



HAL
open science

La sexologie a-t-elle une place dans le suivi des auteurs de violences sexuelles : intérêt d'un questionnaire spécifique sur la sexualité

Agathe Thierry-Deflou

► To cite this version:

Agathe Thierry-Deflou. La sexologie a-t-elle une place dans le suivi des auteurs de violences sexuelles : intérêt d'un questionnaire spécifique sur la sexualité. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02945221

HAL Id: dumas-02945221

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02945221>

Submitted on 22 Sep 2020

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.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE 2020

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'état)

Par

Agathe THIERRY-DEFLOU

Née le 7 mars 1993 à Mont Saint Aignan (France)

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15 JUIN 2020

**LA SEXOLOGIE A-T-ELLE UNE PLACE DANS LE SUIVI DES AUTEURS DE
VIOLENCES SEXUELLES ?
INTÉRÊT D'UN QUESTIONNAIRE SPÉCIFIQUE SUR LA SEXUALITÉ**

PRÉSIDENTE DU JURY

Professeur Priscille GERARDIN

DIRECTEUR DE THÈSE

Docteur Didier FERAY

MEMBRES DU JURY

Professeur Pierre FREGER

Professeur Gilles TOURNEL

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfán DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne

Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale

Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (détachement)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique

Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

L*iste des abréviations*

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AVS : Auteurs de Violences Sexuelles

CPA : Acétate de Cyproptérone

GnRH : Hormones de libération des Gonadotrophines Hypophysaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HeTOP : Health Terminology/Ontology Portal

IRM : Imagerie à Résonance Magnétique

IRS : Inhibiteur de la Recapture de la Serotonine

LH : Hormone Lutéinisante

MSQ : Multidimensionnel Sexuality Questionnaire

MeSH : Medical Subject Headings

QICPAAS : Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'Agressions
Sexuelles

SNS : Sentiments Négatifs vis-à-vis de la Sexualité

SSJ : Suivi Socio-Judiciaire

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

UPAVS : Unité de Prise en charge des Auteurs de Violences Sexuelles

Table des matières ■

1. Introduction	p.22
2. Qu'est-ce que la sexologie ?.....	p.25
3. Sexologie et Auteurs de Violences Sexuelles où en sommes-nous ?.....	p.28
3.1. Revue de la littérature	p.28
3.2. En France	p.33
3.2.1. Stratégie nationale de santé sexuelle	p.34
3.2.2. La sexologie légale	p.34
3.2.3. Le rapport du 17 juin 2018	p.35
3.3. En conclusion	p.39
4. Outils de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles en France	p.40
4.1. Recommandation HAS	p.40
4.1.1. Eléments d'évaluation mentionnés en lien avec la sexualité	p.40
4.1.2. Prise en charge	p.41
4.1.3. Traitements pharmacologiques et contrôle de la sexualité	p.43
4.2. Le Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles (QICPAAS)	p.50
4.2.1. 1 ^{ère} évaluation	p.51
4.2.2. Sexualité et QICPASS	p.51
4.2.3. Relations affectives et amoureuses ?	p.53
5. Etude	p.55
5.1. Rationnel de l'étude	p.55
5.2. Patients et méthode	p.56
5.2.1. Patients	p.56
5.2.2. Recueil de données	p.56
5.2.3. Echelle psychométrique	p.57
5.2.4. Analyses statistiques	p.59
5.3. Résultats	p.60
5.3.1. Patients	p.60
5.3.2. Evaluation de la sexualité	p.63
5.3.3. Analyse de corrélation entre les données socio-démographiques et le MSQ-F	p.64
5.4. Discussion	p.67
5.4.1. Caractéristiques de la population et sous-composantes psychologique de la sexualité	p.67
5.4.2. Limites et forces de cette étude	p.69
6. Conclusion	p.71
7. Bibliographie	p.73

■ Introduction

La question « du choix » est primordiale pendant les études de médecine.

Choisir ses stages, choisir ou non de réaliser un master et surtout choisir sa spécialité.

En débutant mon internat, j'étais persuadée de ne plus avoir de choix à faire, pourtant je me suis rendue compte de l'existence d'une multitude de surspécialisations possibles.

Tellement de possibilités : thérapies brèves, neuropharmacologie, hypnose, année de recherche.

J'étais très motivée, de bonne volonté mais un peu perdue dans ces choix.

Je me suis donnée la première année d'internat pour y réfléchir.

Je me suis vite rendu compte qu'un sujet était très peu abordé en psychiatrie, une question pourtant fondamentale dans la vie des patients : leur sexualité.

Un trouble sexuel verbalisé par le patient entraînait certes des discussions éthiques sur fond d'avis personnel, parfois sous tendues par le malaise des soignants, mais sans proposition de soins structurés, par manque de formation.

La sexualité reste encore une composante majeure à évaluer en psychiatrie.

Impactée par les pathologies mentales de manière directe et indirecte par les effets secondaires des traitements psychotropes, elle n'est que peu questionnée, mise au second plan. Son altération est trop souvent encore considérée comme le prix à payer pour atteindre la stabilisation de la pathologie.

J'ai remarqué cette scotomisation jusque dans les programmes de réhabilitation actuel ; les patients sont accompagnés vers une reprise du travail, des activités thérapeutiques (jardinage, arthérapie), de l'éducation, de l'hygiène de vie. Mais les relations amoureuses, la séduction et la sexualité ne sont pas présentes dans ces programmes. C'est pourtant, lorsqu'on leur permet de l'exprimer, une préoccupation majeure de nos patients.

C'est ainsi que mon choix de « surspécialisation » s'est porté vers une formation en sexologie.

Au cours de ma première année de formation, mes confrères m'ont essentiellement transmis des patients auteurs de violences sexuelles (AVS) en consultation.

Pensaient-ils que ma formation, nouvellement débutée, me donnait plus d'outils pour les prendre en charge ?

Dépassant « à priori et fausses idées », je commence alors à questionner ces patients sur leur sexualité et c'est ainsi que je réalise mes premiers entretiens de sexologie.

Des éléments récurrents sont fréquemment retrouvés dans leur discours : mauvaise estime de soi sexuelle, peur de la sexualité, anxiété liée aux relations sexuelles et difficultés à initier une relation amoureuse.

Comment la sexualité est-elle abordée jusqu'à présent par les outils existants pour la prise en charge de ces patients ?

Est-ce important pour eux ?

Quelle place ont le désir et les différentes composantes psychologiques sexuelles dans la vie de ces patients en soins pénalement ordonnés ?

Ce travail de thèse s'inscrit dans ce parcours professionnel et se propose d'évaluer qualitativement les sous-composantes psychologiques de la sexualité dans cette population.

D'abord, nous aborderons la définition de la sexologie.

