la notion floue de « surprise ») ou évaluant, comme vu précédemment, l'exercice d'une contrainte morale. Une affaire récente (2017) a provoqué un véritable tollé médiatique en n'appliquant pas cette jurisprudence. Le parquet a en effet décidé de ne pas retenir la qualification criminelle et de renvoyer au correctionnel une plainte pour viol, émanant de la famille d'une préadolescente de 11 ans, suite à un rapport sexuel de celle-ci avec un homme de 29 ans. Au delà de l'émoi populaire suscité, cette affaire a occasionné de vives réactions au sein du corps législatif et du pouvoir exécutif, entraînant une réflexion concernant un durcissement du cadre législatif actuel.

Depuis 2013, l'article 227-27 du Code pénal prévoit l'extension de la qualification d'atteinte sexuelle aux rapports sexuels consentis, entre un mineur civil de plus de quinze ans et un majeur, lorsque ce dernier est un ascendant, détient une autorité particulière sur le mineur (beaux-parents) ou abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions (professeur, moniteur, médecin, policier).

En France, la majorité sexuelle est introduite et fixée à 11 ans par la loi du 28 avril 1832 qui vient modifier l'article 331 du Code pénal impérial de 1810, avant d'être repoussée à 13 ans en 1863. Elle est par la suite amenée à 15 ans en 1945 et même jusqu'à 21 ans en ce qui concerne les relations

homosexuelles (reprenant ainsi les modifications du Code pénal instaurées par le régime de Vichy en 1942 concernant la pénalisation de l'homosexualité chez les moins de 21 ans). C'est seulement en 1981 que sera retirée cette différence en fonction du type de relation sexuelle, pour revenir à une majorité sexuelle homogène de 15 ans, en vigueur aujourd'hui.

Le délit de corruption de mineur qui fait son apparition dans le nouveau Code pénal de 1994, désigne le fait d'enlever toute pudeur à un mineur (majeur sexuel ou non) et à l'entraîner à mettre en œuvre ses désirs sexuels. Cette qualification juridique reprend la conception désuète d'excitation de mineur à la débauche qui caractérisait plus un délit de voyeurisme. Elle offre aussi un recours aux parents n'approuvant pas les relations entretenues entre leur enfant majeur sexuel (plus de 15 ans) et un majeur civil.

C) Appréciation de la nature incestueuse

La prohibition des rapports sexuels au sein d'une même famille, semble avoir toujours été de mise en France. Longtemps condamné et criminalisé par les autorités civiles et religieuses, l'interdit de l'inceste est levé par les révolutionnaires et n'est pas mentionné dans le premier Code pénal de 1791, au même titre que la sodomie et la bestialité.

Du point de vue du droit civil en revanche, l'union maritale entre deux personnes ayant un lien de parenté jusqu'au troisième degré, est interdit dès le Code civil impérial de 1804.

La notion d'inceste fait, sous la pression d'associations de victimes, son entrée dans le Code pénal (article 222-31-1) par la loi du 14 mars 2016, ceci après une tentative en 2010 cassée par le Conseil constitutionnel en 2011. Cette introduction ne se fait pas en substance, mais peut se greffer à une qualification primaire. Ainsi dans le Code pénal, l'acte est caractérisé comme incestueux, si d'une part la victime est mineure et d'autre part si l'agresseur est un ascendant, un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce, ou leur conjoint (marié, pacsé, concubin) dès lors que celui-ci a une autorité de droit ou de fait sur la victime. En complément, le Code pénal reconnaît comme circonstance aggravante le fait qu'une agression sexuelle, une atteinte sexuelle ou un viol sur un mineur, soit commis par un « ascendant légitime naturel ou adoptif ou toute personne ayant autorité sur la victime ». Le quantum de peine passant ainsi de 15 à 20 ans. La loi du 8 février 2010 prévoit, lorsque l'agresseur sexuel dispose d'une autorité parentale sur sa victime, un retrait total ou partiel de celle-ci.

D) Évolution répressive

La France compte parmi les pays occidentaux les plus répressifs en matière de criminalité sexuelle. La durée moyenne d'emprisonnement prononcée à l'encontre d'un agresseur sexuel d'enfant est de 10 ans, soit deux fois plus qu'en Belgique et trois fois plus qu'au Canada. L'ingénieur de recherche au CNRS, Bruno Aubusson de Cavarlay montre d'ailleurs l'existence d'une forte élévation du niveau des sanctions criminelles et notamment pour les crimes sexuels. En effet il relève par exemple qu'entre 1984 et 1996, les crimes sexuels sont les seuls pour lesquels le nombre total absolu de peines fermes privatives de liberté augmente et que la proportion de peines supérieures ou égales à dix ans pour ces mêmes crimes, passe de 18 à 55 %.

Par ailleurs en matière de prescription, les viols, agressions et atteintes sexuelles bénéficient d'un délai de prescription plus conséquent que les délits et crimes sans caractère sexuel. Ainsi un viol bénéficiera d'un délai de prescription de 20 ans contre 15 ans pour les autres crimes. Les agressions et atteintes sexuelles d'un délai de 10 ans au lieu de 3 ans. D'autre part, la loi prévoit pour les victimes mineures, un report de ce délai de prescription. Celui-ci ne commençant pas au moment des faits, mais le jour de la majorité de la victime.

L'imprescriptibilité, jusqu'ici réservée au crime contre l'humanité, plane toujours dans le débat public. Cette question est réactivée par les associations de victimes et des avocats à chaque fois qu'une affaire prend une ampleur médiatique.

E) Adaptation aux enjeux actuels

A l'instar d'autres pays, la France s'est dotée en 1994 d'une loi permettant de poursuivre un de ses citoyens ou résidents pour des relations sexuelles avec un mineur de moins de quinze ans, ayant eu lieu à l'étranger. La loi du 17 juin 1998 a étendu le champ d'action, permettant des poursuites pour tous les crimes et délits sexuels, commis par un français à l'étranger, même si les faits ne sont pas réprimés par la législation du pays où les faits ont été commis, stipulant ainsi une dérogation des articles 113-6 et 113-8 du Code pénal. Cette loi s'inscrit dans le cadre de la lutte contre le développement du tourisme sexuel. Des campagnes de presse ont été lancées pour informer de ces lois et les soutenir. Les tribunaux n'ont toutefois prononcé que de rares condamnations sur ce fondement. Les administrations publiques de certains pays, freinent les procédures, motivées par l'intérêt économique. D'autre part, les preuves dans ce contexte sont très difficiles à rassembler.

Le fait d'être entré en communication avec le mineur via un moyen de communication électronique, via le milieu scolaire (enceinte de l'établissement comme sortie des classes) ou d'agir en bande organisée, sont considérés comme des circonstances aggravantes et alourdissent les peines.

S'agissant des images à caractère pédopornographique, enjeu qui devient majeur depuis le développement d'internet, le Code pénal incrimine le fait, en vue de sa diffusion, de fixer, d'enregistrer ou de transmettre l'image ou la représentation d'un mineur (civil) lorsque celle-ci présente un caractère pornographique. Les dispositions de cet article sont applicables aux images pornographiques d'une personne dont l'aspect physique est celui d'un mineur. Il est ainsi demandé au juge d'apprécier cet aspect et à l'accusé de démontrer la majorité de la personne représentée. Par ailleurs, la qualité du support des images ou représentations du mineur est indifférente. La chambre criminelle de la Cour de cassation a même statué en 2007 que ces images pouvaient comprendre des images non réelles (dessin animé de type manga).

F) Introduction du soin par le législateur : le tournant de la défense sociale

En réponse à l'ampleur que prend la problématique des violences sexuelles (au premier rang desquelles la pédophilie) dans le courant des années 90, le législateur prévoit, à travers la loi du 17 juin 1998, la mise en place de soins contraints : l'injonction de soin. Ces soins contraints peuvent se greffer sur une peine de suivi socio-judiciaire.

Ce n'est pas la première fois que le pouvoir législatif met en place des soins contraints. En 1954, une loi venait ainsi répondre à la problématique des alcooliques dangereux, permettant un placement forcé sur décision judiciaire, puis en 1970, l'injonction thérapeutique a été développée dans une perspective de lutte contre la toxicomanie.

Depuis 1998, d'autres textes de loi ont complété le dispositif de la prise en charge des personnes sous injonction de soins, comme la loi Perben II, qui vient étendre la durée du suivi de 10 à 20 ans pour les auteurs de délits, de 20 à 30 ans pour les auteurs de crimes ; la loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté ou encore la loi du 10 mars 2010 qui facilite les échanges entre médecins et juges en revenant sur plusieurs dispositions du Code de procédure pénale. Par ailleurs, l'injonction de soins n'est plus réservée aux seuls auteurs de violences sexuelles et s'est vue étendre à d'autres faits de violence graves.

En 2013 la garde des Sceaux, Christiane Taubira, semblait marquer un coup d'arrêt à cette dynamique de contrôle social, avec l'annonce de l'abrogation de la rétention de sûreté. Mais elle n'empêchera pas le renforcement du suivi psychiatrique et renoncera finalement à cette abrogation.

Le débat autour de l'instauration d'une castration chimique automatique, suite à certaines infractions est récurrent et généralement rythmé par les faits divers médiatisés. Concernant cette question la Pologne a tranché et, à l'instar de certains états étasuniens, s'est doté en 2010 d'une loi permettant à un juge, sans avis médical, de contraindre une personne se rendant coupable de viol sur un mineur de moins de quinze ans, à se soumettre à une castration chimique. La Pologne fait, sur ce point, exception au sein de l'Union européenne.

DEUXIEME PARTIE : THÉORISATION D'UN TROUBLE MENTAL

I – L'AGRESSEUR SEXUEL D'ENFANTS MEDICALISE

A) Naissance d'un intérêt pour les perversions sexuelles

Le cas du Sergent Bertrand, surnommé le « Sergent nécrophile », ou « le vampire de Montparnasse » est considéré par beaucoup d'auteurs, dont notamment Georges Lanteri Laura, comme le cas princeps de l'intérêt médical pour les comportements sexuels déviants. François Bertrand, était un sergent de l'armée française, qui a été arrêté en juin 1849 pour avoir, de façon répétée, exhumé des cadavres de femmes dans plusieurs cimetières parisiens (Montparnasse et Père Lachaise notamment) et s'être adonné avec ceux-ci à des actes de nécrophilie et de cannibalisme. La Cour martiale le condamna à un an de prison pour « violation de sépulture » ne faisant pas état de la nature atypique et de la dimension sexuelle du forfait.

Jules Lunier, un aliéniste de l'époque, s'insurge contre ce jugement, pourtant clément, estimant que la place de François Bertrand est dans un asile et non en prison. Il fait état de cette affaire au travers d'une expertise critique a posteriori, dans son ouvrage *Examen médico-légal d'une monomanie instinctive*. Invoquant la folie partielle, décrite par Esquirol, il relève certes une « monomanie destructrice » mais aussi une « monomanie érotique ». C'est la première fois que la médecine s'intéresse à ce qui ne se nomme pas encore une perversion sexuelle.

Dans la continuité de Lunier, Bénédicte Morel, psychiatre théoricien de la *dégénérescence humaine* puis Valentin Magnan qui s'inscrit dans l'école de pensée de Morel, vont se pencher sur la question des perversions sexuelles, animés par la volonté de lever l'hypothèque morale en place et de les inscrire dans une conception organiciste et constitutionnaliste. Le souci premier est alors d'établir la non-responsabilité pénale du pervers, sans pour autant en faire un dément comme les autres.

C'est en 1865, que le *Dictionnaire de Médecine, de Chirurgie, de Pharmacie, des Sciences accessoires et de l'Art vétérinaire* de Littré et Robin introduit la perversion sexuelle comme une pathologie mentale. En 1885, Valentin Magnan, décrit les perversions sexuelles comme une anomalie, une dysharmonie du système nerveux. Il sépare alors les pervers en deux catégories distinctes :

- D'une part les « bons pervers » : hommes instruits, bien insérés avec niveau socioprofessionnel élevé dont la perversion, qui est ignorée de leur entourage, dénote de

leur personnalité. On retrouve notamment dans cette catégorie les homosexuels de la bonne société et les exhibitionnistes.

- D'autre part les marginaux, mal insérés sur le plan socioprofessionnel, dont les conduites perverses s'avèrent agressives et suscitent la répulsion. Cette catégorie est associée à la notion de « dégénérescence » chère à Magnan.

Le politique va entretenir l'intérêt médical pour les agresseurs sexuels via la circulaire Chaumié (Garde des Sceaux de l'époque) de 1905, qui demande aux procureurs de faire évaluer par des experts des anomalies physiques ou mentales susceptibles d'atténuer la responsabilité d'un accusé pour qui l'article 64 ne s'applique pas.

En 1912, le psychiatre Ernest Dupré renouvelle la théorie de la dégénérescence, instituant la « constitution perverse », qui fait de l'individu atteint un inadapté à la vie sociale. La même année, alors qu'il est rapporteur du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, il affiche un pessimisme thérapeutique, qui inverse la doctrine médico-légale dont l'ambition était de médicaliser pour mieux soigner. Cela marque un tournant avec une glaciation de l'ambition thérapeutique pour ces « nouveaux malades ».

B) La pédophilie dans le champ psychiatrique

En cette fin de XIXe siècle, acquise à la théorie de la dégénérescence, l'agresseur d'enfant n'a pas de terme propre. Ses actes relèvent plus de la débauche que d'une déviance et ne constitue qu'un « à côté » du viol d'adulte. Il est perçu comme un hypersexuel qui s'en prend à des mineurs faute de mieux.

La première théorisation psychiatrique de la pédophilie sous le terme de « *pedophilia erotica* » est l'œuvre de Richard von Krafft-Ebing, psychiatre austro-hongrois, en 1886 dans son ouvrage : *Psychopathia sexualis*. Dans ce manuel, destiné à servir de référence aux médecins et aux magistrats, l'auteur propose une classification des perversions sexuelles ou *paresthésies* en trois catégories : en fonction de leur objet (homosexualité, pédophilie, zoophilie), de leur but (sadisme, voyeurisme, exhibitionnisme) ou de leur changement de zone érogène (fétichisme).

L'objet ici n'est pas de distinguer les perversions licites ou non, ni celles pour lesquelles les personnes en causes sont consentantes. Il définit la perversion sexuelle (ou parésie) comme « un état morbide des sphères de représentations faisant que les représentations, qui d'habitude, doivent provoquer physico-psychologiquement des sensations désagréables, sont au contraire accompagnées de sensation

de plaisir ». Bien que lui aussi adepte de la dégénérescence, il se montre novateur et en matière de pédophilie, s'inscrit en faux contre l'idée d'une hypergénitalité. D'après lui, le pédophile est un individu « taré, ni homosexuel, ni libertin, dont les actes sont très strictement réduits à des palpations impudiques et à la masturbation des victimes ». Moraliste, il reste cependant convaincu que beaucoup de crimes sexuels sont surtout commis par des débauchés.

Il distingue à cet effet les notions de perversion et de perversité :

- perversion : désordre constitutionnel permanent, affectant l'ensemble de la personnalité (dont la pédophilie est une caractéristique) ;
- perversité : conduite immorale des personnes « normales ».

Il pose ainsi la base que tout délinquant sexuel dont la victime est un enfant n'est pas nécessairement un pédophile. Ces conclusions restent néanmoins méconnues, dans l'ombre des théories psychanalytiques, mais aussi victimes de sa position en faveur d'une dépenalisation de l'homosexualité, vision subversive à cette époque.

Il faut attendre 1931 et une nouvelle traduction de *Psychopathia Sexualis*, rééditée par Albert Moll et préfacée par le psychologue Pierre Janet, pour que le terme pédophilie fasse véritablement son entrée dans le langage médical français.

Le milieu scientifique n'est pas unanime sur la question et certains mettent en doute cette médicalisation. Sigmund Freud remet en cause les concepts psychiatriques qui découlent de la théorie de la dégénérescence : « On s'est un peu habitué à appeler dégénérescence toute manifestation pathologique dont l'étiologie n'est pas évidemment traumatique ou infectieuse ». Il ne souhaite pas enfermer ces individus dans une catégorie et ne reprend pas à son compte le terme de pédophilie. D'ailleurs il se répugne à construire le profil psychique de l'« amateur d'enfant » et refuse de « renvoyer ces cas à la psychiatrie ». Il s'agit pour lui d'un phénomène social qui concerne massivement, certaines catégories sociales pour lesquels le contact avec les enfants est facilité. Edouard Toulouse, psychiatre et journaliste français a lu Freud et s'il se méfie globalement de la psychanalyse, il adhère cependant à certaines de ses idées. Pour lui, l'agresseur d'enfant n'est pas un sujet en proie à une exagération de l'appétit génésique et la distance reste tenue entre l'homme raisonnable et le pervers. Il pense d'ailleurs que c'est souvent l'occasion qui est déterminante dans le passage à l'acte. « Le médecin observe que le germe de beaucoup de vices est parfois au fond du cœur le plus honnête et de l'esprit le plus sain. »

La figure du délinquant sexuel pervers fait malgré tout progressivement son chemin et institue une psychiatrie de l'état permanent, là où régnait via la monomanie ou les excès accidentels des instincts

génésiques, une psychiatrie des processus pathologiques dont le crime n'était que le symptôme. Par ailleurs, la littérature sur le sujet se préoccupe de dépouiller peu à peu le lexique de tout accent moral et péjoratif, cherchant à augmenter le degré de scientificité.

Dans *les Anormaux*, Michel Foucault, philosophe très critique vis-à-vis de la psychiatrie, dira de ce mouvement de médicalisation que « l'instinct et le plaisir ont été liés et pathologisés ensembles puis amenés à la notion de dangerosité ».

Le scepticisme thérapeutique instauré par Dupré, très influent en ce début de siècle, amène une période de « glaciation », qui va sortir la question de la pédophilie du champ médical pour quelques décennies. Ainsi le terme de « pédophilie », forgé par les psychiatres, reste presque sans usage, avant d'être repris par les défenseurs de ce qui est décrit comme un « art de vivre », puis d'être subverti dans les années 80 par un sens à nouveau médical. Différents courants et approches médicales et psychologiques ont tenté d'élaborer, en France et ailleurs, des modèles de pensée autour de la pédophilie et de sa mise en acte ; visant à établir une étiologie ou une modélisation psychopathologique qui offrirait un cadre de compréhension de ce trouble se manifestant par des passages à l'acte répréhensibles ainsi qu'une cible thérapeutique.

II – APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

L'intérêt de la psychanalyse pour la question de la pédophilie comme pour les violences sexuelles en général, est relativement récent. La question de la perversion ayant été davantage étudiée par l'abord de l'économie psychique et par le prisme de l'étude du fétichisme (instauré par Freud comme le paradigme des perversions). Freud refusait d'ailleurs, comme vu précédemment, de poser un regard médical sur un phénomène relevant plus pour lui d'une lecture sociologique et criminologique.

A) Les fondements freudiens des perversions

La psychanalyse postule que la sexualité des êtres humains ne repose sur aucune norme apparente, qu'elle est uniquement régie par des conflits intrapsychiques et qu'elle est par nature opposée aux principes d'autoconservation.

Freud remarque que les perversions, ou déviations sexuelles peuvent faire partie de la vie sexuelle normale. « Il rencontre déjà dans le processus sexuel le plus normal, les germes dont le développement mènera à des déviations que l'on décrit sous le nom de perversions » (Dor 1987). Il tient ainsi à

différencier les « perversions normales » des « perversions pathologiques » arguant que, plus que le contenu du but sexuel c'est le rapport de celui-ci avec le normal qui caractérise la nature pathologique. Il postule alors que c'est l'exclusivité et la fixation qui donne sa nature pathologique à la perversion. Pour Freud, l'être humain est constitutionnellement prédisposé à la perversion. L'enfant est ainsi un « *pervers polymorphe* », qui exerce une sexualité infantile, basée sur le principe de satisfaction le plus direct, via l'expression de « *pulsions partielles* ». Celles-ci prennent des modalités variées en fonction de différents stades évolutifs. L'enfant qui fait progressivement l'expérience du principe de réalité, passe ainsi par le stade oral (plaisir alimentaire), le stade anal (plaisir lié à la défécation) et le stade phallique (autostimulation). L'aboutissement à une sexualité effective objectale et génitalisée, qui ne prend forme que plus tard à l'adolescence, passe par la résolution du complexe d'Œdipe à la sortie du stade phallique (4-6 ans). L'enfant se détourne ainsi du narcissisme primaire, pour projeter un investissement libidinal sur un objet d'amour. Le développement normal n'implique cependant pas l'abandon d'une zone au profit de la suivante. Toutes les zones érogènes co-existent et subsistent à l'âge adulte, mais elles restent soumises au primat du génital.

La perversion pathologique au sens d'une fixation contraignante, ne peut ainsi se comprendre, pour Freud, qu'à la lumière du complexe d'Œdipe. La genèse de la perversion s'inscrit alors dans un refus de reconnaître l'absence de pénis/phallus chez la femme (déli), absence comblée par le fétiche (substitut du phallus). Cette opération psychique permet d'éviter l'angoisse de castration, mais au prix d'un clivage du Moi. Le clivage sépare le Moi entre deux parties, l'une tenant compte de la réalité et l'autre non, à défaut d'un clivage entre le Moi et le Ça qui s'installe chez le névrosé. Ce clivage permet une oscillation, entre ces deux courants de pensée opposés, de déni et de reconnaissance. Il différencie l'opération de déni de castration réalisée par le pervers, relevant d'une perception (déli de signification), du refoulement du névrosé, qui intéresse une représentation. Il différencie aussi ce déni de castration, du déni de réalité, plus radical, qui opère dans la psychose ; développant que la solution perverse à l'angoisse de castration, n'implique pas une hallucination du pénis « manquant » mais un transfert de valeur du phallus vers un autre objet (le fétiche). La perversion (au sens d'une organisation psychique fixée et exclusive et non d'une « déviance occasionnelle ») s'inscrit ainsi avec la névrose et la psychose comme l'une des trois structures psychiques possibles.

B) La remise en cause post-freudienne

Certains auteurs comme Mélanie Klein, Robert Stoller ou Joyce Mc Dougall, sortent du sillage dessiné par Freud, remettant en cause l'importance du complexe d'Œdipe, ou plutôt envisageant ses enjeux comme plus précoces dans le développement de l'enfant. A travers une redéfinition des concepts freudiens, notamment à travers l'approfondissement des étapes préœdipiennes, Klein met en

avant une précocité des motions pulsionnelles visant les objets primitifs (imagos parentaux). Contrairement à Freud, Stoller (1976), envisage l'identification première de l'enfant comme une identification à la mère (phase de proto-féminité) prenant racine, comme l'a montré Klein, dans la relation symbiotique entre l'enfant et la mère. Pour ces auteurs c'est cette relation-identification précoce à la mère et l'opération de séparation, qui représente l'étape charnière de la structuration psychique. Mc Dougall (1975) parle alors de « traumatisme initial » pour évoquer cette séparation, dont l'angoisse générée est prototypique de l'angoisse du complexe de castration.