Ensuite la place de la sexologie dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles sera évaluée par une revue de la littérature, avec un focus sur la situation en France.

Après avoir décrit l'abord de la sexualité dans les outils utilisés pour la prise en charge de ces patients, nous conclurons par une présentation de la recherche clinique réalisée ainsi que ses résultats.

2 Qu'est-ce que la sexologie | préjugés et vérités



Coupe anatomique du coit, 1492

Léonard de Vinci

Dessin à la plume sur papier, 27,6 x 20,4 cm

Royal Library Windsor Castle

La sexologie nourrit divers fantasmes, chacun s'en faisant une représentation personnelle et forcément limitée. La sexologie n'est pas l'étude des perversions sexuelles ; elle n'est pas non plus la classification des différentes positions amoureuses et moins encore un prosélytisme en faveur du libertinage.

La sexologie est une science multidimensionnelle, holistique et récente.

Etymologiquement « sexologie » vient du latin « sexus » : sexe et du grec « logos » : parole, discours soit « discours sur le sexe ».

Le « *Larousse* » la définit comme : « l'étude de la sexualité et de ses troubles » [1].

Dans le « *Larousse : médical* » : « La sexologie est une spécialité associant plusieurs disciplines (biologie, sociologie, anthropologie, psychiatrie), qui étudie les comportements amoureux sous toutes leurs formes et sous tous leurs aspects : psychologie, formes sociales des rapports sexuels, rapports entre la sexualité et la culture, étude des déviations sexuelles. Elle s'efforce en outre, de trouver l'origine des troubles sexuels, de les soigner (sexothérapie) et d'en assurer la prévention. La sexologie s'attache aussi à informer et à conseiller dans des situations telles que la grossesse, la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, la stérilité, la ménopause ou les maladies sexuellement transmissibles » [2].

Historiquement, la sexologie a débuté par l'étude des troubles sexuels, à la fin du XIXème siècle avec la parution de « *Psychopathia sexualis* » du psychiatre autrichien Richard Von Krafft-Ebing [3].

Le début du XXème siècle voit la conjonction de différentes approches sur la sexualité avec les parutions des « *Trois essais sur la théorie sexuelle* » de Sigmund Freud (neurologue) [4], des études immersives au sein de populations primitives avec Bronislaw Malinowski (ethnologue,

anthropologue et sociologue) [5, 6] et une approche plus psychologique avec « *Etude de psychologie sexuelle* » de Havelock Ellis (psychologue et écrivain) [7].

Les premières recherches scientifiques apparaissent vers 1950 avec la parution de deux grandes enquêtes descriptives de la sexualité humaine, réalisées par Alfred Kinsey (entomologiste) « *Sexual behavior in the human male* » [8] et « *Sexual behavior in the human female* » [9].

Peu de temps après, William Masters (gynécologue) et Virginia Johnson (psychologue) étudient la réponse sexuelle humaine. Ils observent et analysent par différents processus la réponse physiologique d'un rapport sexuel et de l'orgasme. La description physiologique qu'ils en ont faite est toujours d'actualité et inchangée [10].

La sexologie est une discipline récente qui mobilise les chercheurs d'univers très différents, et bouscule les sociétés dans lesquelles ils évoluent.

En France, le titre de sexologue nécessite l'obtention d'un Diplôme inter Universitaire proposé par onze facultés. Il se déroule sur trois ans avec une validation annuelle des acquis, un mémoire de fin d'étude et un examen national final.

Il est ouvert aux médecins, psychologues et professionnels paramédicaux.

Il propose des cours sur les différentes approches de la sexualité afin de permettre une évaluation et une prise en charge globale du patient dans les limites du champ d'intervention de sa profession d'origine.

3.1 Revue de la littérature

Cette revue de la littérature a été réalisée à partir de la base de données PubMed afin d'en extraire les articles pertinents grâce à l'élaboration d'une requête spécifique :

les termes et métatermes issus du thesaurus MeSH (Medical Subject Headings) correspondant aux termes « sex offender », « sexualité », « infraction sexuelle » et « comportement sexuel » ont été extrait à partir de HeTOP (Health Terminology/Ontology Portal) puis associés avec l'opérateur booléen : « ET », deux termes ont été exclus de cette équation « prison » et « contexte culturel » grâce à l'opérateur booléen : « SAUF ».

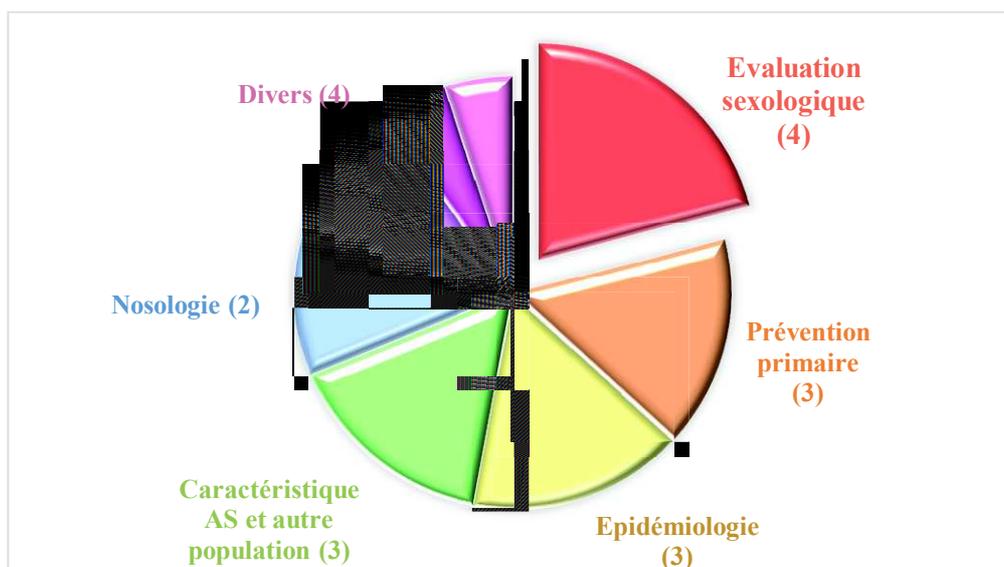
L'équation de recherche retenue pour cette étude est donc :

```
(((((("sex offender"[MH] AND "sexuality"[MH] OR ("sexuality"[TW] OR "patient's sexuality"[TW]))) AND ("sex offenses"[MH] OR ("sex offenses"[TW] OR "offense, sex"[TW] OR "sex offense"[TW] OR "Violence, Sexual"[TW] OR "offenses, sex"[TW] OR "Violences, Sexual"[TW] OR "sexual abuse"[TW] OR "Abuses, Sexual"[TW] OR "Abuse, Sexual"[TW] OR "sexual violence"[TW] OR "Sexual Violences"[TW] OR "Sexual Abuses"[TW] OR "PJ21"[TW] OR "Sexual abuse, confirmed"[TW] OR "Sexual abuse (event)"[TW] OR "SA - Sexual abuse"[TW] OR "Sexual offending behavior (finding)"[TW] OR "Sexual offending behavior"[TW] OR "Sexual offending behaviour"[TW] OR "Sexual offence"[TW]))) AND ("sexual behavior"[MH] OR ("sexual behavior"[TW] OR "behavior, sexual"[TW] OR "oral sex"[TW] OR "sexual activity"[TW] OR "sex, oral"[TW] OR "anal sex"[TW] OR "activity, sexual"[TW] OR "activities, sexual"[TW] OR "sexual activities"[TW] OR "sex behavior"[TW] OR "sex, anal"[TW] OR "behavior, premarital sex"[TW] OR "sexual orientation"[TW] OR "premarital sex behavior"[TW] OR "orientation, sexual"[TW] OR "sex orientation"[TW] OR "behavior, sex"[TW] OR "Sexual Behaviour"[TW] OR "SexualBehaviour"[TW] OR "sexual behavior, nos"[TW]))) NOT ("prisoners"[MH] OR ("prisoners"[TW] OR "hostages"[TW] OR "Hostage"[TW] OR "prisoner"[TW] OR "Correctional Institution"[TW] OR "Prison"[TW] OR "Jail, device (physical object)"[TW] OR "Gaol"[TW] OR "Jail, device"[TW] OR "Jail"[TW]))) NOT ("culture"[MH] OR ("culture"[TW] OR "beliefs"[TW] OR "Belief"[TW] OR "Cultural Backgrounds"[TW] OR "Custom"[TW] OR "Backgrounds, Cultural"[TW] OR "Background, Cultural"[TW] OR "cultural background"[TW] OR "cultures"[TW] OR "customs"[TW] OR "Microbial Culture Procedure"[TW] OR "Culture NOS"[TW] OR "Culture Dosage Form"[TW]) AND "01/04/2020"[PDat])
```

Cette équation de recherche a fait ressortir 448 articles de 1974 à 2020.

Dix-neuf articles [11-29] ont été sélectionnés (les 429 articles supprimés traitaient d'une autre population que celle qui nous intéresse).

Graphique 1 : Catégories des articles sélectionnés (19)



Quatre articles ont comme objectif l'évaluation sexologique chez des patients auteurs de violences sexuelles :

Le premier est un article canadien publié en 2018, « *Exploration des profils de la sexualité des adolescents qui ont commis des abus sexuels ; leurs liens avec les caractéristiques de la délinquance et de l'infraction* ». [12]

Les auteurs ont évalué des adolescents ayant commis des abus sexuels, afin de réaliser des profils sexuels types.

Les dimensions en lien avec la sexualité évaluées sont :

- Les attitudes à l'égard de la sexualité

- L'utilisation de la pornographie
- Le fonctionnement sexuel
- Le comportement sexuel atypique
- Les fantasmes sexuels normaux et atypiques

Le but est de valider l'hétérogénéité de cette population en terme de sexualité. Ils suggèrent trois profils sexuels : « Constrictive cluster » (sexualité moins investie), « Overinvested cluster » (sexualité hyper investie) et « Discordant cluster » (sexualité normative).

Le second est un article canadien publié en 2017, « *Agresseurs sexuels envers les femmes : analyse de classes latentes* » [13].

Les auteurs ont évalué des agresseurs sexuels majeurs, agresseurs de femmes adultes, dans le but de réaliser des catégories homogènes types.

Les composantes de la sexualité évaluées pour réaliser les classes sont :

- L'hypersexualité
- Les déviances sexuelles
- Les problèmes psychosexuels intériorisés
- La consommation de services en lien avec la sexualité

Trois groupes ont été définis suite à cette analyse : « Internalized deviant » (déviances internalisées), « Low sexuel problem » (faibles problèmes sexuels) et « Hypersexual deviant » (hypersexualité déviante).

Puis une étude de corrélation a été faite sur le développement sexuel, les distorsions cognitives soutenant le viol, les préférences des déviances sexuelles (évaluation phallométrique), la criminalité sexuelle ou non et les modes opératoires.

Le but est de réaliser des profils sexuels types et de catégoriser au mieux ces patients afin de leur proposer une prise en charge spécifique sexologique adaptée.

Le troisième est un article allemand publié en 2013, « *Comparaison de la sexualité de l'agressivité et du comportement antisocial chez les jeunes délinquants sexuels et non sexuels* » [22].

Les auteurs ont évalué une cohorte de mineurs présumés coupables pour des faits sexuels en comparaison à des mineurs coupables de violences non sexuelles. Les éléments évalués sont l'agressivité, la psychopathologie, le comportement antisocial, la toxicomanie et la sexualité.

Concernant spécifiquement la sexualité les champs abordés sont :

- Développement sexuel (normal et déviant)
- Genre (identité et orientation)
- Dysfonction sexuelle
- Croyance et connaissance sexuelle
- Appréhension et confiance sexuelle
- Paraphilie (déviation sexuelle par le choix de l'objet du désir ou la déformation de l'acte sexuel)

Le but est de trouver des différences dans ces deux populations afin de mieux comprendre les mineurs violents.

Le quatrième est un article allemand publié en 1998, « *Typologie et pronostic du comportement sexuel - Une étude de suivi sur les agresseurs d'enfants précédemment évalués par des experts* » [28].

Ils ont évalué de manière rétrospective les expertises d'agresseurs sexuels dans un premier temps, puis ils ont réalisé des entretiens narratifs de ces patients. Divers sujets intéressent les investigateurs tel le mode de vie du patient, sa situation sociale ou encore des antécédents psychiatriques ou addictologiques.

Ils ont questionné les patients sur leurs orientations sexuelles, leurs déviances sexuelles et ont demandé aux patients s'ils avaient reçu une thérapie en lien avec des problèmes sexuels.

Le but de cette étude est de catégoriser les patients en fonction de leur passage à l'acte et d'en faire une analyse descriptive.

Cette revue de la littérature pointe le peu d'études publiées sur l'évaluation de la sexualité des agresseurs sexuels. Lorsqu'elle est évaluée les composantes retenues sont souvent les mêmes (ex : paraphilie, fonction sexuelle).

Les recherches sur la sexualité des agresseurs sexuels en sont donc à leurs débuts.

Qu'en est-il en France ? Quelle est la situation française ?

3.2 **En France**



Le Verrou, 1777

Jean-Honoré Fragonard

Huile sur toile, 73x93 cm

Musée du Louvre

Les mentalités semblent évoluer et une prise de conscience de nos dirigeants concernant la santé sexuelle est en cours [30,31].