L'angoisse survient suite à la perception d'absence de pénis de la mère et derrière cette perception, « l'ombre toute entière de la mère manquante » (Mc Dougall, 1975). L'enfant doit ainsi renoncer aux plaisirs et à la sécurité apportés par la relation symbiotique et utiliser son agressivité envers la mère pour accomplir la séparation. Ce sadisme envers la mère peut être source d'angoisse et d'une importante culpabilité.

Ainsi pour ces auteurs, la perversion trouverait son essence dans cette mauvaise séparation-individuation traumatique. L'enfant qui choisit la solution de la perversion fait alors violence à la réalité, pour protéger ses objets internes et externes de sa haine destructrice et obture l'absence de pénis. L'enfant s'invente une scène primitive qui selon son fantasme, répare l'objet ou le protège de la destruction. Il dénie la Loi du père qui est l'agent du manque. L'acte pervers serait alors une résolution momentanée et fantasmatique du traumatisme, dans la mesure où il permet au sujet de faire mal, de maîtriser l'angoisse en la projetant sur un autre desobjectivé (Stoller, 1993).

La perversion en tant que structure à part entière (entre névrose et psychose) comme le modélisait Freud est remise en cause, préférant le concept d'une défense contre une décompensation psychotique.

C) Lacan, une relecture de Freud

Jacques Lacan propose une relecture de Freud et reprend à son compte une conceptualisation de la perversion comme une réponse au complexe d'Œdipe et à l'angoisse de castration, insistant sur la notion de transgression de la loi paternelle. Pour lui, l'enfant est dans un premier temps dans une relation de dépendance à la mère et s'identifie comme l'objet du désir de celle-ci. Dans un deuxième temps, le père intervient comme l'agent qui prive la mère de l'objet de son désir. La mère est donc assujettie à la Loi du père, dépendante d'un objet qu'elle n'a pas : le phallus. Lors d'un troisième temps, l'enfant accepte la Loi du père, il y a identification au père et formation de l'idéal du Moi et du Surmoi.

Lacan affirme alors que le phallus constitue d'emblée un terme qui joue un rôle de pivot entre la mère et l'enfant. Si l'enfant accepte la Loi du père, il s'identifie au père comme étant celui qui a le phallus. Le père réinstalle alors le phallus comme objet pour la mère et non plus comme objet dont il peut la priver. L'enfant peut amorcer le déclin de l'Œdipe par la voie de l'avoir et non plus de l'être.

Lacan réinstalle ainsi la dialectique freudienne et éclaire le concept de relation d'objet par les dimensions du réel, de l'imaginaire et du symbolique. Pour lui, le pervers produit une réponse imaginaire, le fétiche, à la faute réelle, le manque de phallus de la mère. Il refuse ainsi, l'assujettissement de la mère à la loi du père et refuse que le désir de la mère se détourne de lui. La Loi paternelle n'est alors pas ignorée, mais perpétuellement provoquée et défiée.

D) Un débat contemporain

A ce jour, la question de la perversion anime toujours les débats au sein de la communauté psychanalytique, comme peuvent l'illustrer le rapport de Tomassini (1992) et les réflexions qui en découlent. Pour certains, la perversion se rapporte à l'angoisse de séparation et à l'impossible élaboration des processus de désidentification primaire. Le fétiche est alors compris comme un objet symbolisant la mère ou le sein et non un phallus maternel. Avant d'être un objet inanimé de la réalité, l'objet fétiche est un objet mental qui sert à affronter un problème, celui de la séparation. La mère du pervers n'est ainsi pas une mère suffisamment bonne mais une mère symbiotique trouvant en la personne de son enfant un allié. Pour d'autres théoriciens, la perversion reste bien liée à l'angoisse de castration et au complexe d'Œdipe. Des auteurs comme Chasseguet-Smirgel, réunissent ces deux conceptions, considérant le fétiche comme un condensé de tous les éléments qui séparent la mère de l'enfant et impliquant la réduction du génital au pré-génital. Ainsi « dire que le fétichisme est uniquement lié à l'angoisse de séparation sans prendre en considération que l'angoisse de castration produit une séparation spécifique, (...) c'est suivre le pervers dans son entreprise de déni de l'Œdipe et de la génitalité. » (Chasseguet-Smirgel, 1992).

E) Question étendue au champ des violences sexuelles et de la pédophilie

Claude Balier a été l'un des acteurs majeurs, en France, du regain d'intérêt de la psychiatrie pour les auteurs de violences sexuelles dans les années 90. Il porte alors un regard de psychanalyste, nourri de cette longue histoire de l'étude de la perversion, pour analyser les comportements sexuels délictueux.

Balier partage l'idée que la perversion ait une double fonction défensive, vis-à-vis de l'angoisse de castration et de l'angoisse de séparation, lesquelles surgissent quand l'objet primaire (la mère) menace d'échapper au sujet. Il conclut, comme Mc Dougall, que l'acte pervers reproduit la scène primitive et que chaque comportement sexuel déviant vise la maîtrise et le remplacement de cette scène. Le scénario a pour rôle d'annuler la menace de castration et la possession impérieuse d'un objet, le réduisant à l'état de prolongement narcissique et annulant ainsi l'angoisse de perte (de séparation).

Les observations de Balier l'amènent à développer la notion de « *désobjectalisation* ». Notion selon laquelle la continuité du sujet est assurée par l'investissement d'un ou plusieurs objets, dépouillés de leur existence individuelle, indifférenciés, prolongeant ainsi le vécu narcissique d'un idéal du Moi primaire. L'autre est fétichisé, qu'il s'agisse d'un enfant pour le pédophile ou d'une femme pour l'agresseur de femmes adultes. Cette notion de désobjectalisation, est reprise à André Green mais aussi à Jean Kestenberg, qui l'ont utilisée pour décrire respectivement la psychose blanche et la psychose froide.

Comme Green, Balier constate chez cette population, une inhibition de la pensée et des fonctions de la représentation, ainsi qu'une différenciation des imagos, réalisée, non pas sur la distinction des sexes, mais sur un partage entre bon et mauvais.

Comme Kestenberg, il constate chez cette population une hypertrophie du Soi (c'est à dire l'auto-érotisme) ainsi qu'un déni de la réalité portant sur l'existence d'un objet interne, distinct du sujet.

Balier (2000) remanie de fait son analyse de l'organisation mentale des agresseurs sexuels, les organisant en trois phases de développement :

- « l'originaire » : organisation psychique des agresseurs sexuels violents. L'angoisse est de l'ordre de l'anéantissement. Par un défaut d'existence de l'enfant dans le regard de la mère, la pulsion n'a pu s'inscrire dans une réalité humaine, dans un circuit d'échanges entre le sujet et des objets externes. Ce stade correspondrait à la psychose ;
- « le primaire » : Il y a une prise en compte de la réalité et donc de l'existence d'un objet extérieur. S'il existe une ébauche d'identité, l'autre doit éprouver les mêmes désirs que le sujet. Il s'agit ici de pédophiles dont le psychisme fonctionne en miroir. « La dynamique fondée sur la recherche du double, avec l'espoir de trouver l'amour de la mère qui n'a jamais comblé les attentes du sujet » ;
- « le secondaire » : le sujet a intégré la subjectivation et les interdits fondamentaux. Il s'agit dès lors d'un névrosé capable d'édifier un Surmoi. Toutefois ce type de sujet peut être amené à combler une carence narcissique par le biais d'une fixation pédophilique.

Il considère ainsi que la problématique des auteurs de violences sexuelles n'est pas circonscrite à la perversion et dénonce l'erreur fondamentale, qui autorise à rattacher systématiquement toute conduite

sexuelle déviante à l'idée de perversion, même si elles sont qualifiables de perverses sur le plan comportemental. Un attouchement d'enfant peut ainsi, selon lui, aussi bien être l'œuvre « accidentelle » d'un véritable névrosé, l'expression d'une perversion sexuelle, ou témoigner de l'imminence d'une décompensation psychotique. Pour lui le champ des violences sexuelles offre des formes cliniques de comportements sexuels infiniment diverses, qui apparaissent au sein d'organisations mentales variées, qui se situent aux frontières de la perversion, de la perversité et de la psychose. La désobjectalisation signant malgré tout une défense contre une psychose menaçante.

Il précise par la suite son analyse, cherchant à distinguer deux modalités de fonctionnement différentes chez ceux pour qui les mécanismes pervers sont prévalents (Balier, Bouchet-Kervella ; 2008) :

- Les perversions sexuelles érotiques fondées sur le recours à l'érotisation et qui s'exprime par le passage à l'acte ;
- La perversité narcissique fondée sur la destructivité et qui s'exprime par le recours à l'acte.

Dans les deux cas, l'insuffisance des défenses mentales pousse au recours au comportement pour évacuer, ou colmater des états psychiques pénibles (fragilité du sentiment de continuité identitaire, menace d'effondrement dépressif), plus ou moins récurrents. La sexualité est utilisée au service d'un narcissisme défaillant, mais les forces pulsionnelles mises en œuvre sont opposées et les processus psychiques utilisés très différents.

Perversions sexuelles érotiques

L'expression symptomatique se réalise à travers des « passages à l'acte », qui ont valeur d'actes-symptômes, inscrits dans le champ libidinal, pour colmater des états de détresse vécus dans l'actuel. Etats de détresse, qui réactivent inconsciemment des traumatismes infantiles, dont l'élaboration psychique a échoué, mais qui n'ont pas été pour autant expulsés de la vie psychique. Pour ces personnes, l'apport libidinal a été vraisemblablement suffisant pour que se mettent en place les premiers processus d'intrication pulsionnelle, mais le manque d'investissement narcissique et affectif, couplé à des exigences narcissiques parentales inadaptées à leurs capacités d'enfant, ont rendu difficile l'établissement d'un sentiment de continuité identitaire et ainsi fragilisé le Moi. La recherche de satisfaction érotique, est au premier plan et le besoin de mettre en acte répétitivement un même scénario sexuel prégénital, révèle qu'il s'agit, à travers la jouissance, de la nécessité compulsive de confronter une représentation de soi vacillante, dévaluée ou même en péril de désorganisation. Le

clivage, opère alors sur un Moi fragilisé, mais déjà relativement évolué et voit osciller un permanent va-et-vient entre deux courants de pensée opposés : un triomphe mégalomane par rapport aux blessures narcissiques et la reconnaissance d'un sentiment dépressif de vide affectif et de malaise identitaire. Si cette présentation clinique est possible chez des personnes d'organisation mentale à prédominance névrotique, dans un moment de débordement des défenses, elle est toutefois classiquement l'apanage de personnes dont l'organisation psychique est dite « limite » (entre névrose et psychose), pour qui l'angoisse est centrée sur un danger récurrent de mouvement dépressif et de perte d'estime de soi.

Cliniquement, ces sujets font en effet état d'un vécu dépressif, d'un sentiment d'infériorité dans leurs relations avec les adultes ; en particulier avec les femmes, investies sur le plan fantasmatique comme porteuse d'une autorité castratrice, ainsi que d'un danger de blessure narcissique. Certains n'ont jamais eu de relation affective et/ou sexuelle avec un adulte, alors que d'autres ont pu se heurter à des difficultés dans ces relations avec leur pairs (déception affective, insatisfaction sexuelle, sentiment de ne pas être à la hauteur). Une activité masturbatoire intense et/ou la quête incessante de relations, sont souvent le moyen de restaurer une image corporelle dévaluée et de combler un sentiment de vide affectif.

Des fixations pédophiles peuvent alors s'organiser dans les fantasmes de façon temporaire ou plus pérenne. Avec ces partenaires narcissiquement surinvestis, il s'agit de mettre en scène un fantasme de séduction réciproque, irrésistible, qui permet au pédophile d'oublier la représentation dévalorisée qu'il a de lui-même, tout en recréant une relation idéalisée parent/enfant dans un registre prégénital, où se confondent affectivité, sensualité et sexualité. Les échanges de câlins, les caresses, le contact peau à peau et le regard jouent alors un rôle majeur dans les scénarios, qui excluent toute violence physique. Ce que le pervers sexuel pédophile cherche ainsi à dénier, c'est l'insupportable désinvestissement de ses propres parents, en affirmant à l'inverse, la haute valeur érotique des enfants pour un adulte. L'enfant remplit la fonction d'un double externe à valeur fétichique, avec lequel s'instaure une relation spéculaire idéalisée. Les relations avec l'enfant démontrent alors une pseudoréciprocité d'échanges idéalement satisfaisants avec la mère primaire, pour mieux dénier l'inquiétante imago maternelle, castratrice et rejetante (clivée et représentée projectivement dans le monde « menaçant » des adultes). La recherche d'un père inaccessible, est également présente, à travers la volonté d'incarner un père idéal. Par ailleurs, chez les sujets dont la pédophilie est exclusivement homosexuelle, il semble que la recherche d'une homosexualité primaire aide à renforcer une identité masculine fragile, ainsi qu'à conjurer la peur de la figure maternelle castratrice.

Perversité narcissique

Il s'agit d'une forme clinique, décrite de façon relativement récente, dont les caractéristiques ont bien été dégagées par Racamier. L'organisation défensive est fondée sur le déni, l'expulsion et la projection immédiate sur autrui, de toute blessure, susceptible d'altérer une représentation de soi invulnérable, sans faille. Elle traduit un fonctionnement, indépendant de toute anomalie du comportement sexuel, qui peut d'ailleurs s'exercer dans le champ purement relationnel, sous la forme de disqualifications insidieuses et destructrices de la pensée d'autrui. La préservation de la représentation de soi est fondée sur la destructivité de l'autre, mise directement en acte, sans médiation fantasmatique et dans un contexte de désinhibition pulsionnelle.

Pour Balier, c'est cette forme de perversité qui intervient dans les comportements sexuels violents (viol en particulier). Elle peut, malgré tout, intéresser des actes pédocriminels (ne répondant pas au champ clinique de la perversion sexuelle érotique pédophile). L'expression symptomatique n'est pas sexuelle par nature, quoique « sexuée » et est qualifiée ici de « recours à l'acte ». Cliniquement, le « recours à l'acte » est un moyen d'échapper à la menace d'anéantissement, rappelée par une situation de la vie actuelle ; la fétichisation de l'autre ne suffisant pas ici à apaiser l'angoisse, comme c'est le cas dans les perversions. Par rapport aux perversions, on est d'ailleurs ici, bien en deçà du plaisir et a fortiori de la relation à l'autre. Il s'agit d'une forme de défense à l'égard de traumatismes profondément inscrits et clivés, formellement inscrite dans l'anéantissement de l'autre, au profit d'une assumption narcissique du Moi. Le clivage du Moi est, chez ces sujets, radical et structurel et il ne reste pas, pour ainsi dire, de trace consciente du traumatisme, vécu à un âge très précoce. Ce clivage radical, n'est du reste, que peu éloigné de la forclusion. Ce qui amène Balier à penser que ces sujets témoignent d'organisations plus proches de la psychose que des états limites. Finalement ce qui est rejeté ici, c'est l'évocation de la mère primitive, toute puissante, possédant le phallus. L'aménagement de la vie sociale de ses sujets, autres pervers, s'est d'ailleurs faite sous le couvert d'une quasi-disparition, dans l'organisation psychique de la mère « originaire » ; celle qui a été vécue comme une menace de disparition en elle. La seule représentation qui subsiste de la mère est secondaire à cette période et donne lieu à une fixation affective intense. Pour ce qui est du père il peut être méprisé, ou au contraire hypervalorisé, mais toujours lointain et inaccessible, sans possibilité de donner lieu à une véritable identification. L'agression traduit ainsi pour Balier une tentative de « récupération de phallus » dans un monde psychotique, visant à abolir le retour hallucinatoire de cette évocation, au moment de la rencontre avec la victime.

II – APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

L'approche cognitivo-comportementale s'est surtout développée outre-Atlantique et son regard sur la pédophilie est largement marqué par une vision, mêlant de façon décomplexée, psychiatrie et criminologie.

A) Approche comportementale

Le comportementalisme se limite à l'étude de l'environnement et des conduites, appréhendés comme des stimuli et des réponses comportementales à ces stimuli, sur le modèle bien connu, du chien de Pavlov. Pour le courant behavioraliste, un comportement sexuel déviant tel que la pédophilie s'apparente à une réponse apprise selon un conditionnement répondant, opérant ou par un apprentissage vicariant. Sur ces bases, Laws et Marshall ont proposé une théorie étiologique de l'acte sexuel déviant et de son maintien.

1- Conditionnement répondant

Lorsqu'un stimulus inconditionnel (caresses), qui induit une réponse inconditionnelle (érection) est associé à un stimulus neutre (enfant), ce dernier peut devenir capable d'induire une réponse inconditionnelle (érection). Le stimulus neutre (enfant) devient alors conditionnel et la réponse initialement inconditionnelle (érection) devient conditionnée.

2- Conditionnement opérant

Le comportement sexuel déviant, tel que la pédophilie, est considéré comme une réponse opérante. Cette réponse opérante, est associée à des effets renforçants positifs (orgasme, soulagement du sentiment de solitude), tellement puissants que le comportement (réponse opérante) sera maintenu, en dépit des conséquences négatives associées au comportement.

3- Apprentissage vicariant

Un sujet, qui observe le comportement sexuel déviant d'un pair, à travers le visionnage de vidéos pornographiques par exemple, peut être amené à modifier son propre comportement et à adopter le comportement sexuel déviant observé.

4- Théorie étiologique de l'acte sexuel déviant et de son maintien (Marshall et Laws)

8 principes étayant l'acquisition du comportement sexuel déviant :

- Les réponses inconditionnelles, que sont les comportements sexuels, peuvent devenir conditionnées, suite à l'association à un stimulus neutre (environnemental ou symbolique) ;
- Lorsque qu'une cognition ou un acte sexuel est suivi d'un stimulus spécifique (stimulation génitale, orgasme, approbation d'autrui), s'opère un conditionnement opérant qui fera le lit d'une répétition du comportement ;
- Le comportement sexuel disparaît en l'absence de renforcement, il est ainsi sujet aux lois de l'extinction ;
- Le comportement sexuel est soumis aux lois de la punition, il se régie voir disparaît s'il est associé à une punition ;
- L'être humain peut apprendre à sélectionner les stimuli et à répondre de façon différente en fonction de la propension à obtenir un renforcement positif ou non. La punition associée à un comportement sexuel approprié peut ainsi entraîner l'apprentissage d'un comportement sexuel déviant ;
- Le conditionnement modèle les composants d'un comportement. Ces composants s'organisent en chaîne séquentielle avec un ordre défini, dont chaque séquence introduit la suivante et la renforce ;
- L'observation (visionnage de films pornographiques) ou le modelage symbolique (élaboration fantasmagorique) peuvent être des modes d'apprentissage de comportement sexuel déviant ;
- L'être humain peut, suite à l'observation de ses propres comportements, procéder à des auto-attributions qui le définissent. Un enfant victime d'abus sexuel peut ainsi se concevoir comme responsable de l'abus.

3 principes expliquant le maintien d'un comportement sexuel déviant :

- La focalisation sélective sur des éléments d'un fantasme, associé à la masturbation (caractéristiques physiques juvéniles) renforce le conditionnement existant ;
- Le comportement sexuel de base peut être affiné par un apprentissage vicariant via, par exemple, un support pornographique. Les scénarios cognitifs peuvent ainsi être modulés et complexifiés ;
- Les comportements conditionnés peuvent se maintenir par des renforcements intermittents.

B) Approche cognitiviste

Le courant cognitiviste s'intéresse au système conscient, intellectuel ou idéique et à son influence sur les réponses d'un individu aux stimuli environnementaux dont il prend connaissance. Le système idéique comprend la perception de soi et celle des autres, mais aussi les représentations, les interprétations et les croyances du sujet. Ainsi lorsque des cognitions du système de croyance d'un individu sont inappropriées, elles peuvent conduire le sujet à commettre un acte déviant.

1- Un profil cognitif d'agresseurs sexuels d'enfants ?

Plusieurs études qui ont traité de l'aspect cognitif de la délinquance sexuelle, ont permis de dégager quelques caractéristiques particulières concernant la perception de soi, des enfants et des autres au sens large chez les agresseurs d'enfants et d'adultes. Dès 1986 Segal et Marshall mettent en évidence que les délinquants sexuels sont caractérisés par la crainte d'un jugement négatif qu'on pourrait porter sur eux. Ils ressentent de façon plus particulière les relations sociales hétérosexuelles comme anxiogènes, présentent des difficultés à s'affirmer et se montrent très sensibles au rejet. Selon les résultats de Harley et al. (1997) sur l'estime de soi et sur l'image que les délinquants sexuels ont d'eux-mêmes et des enfants, les délinquants sexuels sur mineurs se différencient des autres délinquants sexuels par l'estime et l'idéal de soi. Ils s'estiment plus gentils, plus calmes et plus plaisants, mais moins séduisants et moins beaux. S'ils ont une perception positive des femmes, ils les estiment en revanche très rigides et peu attractives sexuellement. Les délinquants sexuels sur mineurs ont une perception particulière des relations interpersonnelles, vécues comme des rapports de domination. Ils considèrent par exemple les adultes, comme autoritaires et menaçants, à l'inverse des enfants qui sont estimés d'un abord facile. L'attrait pour les enfants s'expliquerait, par la recherche d'un contexte relationnel ne suscitant pas autant d'angoisse, qu'une relation avec un adulte. D'après Howells (1978), les cognitions des pédophiles au sujet des enfants, ne sont pas exclusivement orientées autour de la sphère sexuelle. Ainsi l'enfant semble représenter pour eux un idéal, auquel ils attribuent des qualités, qu'ils aimeraient eux-mêmes posséder.

2- Les distorsions cognitives

Les distorsions cognitives ont été définies par Beck en 1963, elles correspondent à « un contenu de pensée idiosyncrasique reflétant des conceptualisations irréalistes ou déformées »

Abel et al. (1984) sont les premiers à étendre cette notion au champ de la délinquance sexuelle. Elle fait alors référence à « un processus interne individuel, incluant des justifications, des perceptions et jugements, utilisés par les auteurs d'agressions sexuelles sur enfant, en vue de rationaliser leur comportement sexuel déviant ». Par extension, ce concept recouvre alors l'ensemble des arguments, des croyances, des pensées sur les comportements sexuels déviants qui ont pour fonction de les minimiser, les justifier ou de les rationaliser. Segal et Stermac (1990) ont mis en évidence des distorsions cognitives, chez les agresseurs sexuels d'enfants, comme : penser les contacts sexuels bénéfiques pour les enfants et les percevoir comme demandeurs de ces contacts. S'ils perçoivent et respectent généralement le refus net de l'enfant, leur difficulté réside principalement dans l'interprétation du comportement de l'enfant. Sur le modèle du vieil adage « qui ne dit mot, consent », si l'enfant ne dit rien, ne bouge pas, il est perçu comme consentant, voire demandeur. Ces cognitions relatives à une permission donnée par l'enfant, sont également observées par Hartley (1998) qui a analysé un groupe de pères incestueux. Dans son questionnaire auto-rapporté, *la Molest Scale*, Bumby recense ces distorsions cognitives considérées comme propres aux agresseurs sexuels d'enfants.

Cette idée selon laquelle les auteurs d'agressions sexuelles à l'encontre des enfants, présenteraient des « pensées » fondamentalement différentes du reste de la population et expliquant en partie l'agression sexuelle, jouit en réalité d'une faible assise empirique. Elle s'est pourtant très vite répandue chez les chercheurs et les cliniciens, au point de devenir incontournable. Sa valeur heuristique et la perspective d'une cible thérapeutique n'y sont vraisemblablement pas étrangères. La confusion entraînée par l'extension du concept et l'hétérogénéité des définitions qui circulent dans la littérature, suscitent les malentendus et légitiment le débat. La mise en place de recherches plus systématiques met alors en lumière deux conceptions différentes autour des distorsions cognitives : une perspective étiologique et une perspective réactionnelle.

Perspective étiologique

Pour certains auteurs, comme Abel, Finkelhor ou Ward, elles sont des attitudes stables, préalables à l'agression sexuelle et ont une implication dans le processus de passage à l'acte. Elles s'inscrivent ainsi comme un facteur étiologique et de maintien des troubles et des comportements. Pour Finkelhor (1984), elles surviennent après l'expression de la motivation à l'agression sexuelle, s'intensifient graduellement, jusqu'au passage à l'acte et s'apparentent ainsi à un « laisser passer » vers l'agression. Pour Ward (2006, 2010), les distorsions cognitives sont la conséquence de *théories implicites*, qui orientent le traitement de l'information sociale, facilitant l'intégration d'informations congruentes et le rejet d'informations susceptibles d'amener une remise en cause. Ces théories implicites, seraient développées durant l'enfance, en lien avec un retard de développement de la théorie de l'esprit, suite à

des problématiques d'attachement. Elles guideraient ainsi l'interprétation des comportements d'autrui, contribuant à l'expression du comportement déviant et à son maintien.

Perspective « réactionnelle »

Pour d'autres auteurs, comme Mc Kibben (1999), ou Gannon (2006), les distorsions cognitives représentent d'avantage des rationalisations construites, réactionnelles (post-acte) et plus ou moins explicites, ayant pour fonction de déculpabiliser l'auteur d'une action moralement répréhensible. En termes d'économie psychique, les distorsions cognitives permettraient alors à l'individu de réguler la honte, la culpabilité et la perte de l'estime de soi. Celles-ci seraient ainsi apparentées à des justifications, des minimisations, voire une négation selon les besoins immédiats. A cet égard, les travaux de Gannon et al. (2006), ont montré que les auteurs de violences sexuelles envers les enfants présentaient plus de distorsions cognitives, lorsqu'ils pensaient être à l'épreuve d'un détecteur de mensonges, ce qui renforce l'idée qu'il s'agirait bien de croyances égo-syntones et non de mensonges délibérés. Certains auteurs, comme Blumenthal (1999), ou Maruna (2006) apparentent plus les distorsions cognitives au phénomène d'attribution causale. Ce phénomène pourrait être une étape vers l'appropriation de la responsabilité. Les modèles dimensionnels du déni et de la minimisation font état, à cet effet, d'un aménagement des distorsions cognitives, le long d'un continuum allant du déni massif à la reconnaissance des actes. Les distorsions cognitives pourraient alors s'inscrire selon des auteurs comme Maruna dans un processus positif, bénéfique pour la prise en charge, dans le sens où il révèle une conscience de la gravité de l'acte tout en maintenant une certaine estime de soi, de survie, mais fondamentalement nécessaire à la prise en charge.

Actuellement, les modèles tendent vers une complexification avec la volonté de dépasser la seule dimension cognitive, pour intégrer les facteurs biologiques, environnementaux et neuro psychologiques, interagissant ensemble. Avec *l'Extended Mind Theory*, Ward et al. (2010) suggèrent de dépasser les modèles basés sur les structures et processus cognitifs, en n'oubliant pas de prendre en compte les normes sociales et culturelles.

3- La chaîne délictuelle

Ainsi, les préférences sexuelles déviantes et les distorsions cognitives constituent deux facteurs qui favorisent l'agression sexuelle ; cependant elles n'expliquent pas le processus, la séquence des facteurs qui aboutit à une agression sexuelle. Au préalable de l'acte délictuel, plusieurs études montrent que les délinquants sexuels seraient dans un état de solitude et dans un besoin d'intimité, que seul le passage à l'acte viendrait atténuer. (Marshall, 1989 ; Marshall et Siegert, 1995 ; Ward, Mc Cormack et Hudson,

1997). Ce vécu de solitude serait associé à un état émotionnel que Proulx, Mc Kibben et Lusignan (1996) qualifient de dysphorique. Cet état de tension émotionnelle comprendrait par ailleurs une dimension de colère chez l'agresseur de femmes adultes, non retrouvée chez l'agresseur d'enfant.

Modèle quadri-factoriel de Finkelhor (1984)

À partir d'une revue de la littérature scientifique consacrée à la violence sexuelle, Finkelhor organise en quatre préconditions les facteurs expliquant le passage à l'acte sexuel déviant sur mineur.

- Précondition 1 : la motivation à agresser sexuellement
- la congruence émotionnelle : la relation sexuelle avec l'enfant satisfait les besoins émotionnels du sujet ;
- l'excitation sexuelle : l'enfant est source potentielle de gratification sexuelle ;
- le blocage : d'autres sources de gratification sexuelles alternatives ne sont pas disponibles ou satisfaisantes.

Si ces trois éléments sont largement retrouvés chez les agresseurs sexuels d'enfant, Finkelhor rappelle qu'ils ne sont pas nécessaires et qu'un délinquant sexuel peut tout à fait passer à l'acte sans ressentir d'excitation sexuelle particulière vis-à-vis de l'enfant.

- Précondition 2 : la levée des inhibitions internes
Le contrôle interne d'un individu peut être levé de façon temporaire par une imprégnation toxique, des idées délirantes, une désinhibition maniaque, la sénilité ou par de l'impulsivité.
Ce contrôle interne peut également s'avérer défaillant lorsqu'il est fragilisé par une tolérance sociale à l'égard de l'intérêt sexuel pour les enfants ou par un style de vie criminel.
- Précondition 3 : la levée des inhibitions externes
L'absence des parents, l'isolement social de la famille ou des conditions de vie précaires sont des facteurs qui réduisent les inhibitions externes.
- Précondition 4 : la levée des résistances de l'enfant
En dehors de la contrainte physique, certains enfants de par leur personnalité, leur immaturité, leur insécurité émotionnelle, leur naïveté, ou de par leur ignorance en matière de sexualité sont plus vulnérables et ainsi plus à risque d'être victimes d'un abus sexuel.

Modèle séquentiel de passage à l'acte de Pithers (1990)

- Situation à risque élevé : l'auteur de l'infraction est envahi par un affect négatif ;
- Fantaisies sexuelles déviantes : si la situation à risque n'est pas gérée ou canalisée de façon adéquate, elle est suivie de fantaisies sexuelles déviantes ;
- Distorsions cognitives : elles viennent justifier une éventuelle agression sexuelle ;
- Planification consciente de l'infraction future : dernière étape avant le passage à l'acte qui est généralement associée à une activité masturbatoire ;
- L'agression sexuelle est l'étape ultime de ce modèle séquentiel.

Ward, Loudon, Hudson et Marshall (1995) ont effectué une analyse qualitative de séquences délictuelles chez des agresseurs d'enfants (extra et intrafamiliaux). Leurs résultats mettent en évidence deux séquences délictuelles suivies par les agresseurs :

- La première est caractérisée par des affects positifs (joie, tendresse), l'utilisation de fantaisies sexuelles déviantes, la présence de distorsions cognitives, une planification explicite du délit et une infraction de longue durée avec un faible niveau de coercition ;
- La seconde est caractérisée par des affects négatifs (anxiété, dépression, culpabilité), l'abus d'alcool, la perception de la victime comme étant un objet sexuel, une planification implicite du délit, une infraction de courte durée et un niveau élevé de coercition.

Ces résultats correspondent avec ceux obtenus par Proulx, Perreault et Ouimet (1999) avec un échantillon d'agresseurs sexuels d'enfants extrafamiliaux, à la nuance près, que Proulx et al. ne retrouvent pas d'affect positif dans la première séquence mais un affect plutôt négatif. Cette différence pourrait s'expliquer par la présence d'agresseurs d'enfants intrafamiliaux dans l'échantillon de Ward et al.

III – APPROCHE BIOLOGIQUE

A) Bases endocrinologiques du comportement sexuel

Nous nous concentrons ici sur le système endocrinien masculin. Quatre-vingt-quinze pour cent des androgènes sont sécrétés par les cellules de Leydig du testicule, sous forme de testostérone (et secondairement par les glandes surrénales). Cette sécrétion est sous l'influence de la Luteinizing Hormone (LH), libérée dans le sang par l'hypophyse. Le Follicle Stimulating Hormon (FSH), elle

aussi sécrétée par l'hypophyse, assure deux fonctions : aider la régulation de la spermatogénèse et provoquer la libération de la protéine fixant les androgènes comme la testostérone. La sécrétion hypophysaire de ces hormones est elle-même soumise à la stimulation d'une sécrétion pulsatile de Gonadotrophine Releasing Hormone (GnRH), d'origine hypothalamique, dans le système porte hypophysaire. La testostérone assure un rétrocontrôle négatif de sa propre sécrétion au niveau hypophysaire et hypothalamique. Les androgènes jouent un rôle prépondérant dans la différenciation et la croissance de l'appareil reproducteur masculin, comme dans le développement pubertaire de caractères sexuels secondaires. A l'âge adulte, ils auraient un rôle trophique dans la sexualité

Des liens très étroits unissent comportement sexuel et sécrétion stéroïdienne gonadique. Des relations non moins privilégiées existent entre comportement sexuel et sécrétion peptidique gonadotrope. Chez l'homme adulte, la concentration plasmatique de testostérone varie de 5 à 7ng/mL. Stoléro et al. (1993), ont mesuré les taux de testostérone et de LH chez des sujets qu'ils ont exposé au visionnage de films érotiques et ont conclu en attribuant deux rôles à la testostérone : à court terme, elle facilite l'excitation sexuelle au niveau des structures nerveuses centrales et au niveau des organes périphériques ; à long terme, l'augmentation répétée et intermittente du taux de testostérone peut contribuer à maintenir un tropisme au niveau des voies nerveuses et des organes périphériques responsables du comportement sexuel.

L'étude de sujets hypogonadaux (Kwan et al., 1993 et Bancroft et Wu, 1983) a montré qu'ils témoignaient d'une plus faible réponse pénienne et d'une difficulté à parvenir à l'excitation sexuelle, sans l'aide de supports visuels. L'étude de sujets ayant subi une castration (Heim, 1981 et Greenstein et al., 1995) met en avant une abolition ou une baisse conséquente des érections et des pratiques sexuelles, chez la majorité des sujets castrés. Cet impact de la castration était plus élevé lorsque l'âge était plus avancé. Toutefois la persistance chez certains sujets hypogonadaux ou castrés, d'intérêts et de pratiques sexuels élimine ainsi l'illusion d'un lien uniciste et simple entre testostérone et comportement sexuel.

B) Rôle de la testostérone

Le rôle de la testostérone plasmatique dans le champ des violences sexuelles reste imprécis et controversé. Aucune corrélation n'a pu être mise en évidence de façon claire entre des taux élevés de testostérone et une propension à commettre des agressions sexuelles ou non. On ne retrouve pas non plus de liens entre la testostérone et l'existence d'une paraphilie, comme la pédophilie qui nous intéresse particulièrement ici. Les différentes études s'intéressant à la question ne tiennent d'ailleurs pas toujours compte des fluctuations physiologiques de la testostérone (circadiennes, saisonnières, en

fonction de l'âge). Par ailleurs, les effets de la testostérone sur le comportement résultent de l'interaction de cette hormone, avec des récepteurs cérébraux, or on peut raisonnablement douter que la concentration plasmatique soit l'exact reflet de son activité dans les localisations cérébrales associées. Bien qu'il n'y ait pas de corrélation entre des taux élevés de testostérone et la pédophilie, la présence de testostérone est nécessaire à l'installation et à la manifestation du désir et de l'activité sexuelle. Il apparaît ainsi possible de modifier un comportement sexuel en hausse ou en baisse, en potentialisant ou en bloquant certains acteurs de ces systèmes.

C) Le rôle de la sérotonine

On sait que la sérotonine, comme le gaba et l'acétylcholine, et à l'inverse de la dopamine et la noradrénaline, agit comme dépresseur du comportement sexuel de l'homme (Cordier, 1997). Le rôle des transmetteurs sérotoninergiques reste toutefois très complexe de par leur hétérogénéité ainsi que de par la difficulté d'isoler la fonction pharmacologique d'un seul site sans affecter les autres.

De façon empirique et observationnelle, on repère une association forte entre la pédophilie (au même titre que d'autres paraphilies) et la manifestation d'une symptomatologie anxio-dépressive ou obsessionnelle compulsive. Or la sérotonine est impliquée de façon plus admise dans ses manifestations symptomatiques.

D) Corrélats neurologiques de la pédophilie

Les bases neurales du désir sexuel humain pathologique sont encore peu connues. Plusieurs approches ont essayé d'approfondir nos connaissances du fonctionnement cérébral des pédophiles.

1- Neurologie lésionnelle

L'étude de patients cérébrolésés, présentant une symptomatologie sexuelle de type pédophile, a été la première voie d'exploration de la question. Richard von Kraft Ebing rapportait dès le XIXe siècle, l'étude anatomique du cerveau d'un sujet présentant une pédophilie. Il observait alors des « changements morbides des lobes frontaux, des premières et deuxième circonvolutions temporales et d'une partie des circonvolutions occipitales ».

Plus récemment, des manifestations sexuelles, dont certaines peuvent impliquer un comportement de type pédophile ont été observées dans certaines crises d'épilepsie ou suite à des lésions cérébrales.

Par exemple dans l'étude de Burns et Swerlow (2003), un patient de 40 ans sans antécédents, a commencé à déclarer des symptômes pédophiles et on a découvert à l'imagerie cérébrale une volumineuse tumeur cérébrale, déplaçant le cortex orbito-frontal droit et déformant le cortex préfrontal dorsolatéral. Après exérèse de la tumeur, les symptômes de pédophilie disparaissent puis réapparaissent 10 mois plus tard. Une IRM de contrôle est alors réalisée et révèle une récurrence tumorale.

Dans l'étude de Mendez et al. (2000), deux cas de pédophilie d'apparition tardive (plus de soixante ans) sont étudiés. Un des sujets souffre d'une démence fronto-temporale, l'autre de sclérose hippocampique bilatérale. Les deux sujets sont examinés en TEP au fluorodesoxyglucose, qui révèle un hypo métabolisme temporel plus marqué à droite, suggérant ainsi l'implication de cette région dans leur trouble sexuel. D'après les éléments anamnestiques de ces deux cas, des « tendances pédophiles latentes » antérieures à leur trouble neurologique étaient probables. Or depuis Klüver et Bucy (1939) puis de Terzian et Dalle Ore (1955), on suspecte l'activité inhibitrice du cortex temporel sur le comportement sexuel. On peut supposer dans ces cas, que la lésion neurologique, à défaut d'avoir un lien causal, serait venue favoriser une tendance latente.

Plus récemment Mendez et al. (2011), ont étudié la localisation des lésions cérébrales de 8 sujets, présentant dans leur cortège symptomatique des comportements sexuels dirigés vers les enfants pour la première fois à l'âge adulte. On retrouve parmi ces sujets : deux cas de démence fronto-temporale (lésions frontales et temporales droites ; lésions frontales droites), deux cas de maladie de Parkinson (ganglion de la base ; pas de lésion), une maladie d'Alzheimer (lésions temporales droites), une maladie de Huntington (ganglion de la base), une sclérose hippocampique (lésions temporales droites) et une démence vasculaire (ganglions de la base). Ils concluent que les lésions cérébrales communes aux sujets (région frontale, temporelle et sous corticale) vont dans le sens d'un défaut d'inhibition menant à des comportements sexuels pédophiles.

Les localisations des lésions les plus fréquemment observées sont frontales et temporelle, en particulier du côté droit, ainsi qu'au niveau des ganglions de la base. L'apparition du comportement hypersexuel pourrait provenir d'une désinhibition en lien avec les lésions frontales, qui jouent un rôle inhibiteur. Cette hypersexualité revêtirait chez certains individus une forme pédophile. Un mécanisme similaire pourrait opérer en cas de lésion temporelle.

2 - Neuro-imagerie anatomique

A la fin des années 80, quelques études ont utilisé la tomographie axiale, calculée par ordinateur pour étudier d'éventuelles anomalies cérébrales chez des auteurs d'agressions sexuelles sur enfants. Ces études suggéraient, là encore, l'implication des régions frontales et temporales, mais étaient limitées par la résolution spatiale des scanners ainsi que par d'importants biais méthodologiques.

Une méthodologie plus rigoureuse associée à une technologie d'imagerie plus précise (l'IRM structurale avec analyse morphométrique basée sur les voxels) sont appliquées dans les études de Schiltz et al, (2007), Schiffer et al (2007) et Cantor et al (2008).

Schiltz et al (2007) mettent en évidence une diminution du volume de matière grise, dans l'amygdale droite, comme dans la région septale droite, le noyau du lit de la strie terminale, l'hypothalamus et la substantia innominata, lorsqu'ils comparent des sujets pédophiles à des sujets sains témoins. Ainsi les sujets pédophiles, présenteraient des altérations structurales de régions cérébrales jouant un rôle important dans le développement sexuel notamment. Par ailleurs une réduction du volume de l'amygdale droit n'est vraisemblablement pas corrélée à l'âge et ne semble pas résulter d'une atrophie ou dégénérescence mais semble plus signer un trouble du développement cérébral.

Schiffer et al. (2007) mettent également en évidence une diminution de la matière grise chez des sujets pédophiles dans plusieurs régions corticales (partie postérieure du cortex orbitofrontal, gyrus cingulaire postérieur, insula, précuneus, gyrus parahippocampique, gyrus temporal moyen droit) ainsi que dans le cervelet et le putamen.

Cantor et al. (2008) partent du postulat que les corrélats neuroanatomiques mis en évidence dans ces deux précédentes études, n'étaient pas ceux de la pédophilie, mais ceux de la criminalité de manière générale. Ils ont, pour leur part, comparé un groupe de sujets pédophiles à un groupe de sujets « agresseurs non sexuels » et n'ont pas retrouvé de différence concernant le volume de matière grise. Ils observent, en revanche, une diminution du volume de matière blanche bilatérale, dans le lobe frontal, dans le lobe pariétal droit, ainsi que dans le corps calleux. L'analyse en VBM (Voxel-Based Morphometry) montre d'ailleurs que ces régions suivent le trajet du faisceau fronto-occipital supérieur et du faisceau arqué droit. Ces résultats pourraient refléter un problème de déconnexion entre des réseaux fonctionnels cérébraux. Or, il s'avère que les échantillons sont mal appariés sur la problématique de dépendance alcoolique. La dépendance alcoolique étant elle-même associée à des modifications de volume de matière blanche et grise, cela représente un biais d'attrition non négligeable.

On ne retrouve ainsi pas de concordance de résultats en matière de localisation neuro-anatomique d'une anomalie.

3 - Neuro-imagerie fonctionnelle

Une étude en électroencéphalographie quantitative (Flor-Henry et al., 1991) révéla une augmentation de la puissance des fréquences delta, theta et alpha lors de la réalisation de tâches verbales ainsi qu'une diminution de la cohérence inter-hémisphérique lors de tâches langagières sollicitant l'hémisphère dominant.

Schiffer et al (2008) ont étudié, au travers de deux études en IRM fonctionnelle, les réponses cérébrales de sujets pédophiles, suite à des stimuli visuels (photos d'enfants et adultes nus et habillés), contrôlé par des témoins normophiliques. La première se focalisait sur des sujets et témoins homosexuels et la seconde sur des sujets et témoins hétérosexuels. De nombreuses régions cérébrales s'activent de la même façon chez les sujets et les témoins. On note tout de même que, de façon concordante dans ces deux études, le cortex préfrontal dorsolatéral apparaissait plus activé lors de l'excitation sexuelle, chez les sujets que chez les témoins et présentait une latéralisation (à droite pour les sujets hétérosexuels et à gauche pour les sujets homosexuels).

Poepl et al. (2011) ont eux comparé des sujets pédophiles à des témoins, auteurs d'agressions non sexuelles avec un protocole comparable de stimuli visuels. Ils ont retrouvé chez les sujets pédophiles pour le contraste « enfant prépubère-stimuli neutre », une activation plus élevée dans le gyrus temporal moyen droit, le gyrus cingulaire postérieur droit, le thalamus gauche, l'hippocampe droit et la partie droite du cervelet. Pour le contraste « adulte- stimuli neutre » les témoins présentaient une activation plus élevée dans l'insula droite.

Sartorius et al. (2008) qui ont étudié l'activation amygdalienne chez des sujets pédophiles en les comparant à des témoins hétérosexuels, ont retrouvé une activation amygdalienne plus forte chez les sujets que chez les témoins à la présentation de stimuli sexuels « enfants ».