La publication de « *La stratégie nationale de santé sexuelle* » [32], parue en mars 2017 va dans ce sens.

3.2.1 | Stratégie nationale de santé sexuelle

Dans ce document, la question de la prévention des violences se concentre sur les populations « à risque » d'être victime. Par ailleurs, elle préconise la mise en place de programmes de ressources à destination des jeunes, dont l'objectif est de les sensibiliser à l'égalité homme/femme, à la lutte contre la discrimination de la communauté LGBTI (Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres et Intersexes) et contre les violences sexuelles. L'évocation des AVS se limite à une « prise en charge sanitaire » en prévention d'une récurrence. [32]

3.2.2 | La sexologie légale

De l'approche initiale principalement judiciaire et/ou psychiatrique, un nouveau courant émerge : la sexologie légale [33].

Elle vient en complémentarité de la prise en charge criminologique et médicale.

L'approche sexologique précise si l'acte violent sexuel appartient ou non à la vie sexuelle du patient. Elle permet de préciser si cet acte s'accompagne d'une dimension sexuelle (désir, plaisir) ou s'il réside seulement dans une impulsivité de violence se manifestant par un acte sexuel.

Pour nombre de thérapeutes, les violences sexuelles sont indépendantes de la sexualité de l'auteur. Cette approche réductrice ne considère alors que la partie « violence » en négligeant la partie « sexuelle ».

En fonction des sous catégories d'auteurs de violences sexuelles, des profils psychologiques ainsi que des constructions déviantes sont regroupées. La sexologie permet un éclairage différent et complémentaire dans la description de ces patients.

Elle ouvre de nouvelles possibilités d'évaluation, de prise en charge et de réhabilitation pour ces patients.

Ce courant, récent en France, est porté par des psychiatres sexologues qui sont de plus en plus présents dans la rédaction des textes législatifs.

Par exemple le Dr Patrick BLACHERE psychiatre sexologue, responsable de la section médicolégale de l'Association Interdisciplinaire post-Universitaire de Sexologie (AIUS), a participé à la rédaction du Rapport du 17 Juin 2018 [34].

3.2.3 | [Le rapport du 17 juin 2018](#)

Ce rapport concerne une audition publique de juin 2018, soit 20 ans après la loi du 17 juin 1998 [35] qui instaure le suivi socio-judiciaire. L'objectif de ce rapport était de faire le point sur l'évolution de cette loi, sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

Il fait un état des lieux des différentes réformes de la loi du 17 juin 1998 et déplore l'extension du suivi socio-judiciaire (SSJ) à d'autres infractions ne rentrant plus dans le cadre des violences sexuelles spécifiquement [36] : meurtre, torture ou acte de barbarie,

atteinte à la personne et dégradation de biens.

De même il dénonce l'allongement de la durée des SSJ [37] ainsi que l'extension de l'injonction de soins à d'autres cadres que le SSJ. Cette injonction de soins peut être prononcée depuis ces réformes dans d'autres cadres judiciaires, telle que la libération conditionnelle [38], la mesure de sûreté [38], la surveillance de sûreté [39] et la rétention de sûreté [39].

Il constate l'incapacité actuelle à avoir une incidence et une prévalence des patients en suivi socio-judiciaire.

Il souligne d'autres difficultés :

- La volonté d'un lissage national de la formation des différents protagonistes de la prise en charge des AVS.
- Le manque de personnel prenant en charge cette population (exemple des régions ne pouvant mettre en place une injonction de soins par l'absence de médecin coordonnateur).

La stratégie nationale de santé sexuelle devient l'outil sur lequel repose la prévention primaire [32]. Cette stratégie cible les jeunes en abordant les notions de consentement, de respect mutuel et d'égalité des sexes.

La prévention secondaire (après les faits) et la prévention tertiaire (diminution du risque de récurrence) sont les objectifs visés par le suivi socio-judiciaire.

Dans ce cadre, la création des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS) [40] a permis une uniformité de l'offre d'accompagnement du soin sur tout le territoire.

Ils sont répartis sur le territoire national (un par région). Ils permettent des formations de proximité sur différentes thématiques.

La sexologie peut être abordée lors de formations par ces centres mais reste dépendante de la profession et de la spécialité des enseignants de chaque centre.

Le rapport liste les différentes prises en charge proposées sur le territoire national : les traitements médicamenteux en association avec une prise en charge en psychothérapie (approche psychodynamique, cognitive comportementale, systémique ou intégrative).

On s'étonne que la sexologie ne soit pas nommée dans ce rapport, alors qu'elle peut répondre à des objectifs de prises en charge tel que :

- « Renforcement des compétences sociales et des habiletés relationnelles » [34]
- « Amélioration des mécanismes de régulation émotionnelle » [34]
- « Réduction de l'anxiété d'attachement pour permettre au patient de vivre une intimité plus sécurisée » [34]

Ce texte propose une avancée majeure, celle de la prise en compte de la santé sexuelle. Celle-ci reste encore un objectif largement théorique, les moyens visant à l'atteindre restant très insuffisants au sein de la population générale.

Ainsi en est-il de la mise en place obligatoire de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires [41] : un quart des écoles en 2016 n'applique pas cette loi [42].

Ce simple exemple illustre la difficulté, voire la frilosité à aborder la sexualité en population générale.

On peut donc craindre que la sexologie mette un certain temps à trouver sa place dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

On imagine qu'il faudra du temps avant que la sexologie intervienne dans la prise en charge des patients auteurs de violences sexuelles.

3.3 En conclusion

L'essor de la sexologie est récent en France. Son utilisation dans les violences sexuelles s'effectue d'abord dans la prévention primaire.

En pratique elle n'est que peu utilisée dans la population des AVS en prévention secondaire et tertiaire.

Cependant certains pays comme le Canada et l'Allemagne voient se développer une approche sexologique des auteurs de violences sexuelles en complément d'une approche standard. L'approche produit principalement des études descriptives afin d'avoir une connaissance plus fine de cette population via les caractéristiques de leurs sexualités. [12][13][22][28]

Le processus du développement psychosexuel des individus est étudié au premier plan. En effet, la compréhension de la construction du comportement déviant est un enjeu majeur en termes de prévention primaire et de prise en charge précoce.

Par ailleurs il n'existe pas encore de recul suffisant et d'études satisfaisantes pouvant évaluer l'impact d'une prise en charge sexologique sur ce type de patient.

La sexualité, la qualité des relations amoureuses ou encore le concept d'intimité sont peu questionnées chez ces patients.

Il existe cependant des outils et des ressources de prise en charge des AVS au niveau national.

Comment la sexualité est-elle abordée via ces supports ?