Ainsi on relève à ce jour une importante discordance dans les études en ce qui concerne les régions qui s'activent plus chez les patients pédophiles que chez les sujets témoins. En revanche, de nombreuses régions cérébrales s'activent chez les sujets pédophiles, à la présentation d'images d'enfants et de la même manière chez les sujets sains, en réponse à la présentation d'images d'adultes. Toutes ces régions correspondent à un modèle neuro-phénoménologique du désir sexuel regroupant 4 composantes (motivationnelle, cognitive, émotionnelle et physiologique) associées à l'activation d'un

ensemble de régions cérébrales, contrôlées par des processus inhibiteurs (Redouté et al., 2000). La composante cognitive de ce modèle comprendrait un processus d'évaluation au cours duquel un stimulus est catégorisé comme sexuel ou non. Ce processus serait associé à une activation du cortex orbito-frontal latéral droit qui témoigne alors d'un mécanisme d'inhibition phasique de la réponse sexuelle. Partant de ce modèle, Schiffer et al. (2008) interprètent le défaut d'activation orbito-frontal retrouvé chez les patients pédophiles hétérosexuels en réponse à des photos de fillettes comme une dysfonction de la composante cognitive. D'autre part, l'hypothèse d'un défaut d'inhibition chez les patients pédophiles est suggérée par l'hypométabolisme temporal droit observé chez plusieurs patients (Mendez et al., 2000 ; Mendez et al., 2011). Ceci concorde avec le modèle neuro-phénoménologique du désir sexuel sus-cité, qui comprend un mécanisme d'inhibition tonique, exercé par les régions temporales latérales et orbito-frontales médiales et latérale gauche, qui doit être levé pour permettre au désir sexuel d'apparaître.

Ces interprétations sont toutefois à prendre avec circonspection, le modèle sus-cité restant une ébauche perfectible, basé sur des études pas toujours complètement concordantes.

IV – CLASSIFICATIONS MEDICALES INTERNATIONALES

A) Classification internationale des maladies

La classification internationale des maladies de l'OMS contient une rubrique Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, au sein de laquelle la pédophilie est répertoriée parmi les troubles de la préférence sexuelle : F65.4. Cette catégorie des troubles de la préférence sexuelle remplace depuis 1993 celle des déviations sexuelles, qui se substitua en 1973 aux perversions sexuelles de la CIM 8 de 1963.

La pédophilie y est ainsi définie comme une préférence sexuelle pour les enfants généralement d'âge prépubère ou au début de la puberté. Le diagnostic inclut cependant les hommes qui tout en ayant une attirance sexuelle préférentielle pour les adultes, se tournent habituellement vers les enfants comme alternative à une frustration chronique. Elle peut être d'orientation homosexuelle ou hétérosexuelle, masculine ou féminine. La CIM stipule cependant que ce trouble n'a pas été mis en évidence chez des femmes.

B) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

En 1952, l'Association américaine de psychiatrie, publie un ouvrage de classification des troubles mentaux, le *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder* (DSM), élaboré à partir des connaissances de la neurologie et d'un consensus entre experts psychiatriques. Les « *déviationsexuelles* » sont incluses dans un sous type de trouble de la personnalité psychopathe : la « personnalité psychopathe avec sexualité pathologique ». La pédophilie y apparaît comme une spécification au même titre que l'homosexualité ou le fétichisme.

En 1968, le DSM-II place les « *déviationsexuelles* » dans la catégorie des « *troubles de la personnalité et certains autres troubles non psychotiques* ». Il liste ainsi 9 déviations sexuelles au sein desquelles, on retrouve la pédophilie comme l'homosexualité (alors appelé trouble de l'identité sexuelle).

En 1980, le DSM-III consacre le terme de « *paraphilie* » au sein d'une nouvelle catégorie syndromique : « *les troubles psychosexuels* ». La paraphilie est définie comme « *une variation de l'activité sexuelle caractérisée par des pulsions, fantasmes et comportements sexuels marqués et persistants, impliquant des objets ou des situations inappropriées et pouvant abuser, chez la personne, de la détresse et de la difficulté à fonctionner dans différents secteurs importants de la vie* »

Le terme paraphilie, instauré au début du XXe siècle par le psychiatre autrichien Wilhem Stekel a été popularisé bien plus tard par le psychiatre sexologue John Money pour désigner de manière non péjorative, les « intérêts sexuels inhabituels ».

Il est à noter que l'homosexualité se voit réduite à « l'homosexualité égo-dystonique » mais qui est considéré comme un « *autre trouble sexuel* », distinct des paraphilies.

En 1987, le DSM-III-R renomme la catégorie à laquelle appartiennent les paraphilies en « *troubles sexuels* ». La zoophilie sort des paraphilies spécifiques, au profit du frotteurisme.

En 1994, le DSM-IV renomme la catégorie à laquelle appartiennent les paraphilies en « *troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle* ».

En 2000, le DSM-IV-TR n'apporte pas de modification particulière.

En 2013, le DSM 5 maintient la pédophilie parmi les paraphilies.

Une paraphilie se caractérise par « *la présence intense et persistante, de fantasmes imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles ou de comportements impliquant soit des objets non humains (fétichisme), soit la souffrance et l'humiliation d'un partenaire (masochisme et sadisme*

sexuel), soit des enfants ou d'autres personnes non consentantes (voyeurisme, exhibitionnisme, frotteurisme, pédophilie) ». La notion d'intensité peut dans certains cas, être délaissée au profit d'un intérêt préférentiel. Le DSM 5 recense ainsi huit paraphilies, se basant sur des arguments de fréquence et ne constituant donc pas une liste exhaustive. Une nouveauté notable instaurée par le DSM 5 est l'appréciation entre paraphilie et trouble paraphilique (pédophilie et trouble pédophilie). Pour qu'une paraphilie soit étiquetée comme un trouble paraphilique, il faut que celle-ci génère une souffrance de l'individu, un préjudice personnel ou une altération de son fonctionnement ; ou bien que celle-ci représente un risque de préjudice pour autrui. Le fait d'avoir une paraphilie est ainsi une condition nécessaire mais non suffisante pour présenter un trouble paraphilique et une paraphilie en soi, ne justifie pas ou ne requiert pas nécessairement d'intervention clinique. Le DSM 5 ouvre ainsi la porte à une fantasmagorie pédophile qui échappe quelque part au champ de la pathologie, ce qui représente un virage magistral dans la lecture de la pédophilie de ses dernières décennies.

Ainsi les critères diagnostiques du trouble pédophilie dans le DSM 5 sont :

« Critère A : Pendant une période d'au moins 6 mois, 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) ;

Critère B : L'individu a mis en actes ces pulsions sexuelles, ou les pulsions sexuelles ou les fantasmes entraînent une détresse importante ou des difficultés relationnelles ;

Critère C : L'individu est âgé de 16 ans ou plus et a au moins 5 ans de plus que l'enfant ou les enfants mentionné(s) au critère A. ».

Il est à spécifier : le type (exclusif ou non), si l'attirance est hétérosexuelle et/ou homosexuelle ainsi que la limitation éventuelle à l'inceste.

Par ailleurs, il est à noter que la dénégation de toute attirance pédophile n'est en rien un frein au diagnostic de trouble pédophile si des preuves de mise en acte sont présentes. Ce dernier point fait d'ailleurs largement débat au sein de la communauté scientifique et marque un positionnement historique, à revers du postulat de von Krafft-Ebing selon lequel un acte pédo-criminel ne signe pas nécessairement une pédophilie. Il rappelle aussi la principale fonction du DSM, se voulant athéorique, qui est d'homogénéiser le vocabulaire scientifique pour faciliter la communication médicale et la recherche. Ainsi pouvoir inclure des pédo-criminels, niant toute fantasmagorie pédophile, permet d'élargir les effectifs de recherche.

V – DONNES EPIDEMIOLOGIQUES

A) Prévalence

La prévalence de la pédophilie dans la population générale n'est pas vraiment connue. Elle pourrait être estimée aux alentours de 3 à 5 % chez les hommes. Chez les femmes l'estimation est encore plus incertaine. Les chiffres sont surtout issus de séries de cas soumis à la justice mais on ne dispose pas d'étude épidémiologique sérieuse. D'après Florence Thibaut (2010), la pédophilie toucherait très rarement des femmes, qui souvent présentent des troubles psychiques et/ou des conjoints pédophiles. Elle serait d'orientation hétérosexuelle dans 60 % des cas, homosexuelle dans 30 % des cas et bisexuelle dans 10 % des cas. L'activité sexuelle pédophile serait exclusive dans 10% des cas. Une enquête américaine, citée par le Pr Thibault, étudiant une population d'étudiants américains, indiquerait quand même que 15 à 20 % des interrogés aimeraient avoir une relation sexuelle avec un enfant si cela n'était pas puni par la loi.

B) Facteurs de risque

Les hommes pédophiles rapportent souvent avoir été victimes d'abus sexuels dans l'enfance. Plusieurs études s'accordent autour de 30 % de victimisation sexuelle. S'il paraît intuitivement évident que les antécédents d'agressions sexuelles jouent un rôle non négligeable dans la trajectoire de certains pédophiles, il n'est pourtant pas établi à ce jour que cette corrélation corresponde à une influence causale. L'hypothèse d'un trouble neurodéveloppemental n'est pas exclue et est même soutenue par les corrélations retrouvées entre une attirance pédophile et des anomalies neuropsychologiques comme la latéralisation gauche, un QI bas et des atteintes des mémoires verbales et visuelles (Cantor, 2004). Dès lors, un ensemble de facteurs capables de perturber le développement cérébral précoce, qu'ils soient externes (exposition à des toxiques ou des facteurs infectieux) ou internes (anomalies génétiques) pourraient être suspectés.

C) Développement et évolution

Les hommes adultes atteints d'un trouble pédophilie déclarent souvent avoir été conscient pour la première fois de leur intérêt sexuel déviant, à l'âge où l'on devient conscient de son attirance sexuelle homo ou hétéro sexuelle. Il est difficile au cours de l'adolescence de différencier une attirance pédophile avec l'intérêt pour ses pairs ou avec une simple curiosité sexuelle. Il convient de rester

vigilant et de ne pas se hâter au diagnostic. Les classifications rendent d'ailleurs compte de cette prudence, ne proposant le diagnostic qu'à partir de 16 ans.

La pédophilie, semble être une affection chronique, ainsi l'intérêt sexuel pour les enfants (prépubères ou en cours de puberté), ne change pas ou seulement dans des cas très rares (Grundmann, 2016). Toutefois la détresse subjective, l'altération psycho-sociale ou la propension à passer à l'acte peuvent être sujets à évolution avec ou sans intervention thérapeutique.

Comme les autres comportements sexuels, qu'ils soient normophiliques ou paraphiliques, la fréquence des comportements diminue avec l'âge.

D) Diagnostics différentiels et comorbidités

Le trouble de la personnalité antisociale augmente la probabilité qu'un individu, ayant une préférence sexuelle pour les femmes ou hommes matures, s'intéresse sexuellement à un enfant, à une ou plusieurs occurrences par effet d'aubaine, si celui-ci s'avère disponible. Les sujets antisociaux présentent dans leur parcours des faits de délinquance ou de criminalité récurrents et variés.

La consommation de toxiques, qu'elle s'inscrive ou non dans un trouble de l'usage, favorise également la probabilité d'agir sexuel avec un enfant, chez une personne ne présentant pas de paraphilie. Il s'agit alors d'un passage à l'acte circonstanciel.

Le trouble obsessionnel compulsif peut occasionner des pensées et des préoccupations égodystoniques, voire des phobies d'impulsion portant sur une possible attirance pour des enfants. Ces idées ne sont alors pas au centre de l'excitation sexuelle mais plutôt additionnelles et intrusives.

Il est parfois difficile de faire la distinction entre trouble comorbide et diagnostic différentiel en matière de pédophilie, de par notamment les recouvrements entre ceux-ci. Les études montrent en effet que le trouble pédophile peut être comorbide à d'autres troubles psychiatriques, comme les troubles de l'humeur (unipolaire ou bipolaire), les troubles anxieux, le trouble de la personnalité antisociale et les autres paraphilies.

D'après Raymond et al. (1999) notamment, la prévalence vie entière est de 2% pour les troubles psychotiques, 67% pour les troubles de l'humeur (56 % pour les épisodes dépressifs majeurs, 4% de trouble de l'humeur bipolaire), de 64 % pour les troubles anxieux (38 % pour la phobie sociale et 33 % de syndrome de stress post-traumatique) et de 60% pour les addictions avec substances (51% pour l'alcool, 38 % pour le cannabis, 18 % pour la cocaïne). Ils retrouvent également des prévalences vies

entières de 29 % pour les troubles des impulsions et 53% pour les autres paraphilies (13 % d'exhibitionnisme, 16% de frotteurisme, 27% de voyeurisme notamment). Cohen et al. (2002) retrouvent une surreprésentation de troubles de la personnalité (clusters A, B et C) chez des sujets pédophiles par rapport à une population contrôle, mais pas de majoration significative de l'impulsivité.

Dans une revue de la littérature en 2006, Marshall met en évidence d'importantes disparités en fonction des études :

- troubles de l'humeur : 3 à 95 % ;
- troubles psychotiques : 1,7 à 16 % ;
- troubles anxieux : 2,9 à 38,6 % ;
- abus ou dépendance aux substances illicites : 7,8 à 60 % ;
- troubles grave de la personnalité : 33 à 52%.

Ces résultats sont à relativiser, car issus de recherches de faibles effectifs, sur des populations carcérales ou du moins sur des personnes connues par la justice pour des délits sexuels impliquant des mineurs. Ils sont ainsi difficilement généralisables aux individus souffrant d'un trouble pédophilie, mais n'étant jamais passés à l'acte ou d'individus ayant une pédophilie « simple ».

VI – DEBATS CLINIQUES

A) Distinction inceste-pédophilie

Dans la CIM10, le terme d'inceste n'apparaît pas en tant que tel, mais la définition de la pédophilie l'inclut de façon explicite : « *Les hommes agressant sexuellement leurs propres enfants peuvent agresser aussi d'autres enfants à l'occasion. Dans les deux cas, ce comportement s'apparente à la pédophilie* ».

En ce qui concerne le DSM V, le diagnostic de trouble pédophilie inclut également les relations ayant lieu dans le cercle familial : « *attirance limitée à l'inceste ou non* ». L'inceste n'est donc pas, à proprement parler, un diagnostic clinique. Toutefois il semble que les agressions sexuelles d'enfants perpétrés au sein ou en dehors du cercle familial, témoignent de réalités criminologiques, voire psychopathologiques différentes. En France notamment, on différencie classiquement de la pédophilie, la problématique de l'inceste qui est « avant tout une histoire de famille » (Savin 2003), qui interroge les liens et les dynamiques à l'œuvre en son sein. Sur un plan psychocriminologique, on observe également des profils différents chez les agresseurs « intrafamiliaux » qui sont généralement mieux insérés socialement, avec moins de troubles de la personnalité, mais présentent plus d'antécédents

d'abus sexuels et plus de trouble de l'attachement que les agresseurs « extra-familiaux » (Seto, 2015). Concernant les passages à l'acte, ils témoignent d'un plus faible taux de récurrence et ils ont moins de victimes, mais un plus grand nombre d'interactions sexuelles qui s'étalent sur un temps plus long (Moroge 2014). S'il s'avère que les agresseurs intrafamiliaux présentent également moins de distorsions cognitives et des scores moindres de pléthysmographie pénienne, que les agresseurs extra-familiaux, ils diffèrent sur ces mêmes points, de la population témoin (Muschang 2004).

B) La pédophilie féminine

Longtemps occultée, la question des abus sexuels d'enfants perpétrés par des femmes semble émerger peu à peu dans la littérature internationale. Sa prévalence est très incertaine (entre 1 et 5% des cas) et plusieurs auteurs comme Thibaut (2014), pensent qu'elle est probablement sous-évaluée. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette sous-évaluation. D'une part, les classifications actuelles de la pédophilie (CIM10 ou DSM5), sont peu adaptées à la description des femmes agresseurs sexuels d'enfants. D'autre part, les représentations sociales des femmes semblent peu compatibles avec celles des agresseurs sexuels. Ainsi les relations sexuelles entre des femmes adultes et de jeunes adolescents sont encore généralement perçues comme des rites initiatiques et non comme des agressions sexuelles, comme ce serait le cas si les sexes étaient inversés.

Plusieurs auteurs ont tenté d'élaborer une classification spécifique des femmes agresseurs sexuels d'enfants. C'est le cas de Nathan et Ward (2001), qui ont distingué les femmes qui agressent de leur propre initiative (en différenciant les femmes qualifiées de prédisposées, peu nombreuses, qui correspondent aux descriptions des hommes pédophiles, et les femmes qui sont amoureuses d'enfants, comme certaines enseignantes de leurs élèves), de celles qui agressent sexuellement les enfants en présence d'un homme, que ce soit sous l'emprise de celui-ci, ou de façon librement consentie. Quelques études montrent d'ailleurs, des profils différents, par rapport aux hommes pédophiles. Ainsi la motivation principale de leur comportement serait plus d'ordre affectif que sexuel, elles auraient moins recours à la coercition et exceptionnellement à la violence (Matthews et al., 1993). D'après Nathan et al. (2001), les femmes agresseurs sexuels sont plus souvent jeunes (entre 20 et 30 ans), ont un faible niveau d'éducation, un faible niveau de revenus et vivent seules au moment de l'agression. Et lorsque les femmes commettent seules l'agression sexuelle, il s'agit dans la majorité des cas d'une relation incestueuse prolongée.

C) Pertinence de l'hébéphilie

Quelques auteurs, notamment canadiens, militent pour une reconnaissance de l'hébéphilie (attirance pour les jeunes adolescents en cours de puberté) comme une paraphilie à part entière. Blanchard et al. (2009), ont ainsi étudié les intérêts sexuels rapportés de 2868 hommes, évalués cliniquement comme paraphiles ou délinquants sexuels et l'ont comparé aux enregistrements objectifs de la réponse pénienne par pléthysmographie. Ils ont pu mettre en évidence des groupes de pédophiles, d'hébéphiles et de téléiophiles (sujets attirés sexuellement par des sujets adultes). Les hébéphiles, correspondent pour eux à des sujets sexuellement attirés par des enfants pubères âgés de 11 à 14 ans (stades Tanner 2 et 3). Ils ont ainsi proposé une révision du DSM en 2010, différenciant la pédophilie en trois types (classique, hébéphilique ou pédohébéphilique). Cette révision n'est finalement pas retenue dans le DSM V, mais cette question clinique fait toujours débat au sein de la communauté scientifique. Ainsi Beier et al. (2015) distinguent, dans leur échantillon de sujets non judiciairisés (programme de prévention Dunkenfeld) deux tiers d'hébéphiles, dont 15% d'exclusifs, relevant des caractéristiques particulières comme un plus grand risque de passage à l'acte.

D) Consommateurs de pédopornographie

Le développement ces dernières décennies, de la pédopornographie, amène une nouvelle expression de la pédophilie et avec elle son lot d'interrogations cliniques. En effet, de nombreux patients décrivent une dimension compulsive ou addictive pour expliquer leur consommation d'images ou de vidéos et une grande partie d'entre eux nie toute attirance pédophile. D'ailleurs certains consommateurs de pédopornographie sont suivis dans des services références en matière de prise en charge de troubles anxieux ou d'addiction. La pédopornographie pose par ailleurs la question du lien entre la consommation de matériel pédopornographique et le passage à l'acte dans le réel, bien que d'un point de vue judiciaire la consommation de ce genre de pornographie soit déjà considérée comme un passage à l'acte. Pour certains, une telle consommation jouerait un rôle d'entretien du comportement déviant ; pour d'autres, il présenterait un « Canada Dry » voire une perspective de traitement par désensibilisation progressive. Seto, Cantor et Blanchard (2006) se sont intéressés à la question et ont comparé les réactions péniennes via phallométrie, de sujets coupables de consommation de pédopornographie, avec des sujets coupables d'agression (avec contact) sur des mineurs. Ils ont trouvé une réaction significativement supérieure chez les consommateurs de pédopornographie, concluant que ce chef d'inculpation serait un meilleur facteur prédictif d'attirance pédophile que les agressions sexuelles sur mineurs.

E) Les « pédophiles abstinents »

Cette dénomination reste empruntée et peu répandue, témoignant de la difficulté de faire évoluer les représentations sociales et d'individualiser les protagonistes que sont, le patient souffrant de pédophilie et le pédocriminel coupable d'un passage à l'acte, répréhensible d'un point de vue légal. Les pédophiles abstinents présenteraient, selon la littérature, des profils plus de type « névrotique », appartenant au champ des troubles anxieux. Ces données sont issues de cas cliniques, rapportées par des professionnels, mais n'ont pas engendré d'études contrôlées au degré de scientificité convenable. D'autre part, l'association entre les pédophiles abstinents et les troubles anxieux amènent inévitablement la question du diagnostic différentiel avec le trouble obsessionnel compulsif. Les pédophiles abstinents présentent une population encore très méconnue.

TROISIÈME PARTIE : LA PRISE EN CHARGE À L'INTERFACE SANTÉ-JUSTICE

I – LES TRAITEMENTS

A) Les psychothérapies

1- Approche psycho-dynamique

Aichorn a, dès 1925, consacré des travaux sur la thérapie institutionnelle des délinquants sexuels. Ces travaux ont inspiré les psychanalystes dans les années 80 et 90, pour adapter le modèle de la cure analytique orthodoxe aux problématiques présentées par les délinquants sexuels. En effet, les conditions habituelles d'une analyse, ou d'une thérapie d'orientation analytique (conscience des difficultés, motivation au changement, demande), sont généralement loin d'être remplies lorsqu'on travaille avec des délinquants sexuels, pour qui la demande psychothérapeutique est souvent le fruit d'une contrainte externe (soins pénalement ordonnés), voire utilitaire. Plusieurs auteurs (Ciavaldini et al., 2000 ; Tardif, 1993), préconisent, pour parer à ces difficultés, que le travail évolue en deux phases : d'abord l'établissement d'une relation positive, ensuite l'analyse proprement dite.

L'établissement d'une relation positive, passe par une attitude respectueuse du thérapeute, qui présente une écoute attentive, soutenante et bienveillante envers le patient. Le thérapeute doit par ailleurs veiller à conserver une identité thérapeutique et ainsi rester focalisé sur la compréhension du symptôme, comme partie intégrante d'un fonctionnement psychique et non comme un délit répréhensible. La relation transférentielle qui s'établit avec le patient est cruciale, l'intérêt authentique éprouvé par le thérapeute vis-à-vis des problèmes vécus par le patient, lui permet de se sentir investi et facilite le travail d'élaboration. Schorsh et al. (1985) précisent que l'investissement du thérapeute comme bon objet, digne de confiance, permet l'identification et favorise le transfert. Pour Eiguer, la « neutralité bienveillante » consiste ici principalement à se dessaisir de ses a priori et d'éviter de vouloir corriger. Balier insiste sur la nécessité d'instaurer un cadre thérapeutique qui remplisse un rôle de pare-excitation, ayant pour but d'amortir l'excitation suscitée par le début de la prise en charge et de restaurer le narcissisme défaillant du patient. Pour Jaffard (2000), le thérapeute doit initialement viser à assurer une fonction d'étayage, davantage focalisée sur le soutien et des explications simples, que sur des interprétations mobilisant l'inconscient, vectrices d'excitation.

L'alliance thérapeutique établie, le thérapeute et le sujet peuvent entrer dans la phase d'analyse proprement dite. L'acte sexuel est conçu comme le symptôme morbide du patient. Comme vu

précédemment, ce symptôme est sous-tendu par un fantasme pervers, qui revêt une fonction protectrice, préservant l'intégrité du Moi, en permettant la maîtrise de l'angoisse de castration et/ou de séparation.

Schorsh et al. (1985), ainsi que Tardif (1993) ont exposé les principales résistances rencontrées dans le travail analytique avec les auteurs de violences sexuelles, comme les carences d'élaboration psychique, la pensée opératoire, ou une attitude passive de l'analysant, qui attend que le thérapeute fasse les associations à sa place.

L'analyse via son cadre ou de par les interventions du thérapeute s'avère fréquemment irritante pour le patient dans ce genre de cas de figure, qui peut réagir de façon hostile. Le thérapeute doit avoir conscience de cette hostilité et doit se sentir en capacité de la supporter sans user de censure et ainsi de pouvoir l'interpréter dans le transfert.

Balier (1988, 1996) remarque que les auteurs de violences sexuelles, expriment particulièrement certains mécanismes de défense, renvoyant au narcissisme au cours de la thérapie. Il précise que le cadre thérapeutique, confronte le sujet à « ce qui fait la pathologie de la violence » : la recherche de l'omnipotence, l'annulation de l'autre, l'emprise, le déni, le refus de la séparation. Pour lui, le thérapeute doit éviter les interventions explicatives, au risque de faire le jeu de la pathologie et privilégier les postures interrogatives qui laissent entrevoir un « ailleurs » et un « plus loin ».

Enfin Balier (2000) insiste sur l'intérêt capital de la subjectivation : « rien n'est acquis avant l'avènement du « Je » qui permet au sujet de devenir véritablement sujet de ses pulsions et fantasmes ». Ce processus qui mène le sujet à la subjectivation, implique une révolution qui fondamentalement, passe par « le meurtre symbolique du père et l'intégration de sa loi, ce qui entraîne l'avènement d'une instance morale, le Surmoi ». L'élucidation du fantasme peut être considérée comme la fin de la thérapie ou de l'analyse. Il est à noter que selon André (1993) et Stoller (1993), les sujets pervers avérés, mènent rarement leur analyse jusqu'à ce qui est ici considéré comme sa fin ; la décision d'interrompre l'analyse s'accompagnant alors souvent d'une satisfaction manifeste.

Schorsch et al. (1985) ont tenté d'évaluer les changements induits par une thérapie d'orientation psychanalytique et ainsi ont observé des changements positifs chez 59 % des 86 sujets ayant suivi une thérapie. La validité scientifique de ce résultat, issu d'une étude non contrôlée, dont les critères sont peu explicites, reste largement discutable.

L'approche psychodynamique accorde une place prépondérante aux étapes précoces du développement et à ses perturbations (traumatismes, maltraitements, séparations), qui s'expriment par

des troubles de l'attachement et de la construction de l'identité. La psychothérapie s'appuie sur une relation de confiance et de sécurité avec le thérapeute, qui facilite l'abord des problématiques profondes à travers le transfert. Ceci nécessite un ajustement permanent et soutenu aux possibilités du patient. Il apparaît important de garder en tête que l'objectif général d'une thérapie analytique n'est pas la normalisation de la sexualité à proprement parler, mais l'analyse et la compréhension des conflits psychiques essentiels, associés au comportement pathologique. De cette compréhension découle l'amélioration des symptômes (défaut de mentalisation et de verbalisation, fragilité narcissique, immaturité émotionnelle et relationnelle,...) et la perspective d'un changement en fonction des désirs et des capacités à se mobiliser du patient. La prévention de la récurrence n'est pas à proprement parler un objectif de soin.

2- Approche cognitivo-comportementale

Les thérapies d'orientation cognitivo-comportementales associent les apports du comportementalisme et du cognitivisme, bien qu'à l'origine ces courants se caractérisent par des postulats et des stratégies fondamentalement différents. L'approche comportementale ne cherche que la disparition du comportement déviant. En dépit d'une certaine efficacité, ces techniques sont peu populaires et restent des pratiques réalisées en laboratoires et peu répandues en situation réelle. Selon le courant cognitiviste, c'est le système idéique qui entretient leur comportement. Il est ainsi la cible de cette approche thérapeutique.

A partir des années 50, on voit se développer les premières techniques thérapeutiques comportementalistes appliquées aux comportements sexuels déviants, avec le procédé du conditionnement aversif (stimulus de choc électrique associé au comportement dont on vise l'extinction).

Le conditionnement aversif

Ce procédé, a été notamment utilisé par Raymond (1956), avec pour objectif de faire disparaître le fétichisme, puis s'est répandu et a été utilisé sur d'autres cibles comportementales. Il repose ainsi sur le principe simple de substituer l'excitation sexuelle, associée au stimulus déviant, par une réaction conditionnée d'anxiété, en associant un stimulus inconditionnel aversif au stimulus déviant ou à l'excitation générée. Mais dès son apparition, le conditionnement aversif suscite de vives critiques qui perdureront, en dépit de l'utilisation de stimuli moins brutaux (olfactifs notamment). Les traitements

comportementaux se sont par la suite développés avec les techniques de reconditionnement, dont le principe général est de transférer l'excitation du fantasme déviant vers un stimulus non déviant.

La rétroaction biologique ou biofeedback

Le sujet est soumis à un excitant déviant et dispose d'un retour sur son excitation sexuelle via une pléthysmographie pénienne. L'idée est alors d'apprendre à contrôler et à inhiber l'excitation sexuelle.

Le fading

Cette technique vise à détourner progressivement l'excitation sexuelle, originellement provoquée par un stimulus déviant, en l'associant à un stimulus non déviant. Ainsi Maletzky (1991) donne l'exemple d'un jeune pédophile, à qui on présente des photographies de femmes adultes nues, immédiatement après avoir obtenu une excitation sexuelle, en lui présentant des images de fillettes nues.

La satiation masturbatoire et le reconditionnement orgasmique

Reconditionnement fondé sur l'intuition, non scientifiquement avérée, que le désir sexuel diminue juste après l'éjaculation. Ainsi, le sujet est invité à se masturber jusqu'à éjaculation, en ayant des fantasmes non déviants, puis juste après éjaculation, à reprendre l'exercice, mais cette fois-ci avec des fantasmes sexuels déviants. Une autre modalité est de se masturber en pensant à des fantasmes déviants, avant de basculer sur des fantasmes non déviants, dès que l'éjaculation approche.

En tout état de cause, ces traitements uniquement focalisés sur la disparition de la préférence sexuelle, se sont avérés insuffisants, pour des difficultés pratiques et économiques (presque uniquement pratiqués en laboratoire), mais aussi parce qu'ils négligent beaucoup trop d'aspects du champ complexe de la déviance sexuelle. Plusieurs auteurs, dont notamment Marshall, ont étoffé la prise en charge, avec l'entraînement aux habilités sociales, l'éducation sexuelle, le développement de l'empathie, puis des techniques d'orientations cognitivistes (Marshall et al., 1999, Marshall et al., 2006).

L'entraînement aux habilités sociales

Les pédophiles redoutent le jugement négatif d'autrui, sont plus timides et ressentent les relations sociales comme anxiogènes. L'entraînement aux habilités sociales se pratique en groupe. Les comportements qui font l'objet d'un apprentissage, sont décrits théoriquement, fractionnés en étapes logiques et chronologiques, qui constituent des points d'apprentissage précis. L'apprentissage est suivi d'un modelage à l'aide d'un support vidéo, puis d'une mise en pratique, via le jeu de rôle. Le jeu de rôle est filmé, ce qui permet aux sujets de s'auto-évaluer, ainsi que d'entendre les commentaires des autres.

L'éducation sexuelle

Il n'existe que très peu de recherches systématiques et contrôlées sur l'éducation sexuelle. Pourtant, elle figure dans la plupart des programmes de prise en charge d'orientation cognitivo-comportementale. Sa présence trouvant principalement sa justification par une assimilation entre déviance et ignorance. La déviance viendrait ainsi en partie d'idées erronées sur la sexualité.

Pour Marshall et Barbaree (1990), l'objectif est de développer chez le patient une connaissance de l'activité sexuelle normale et de ses pratiques autorisées. Pour cela, ils préconisent de le soulager de sa culpabilité masturbatoire, de réduire sa pudeur liée au coït et d'agir sur les mythes et croyances concernant la sexualité.

Le développement de l'empathie

L'empathie est le concept qui, bien que connu et exploité depuis longtemps, nourrit diverses définitions. Pour Pithers (1994), l'empathie découle de trois capacités : celle de percevoir selon la perspective d'une autre personne, celle de reconnaître chez soi l'émergence d'affects et celle de fournir des réponses comportementales de compassion. Bien que la mesure de l'empathie générale chez les pédophiles, ne soit pas altérée de façon significative, il semble pourtant (Stermac et al, 1989 ; Beckett et al., 1994) que les agresseurs d'enfants mésestiment l'expression du refus et des sentiments chez les enfants, ou plutôt chez leurs victimes. L'intégration de l'augmentation de l'empathie aux programmes de thérapies cognitivo-comportementales, repose sur l'idée qu'aider un délinquant sexuel à comprendre les sentiments de sa victime, facilitera la prise de conscience et l'inhibition du comportement sexuel déviant.

Selon Marshall, Anderson et Fernandez (1999), la première étape consiste à augmenter les capacités du délinquant à reconnaître ses propres états émotionnels. Le travail doit se faire en groupe. Chaque patient raconte un récit marquant de son histoire et à partir de celui-ci, essaye d'identifier les émotions qu'il a ressenties (ce que vont faire simultanément les autres participants). Puis, chaque participant décrit le délit qu'il a commis avec les yeux de sa victime, et procède au même exercice de reconnaissance des émotions. Puis ils écrivent deux lettres fictives, celle qu'ils imaginent que leur victime leur écrirait, puis la réponse. Là encore les lettres sont sujettes à une analyse groupale des émotions qui transparaissent.

La restructuration cognitive

L'évaluation des cognitions et l'identification des distorsions se réalisent au préalable, via des échelles spécifiques comme la *MOLEST scale*. Il importe de prendre en compte les facteurs culturels, qui peuvent impacter considérablement les modèles de pensée et qui ne sont pas à proprement parler des distorsions. Les différentes techniques cognitives ont ainsi pour objectif ciblé, de confronter le patient à ses propres distorsions et de l'amener à modifier son système de pensée : on parle de restructuration cognitive.

Pour Winn (1996), le travail de restructuration cognitive se base sur l'établissement d'un dialogue intérieur et dialectique, entre deux parties du sujet. Une partie qui pense avec un système idéique de délinquant sexuel, ponctué de distorsions cognitives et une autre qui pense sans ce système idéique particulier. Cette méta-confrontation permet au sujet de prendre conscience qu'il n'est pas un tout et peut développer un autre système idéique. Le sujet est amené à faire le lien entre ses distorsions cognitives et son comportement sexuel déviant, entre ses interprétations erronées du comportement de l'enfant et ses intentions, sentiments ou souhaits du moment. Le thérapeute doit alors l'aider à élaborer autour des stratégies qu'il a pu mettre en place, afin de développer une relation avec un enfant. Cette prise de conscience rompt avec le clivage et ouvre la voie à la critique, ainsi qu'à la volonté de changement.

Pour Ward, Hudson et Marshall (1996), le traitement cognitif ne vise pas la reconstruction mais la construction. L'objectif étant d'aider le sujet à construire consciemment l'histoire de ses actes. Le style du thérapeute ne doit pas être agressif, mais amener le sujet au questionnement et à la confrontation. Il existe peu de données empiriques relatives au lien entre le progrès en thérapie et le travail sur les distorsions cognitives.

L'intégration de la prévention de la récidive

Le courant cognitiviste appréhende largement la pédophilie, à travers le passage à l'acte et s'essaie à reconstruire rétrospectivement son processus. Les auteurs cognitivistes ont ainsi établi plusieurs modèles de prévention de la récidive, partant du postulat que le comportement sexuel déviant, résulte d'une succession non aléatoire d'évènements comportementaux, cognitifs et affectifs. Des évènements qui présentent autant de cibles de rectifications potentielles, pour éviter d'entrer dans la chaîne du délit.

Le travail psychothérapeutique se décompose en deux temps :

- Un temps d'identification des problèmes (à chaque étape de la chaîne) ;
- Un temps d'élaboration d'alternatives.

Selon Marshall et al. (1999), la première étape du travail thérapeutique est de décrire au patient la chaîne des évènements qui conduisent au délit. Il s'agit alors d'illustrer chaque séquence à l'aide d'exemples cliniques. Au cours des séances, le patient travaille à l'appropriation de cette chaîne, en y intégrant son histoire personnelle, ses pensées, ses sentiments. Le thérapeute doit insister sur les éléments normaux du processus et doit faire ressortir les distorsions cognitives, les stratégies non conscientes, ainsi que les besoins de gratification immédiate que le sujet ne reconnaît pas. La construction de la chaîne personnalisée et l'identification des facteurs représentant un risque (affects, attitudes, cognitions, situations), permet au patient de développer des alternatives permettant de gérer les difficultés internes et externes, qui se présentent et ainsi d'éviter de s'engager dans un processus de récidive.

Les thérapies cognitivo-comportementales proposent ainsi essentiellement des prises en charges de groupe, suivant des programmes définis. Les programmes sont généralement organisés en modules thématiques (habilité sociale, éducation sexuelle, gestion émotionnelle, distorsions cognitives,...). L'évaluation de l'évolution - par rapport à l'objectif initial - prend une place importante, tout comme la prévention de la récidive, assumée comme un objectif de soin. L'indication de ce type de thérapie, se discute en cas de psychopathie ou de structure de personnalité d'organisation perverse.

3- Autres types de psychothérapies

Sexothérapie

La sexothérapie s'inspire du courant cognitivo-comportemental, avec un mode opératoire fondé sur l'analyse fonctionnelle du comportement sexuel déviant, mais avec un regard moins focalisé sur le symptôme en lui-même mais en l'intégrant dans une perspective de santé sexuelle générale. Il convient de mesurer initialement la motivation du patient au changement et de garder en tête les freins au changement (ambivalence, bénéfices secondaires). Certains auteurs comme de Sutter (2011) préconisent une position du thérapeute assez souple, évitant la posture du garant des valeurs morales de la société ; voire adoptant le rôle de l'avocat du diable. Cette approche a pour but de faciliter au patient la découverte, par lui-même, des limites et inconvénients de sa sexualité déviante. Les objectifs thérapeutiques et leur rythmicité sont à établir selon l'envie et la motivation du patient, avec pour principe que les pratiques sexuelles déviantes ne sont pas à éliminer formellement, si elles peuvent s'intégrer dans une vie sexuelle fonctionnelle et satisfaisante.

L'approche sexologique identifie le plaisir de la transgression et la culpabilité, engendrée par le comportement, comme deux éléments qui alimentent la fixation déviante. Ainsi il apparaît important de déconstruire, autant que possible, la nature transgressive ou rebelle du comportement qui pose problème et d'amener le patient à considérer la nature ridicule ou grotesque de celui-ci. En ce qui concerne la culpabilité, il convient de chercher à l'amoindrir et notamment via la dédramatisation de la rechute comme cela peut se voir dans la prise en charge de patients en addictologie.

Finalement l'objectif prépondérant est celui de développer une sexualité dyadique fonctionnelle et satisfaisante, en y intégrant progressivement les fantasmes et pratiques déviantes, dans la mesure du possible. Cela peut passer par une structuration des comportements déviants (prescription de symptômes), ou par une restructuration du fonctionnement masturbatoire, visant à déplacer le comportement érotique problématique, vers quelque chose qui se rapproche d'un coït dyadique et fonctionnel.

Bien entendu en ce qui concerne la pédophilie, l'application d'une approche sexologique se voit entravée et limitée dans la pratique en raison de la difficulté de trouver des passerelles légales à un déplacement progressif de la sexualité déviante vers une sexualité plus socialement acceptable. Il serait par exemple inconvenant de « prescrire » un visionnage de film pédopornographique dans une perspective de structuration du comportement déviant.

Thérapies systémiques ou familiales

Les accompagnements familiaux ont très souvent un intérêt, lorsqu'un membre de la famille est impliqué dans une agression sexuelle sur un mineur. Les thérapies systémiques peuvent être indiquées pour travailler les dysfonctionnements familiaux, en cas de passage à l'acte intrafamilial mais pas seulement. Les sujets pédophiles présentent en effet souvent des problématiques d'attachement, avec des figures parentales instables.

EMDR

Les sujets pédophiles présentent, dans leur parcours de vie, plus d'évènements traumatiques que la population générale ; qu'il s'agisse d'abus sexuels ou d'autres types de violences (50 à 60 %) et présentent aussi plus de syndromes de stress post-traumatique (33 % , Raymond et al.,1999). Dès lors, l'usage de thérapies centrées sur le traitement psychique des traumatismes comme l'Eye Movement Desentization and Reprocessing (EMDR), pourrait s'avérer pertinent.

Mindfulness therapy

Les thérapies basées sur la pleine conscience, connaissent un essor populaire en matière de prise en charge des troubles anxio-dépressifs. La pleine conscience, ou attention juste (samyak-smriti en sanskrit), prend ses racines en Orient dans les enseignements de Siddhartha Gautama et dispose d'une place centrale dans la pratique du bouddhisme. Elle est aujourd'hui développée par la psychiatrie occidentale, d'inspiration cognitiviste. Elle présente pourtant un changement de postulat, vis-à-vis des thérapies cognitives « classiques », focalisées sur les contenus de pensées négatifs et les biais cognitifs, présentant des cibles de restructuration. Bien qu'aucune étude ne donne de résultats probants, ces thérapies pourraient s'avérer intéressantes pour les sujets pédophiles, qui présentent des comorbidités anxio-dépressives, mais aussi une alexithymie.

B) L'orchidectomie

La castration chirurgicale forcée des délinquants sexuels, fut pratiquée dans des Etats du Sud des Etats-Unis, ainsi que sous l'Allemagne nazie. L'orchidectomie volontaire fut par la suite proposée dans certains pays européens (comme la Suisse le Danemark, ou l'Allemagne), mais cette pratique radicale n'est plus aujourd'hui qu'une pratique historique.

L'étude de While et Beier (1989), qui étudie 104 agresseurs sexuels, montre qu'il y a une diminution quasi-complète de l'excitation sexuelle dans 75 % des cas, mais que 15 % n'éprouvent qu'une baisse sensible et 10 % une baisse faible ou nulle. Il apparaît que certains patients récupèrent leur capacité préopératoire d'érection et d'éjaculation, dans les 6 mois qui suivent l'orchidectomie. Après cinq ans, 20 % sont encore capables d'avoir des rapports sexuels. Malgré la diminution de l'excitation sexuelle et des capacités d'érection, les sujets gardent un besoin de contact physique et l'orchidectomie n'a jamais eu pour prétention de cibler une attirance sexuelle pédophile.

C) Les traitements pharmacologiques

Aucun traitement pharmacologique ne peut prétendre à ce jour, cibler spécifiquement l'attirance pédophilique. Les différents traitements à disposition, sont avant tout symptomatiques et diminuent les pulsions sexuelles de façon aspécifique, ou viennent traiter des troubles comorbides, voire des diagnostics différentiels de la pédophilie.

1- Les traitements anti-hormonaux

Les traitements anti-hormonaux ont fait leur apparition dans les années 40. L'idée selon laquelle ces molécules auraient pour objectif principal de rendre impuissant est erronée. L'objectif thérapeutique est de diminuer les pulsions sexuelles déviantes, afin de soulager le patient ou de l'aider à mieux contrôler son trouble. Ces molécules « mettent au repos » la sexualité quel que soit l'objet, elles ne corrigent en aucun cas l'orientation sexuelle pédophile. L'inhibition de la production de testostérone, repose sur l'usage de stéroïdes ou de peptides qui bloquent, via un phénomène de rétrocontrôle ou de désensibilisation, la sécrétion de gonadotrophines principalement la LH.

Les progestatifs de synthèse ont été les premiers utilisés dans cette indication :

- Acétate de médroxyprogestérone (MPA ou DEPOPROVERA ®), proposée dans les années 60 mais rapidement abandonnée dans cette indication, du fait d'effets indésirables graves (thromboses veineuses, insuffisance surrénale, diabète) ;
- Acétate de cyprotérone dont l'effet est double, antigonadotrope et antiandrogène.

Les agonistes de la GnRH de synthèse, induisent une inhibition réversible de la sécrétion gonadique de testostérone, par un effet de désensibilisation gonadotrope à l'action de la GnRH endogène :

- Triptoréline (DECAPEPTYL ®) ;
- Triptoréline embonate (SALVACYL ® à libération prolongée).

Les antagonistes de la GnRH :

- Orgalutran ;
- Cetrotide.

Les anti-androgènes, qui agissent en entrant en compétition avec la testostérone pour les récepteurs nucléaires :

- L'acétate de cyprotérone (ANDROCUR ®).

En France, deux molécules ont reçu l'AMM dans l'indication de diminution des pulsions sexuelles, l'acétate de cyprotérone (ANDROCUR ®) en 2005 et l'arbonate de triptoréline (SALVACYL LP ®) en 2007.

L'acétate de cyprotérone (ANDROCUR ®)

Contre-indications : les affections hépatiques graves, la tuberculose, les maladies cachexiantes (hors cancer de la prostate), le diabète sévère (type 1 ou 2), les antécédents d'accidents thromboemboliques, une dépression chronique sévère, la drépanocytose, une croissance évolutive, l'hyper-sensibilité à l'acétate de cyprotérone.

Effets secondaires : inhibition de la spermatogénèse (habituellement réversible), gynécomastie, prise de poids, impuissance, dyspnée, céphalées, symptômes dépressifs, bouffées de chaleur, hypogonadisme.

Schéma thérapeutique : L'acétate de cyprotérone s'observe quotidiennement, par voie orale. La posologie varie de 50 à 200 mg en une ou deux prises.

Bilan biologique :

- Initial : dosages hormonaux sanguins (testostérone, LH, FSH, prolactine), hémogramme, fonctions rénales et hépatiques, électrocardiogramme, glycémie, poids et pression artérielle.