4. Les outils de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles en France

Nationalement, il existe deux outils spécifiques pour la prise en charge des AVS :

- Recommandations HAS [43]
- Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles (QICPAAS) [44]

D'autres, non spécifiques soit pour l'évaluation (échelle : risque de récurrence, personnalité, insight...) ou pour la prise en charge (outils : « des femmes et des hommes », « Qu'en dit-on » ...) ne seront pas abordés dans ce travail.

4.1 Recommandations HAS

En 2009 la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations de bonne pratique pour « *La prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans* » [43], réalisées à la demande du Ministère de la Santé. Il explicite le cadre de prise en charge ainsi que les différentes modalités thérapeutiques pour cette population.

4.1.1 | Éléments d'évaluation mentionnés en lien avec la sexualité

Ces recommandations établissent une longue liste d'éléments à évaluer initialement et en cours du suivi.

La sexualité est nommée dans « *Les éléments à prendre en compte dans le suivi* ».

Il est recommandé une « évaluation globale de l'activité sexuelle », caractérisée par des critères de fréquence de rapports sexuels « appropriés » ou « inappropriés ».

C'est une approche très fonctionnelle de la sexualité.

Par ailleurs ce paragraphe est très court et peu détaillé.

Elle se termine par une phrase de rappel sur l'utilisation controversée de la pléthysmographie pénienne, cette technique d'investigation étant de toute façon très marginale en France.

4.1.2 | Prise en charge

Elle se base sur l'association d'une psychothérapie et éventuellement d'un traitement médicamenteux.

Les psychothérapies préconisées : psychanalytique, comportementale-cognitive, psychodynamique, systémique et familiale.

La mise en place d'un traitement pharmacologique dépend d'un algorithme (tableau 1) [45]. Il est déterminé par différents niveaux « de gravité » de la paraphilie.

Malgré l'intitulé de la recommandation française, cet algorithme est international et valide pour toutes les paraphilies.

Les classes thérapeutiques utilisées sont les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, les antiandrogènes et les analogues de la GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone).

Tableau 1. Algorithme de la prise en charge médicamenteuse des paraphilies [45]

Niveaux	Objectifs et Indications	Traitements et posologies
Niveau 1	Contrôle des fantasmes, envies et comportements sexuels paraphiliques sans impact sur le désir et le comportement sexuel non paraphilique	Psychothérapie (préférentiellement TCC)
Niveau 2	Contrôle des fantasmes, envies et comportements sexuels paraphiliques avec un impact mineur sur le désir et le comportement sexuel non paraphilique Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 1 Peut être utilisé dans tous les cas modérés de paraphilies associés à un risque faible d'agression sexuelle (ex. exhibitionnisme sans risque de viol ou pédophilie)	Psychothérapie IRS dosages identiques prescrits dans les troubles obsessionnels compulsifs Délai d'action 1-3 mois Efficacité : 70% en l'absence de violences sexuelles
Niveau 3	Contrôle des fantasmes, envies et comportements sexuels paraphiliques associé à une diminution substantielle du désir et du comportement sexuel non paraphilique Risque modéré de violences sexuelles (déficience intellectuelle, maladie neurodégénérative associée) Pas de fantasme et/ou de comportement de sadisme sexuel (si présent aller directement au niveau 4) Si patient inobservant utiliser une formulation IM ou aller directement au niveau 4 Pas de résultats satisfaisants avec le niveau 2	Psychothérapie Antiandrogène : acétate de cyproptérone (CPA) (oral, 50-200 mg/j) Délai d'action 1-3 mois Efficacité : 80-90% (risque de récurrence 6%) Si comorbidités anxieuses, dépressives ou obsessionnelles, les IRS peuvent être associés
Niveau 4	Contrôle des fantasmes, envies et comportements sexuels paraphiliques associés à une diminution très importante du désir et du comportement sexuel non paraphilique Risque modérément élevé ou élevé de violences sexuelles et de troubles paraphiliques sévères Trouble pédophilique ou encore fantasmes ou comportement de sadisme sexuel et/ou de violences physiques Pas d'observance Pas de résultats satisfaisants avec le niveau 3	Psychothérapie Agonistes GnRH d'action prolongée : triptoréline ou acétate de leuprolide 3 mg/mois ou 11.25 mg IM tous les 3 mois Délai d'action 1-3 mois Efficacité : >90% (risque de récurrence < 5%) Testostéronémie utile pour contrôler l'observance si doute CPA doit être associé aux agonistes GnRH (une semaine avant et pendant le 1 ^{er} mois de traitement avec les agonistes GnRH) afin de prévenir l'augmentation transitoire de testostérone liée à l'instauration de la prescription de GnRH et de contrôler le risque de rechute du trouble paraphilique qui peut en découler
Niveau 5	Contrôle des fantasmes, envies et comportements sexuels paraphiliques associés à une suppression du désir et du comportement sexuel non paraphilique Troubles paraphiliques les plus sévères Pas de résultat satisfaisant avec le niveau 4	Psychothérapie En association les agonistes GnRH et les antiandrogènes (CPA) Possibilité d'ajout des IRS

En France, deux traitements ont l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) pour l'indication du contrôle des pulsions sexuelles chez l'homme adulte ayant des déviances sexuelles (Acetate de cyproptérone et Triptoréline dans sa forme trimestrielle).

Dans le Code de la Santé Publique, la loi « relative au traitement de la récidive des infractions pénales » [46] a subi plusieurs modifications concernant les traitements pharmacologiques.

En décembre 2005 un alinéa a été ajouté stipulant « lorsqu'il a été agréé à cette fin, le médecin traitant est habilité à prescrire au condamné, avec le consentement écrit et renouvelé, au moins une fois par an, de ce dernier, un traitement utilisant des médicaments dont la liste est fixée par arrêté du ministre de la santé et qui entraînent une diminution de la libido, même si l'autorisation de mise sur le marché les concernant n'a pas été délivrée pour cette indication. ». La loi autorise ainsi la prescription de traitement inhibiteur de libido hors AMM.

En février 2008, la mention « même si l'autorisation de mise sur le marché les concernant n'a pas été délivrée pour cette indication » est supprimée.

Enfin la version actuelle est publiée en mars 2010 : « Le médecin traitant est habilité à prescrire au condamné, avec le consentement écrit et renouvelé, au moins une fois par an, de ce dernier, un traitement utilisant des médicaments qui entraînent une diminution de la libido ».