- De suivi : testostéronémie, hémogramme, fonctions rénale et hépatiques (mensuelles pendant 4 mois, puis tous les 6 mois) ; LH, FSH, glycémie, calcémie, phosphatémie et pression artérielle (tous les 6 mois) ; densitométrie osseuse en cas de suspicion d'ostéoporose.

L'embonate de triptoréline (SALVACYL LP ®)

Contre-indications : ostéoporose grave, hyper-sensibilité connue à la triptoréline.

Effets secondaires : ostéoporose, gynécomastie, embolies pulmonaires, thromboses, infarctus du myocarde, arythmie, nausées-vomissements, bouffées de chaleur, hypogonadisme.

Schéma thérapeutique : L'embonate de triptoréline est un produit à libération prolongée, actif pendant douze semaines. Il est administré par voie intramusculaire tous les trimestres (une ampoule de 11, 25mg).

Deux semaines avant la première injection, il est nécessaire de prescrire de l'acétate de cytopérone pour une durée d'un mois afin d'éviter un effet « flare up ».

Bilan biologique :

- Initial : dosages hormonaux sanguins (testostérone, LH, FSH), hémogramme, fonctions rénales et hépatiques, ostéodensitométrie, électrocardiogramme, dosage PSA ;
- De suivi : dosage testostéronémie et hémogramme (mensuel pendant 4 mois puis tous les 6 mois) ; LH sérique et fonction rénale (tous les 6 mois) ; ostéodensitométrie (tous les ans).

Les manifestations rapportées par les patients en ce qui concerne l'excitation et l'appétit sexuels sont : une diminution de l'excitation sexuelle (en fréquence et en intensité), une diminution de l'érection, une réduction de l'activité sexuelle et de l'intérêt porté à celle-ci. Certains patients rapportent une diminution des fantasmes sexuelles déviantes (pédophiles pour ce qui nous intéresse ici), sans que l'on puisse légitimer une action spécifique pour autant. Plusieurs études (Cooper et al., 1992 ; Thibault et al., 1993) ont fait état de l'efficacité des traitements anti-hormonaux, montrant une diminution des fantasmes et comportements sexuels pédophiles (comparatives contre placebo ou d'autres molécules en ce qui concerne l'acétate de cyprotérone, seulement observationnelles pour l'embonate de triptoréline). Le traitement reste symptomatique et la réapparition des fantasmes pédophiles est signalée à l'arrêt de ces mêmes études. Une étude pilote (Moulier et al., 2011) a permis de suggérer un effet direct d'un traitement hormonal, par agoniste de GnRH (leuproreline), sur les patterns d'activation neurologique du désir sexuel. Ainsi un sujet pédophile présentait, à l'exposition à des images d'enfants, une suractivation des régions cérébrales connues pour être le support des

réponses perceptives, motivationnelles et affectives d'un stimulus sexuel par rapport à un sujet témoin. Cette différence s'est annulée après traitement.

2- Les traitements psychotropes

L'utilisation de psychotropes dans le traitement de la pédophilie, repose sur l'hypothèse que celle-ci découle d'un dysfonctionnement du système nerveux central. Une dérégulation sérotoninergique au niveau synaptique, provoque une augmentation de dopamine qui aurait une répercussion potentielle sur le comportement sexuel. L'association fréquente, entre pédophilie et une symptomatologie anxio-dépressive et/ou obsessionnelle-compulsive, justifie la prescription empirique de traitements psychotropes tels que les antidépresseurs, les anxiolytiques voire le lithium, au premier rang desquels, les antidépresseurs sérotoninergiques.

Les antidépresseurs sérotoninergiques

L'imipramine a été le premier antidépresseur (tricyclique) utilisé chez un patient présentant des compulsions sexuelles. La clomipramine a été utilisée par la suite, sur le fondement de la comparaison fréquente entre les paraphilies et les troubles obsessionnels compulsifs (Bradford, 1999). L'usage d'antidépresseurs tricycliques, a été par la suite, limité en raison des importants effets secondaires générés ainsi que du fait de l'avènement des antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

Il n'y a pas de modélisation aboutie de l'action des antidépresseurs sérotoninergiques sur un trouble pédophilie. Plusieurs pistes sont évoquées :

- la diminution de l'impulsivité et des conduites compulsives qui seraient alors en lien avec les fantasmes et comportements sexuels pédophiles ;
- l'action sur les comorbidités phobique, anxieuse et dépressive fréquentes chez ces patients ;
- les effets secondaires à type de dysfonction sexuelle (dysfonctions érectiles et troubles de l'éjaculation).

Différentes études ont mis en avant l'impact de ces traitements sur certaines dimensions de la sexualité, comme la baisse des fantasmes sexuelles ou des compulsions liées à la sexualité pédophile, ainsi que sur la réduction des comportements sexuels masturbatoires, associés à une fantasmagorie pédophile (Adi et al., 2002 ; Delavenne et al., 2012). Les résultats de ces études restent à ce jour

discutés, en raison de biais méthodologiques, comme notamment l'hétérogénéité des échantillons et des critères d'évaluation, mais aussi en raison de périodes brèves de suivi.

Si leur utilisation figure largement dans les recommandations des bonnes pratiques de l'HAS depuis 2009, il est à signaler qu'ils ne disposent pas d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication et restent ainsi non remboursés par la Sécurité sociale. Les posologies préconisées sont similaires à celles utilisées dans les troubles obsessionnels compulsifs (jusqu'à 60 mg de paroxétine ou 200 mg de sertraline). Il n'y a pas de durée de traitement préconisée à ce jour, le clinicien devant s'appuyer sur son évaluation avec le patient de la balance bénéfice-riskue. La compliance et l'observance semblent meilleures qu'avec les traitements anti-hormonaux (bien qu'on puisse moins en attester qu'en cas de traitement injectable) et leur action sur la réduction du comportement sexuel, est plus spécifique des comportements déviant que les traitements anti-hormonaux (Garcia, 2013). Les précautions d'emplois restent les mêmes que pour les prescriptions dans d'autres indications : virage de l'humeur, levée d'inhibition, risque suicidaire, tolérance cardiaque, hépatique et rénale. Les seules contre-indications sont l'hypersensibilité et l'association aux antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO).

II – ORGANISATION DES SOINS EN FRANCE

Au moment de l'élaboration et des discussions autour de la loi du 17 juin 1998, les résistances du milieu médical français étaient grandes. De nombreux psychiatres français s'opposaient au déploiement d'une réponse sanitaire, inspirée d'un modèle nord-américain, à l'interface santé-justice. Ils craignaient ainsi une confusion des rôles, une perte de leur autonomie professionnelle ainsi qu'un risque de dérive utilitaire du soin, à l'initiative de l'intéressé ou de la justice. Dans le même esprit, des réticences étaient manifestées à l'égard de la spécialisation des soins dispensés aux auteurs de violences sexuelles.

A) Prise en charge thérapeutique des auteurs de violence sexuelles sur mineurs judiciairisées

1- Prise en charge en milieu carcéral

En détention, la prise en charge des auteurs de violences sexuelles repose sur une demande de soins « spontanée ». A son entrée en détention, la personne qui vient d'être écrouée rencontre l'équipe soignante de l'établissement pénitentiaire (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires), qui lui présente l'offre de soins, notamment psychiatrique, disponible. Les détenus sont ainsi libres d'entamer une prise en charge. Les soins psychiatriques proposés relèvent des services médico-psychologiques

régionaux (SMPR), créés en 1986, qui assurent des consultations pluridisciplinaires et des prises en charge de groupe. Lorsque les établissements pénitentiaires ne sont pas dotés de SMPR, des psychiatres sont, lorsque c'est possible, intégrés aux UCSA. Certains SMPR étaient aussi dotés de « cellules d'hospitalisation », mais la loi de programmation et d'orientation de la justice de 2002 (Loi Perben) est venue compléter le dispositif, avec la création des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA). Les UHSA permettent d'hospitaliser des personnes placées sous main de justice nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète. Les SMPR sont chargés d'organiser la continuité des soins et ainsi le relais avec les centres médico-psychologique (CMP) de secteur. Mais dans les faits, les praticiens intervenants en milieu pénitentiaire se heurtent souvent à la réticence des secteurs psychiatriques, pour reprendre les suivis ambulatoires de la population pénale. Ainsi pour palier cette difficulté, certains SMPR ont développé une consultation ambulatoire « post-pénales ».

La loi de 1998 introduit un dispositif d' « incitation au soin », renouvelé tous les six mois par juge d'application des peines (JAP), pour les personnes ayant été condamnées pour une infraction à caractère sexuel, à une mesure de suivi socio-judiciaire. Les intéressés, peuvent alors rendre compte au juge de leur volonté de se prendre en charge, en lui remettant des attestations de suivi délivrées, en main propres, par les praticiens. Par ailleurs, l'expertise psychiatrique préalable à tout aménagement de peine et permission de sortie pour l'ensemble des auteurs d'infractions à caractère sexuel (soumis ou non à un suivi socio-judiciaire), participe indirectement au principe d'incitation aux soins.

2- Prise en charge en milieu ouvert

En milieu ouvert, la prise en charge thérapeutique est fondée sur une triple intervention, judiciaire, socio-éducative et sanitaire. Elle peut se faire selon des modalités variées comme par exemple le sursis avec mise à l'épreuve (SME) et obligation de soins, ou encore le suivi socio-judiciaire (SSJ) avec injonction de soins. Dans les différents cas de figure, plusieurs acteurs interviennent, de façon plus ou moins importante, selon le type de mesure :

- Le JAP en tant que garant de l'accomplissement de la décision de justice ;
- Le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) en tant que garant « social » de l'accompagnement de la mesure ;
- Le professionnel de santé, en tant que garant de l'application concrète de la mesure.

Les soins pénalement ordonnés, commencent à la libération, s'il y a eu condamnation à une peine de prison, dès le prononcé autrement. Ils peuvent prendre la forme d'obligation ou d'injonction de soins.

L'obligation de soins

L'obligation de soins est une mesure générale, non spécifique de la délinquance sexuelle, elle existe également en pré-sentenciel. Elle peut être prononcée sans expertise médicale préalable et les relations entre les autorités judiciaires et le champ sanitaire ne sont pas définies par la loi. Le condamné doit justifier de l'effectivité de ces soins auprès du CPIP, qui lui-même en fait rapport au JAP. Cette justification se fait sous la forme d'une attestation de suivi, remise par le praticien à l'intéressé. Le JAP ne peut obtenir l'évaluation de l'évolution du condamné, que par l'intermédiaire d'une expertise psychiatrique.

L'injonction de soins

L'injonction de soins est une mesure initialement attachée à la peine de SSJ, peine spécifique à certaines infractions, dont les agressions sexuelles. Le SSJ peut être prononcé par la juridiction de jugement (tribunal correctionnel, cour d'assises) lors de la condamnation, ou par le JAP au moment de la libération. Les relations entre les autorités judiciaires et les professionnels du soin sont organisées par la loi et placent un médecin coordonnateur, en interface entre le JAP et le thérapeute traitant.

Le médecin coordonnateur est un psychiatre, ou un médecin, ayant suivi une formation appropriée, il est inscrit sur une liste auprès du parquet et est désigné par le JAP. En plus de ce rôle d'interface, le médecin a une fonction d'évaluateur de l'évolution longitudinale du sujet. Il examine régulièrement le sujet et dresse un rapport annuel au JAP. Il ne dispose que des expertises, des éléments du dossier pénal, ainsi que des informations cliniques de ses propres examens. Il n'est ainsi pas en situation de secret partagé avec le thérapeute traitant. Il valide le choix du thérapeute traitant et peut, si nécessaire, le guider dans son accès aux soins. En cas de désaccord avec le patient sur le choix de ce thérapeute, c'est le JAP qui le désignera, après consultation du médecin coordonnateur. Il peut conseiller le thérapeute traitant et lui transmettre des pièces du dossier et des expertises.

3 - Principes éthiques et déontologiques de la prise en charge

Consentement aux soins

Le consentement des patients aux soins proposés est le premier principe d'une prise en charge thérapeutique. Ce consentement ne peut être recueilli qu'après une information « loyale claire et appropriée ». Dans le cadre des soins pénalement ordonnés le législateur n'a pas prévu de disposition

particulière sur ce point et le JAP doit recueillir l'acceptation du principe de l'injonction de soins auprès du condamné. Toutefois, le contexte contraignant, où le condamné risque une nouvelle privation de liberté en cas de non-respect du suivi, décale quelque peu ce principe de consentement (Article R.4127-35 du Code de la santé publique).

Libre choix du thérapeute traitant

D'après le Code de la santé publique : « Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin et lui faciliter l'exercice de ce droit ». Mais les dispositions légales, entourant l'injonction de soins prévoient, comme vu précédemment, une dérogation à ce principe. En effet la loi précise que le libre choix est encadré par le médecin coordonnateur et qu'en cas de désaccord, c'est le JAP qui tranche (Article R. 4127-6 du Code de la santé publique).

Le secret médical

Déjà présent dans le serment d'Hippocrate, le secret médical est un principe fondamental, garant de la relation médecin-malade. Il concerne ainsi « tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ». Il est strictement encadré par la loi et il est absolu. Il se veut étanche vis-à-vis de la justice et s'applique avec la même vigueur dans les lieux de privation de liberté. En milieu ouvert, il est soumis à des dérogations spécifiques dans le cadre de l'injonction de soins (Article R.4127-4 du Code de la santé publique).

Situation au cours de l'IS	Au médecin coordonnateur	Au JAP	Au SPIP
Difficulté	Oui possible	Non prévu	Non prévu
Interruption	Oui possible	Oui possible	Oui possible
Interruption contre l'avis du thérapeute	Oui obligatoire	Oui obligatoire	Non prévu
Refus contre l'avis du thérapeute traitant	Oui obligatoire	Oui obligatoire	Non prévu

Il est par ailleurs important de rappeler les conditions de levée du secret médical concernant d'éventuelles révélations :

- Le secret absolu est de mise pour protéger les patients (article 226-13 du Code pénal). Il ne peut ou ne doit être levé que dans certains cas de figure, organisés par le Code pénal.

- Le secret peut être levé : En cas de révélation de sévices, d'atteintes ou de mutilations sexuelles infligées à un mineur (article 226-14 du Code pénal).

- Le secret doit être levé : En cas de constat de sévices, d'atteintes ou de mutilations sexuelles infligées à un mineur (article 226-14 du Code pénal) ; ou bien lorsqu'une personne encourt un danger imminent. Le praticien peut, par son action immédiate, et sans risque pour lui-même, empêcher qu'un crime ou qu'un délit contre son intégrité physique ne soit commis (article 223-6 du Code pénal).

En cas de signalement, les deux interlocuteurs sont la Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) et le Procureur de la République.

4 – Un dispositif qui ne fait pas l'unanimité

La crainte de la sanction est parfois le seul rempart contre la récidive, rempart qui peut être tout à fait efficace par ailleurs et qui montre l'intérêt du cadre légal. Dans d'autres cas, il existe une prise de conscience de la problématique, une souffrance identifiée et exprimée, une volonté de changement qui témoigne de l'intérêt du soin. Dans la plupart des cas, on se situe dans une situation intermédiaire, ou oscillante entre ces deux pôles, d'où l'intérêt de la cohabitation de la contrainte et du soin.

L'enjeu des soins a donc un objectif double :

- Objectif sanitaire : soulager la souffrance ;
- Objectif de défense sociale : prévenir la récidive.

Des voix s'élèvent encore aujourd'hui pour contester la pertinence de la mise en place de ce « droit pénal spécial », soulignant l'absence de profil criminologique unique du pédophile et du criminel sexuel à plus large titre. Certains psychiatres, affirment d'ailleurs refuser le rôle que l'institution judiciaire leur assigne. La récidive n'étant pas une maladie, elle ne peut ainsi, à leur sens, pas être l'objet du soin. C'est le cas notamment du Dr Eric Kania. Celui-ci souligne du reste, que la question paradoxale du consentement de l'auteur d'agression sexuelle, à recevoir des soins, relève de « la

caricature renvoyée en rétorsion du non consentement de la victime ». Il suggère ainsi que la liberté de conscience du condamné est à son tour violée par l'institution.

B) Prise en charge des « pédophiles abstinentes » ou des auteurs de violences sexuelles non judiciairisées

La prise en charge de cette population, non judiciairisée, se réalise de fait en ambulatoire mais présente de nombreux écueils. En effet, les personnes souffrant d'un trouble pédophilie se heurtent non seulement à la difficulté d'accepter et d'aborder leur problématique, à la crainte du jugement social, voire d'éventuelles conséquences judiciaires, mais également à la réticence de nombreux professionnels soignants.

Dans l'intention de palier ces difficultés, un projet de prévention de grande envergure, destiné aux personnes sexuellement attirées par les enfants, inconnues des autorités, a vu le jour à Berlin en 2005 sous le nom de *Prevention Project Dunkelfeld*. Créé par la fondation Volkswagen, il est depuis 2008 subventionné par le gouvernement allemand. Leurs slogans comme : « Vous n'êtes pas coupables de votre désir sexuel mais responsable de vos comportements sexuels. Il existe de l'aide ! Ne devenez pas un agresseur ! » ont été développés à travers d'importantes campagnes publicitaires dans divers médias (cf annexes). Fort de son succès, le projet a développé des antennes dans toute l'Allemagne et s'est aujourd'hui rebaptisé *Kein Täter werden* (*don't offend* pour la version anglophone). En 2010, 1134 hommes ont sollicité de l'aide, un diagnostic de paraphilie a été posé pour 499 d'entre eux et 255 ont pu accéder à des soins. Il s'avère par ailleurs, qu'un peu plus de la moitié de ces personnes avait tenté d'accéder aux soins au préalable, sans succès. Les soins prodigués, d'inspiration cognitivo-comportementale, sont dispensés gratuitement et dans le respect de l'anonymat.

Rapidement en Europe, de nombreux projets, inspirés par le projet allemand, ont vu le jour, adaptant cette approche de la problématique à leurs contextes et moyens financiers. On peut citer les associations DISNO en Suisse ou le réseau *Stop it Now* en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une ligne téléphonique destinée aux potentiels auteurs, dans d'autres un accompagnement plus individualisé est proposé.

En France, Sébastien Brochot, (directeur artistique, réalisateur et acteur) président de l'association *Une vie*, s'engage à partir de 2015 dans la lutte contre les abus sexuels commis sur les enfants, en créant *PedoHelp*, un projet d'information et de prévention sur la pédophilie qu'il coordonne avec des intervenants divers (psychiatres, psychologues, sociologues, personnes issues du milieu associatif).

Sur le plan législatif, une volonté européenne s'est dessinée à Lanzarote en 2007, pour encourager le développement de modèles de prévention centrés sur l'auteur tout autant que ceux orientés vers les victimes potentielles. Le conseil de l'Europe a ainsi élaboré une convention sur la protection des enfants, contre l'exploitation et les abus sexuels, qui engage les Etats à développer la prévention et l'accompagnement des potentiels auteurs d'abus sexuels sur mineurs.

Cette nouvelle forme de prévention, se développe ainsi depuis une décennie, venant compléter les dispositifs déjà en place, mais manque encore de moyens au vu de la demande. Le sujet est peu vendeur et il s'avère compliqué de débloquer des fonds pour de telles structures. L'opinion publique reste en effet hostile au développement de ce genre de projets, comme en témoigne en Allemagne l'appel au boycott de Volkswagen, en raison de son implication financière dans le projet *Dunkelfeld*.

C) La spécialisation : création des CRIAVS et des DSAVS

En dépit des réticences initiales, la spécialisation des soins s'est imposée, du fait de la demande d'un développement des compétences et de recherches sur la thématique des violences sexuelles, mais aussi en raison des difficultés, voire les réticences des soignants à appréhender ces problématiques. Dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 et à l'instar du plan autisme, sont créés 5 centres ressources interrégionaux qui seront par la suite développés dans toutes les régions. Ces centres ressources regroupent différents intervenants et professionnels du champ sanitaire (psychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs, psychomotriciens), mais peuvent intégrer d'autres professionnels comme des sociologues, des documentalistes ou des criminologues.

Les missions des CRIAVS :

- Développer la prévention primaire, secondaire et tertiaire ;
- Être un lieu de soutien et de recours pour les praticiens et les équipes de prise en charge de proximité ;
- Être promoteur de réseaux interprofessionnels santé-justice ;
- Assurer les formations des professionnels des différents champs (sanitaire, judiciaire, pénitentiaire) ;
- Mettre à la disposition et faire connaître des professionnels toute la documentation et la littérature sur les auteurs de violence sexuelle ;
- Impulser et diffuser la recherche et l'évaluation des pratiques dans le domaine des auteurs de violences sexuelles.

Par ailleurs les CRIAVS français tendent à coordonner mieux leur action sur le territoire via l'organisation d'une fédération (la fédération française des CRIAVS). Cette dynamique trouve

d'autant plus de sens en ce qui concerne le développement des soins aux pédophiles abstinentes. A ce jour, tous les CRIAVS ne proposent pas de soutien téléphonique auprès de cette population de potentiels agresseurs. Un réseau d'écoute et d'orientation attaché à un numéro vert national est à ce jour en voie d'élaboration (cf carte en annexe).

Sous l'impulsion du plan d'action stratégique interministériel 2010-2014, sont créés des dispositifs de soins aux auteurs de violences sexuelles (DSAVS) qui proposent des espaces de soins spécialisés au sein de centres de détention.

C) Indication des soins

La conférence de consensus de novembre 2001, en matière de violences sexuelles, stipule qu'il ne peut y avoir d'indication de soins s'il y a déni des faits. Ce point est néanmoins particulièrement discuté et en pratique on étend le déni des faits à celui de toute problématique.

Recommandations de l'HAS de 2009, concernant la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de quinze ans

Ces recommandations de bonnes pratiques sont les premières en matière de prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Elles marquent très bien l'ambiguïté difficilement levée, entre prise en charge sanitaire et judiciaire à travers leur intitulé, qui renvoie inévitablement à des considérations judiciaires ; ce malgré le rappel que « la catégorisation pénale ne recouvre ni la clinique psychiatrique, ni la psychopathologie ». De fait, elles s'adressent difficilement aux personnes souffrant de pédophilie ou d'un trouble pédophilie (pour reprendre la dénomination DSM V), n'ayant pas mis en acte leur attirance pédophile ; bien qu'elles précisent sous l'intitulé « population concernée », que celle-ci « peut comprendre des personnes qui ne font pas l'objet d'une procédure judiciaire », remarquant que cela « rend difficile la dénomination même de cette population ».

Les recommandations de la HAS décrivent les modalités de prise en charge ambulatoire, ne relevant pas d'indication d'hospitalisation, sauf situation particulière (comorbidité psychiatrique).