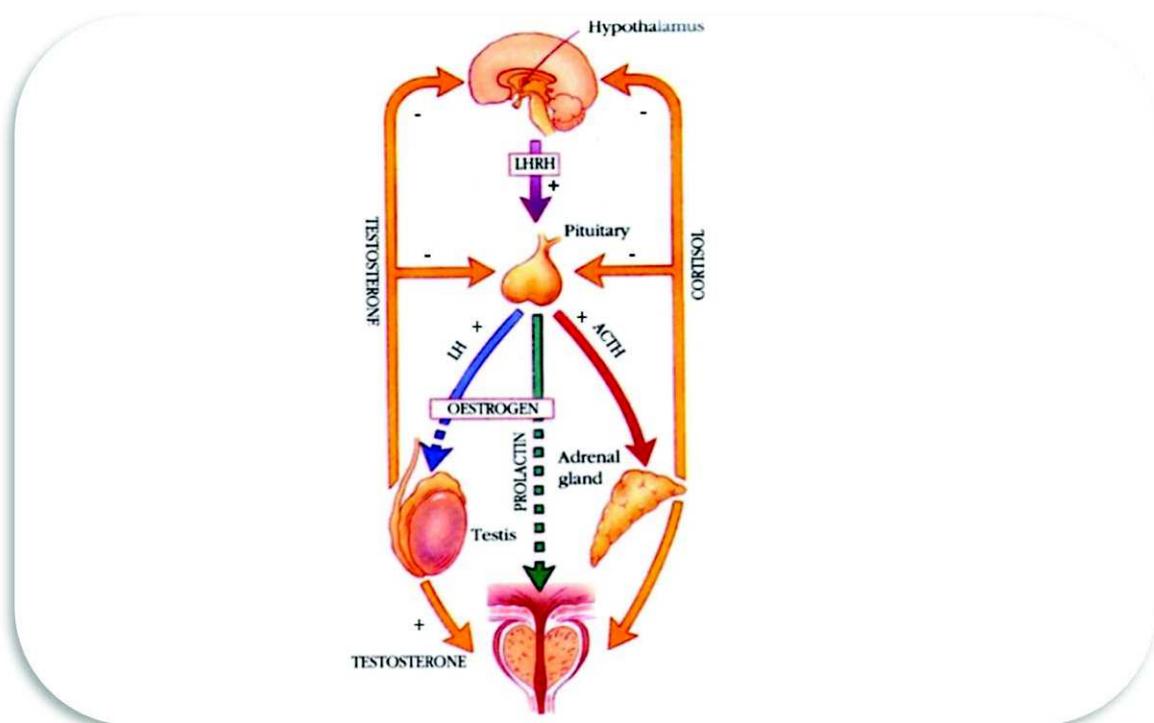
Ces modifications de la Loi reflètent la pression sociale à la mise en place de traitement médicamenteux dans la prévention de la récidive.

Les traitements ayant démontré leur efficacité dans cette indication sont les psychotropes type IRS (Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine) ainsi que les traitements hormonaux (antiandrogènes et analogues de la GnRH).

Les IRS sont utilisés dans les paraphilies à faible risque de récurrence et ayant une composante obsessionnelle compulsive ou une dépression associée.

Les traitements hormonaux agissent directement sur l'axe hypothalamo-hypophyséogonadique, dans le but de diminuer la testostérone et de réduire les pulsions sexuelles (schéma 1) [47].

Schéma 1. Axe hypothalamo-hypophyséogonadique [47]



▪ **Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine :**

Plusieurs arguments sont en faveur de l'utilisation des IRS :

- Dans l'hypothalamus, l'augmentation de la sérotonine entraîne une inhibition de la testostérone ainsi que de la motivation sexuelle.
Dans le cortex préfrontal, l'augmentation de la sérotonine permet un contrôle de l'impulsivité [48].
- Des anomalies cérébrales similaires (circuits corticostriataux) ont été documentées entre les symptômes obsessionnels compulsifs et les comportements et fantasmes paraphiliques [48].
- Leur utilisation permet de réguler l'impulsivité.
La dérégulation sérotoninergique a un lien avec l'impulsivité antisociale, la dépression, l'anxiété et l'hypersexualité [49, 50].
- Des effets indésirables secondaires sur la sexualité sont retrouvés dans ces traitements. (Diminution de la libido ou encore anorgasmie) [51, 52].

Les principaux IRS utilisés sont la Fluoxetine et la Sertraline. Ils sont aussi les plus étudiés [53].

Actuellement l'utilisation des IRS dans cette indication est hors AMM et engage la responsabilité du prescripteur.

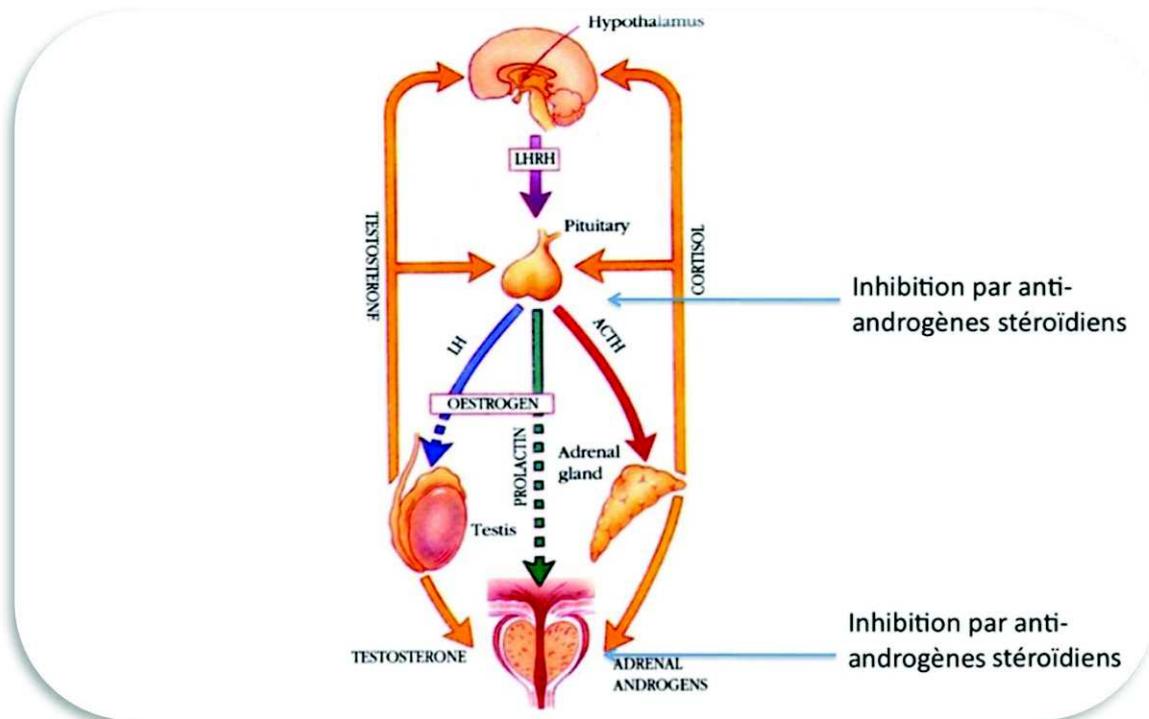
▪ **Antiandrogènes stéroïdiens (ACETATE DE CYPROPTERONE) :**

L'Acétate de Cyproptérone est un dérivé progestatif synthétique, il a une action progestative et antiandrogène.

Son action périphérique est une inhibition compétitive des androgènes à leur liaison au récepteur nucléaire. Il empêche l'action des androgènes sécrétés par les testicules et les corticosurrénales sur les organes cibles androgéno-dépendants (prostate).

Il possède parallèlement un effet inhibiteur central antigonadotrope (diminution de la sécrétion de la LH (Luteinizing Hormone)) réduisant la sécrétion de testostérone par les testicules.

Schéma 2. Action des traitements anti hormonaux [47]



Ce traitement a deux indications :

- Traitement palliatif du cancer de la prostate (AMM 1996)
- Réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies (AMM 2005)

Il nécessite des précautions d'emploi : à son introduction il faut réaliser un bilan hépatique (risque de toxicité hépatique et de tumeurs hépatiques) ainsi qu'une IRM cérébrale (risque de méningiomes) renouvelée à 5 ans puis tous les 2 ans en l'absence d'anomalie.

Une attestation annuelle d'information des risques du traitement doit être co-signée par le prescripteur et par le patient, elle est nécessaire pour la délivrance du traitement.

La posologie usuelle est de 50 à 300 mg/jour, par voie orale, pour le contrôle des pulsions sexuelles. La forme injectable n'existe pas en France.

Plusieurs études décrivent l'efficacité de ce traitement sur la disparition des comportements sexuels déviants, sur la diminution de la fréquence de l'activité sexuelle et des fantasmes sexuels. [54 - 56]

L'effet dose dépendant doit être recherché pour la poursuite d'une activité sexuelle non déviante [55].

L'action de ce traitement sur la sexualité est totalement réversible à son arrêt [53].

Le taux de récurrence après arrêt du traitement est évalué à une moyenne de 6% sur une durée de 12 mois à 4 ans contre 85% avant traitement [57].

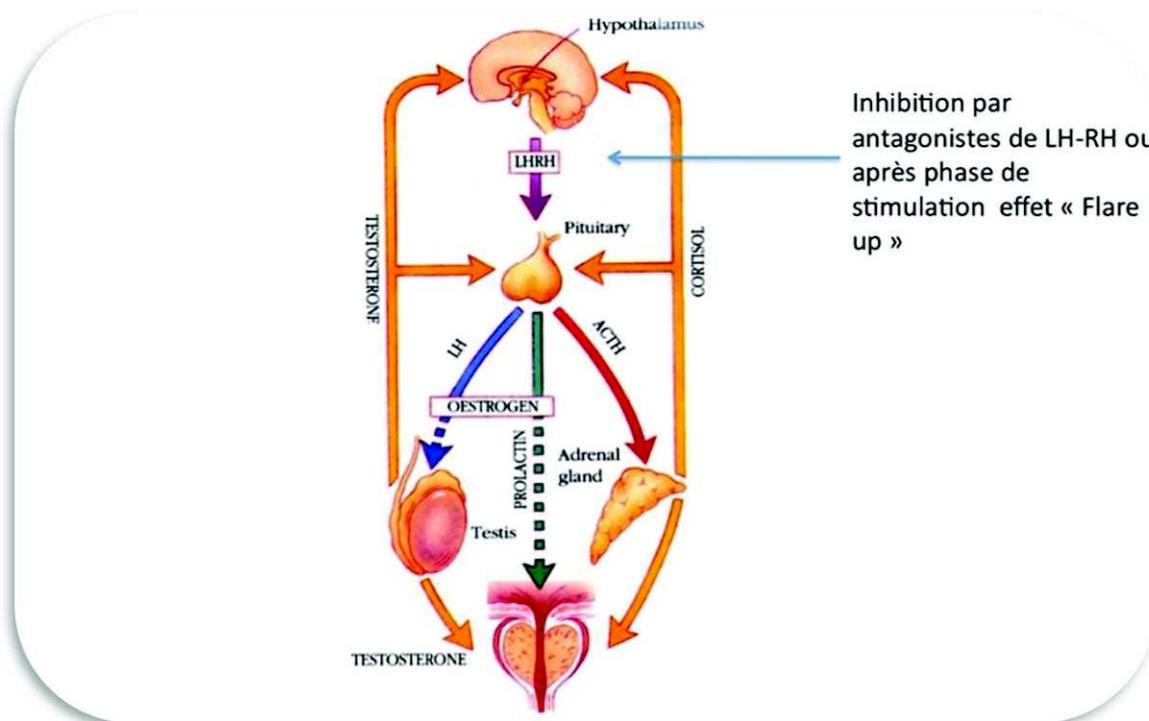
- **Analogues de la GnRH :**

Les analogues de la GnRH fonctionnent comme des agonistes de la GnRH. Ils inhibent de manière réversible la sécrétion des gonadotrophines, par désensibilisation des récepteurs de la GnRH (entraînant une réduction de la sécrétion de LH, FSH (Follicle Stimulating Hormone) et donc de testostérone).

La désensibilisation intervient environ 10 jours après le début du traitement [58], initialement les taux circulants de LH, FSH et de testostérone augmentent. Ce phénomène est appelé « effet Flare-up ».

Il est nécessaire de prescrire conjointement en début de traitement de l'Acétate de Cyproptérone.

Schéma 3. Action des traitements anti hormonaux [47]



Trois analogues de la gonadolibérine sont disponibles : Triptoréline, Leuproréline et Goséréline.

La seule ayant l'AMM en France pour la prise en charge des pulsions sexuelles chez l'homme adulte ayant des déviances sexuelles est la Triptoréline dans sa forme trimestrielle en injection intra-musculaire (11,25 mg). Sa forme mensuelle est couramment utilisée hors AMM.

Ce traitement est un médicament à prescription réservée aux spécialistes en psychiatries.

Plusieurs études décrivent l'efficacité de ce traitement sur la disparition des comportements sexuels déviants et non déviants, avec un effet maximal entre 1 à 3 mois [59-61].

La durée du traitement ainsi que les modalités d'arrêt ne sont pas clairement établies.

Une durée minimale de 3 ans semble être nécessaire pour la mise en place du lien thérapeutique et de la psychothérapie [53].

Une substitution par l'Acétate de Cyproptérone à l'arrêt du traitement peut être une solution pour pallier à l'effet rebond qui en découle [53].

4.2 Le Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles (QICPAAS)

Il a été créé à la suite d'une recherche dirigée par le Professeur Balier en France, publiée en 1996 [44] ; le but est d'uniformiser la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Il propose un guide lors de l'évaluation initiale.