Elles rappellent que la psychothérapie, quelle que soit sa modalité (psychodynamique, cognitivo-comportementale, systémique,...), est une composante incontournable de la prise en charge thérapeutique et n'exclut pas l'association à un traitement pharmacologique.

Le type de prise en charge doit tenir compte des capacités psychologiques, du niveau de verbalisation et de motivation du sujet. Ces différentes démarches peuvent s'associer ou se succéder en fonction des besoins et de l'évolution du sujet. Elles peuvent se réaliser en individuel, en groupe, ou alterner les deux modalités. De façon générale, les psychothérapies individuelles sont particulièrement indiquées lorsqu'il existe une motivation du sujet, des capacités d'auto-analyse, de symbolisation et d'insight. Les psychothérapies de groupe facilitent l'expression et apportent un étayage qui participent à l'amélioration des capacités d'introspection et de verbalisation. L'HAS rappelle que si les thérapies d'inspiration psychodynamique sont les plus fréquemment proposées en France et qu'elles offrent une compréhension et un abord intéressants, le manque d'études rend difficile l'affirmation de leur efficacité. Elle signale par ailleurs, que les données de la littérature sur l'efficacité des démarches psychothérapeutiques, concernent essentiellement les psychothérapies de d'inspiration cognitivo-comportementale.

Indication du traitement pharmacologique :

Les traitements pharmacologiques ne sont pas utilisés en première intention et les traitements anti-hormonaux sont réservés aux cas les plus sévères.

- dans le cadre d'un trouble psychiatrique comorbide avéré :

Une attirance pédophile peut être comorbide d'un trouble psychiatrique, ou peut être intégrée aux manifestations symptomatologiques (désinhibition-hypersexualisation, auto-accusation délirante, phobie d'impulsion) de celui-ci. Ainsi, il convient de rester prudent quant au diagnostic de pédophilie, ou de trouble pédophile, chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique, et ce d'autant, concernant la question de l'instauration d'un traitement antihormonal. Chez les patients souffrant d'un trouble psychotique chronique, qui présentent également une attirance pédophile, il apparaît préconisé d'optimiser, sinon de majorer le traitement antipsychotique. Un traitement antihormonal ne s'envisagera qu'en deuxième ligne et avec d'importantes précautions, celui-ci pouvant notamment majorer la symptomatologie psychotique. De la même façon, chez les patients souffrant d'un trouble de l'humeur bipolaire, l'optimisation du traitement thymorégulateur, reste l'option à privilégier avant d'envisager un traitement antihormonal.

L'efficacité des antidépresseurs de type inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine dans le contrôle des paraphilies, est fortement suggérée, ce d'autant lorsqu'il existe un trouble obsessionnel compulsif, un trouble du contrôle des impulsions ou une symptomatologie dépressive associée.

- dans le cas d'un trouble pédophilie seul :

Les recommandations de bonnes pratiques, nous invitent à insister sur la nécessité d'un consentement libre et éclairé du patient et sur l'association à une psychothérapie adaptée aux besoins du sujet. D'après les données de la littérature, le traitement antihormonal s'adresse préférentiellement :

- Aux sujets présentant une fantasmagie envahissante ;
- Aux sujets manifestant des difficultés dans le contrôle de leurs pulsions : immatures, déficients intellectuels ou atteints d'un dysfonctionnement cérébral ;
- Aux sujets à risque majoré de récurrence : multirécidivistes, antécédent d'échec thérapeutique, orientation homosexuelle ;
- Aux sujets présentant des freins à la psychothérapie seule (dénier, dénégation, défaut d'empathie).

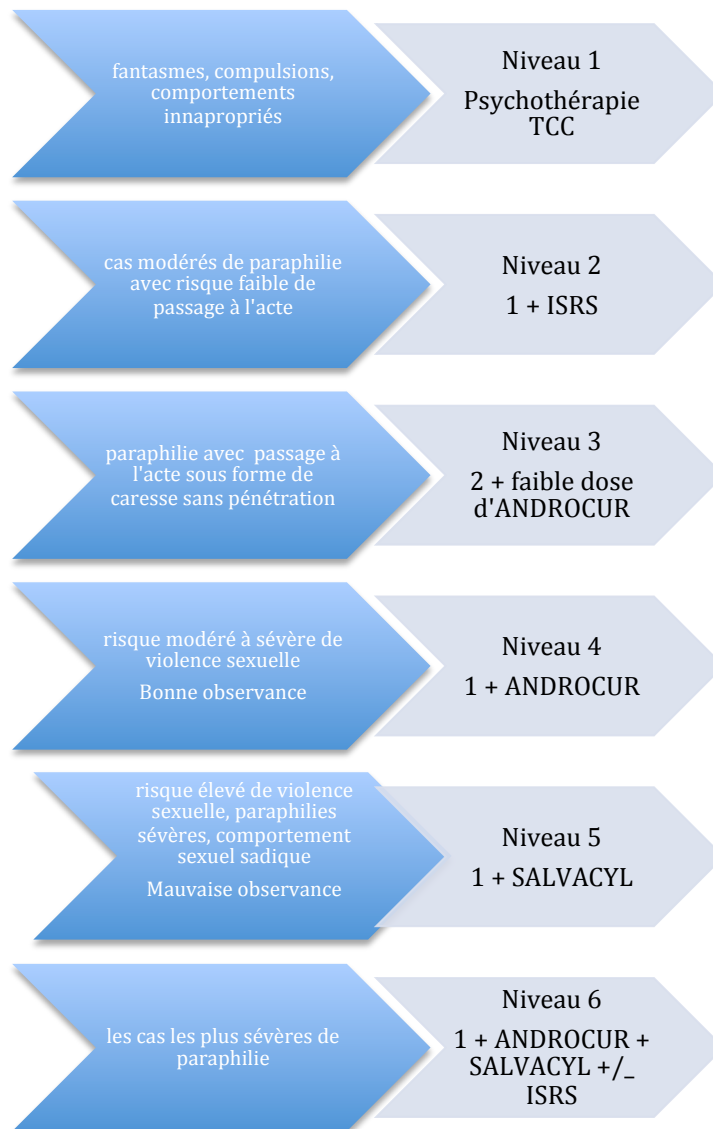
Plusieurs auteurs mettent en garde contre des conditions où la prescription d'un traitement hormonal s'avère difficile, ou peu opportune comme :

- les consommations de toxiques ;
- le sujet pédophile est amoureux de l'enfant qu'il convoite sexuellement ;
- l'agressivité est prépondérante ;
- le sujet présente une personnalité dyssociale ou est psychotique ;
- le sujet est incarcéré ou demande le traitement, qu'en raison d'une pression extérieure ;
- le sujet se situe dans une dénégation massive (point qui fait largement débat comme vu précédemment : indications d'un traitement).

En ce qui concerne les antidépresseurs sérotoninergiques, nous retiendrons trois cadres d'indication :

- les troubles pédophilie à faible dangerosité criminologique, de préférence sans antécédent de passage à l'acte physique, avec une forte composante compulsive et/ou un état de souffrance psychologique manifeste ;
- les sujets présentant des contre-indications aux traitements antihormonaux de par leurs antécédents médicaux ou de par leur âge (mineurs et personnes âgées) ;
- les sujets refusant un traitement antihormonal.

Algorithme de prise en charge proposé par l'HAS



CONCLUSION

L'importance accordée aux soins depuis la fin des années 90 montre que la vision pathologique l'emporte sur les précédentes, notamment sur celle résolument politique des années 70. Il semble bien, au-delà des considérations morales et sociologiques du normal et du pathologique, et en dépit de zones d'ombres, concernant son étiologie et son développement, que la pédophilie relève bien d'un trouble mental, ou tout du moins d'un regroupement de comorbidités, qui nécessitent d'être prises en charge.

Mais malgré tout ce qu'elle doit à la psychiatrie, la physionomie du pédophile reste traitée au pénal et demeure par essence, associée à l'idée de faute. La psychiatrie, peine à éviter la confusion et les amalgames, entre son champ d'action et celui de la justice. L'évolution taxinomique proposée par le DSM V, symbolise d'ailleurs parfaitement cette volonté confuse.

Ainsi, le phénotype du pédophile amène irrémédiablement deux entités à cohabiter : le pédocriminel, qui relève du système judiciaire et l'homme souffrant d'un trouble pédophilie, qui relève du système de soins. Si les deux entités peuvent se confondre, ce n'est vraisemblablement pas le cas pour tous. Ce postulat, pourtant formulé dès le XIXe siècle par Richard von Kraft Ebing, a du mal à faire son chemin. Le regard de la société et du politique, animé par un mouvement de défense sociale, amène perpétuellement la tentation de « traiter » le risque de récurrence du premier et de surveiller le second, comme un potentiel criminel.

S'il existe une littérature scientifique fournie sur les auteurs d'actes pédocriminels, leur anamnèse, les comorbidités, on retrouve en revanche que peu de données quant au développement de la pédophilie chez les sujets abstinents.

Par ailleurs, la construction de la préférence sexuelle, quelle qu'elle soit, demeure « énigmatique », de par sa complexité et la conjonction de facteurs mobilisés. Outre les facteurs individuels non contestables, il ne faudrait cependant pas omettre les facteurs sociétaux, dans l'érotisation de l'enfant (problématique de l'hypersexualisation).

Le développement du soin pour des individus souffrant d'un trouble pédophilie, ne s'étant pas rendu coupables d'un passage à l'acte, s'impose comme un enjeu capital à développer pour l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ABEL G.G., BECKER J.V., CUNNINGHAM-RATHNER J., Complication, consent, and cognitions in sex between childrens and adults. Internal. *Journal of Law and Psychiatry*, (1984) ; 7 pp 89-103
- 2 - ABEL G.G., GORE D.K., HOLLAND C.L., CAMP N., BECKER J.V., RATHNER J., The measurement of the cognitive distorsions of child molesters. *Annals of Sex Research*, (1989) ; 2 : pp 135-15
- 3 - ADI Y., ASHCROFT D., BROWNE K., BEECH A., FRY-SMITH A., HYDE C. Clinical effectiveness and cost-consequences of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of sex offenders. *Health Technology Assessment* (2002) ; 6 (28) pp 1-66
- 4 - AICHORN A. (1925). *Verwahrloste Jugend*. Vienne : *Internationaler psychoanalysher Verlag*. (Wayward youth, trad. Angl. BRYANT E., DEMING J., O'NEIL M., MHOR G.J., ROSS H., et THUN H. U.S.A : Viking Press, (1935).
- 5 - ANCIBURE F., GALAN-ANCIBURE M., *La pédophilie, comprendre pour réagir*, Editions Dunod, Paris, (2008).
- 6 - AMBROISE RENDU A.C., *Histoire de la pédophilie*, Fayard, (2014).
- 7 - AMBROISE RENDU A.C., « un siècle de pédophilie dans la presse (1880-2000) : accusation, plaidoirie, condamnation », *Le temps des médias* n°1, (2003)
- 8 - AMBROISE-RENDU A.C., La pédophilie entre les lignes, *La Revue-Médias* numéro 8, mars (2006)
- 9 - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5*, (2013) pp 824-826
- 10 - AUBURTIN F., *Le régime abject*, Paris, La Renaissance moderne, (1928).
- 11 - AUBUSSON DE CAVARLY B., *Les lourdes peines dans la longue durée, Comment sanctionner le crime ?* Toulouse, Erès « Trajets », (2002), pp 51-60

12 - BALIER C., *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, le fil rouge, Presses universitaires de France, (1996).

13 - BALIER C., Psychopathologie des agresseurs sexuels selon un modèle psychanalytique. In A. CIAVALDINI et C.BALIER (Eds), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Masson. Paris (2000).

14 - BALIER C., BOUCHET-KERVELLA D., *Etude psychanalytique des auteurs de délits sexuels*. EMC (Eselvier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-510-A-40, (2008).

15 - BANCROFT J.H., et WU F.C., Changes in erectile responsiveness during androgene replacement therapy. *Archives of sexual behavior*, (1938) ;12, pp 59-66.

16 - BANDURA A., Self efficacy : toward an unifying theory of behavior change. *Psychological review*, (1977), 84 ; pp 191-215

17- BARATTA A., WEINER L., DI SANTI C., HALLEGUEN O., « Pédophilie et anomalies neurobiologiques. Etat des connaissances en 2009. Revue de la littérature », *Journal de médecine légale, droit médical, victimologie, dommage corporel*, (2009) n° 1-1, vol. 52, janvier-mars, pp 59-64

18 - BARATTA A., MILOLESCU G.A., Apports des mesures objectives dans l'évaluation du risque de violence sexuelle, *Annales Médico-psychologiques*,(2013) 171 ; pp 449-451

19 - BECK A.T., Thinking and depression : idiosyncratic content and cognitive distorsions. *Archive General Psychiatry* (1963) p 324

20 - BEIER K.M., AMELUNG T., KUHLE L., GRUNDMANN D., SCHERNER G., NEUTZE J., Hebephilia as a sexual disorder. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, (2015) Feb ; 83(2) pp 1-9

21 - BEIER K.M., GRUNDMANN D., KUHLE L.F., SCHERNER G., KONRAD A., AMELUNG T. The German Dunkelfeld Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *Journal of Sexual Medicine* (2015) ; 12 pp 529–542.

- 22 - BLANCHARD R., LYKINS A.D., WHERRETT D., KUBAN M.E., CANTOR J.M., BLAK T, et al. Pedophilia, hebephilia and the DSM-V. *Archive of Sex Behavior*. (2009) juin ; 38 (3) : pp 335-350.
- 23 - BLUMENTHAL S., GUDJONSONN G.H., BURNS J. Cognitive distortions and blame attribution in sex offenders against adultes and childrens. *Child Abuse and Neglect* (1999) ; 23 (2) pp 129 -143
- 24 - BRADFORD J.M. The paraphilias, obsessive compulsive spectrum disorder, and the treatment of sexually deviant behavior. *Psychiatric Q* 70 (3) (1999) pp 209-219
- 25 - BRADFORD J. M.W., PAWLAK M. A. Double-blind placebo crossover study of cyproterone acetate in the treatment of paraphilias. *Archives of sexual behavior*, (1993) 22, pp 383-401
- 26 - BRAUN C.M., DUMONT M., DUVAL J., et al Opposed left and right brain hemisphere contributions to sexual drive : a multiple lésion case analysis. *Behavior Neurology* (2003) ; 14 (1-2) pp 55-61
- 27 - BROWNMILLER S., *Le viol*, Stock, (1976).
- 28 - BRUCKNER P., FINKIELKRAUT A., *Le nouveau désordre amoureux*, Seuil, (1977), p 266.
- 29 - BUMBY K. M. Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists : developement and validation of the Molest and Rape Scales. *Sex Abuse* (1996) ; 8 pp 37-54
- 30 - BURNS J.M., SWERDLOW R.H. Right orbitofrontal tumor with pédophilic symptom and constructional apraxia sign. *Archive of Neurology* (2003) ; 60 (3) pp 437-440
- 31 - CABALLERO F., *Droit du sexe*, Lextenso éditions, (2010).
- 32 - CANO J.P. Les centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles : les CRIAVS, *Psychiatrie légale et criminologie clinique*, Eselvier Masson, (2013)
- 33 - CANTOR, J.M. BLANCHARD R., CHRISTENSEN, B. et al. Intelligence, memory and handedness in pedophilia. *Neuropsychology*, (2004), 18 pp 3-14

- 34 - CANTOR J.M., KABANI N., CHRISTENSEN B.K., et al, Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men. *Journal of Psychiatric Reseach*, (2008) ; 42 (3) pp 167-183
- 35 - CASTANET H. *La perversion*. Paris : Anthropos (1999).
- 36 - CHALANDON S., « Libé » en écho d'un vertige commun, *Libération* 23 février 2001.
- 37 - CHASSEGUET-SMIRGEL J., Introduction à la discussion du rapport de Massimo Tomassini, *Revue française de psychanalyse*, LVI, 1615-1628, (1992).
- 38 - CIAVALDINI A. (2000). Prise en charge thérapeutique du pédophile en milieu ouvert. In A. CIAVALDINI et C.BALIER (Eds.), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris : Masson ; pp.149-164
- 39 - COCHEZ F., CANO J.P., BENSILUM I., place des traitements médicamenteux dans la prise en charge des auteurs de violence sexuelle. DUNOD, (2016) pp 286-297
- 40 - COHEN L.J., WATRAS GANS S., MC GEOCH P.G., POZNANSKY O., ITSKOVITCH Y., MURPHY S., KLEIN E., CULLEN K., GALYNKER I.I. Impulsive personality traits in male pedophiles versus healthy controls : Is pedophilia an impulsive-aggressive disorder ?, *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 43, No. 2, (2002) pp 127-134
- 41 - COOPER A. J., CERNOVSKY Z., MAGNUS R. V. (1992). The long-term use of cyproterone acetate in pedophilia. *Journal of sex and marital therapy*, 18, pp 292-302
- 42 - COOPER A. J., SANDHU M. B., CERNOVSKY Z. et LOSZTYN S. A double-blind placebo controlled trial of medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate with seven pedophiles. *Canadian journal of psychiatry*, (1992) ;37, pp 687-693.
- 43 - CORDIER B. Traitements physiques des abuseurs sexuels. *Colloque international « Abuseurs sexuels : quelles approches possibles ? »*, 25-26 avril, Liège (1997)
- 44 - CORDIER B. Soins aux délinquants sexuels. *L'information psychiatrique*, n°5 (1998) pp 455-460
- 45 - CORNET J.P., GIOVANNANGELI D., MORMONT C., *Les délinquants sexuels, théorie, évaluation et traitement*, Éditions Frisson-Roche, (2003).

- 46 - DANSEL M., *Le Sergent Bertrand : portrait d'un nécrophile heureux*. Albin Michel (1991).
- 47 - DAVID C., « Coral un scandale peut en cacher un autre » (archive), *Le Nouvel Observateur*, 30 octobre (1982).
- 48 - DE CHABALIER F., Evaluation de la commorbidité psychiatrique chez 72 hommes détenus en maison d'arrêt pour agression sexuelle, *Annales médico-psychologiques* (2009).
- 49 - DEFERT L., *L'enfant et l'adolescent dans la société moderne*, Paris, Mongredien, (1897).
- 50 - DELAVENNE H., GARCIA F.D., LAMY S., THIBAUT F. Quelle prise en charge thérapeutique pour les patients paraphiles auteurs de violence sexuelle, *Psychiatrie Sciences humaines Neurosciences*, (2014) vol 12 ; pp 15-29
- 51 - DELAVENNE, H., GARCIA, F.D., THIBAUT, F. (2012). Do antidepressant treatments influence self-harm and aggressive behaviors ? *Presse Med* 42 pp 968-976
- 52 - DE SUTTER, P. Hypersexualité et paraphilies, *Sexualité, couple et TCC* (2011) Elsevier Masson
- 53 - DOR, J. *Structure et perversions*. Denoël : Paris (1987).
- 54 - DUBOIS C., DELOIRE C., *Sexus Politicus*, Albin Michel, (2006).
- 55 - DUGUE J. « Jacques DUGUE s'explique », *Libération* 21 et 22 janvier 1979.
- 56 - DUPRE E. *La Mythomanie. Etude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbide*, Paris, J. Gainche, (1904), p 3
- 57 - DUPRE E. « le témoignage. Etude psychologique et médicolégale », *Revue des deux mondes*, janvier 1910, pp 343-370
- 58 - DUPRE E. *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, Payot, Paris (1925).
- 59 - DUVERT T. *L'Enfant au masculin*, éditions de minuit, 1980, p106, p159
- 60 - DUVERT T. « Non à l'enfant poupée », propos recueillis par Guy Hocquenghem et Marc Voline, *Libération*, 10 avril 1979

- 61 - FERENCZI S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion. *Psychanalyse IV, Œuvres complètes 1927-1933*
- 62 - FINKELHOR, D. Child sexual abuse : new theory and research. New York : free press (1984).
- 63 - FLACELIERE, R. La pédérastie dans la Grèce antique. In: *Revue des Études Grecques*, tome 93, fascicule, Juillet-décembre (1980). pp 498-503
- 64 - FLOR-HENRY P., LANG R.A., KOLES Z.J., et al. Quantitative EEG studios of pedophilia. *Internal Journal of Psychophysiology*, 1991 ; 10 (3) pp 253-258
- 65 - FONTEILLE V., CAZALA F., MOULIER V., STOLERU S. Corrélats cérébraux de la pédophilie : apports de la neurologie et de la neuro-imagerie, *L'Encéphale*. (2012) 38, pp 496-503
- 66 - FOUCAULT M. *Histoire de la sexualité*. (1976) NRF, Gallimard Paris.
- 67 - FOUCAULT M. *Les anormaux*. Cours au collège de France (1974-1975), Gallimard Seuil p 298
- 68 - FREUD S. (1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Gallimard, (1985)
- 69 - FREUD S. (1927). Le fétichisme In *La vie sexuelle*. Paris: P.U.F., (1992)
- 70 - FREUD S. (1938). *Abrégé de psychanalyse*. Paris : P.U.F., (1985)
- 71 - GANNON T.A., Increasing honest responding on cognitive distorsion in child molesters : the bogus pipeline procedure. *Journal Interpersonal Violence* (2006) ; 21 pp 1-18
- 72 - GANNON T.A., POLASHEK D.L.L., Cognitive distorsions in child molesters : a re-examination of key theories and research. *Clin Psychol Rev* (2006) ; 26 pp 1000-1019
- 73 - GARCIA A., « La lente et tardive prise de conscience de la réalité du tourisme sexuel », *Le Monde*, 25 août 2001.
- 74 - GARCIA F.D., DELAVENNE H.G., ASSUMPCAO ADE F., THIBAUT F. Pharmacologic treatment of sex offenders with paraphilic disorder. *Current Psychiatry Reports*. (2013) ; 15 (5) p 356

75 - GARCIA F.D., THIBAUT F. Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. *Drugs* (2011) ; 71 (6) pp 771-790.

76 - GELMA E. Etat mental des petites filles plaignantes dans des affaires d'attentat à la pudeur. *Annales de médecine légale, de criminologie et de police scientifique, 3^e année*, (1923) pp 124-125

77 - GIDE A. *Nourriture terrestre* (1897)

78 - GIDE A. *Immoraliste* (1902)

79 - GIDE A. *Corydon* (1924)

80 - GIDE A. *Si le grain ne meurt* (1926)

81 - GIJS L., GOOREN L. Hormonal and psychopharmacological intervention in the treatment of paraphilias : an update. *The journal of sex research*, (1996) 33, pp 273-290

82 - GRAFEILLE N., GRAFEILLE J.M., *La pédophilie ou les mots d'enfants*, Ellipses p 40-43

83 - GREENSTEIN A., PLYMAT S.R., KATZ G. Visually stimulated erection in castrated men. *The journal of urology*, (1995) 153 pp 650-652.

84 - GRUNDMANN D., KRUPP J., SCHERNER G., AMELUNG T., BEIER K.M. Stability of self-reported arousal to sexual fantasies involving children in a clinical sample of pedophiles and hebephiles, *Archives of sexual behavior*, (2016) july, Vol 45 (5) pp 1153-1162

85 - GUILLAUME P. Politique de la famille et protection de l'enfant. *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »* numero 2 (1999) p165-174

86 - GUILLEBAUD J.C. *La tyrannie du plaisir*, Seuil, (1998).

87 - HAASE-DUBOSC D. *Ravie et enlevée. De l'enlèvement des femmes comme stratégie matrimoniale au XVI siècle*, Albin Michel, (1999).

88 - HALBARDIER E. « Le crime sexuel », thèse, université Paris Sud XI, (2009).

- 89 - HALL R.C., HALL R.C. A profile of pedophilia : definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes and forensic issues. *Mayo Clinic Proceedings* (2007) ; 82 (4) pp 457-471.
- 90 - HARTLEY C.C. How incest offenders overcome internal inhibitions through the use of cognitions and cognitive distortions. *Journal of interpersonnal violence*, (1998). 13, pp 25-39
- 91 - HAUTE AUTORITE DE SANTE. Recommandations de bonnes pratiques : Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de 15 ans (2009).
- 92 - HEIM H. Sexual behavior of castrated sex offenders. *Archives of sexual behavior*. (1981) pp 10-11
- 93 - HOCQUENGHEM G. « D s'explique », *Libération*, 26 janvier 1979
- 94 - HORLEY J. QUINSEY V.L., et JONES B. Incarcerated child molester's perceptions of themselves and others. *Sexual abuse : a journal of research and treatment*. (1997) pp 43-56.
- 95 - HOWELLS K. Some meanings of children for pedophiles. In M.COOK et G.WILSON (Eds.), *Love and attraction* (1978). London : Pergamon pp 57-82
- 96 - JAFFARD C. Relation d'étayage. In A. CIAVALDINI et C. BALIER (Eds), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. (2000) Paris : Masson. pp 87-94
- 97 - KAMIENAK J.P., La construction d'un objet psychopathologique : la perversion sexuelle au XIXe siècle. *Revue française de psychanalyse*. (2003) ; 67(1) p 249.
- 98 - KLEIN, M. (1945). The Oedipus complex in the light of early anxieties. In *Essais de psychanalyse* (1967) Paris : Payot pp 425-429
- 99 - KLÜVER H., BUCY P.D., Preliminary analysis of functions of the temporal lobes in monkeys. *Archives of Neurology and Psychiatry*, (1939) ; 32 (6) pp 573-581
- 100 - KUNH J.M., CORDIER B. Bases neurobiologiques du comportement sexuel : de la théorie à la pratique. *Annales de psychiatrie*. (1989) volume 4 n°4, pp 302-305

101 - KWAN M., GREENLEAF W. J., MANN J., CRAPO L., et DAVIDSON J. M., The nature of androgen action of male sexuality : a combined laboratory-self-report study on hypogonadal men. *Journal of clinical and metabolism* (1983) ; 57 pp 557-562.

102 - LACAN J. *Le séminaire XI : les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* (1973) Paris : Seuil

103 - LASCHET U., LASCHET L. Antiandrogens in the treatment of sexual deviations of men. *Journal of steroid biochemistry*, (1975) ; 6, pp 821-826

104 - LAWS D.R., et MARSHALL W.L. A conditioning theory of the etiology and maintenance of deviant sexual preferences and behavior. In W.L. MARSHALL, D.R. LAWS, et H.E. BARABAREE (Eds.), *Handbook of sexual assault : issues, theories, and treatment of the offender*. (1990) New York : Plenum pp 209-229

105 - LANTERI-LAURA G., *Lecture des perversions : histoire de leur appropriation médicale*, Masson (1979).

106 - LOPEZ G, PIFFAULT- FILLIZOLA G. *Le viol*, Presses Universitaires de France, Que sais-je ? (1996) p14

107 - McDOUGALL, J. Scène primitive et scénario pervers. In *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. (1975) Paris : Galimard pp 35-62

108 - McKIBBEN A. Le déni et y la minimisation chez les agresseurs sexuels. *Forensic* 1999 ; 21 pp 13-15

109 - MALETZKY B.M. *Treating sexual offender*. (1991) London : Sage.

110 - MARSHALL W. L. A combined treatment method for certain sexual deviations, *Behavior research and therapy*. (1971) ; 9 pp 292-294

111 - MARSHALL, W.L. (Invited essay : intimacy, loneliness and sexual offenders. *Behavioral research and therapy*. (1989). ; 27 pp 491-503

112 - MARSHALL W. L., ANDERSON D., et FERNANDEZ Y.M. *Cognitive behavioral treatment of sexual offenders*. (1999). Wiley et sons : Canada.

- 113 - MARSHALL W.L., BARBAREE H.E. An integrated theory of sexual offending. In W. L. MARSHALL, D.R. LAWS et H.E. BARABAREE (Eds.), *Handbook of a sexual assault issues, theories, and treatment of the offender*. (1990) New York : Plenum pp 257-275
- 114 - MARSHAL W.L., MARSHAL L.E., KINGSTON D.A. Are the cognitive distortions of child molesters in need of treatment ? *Journal of Sexual Agression* (2011) ; 17 (2) pp 118-129
- 115 - MARTEL F. *Le rose et le noir : les homosexuels en France depuis 1968*, Seuil, (2000) p 248
- 116 - MARUNA S., MANN R.E., A fundamental attribution error ? Rethinking cognitive distortions. *Legal Criminology Psychology* (2006) ; 11 pp 155-177
- 117 – MARUNA S. *Making good : how ex-convicts reform and rebuild their lives*. (2001) Washington, DC : American Psychological Association.
- 118 - MATTHEWS J.K. Working with female sexual abuse. In : *Female sexual abuse of children : the ultimate taboo*. (1993) Eliott M Essex : Longman
- 119 - MATZNEFF G. *Les moins de 16 ans*, Julliard, réédition de 1994, p 65
- 120 - MATZNEFF G. *Les passions schismatiques*, Paris, Stock, 1977
- 121 - MENDEZ M.F, CHOW T., RINGMAN J, et al. Pedophilia and temporal lobe disturbances. *Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences* (2000) ; 12 (1) pp 71-76
- 122 - MENDEZ M., SHAPIRA S. Pedophilic behavior from brain disease. *Journal of Sexuality Medicine* (2011) ; 8 (4) pp 1092-1100
- 123 - METDEPNNINGEN M. 20 ans après Dutroux, « le récit de l'affaire qui a changé la Belgique », *Le Soir*, 10 août 2016
- 124 - MEYER, W.J., COLE, C.M. Physical and chemical castration of sex offenders : a review. *Journal of offenders rehabilitation*. (1997) 25, pp 11-18
- 125 - MILGROM E., BOUCHARD P., OLIE J.P. La prévention médicale de la récurrence chez les délinquants sexuels. *Rapport de l'académie nationale de médecine* (2010)

- 126 - MOROGE S., PAUL F., MILAN C., PEREZ S., PILARD M. "Éclairages historiques, épidémiologiques et psychopathologiques concernant l'inceste : entre crime et pathologie ?" *Annales Médico-psychologiques*. (2014) ; 172 pp 437-442.
- 127 - MOULIER V., FONTEILLE V., PELEGRINI-ISSAC M. et al. A pilot study of the effects of gonadotropin-releasing hormone agonist therapy on brain activation pattern in a man with pedophilia. *International Journal of Offender Therapy and comparative criminology* (2011) ; 56 pp 50-60.
- 128 - MOULIER V., STOLERU S. A la recherche des bases cérébrales de la pédophilie, *Sexologies* (2007) ; 16 pp 132-137
- 129 - MUSCHANG V., ROULEAU J.-L., BARSETTI I., LAVALLEE K. Ressemblances entre abuseurs intra familiaux et extra familiaux. *Revue Québécoise de Psychologie* (2004) ; 25 pp 259–274.
- 130 - NATHAN P., WARD T. Females who sexually abuse children : assesment and treatment issues. *Psychiatry Psychohy and Law* (2001) ; 8 (1) pp 44-55
- 131 - O CIARDHA C., WARD T. Theories of cognitive distorsions in sexual offending : what the current research tell us. *Trauma Violence and Abuse* (2013) ; 14 (1) pp 5-21
- 132 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Classification internationale des maladies*. Dixième révision (1993) Masson.
- 133 - PITHERS W.D. Relapse prevention with sexual agressors : a method of maintening therapeutic change and enhancing external supervision. In W.L. MARSHALL, D.R. LAWS et H.E. BARBAREE (Eds.), *Handbook of sexual assault : issues, theories, and treatment of the offenders* (1990) New York : Plenum, pp 363-385
- 134 - PITHERS W. D. Process evaluation of a group therapy component designated to enhance sex offenders empathy for sexual abuse survivors. *Behavior research and therapy*, (1994) 32, pp 565-570
- 135 - PLATON. *La République*. (1966) Garnier-Flammarion, Paris.
- 136 - PLATON. *Les lois*. (1976) Les belles lettres, Paris.
- 137 - PIERRAT E. *Le sexe et la loi*, (2015) La Musardine pp 124-136 et 136-141

- 138 - POEPPL T.B., NISCHKE J., DOMBERT B., et al. Functionnal cortical and subcortical abnormalities in pedophilia : à combined study using a choisie reaction time task and fMRI. *Journal of Sexuality Medicine* (2011) ; (6) pp 1660-1674
- 139 - POULIN R. *La mondialisation des industries du sexe* (2005) Imago.
- 140 - PROULX J., MAC KIBBEN A., et LUSIGNAN R. Relationships between affective components and sexual behaviors in sexual aggressors. *Sexual abuse : a journal of research and treatment*, (1996) ; 8 pp 279-290.
- 141 - PROULX J., PERREAULT C., et OUIMET M. Patways in the offending process of extrafamilial sexual child molesters, *Sexual abuse : a journal of research and treatment* , (1999) vol 11 pp 117-129
- 142 - RACAMIER P.C. Entre agonie psychique, déni psychotique et perversion narcissique. *Revue française de Psychanalyse* (1986) (n°5).
- 143 - RAYMOND M. Case of fetishism treated by aversion therapy. *British medical journal*, (1956) ; 2 pp 854-856
- 144 - RAYMOND N.C., COLEMAN E., OHLERKING F., MINER M.H., Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders, *American Journal of Psychiatry*, (1999) ; 156 (5) pp 786-788
- 145 - REDOUTE J., STOLERU S., GREGOIRE M.C., et al. Brain processing of visual sexual stimuli in human males. *Hum Brain Mapp*, (2000) ; 11 (3) pp 162-177
- 146 - ROBERT J. N. *Les plaisirs à Rome* (2005) Belles lettres.
- 147 - ROLLET-ECHALIER C. *La politique à l'égard de la petite enfance sous la Troisième République* (1990) Paris, PUF p 593
- 148 - SALLES J.P. *La ligue communiste révolutionnaire (1968-1981) Instrument du grand soir ou lieu d'apprentissage ?* presses universitaires de Rennes, pp 210-211
- 149 - SARTORIUS A., RUF M., KIEF C. et al. Abnormal amygdala activation profile in pedophilia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosciences* (2008) ; 258 (5) pp 271-277

- 150 - SAVIN B. "Fonctionnement inconscient de la famille incestueuse : la thérapie socio-familiale comme mode possible de prise en charge thérapeutique des familles incestueuses". *Communication au deuxième Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle* (2003) Bruxelles.
- 151 - SCHERER G., McKIBBEN A., GERARD N., COTE G. L'éducation sexuelle. In J. AUBUT (Ed.), *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement* (1993) Montréal : Editions la Chenelière pp 141-145
- 152 - SCHERER R. *Emile perverti*, éditions du Rocher, (2006) p 145-146
- 153 - SCHERER R. et HOCQUENGHEM G., Co-ire, *album systématique de l'enfance*, Recherches, numéro 22 mai 1976, p 43
- 154 - SCHIFFER B., KRUEGER T., PAUL T., et al. Brain response to visual sexual stimuli in homosexual pedophiles. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* (2008) ; 33(1) pp 23-33
- 155 - SCHIFFER B., PAUL T., GIZEWSKI E., et al. Functionnal brain correlates of heterosexual pedophilia. *Neuroimage* (2008) ; 41(1) pp 80-91.
- 156 - SCHIFFER B., PESCHEL T., PAUL T., et al. Structural brain abnormalities in the frontospatial system and cerebellum in pedophilia. *Journal of Psychiatric Research*, (2007) ; 41(9) pp 753-762.
- 157 - SCHILTZ K., WITZEL J., NORTHOFF G., et al. Brain pathology in pedophilic offenders : evidence of volume reduction in the right amygdala and related diencephalic structures. *Archives of General Psychiatry*, (2007) ; 64 (6) : 737-746
- 158 - SCHORSCH, E., GALEDARY, G., HAAG, A., HAUCH, M., et LOHSE, H. *Sex offenders : dynamics and psychotherapeutic strategies*.(1985) Berlin : Springer.
- 159 - SCHWARTZ, B. (*Psychology of learning and behavior*. (1984) New York : Macmillian
- 160 - SEBBAR L. *Le pédophile et la maman*, (1980) Paris, Stock
- 161 - SEGAL Z.V., et MARSHAL W.L Discrepancies between self-efficacy prédictions and actual performance in a population of rapides and child molesters. *Cognitive thérapie and research*, (1986) 10 ; pp 363-375

- 162 - SEGAL Z.V., STERMAC L.E. The role of cognition in sexual assault. In W.L. MARSHALL, D.R. et H.E. BARBAREE (Eds.), *handbook of sexual assault : issues, théories, and treatment of the offender* (1990) New York : Plenum pp.161-174
- 163 - SEIDMAN B.T., MARSHALL W.L., HUDSON S.M., et ROBERTSON P.J. An examination of intimacy and loveliness in sex offenders. *Journal of interpersonnel violence*, (1994) 9 ; pp 518-534.
- 164 - SELIGMAN, M.E.P. On the generally laws and learning. *Psychological review*, (1970) ; 77 pp 406-418
- 165 - SETO M.C., BABCHISHIN K.M., PULLMAN L.E., McPHAIL I.V. The puzzle of intrafamilial child sexual abuse: a meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial offenders with child victims. *Clinical Psychology Review* (2015) ; 39 pp 42-57.
- 166 - SETO M.C., CANTOR J.M., BLANCHARD R. Child Pornography Offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia, *Journal of Abnormal Psychology*. (2006). Vol 115, No. 3, pp 610-615
- 167 - SIDMAN M. Normal source of pathological behavior , *Science* (1960) 132 ; pp 61-68
- 168 - SKINNER B. F. Science and human behavior (1953) New York.
- 169 - STOLERU S. Les analogues de la GnRH dans la prise en charge des patients présentant une pédophilie, *Médecine Thérapeutique / Médecine de la reproduction gynécologie endocrinologie* (2008). N°2, pp 135-141
- 170 - STOLERU S., ENNAJI A., COURNOT A. LH pulsatile secretion and testostérone blood levels are influenced by sexual arousal in humans male, *Psycho-neuro-endocrinology* (1993) 18 ; pp 205-218
- 171 - STOLLER R. J. *Perversion : the erotic form of hatred* (1976) Cambridge University printing house.
- 172 - STOLLER R. J. Dynamiques des troubles érotiques. In C.Le Guen et G. Diatkine (Eds.), *Les troubles de la sexualité* (1993) Paris : P.U.F ; pp 119-138
- 173 - TARDIEU A. A. *Etudes médico-légale sur les attentats aux mœurs* (1878) J.Balière et fils, Paris, p 70

- 174 - TARDIF M. Les théories psychodynamiques. In J AUBUT (Ed.), *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement* (1993) Montréal : Editions de Chenelière ; pp 155-175
- 175 - TERZIAN H., DALLE ORE G., Syndrome of Klüver and Bucy reproducteur in man by bilateral removal of temporal lobes. *Neurology* (1955) ; 5 pp 373-380
- 176 - THIBAUT F., CORDIER B., KUNH J.F. Effect of long-lasting gonadotrophin hormonal-releasing hormon agonist in six cases of severe male paraphilia. *Acta psychiatrica scandinavica*, (1993) 87 ; pp 445-450.
- 177 - THIBAUT F. La pédophilie féminine : un dernier tabou ?, *La lettre du psychiatre* (2014) vol X, n°4-5 juillet-août-septembre-octobre
- 178 - THIBAUT F., CORDIER B. Les traitements hormonaux de la délinquance sexuelle. *L'Encéphale*, (1998) 24 (2) ; pp 132-137
- 179 - THIBAUT F., KUNH J.F., CORDIER B., et PETIT M. Les traitements hormonaux de la délinquance sexuelle, *L'Encéphale* (1998) 24 ; pp 132-137
- 180 - THOINOT L.H. *Les Attentat aux mœurs et perversions du sens génital* (1898) Elibron Classics, 2001 p112
- 181 - TOULOUSE E., *Les conflits inter-sexuels et sociaux* (1904) Eugène Fasquelle, p 324
- 182 - TOULOUSE E., *La question sexuelle et la femme* (1918) Paris, Eugène Fasquelle, p 282
- 183 - VANDERSTUKKEN O., BENBOURICHE M., PHAM T. H., LEFEBVRE L., Les distorsions cognitives des auteurs d'agression sexuelle d'enfant : définitions, fonctions, et enjeux théoriques, *Journal de thérapie comportementale et cognitive* (2015) 25 ; pp 29-34
- 184 - VANDERSTUKKEN O., PHAM T. H., Dénis chez les auteurs d'agression sexuelle : perspectives théoriques et typologiques. *AJ Pénal* (2014) pp 288-292
- 185 - VERDRAGER P. *L'enfant interdit. Comment la pédophilie est devenue scandaleuse* (2013) Edition Armand Colin.
- 186 - Von KRAFT-EBING R. *Psychopathia sexualis* (1886) New York : Putnam

187 - WARD T., CASEY A. Extending the mind into the world : a new theory of cognitive distortions in sex offenders. *Agression and Violent Behavior* (2010); 15 pp 49-58.

188 - WARD,T., FON, C., HUDSON, S.M., et MAC CORMACK, J. A descriptive model of dysfunctional cognitions in child molesters. *Journal of interpersonal violence* (1998) 13 ; pp 129-155.

189 - WARD T., HUDSON S.M., MARSHALL W.L., et SIEGERT R.J. Attachment style intimacy deficits in sex offenders ; a theoretical framework. *Sexual abuse : a journal of research and traitement* (1995) 7 ; pp 317-336

190 - WARD T., LOUDEN K., HUDSON S. M., et MARSHALL W. L. A descriptive model of the offense chain for child molesters, *Journal of interpersonal violence* (1995)

191 - WARD T., McCORMACK, J., et HUDSON S.M. Sexual offenders' perceptions of their intimate relationships. *Sexual abuse : a journal of research and treatment* (1997) 9 ; pp 57-74.

192 - WARD T., POLASCHEK D.L.L., BEECH A.R., Theories of sexual offending. *Chichester : John Wiley Et Sons* (2006).

193 - WILLE R, BEIER K.M. Orchidectomie in Germany. *Annals of sexual research* (1989) 2 ; pp 33-103

194 - WINN E.M. The strategic and systemic management of denial in the cognitive/behavioural treatment of sexual offenders. *Sexual abuse : a journal of research and treatment* (1996) 8 ; pp 25-36

Textes de loi

Article 331 du Code pénal de 1810

Article 332 du Code pénal de 1810

Article 333 du Code pénal de 1810

Article 113-6 du Code pénal de 1994

Article 113-8 du Code pénal de 1994

Article 132-45 du Code pénal de 1994

Article 222-22 du Code pénal de 1994

Article 222-22-1 du Code pénal de 1994

Article 227-31-1 du Code pénal de 1994

Article 227-22 du Code pénal de 1994

Article 227-23 du Code pénal de 1994

Article 227-25 du Code pénal de 1994

Article R.4127-35 du code de la santé publique

Article R. 4127-6 du code de la santé publique

Article R.4127-4 du code de la santé publique

Chambre criminelle de la cour de cassation, 12 septembre 2007, pourvoi numéro 06-86763

Loi du 28 avril 1832, loi contenant des modifications au Code pénal et au Code d'instruction criminelle

Loi du 13 mai 1863, loi portant modification de plusieurs dispositions du Code pénal

Loi du 24 juillet 1889, enfants maltraités ou moralement abandonnés, placement des mineurs, action éducative en milieu ouvert

Loi du 19 avril 1898, sur la répression des violences, voies de faits, actes de cruauté et attentats commis envers les enfants

Loi du 6 août 1942, modifiant l'art 334 du Code pénal, concernant les peines encourues par l'auteur d'incitation à la débauche, de corruption d'un mineur de moins de 21 ans.

Loi n° 54-439 du 15 avril 1954 relative au traitement des alcooliques dangereux.

Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie.

Loi n° 80-1041 du 23 décembre 1980, relative à la répression du viol et de certains attentats aux mœurs.

Loi n° 89-487 du juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.

Loi n° 98-468 du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002, d'orientation et de programmation pour la justice.

Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité.

Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale.

Loi 2016-297 du 14 mars 2016, relative à la protection de l'enfant.

MINISTERE DE LA JUSTICE FRANCAISE, La castration chimique des délinquants sexuels, service des affaires européennes et internationales, bureau du droit comparé, 15 janvier 2010, Paris.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE. (2006). Circulaire DHOS/DGS/O2/6C/2006/168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violence sexuelles et à la création de centre ressources interrégionaux, Paris.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. (2008). Circulaire DHOS/F2/F3F1/DSS/A1208/264 du 8 août 2008 relative à la campagne tarifaire des établissements de santé. Paris.

Ordonnance 45-1456 du 2 juillet 1945, abroge et remplace l'article 331 (al 1 et 2) du Code pénal, modifié par la loi du 13 mai 1863.

Liens internet

Site don't offend.org : <https://www.dont-offend.org/>

Spot don't offend : <https://www.youtube.com/watch?v=vSvrDjOh2dc>

Spot don't offend : <https://www.youtube.com/watch?v=ck3uOCyWB50>

Site stop it now : <http://www.stopitnow.org.uk/>

Site pedo help : <https://pedo.help>

Réseau écoute et orientation / fédération française des CRIAVS :
<https://www.ffcriavs.org/la-federation/reseau-ecoute-orientation/>

Carte du réseau écoute et orientation