Il est constitué de questions fermées, semi-ouvertes et ouvertes.

Il évalue 12 axes :

- Données socio-démographiques
- La nature du chef d'inculpation
- La nature de l'acte d'agression sexuelle
- Descriptif de l'acte
- Perception de l'acte par le sujet
- Investigation de la vie sexuelle en dehors de l'acte consigné dans le chef d'inculpation
- Investigation de la personnalité
- Investigation familiale
- Relations affectives amicales
- Investigation somatique
- Terminaison de l'investigation : question libre sur le ressenti du patient vis-à-vis du questionnaire
- Evaluation par l'investigateur

4.2.1 | évaluation

Ce questionnaire est réalisé sans protocole précis d'investigation. Sa passation peut être réalisée à différents moments du suivi dès la détention.

Son maniement est simple, il est facilement accessible à tout professionnel de santé s'inscrivant dans la prise en charge des AVS.

Son utilisation est libre et différente en fonction des équipes soignantes. Il peut être réalisé pendant l'incarcération ou pendant le suivi socio-judiciaire, l'investigateur pouvant être de formation multidisciplinaire (médecin, psychologue, infirmier).

Il présente un certain nombre d'avantages lors d'une première évaluation : il offre un support clair et explicite au thérapeute et au patient. Il est exhaustif et clarifie les premiers entretiens.

Il aborde les différentes composantes de l'acte d'agression sexuelle et instaure un espace de parole autour des faits.

4.2.2 | Sexualité OICPASS

La sexualité est abordée dans la partie « Investigation de la vie sexuelle en dehors de l'acte consigné dans le chef d'inculpation ».

Elle se découpe en dix questions abordant successivement :

- La présence d'une vie sexuelle en dehors de la condamnation :
 - Demande au patient une description libre
 - Avec qui (homme, femme, autre précisez)
 - S'il y a de la satisfaction vis-à-vis de cette vie sexuelle
 - Cette satisfaction en comparaison au passage à l'acte
 - Présence de pratiques sexuelles avec description

- L'initiation à sa vie sexuelle : demande au patient une narration du début de sa vie sexuelle.

- Présence d'une modification importante dans la vie sexuelle : si oui description des événements à l'origine et à quelle période.

- Présence de masturbation avant l'incarcération ou condamnation : si oui poursuite des trois prochaines questions.
 - Avant incarcération moments d'envie masturbatoire
 - Juste avant masturbation objet d'excitation particulier (pensée, image)

Si oui questions plus précises sur ce qui en est à l'origine.
 - Présence de supports utilisés pour la masturbation avec détails (pornographie, photos)

- Dans la sexualité générale, présence de supports utilisés
 - o Si oui que représentent ces supports
- La masturbation est-elle investie psychologiquement comme une activité normale ou mauvaise.

Première remarque : la plupart des questions sont posées chronologiquement en lien avec les faits, « avant la condamnation », « après l’incarcération » centrant le patient sur la condamnation.

Deuxième remarque : les questions sont très centrées sur le comportement sexuel et sur la masturbation.

Il y a peu de questions sur les composantes psychologiques et émotionnelles de la sexualité.

Troisième remarque : la sexualité dans ce questionnaire arrive après les items détaillant les faits d’agression sexuelle, questionnant de manière spécifique la relation entre ces deux sujets.

4.2.3 | Relations affectives ■ amoureuses ■

Les relations affectives amoureuses ne sont presque pas présentes dans le questionnaire.

Elles peuvent être retrouvées indirectement dans l’axe « investigation familiale »:

- Situation personnelle avant la condamnation (possibilité de cocher célibataire, marié, divorcé, seul).

- abord de la famille actuelle présente avant la condamnation : « avant la condamnation la relation avec votre partenaire actuel était-elle satisfaisante ? ».

Ce sont les seules questions évaluant la vie de couple actuelle.

Il n'existe aucune question détaillée sur une éventuelle vie de couple antérieure.

Elle permettrait pourtant d'évaluer la capacité d'un patient à faire « couple » et à se stabiliser dans une éventuelle relation durable.

5.1 Rationnel de l'étude

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'approche sexologique dans ce domaine est limitée à une approche de la fonction sexuelle peu détaillée.

Les outils disponibles ne font que très peu référence à la sexualité.

Les composantes psychologiques de la sexualité (tel le désir sexuel ou encore l'assertivité sexuelle) ne sont pas questionnées.

Il y a une absence de données dans la littérature, concernant l'évaluation de ces thèmes en lien avec la sexualité, chez ces patients. Le faible nombre d'échelles standardisées validées en français est à souligner, mais n'est pas la seule cause à ce manque.

L'objectif de notre étude est de réaliser une étude descriptive d'évaluation des sous composantes psychologiques de la sexualité, grâce à une échelle standardisée, validée en français.

Existe-t-il des spécificités en lien avec cette population ?

Une approche sexologique pourrait-elle devenir un axe thérapeutique complémentaire ?

5.2 Patients et méthode

5.2.1 Patients

Une étude descriptive a été réalisée sur deux centres spécialisés dans la prise en charge des AVS : le centre thérapeutique de Rouen et l'UPAVS (Unité de Prise en charge des Auteurs de Violences Sexuelles) de Dieppe.

L'étude a été réalisée sur 6 mois entre juillet et décembre 2019.

Le critère d'inclusion est les patients en cours de soins pénalement ordonnés pour des faits sexuels.

Les critères d'exclusion sont les patients mineurs et les patients présentant une déficience mentale moyenne, grave ou profonde avérée.

Les patients interrogés venaient en consultation avec leurs psychiatres ou leurs psychologues traitants. Il leur a été proposé dans ce cadre, de participer à l'étude.

Cette recherche est non interventionnelle, chaque patient a reçu une information orale, claire, loyale et appropriée. Il est précisé aux patients que l'investigation est en dehors du cadre judiciaire. Ils peuvent à tout moment refuser la poursuite de celle-ci.

5.2.2 Recueil des données

Il se réalise lors d'entretiens semi-structurés d'une heure.

Les entretiens ont tous été réalisés par le même investigateur.

Dans un premier temps, l'entretien se centre sur la situation conjugale actuelle du patient, ainsi que sur un recueil de données socio-démographiques standards (âge, sexe, niveau d'étude, statut professionnel, statut marital, enfant, antécédents médicaux, psychiatriques et traitement actuel).

Les faits ayant entraîné le suivi socio-judiciaire ne sont pas abordés par l'investigateur. Le recueil est réalisé via le dossier du patient. (Nombre de peines pour des faits sexuels, type d'agression sexuelle, la reconnaissance des faits par le patient, victime d'agression sexuelle, paraphilie, autres peines que pour des faits sexuels).

Puis le patient est guidé, s'il le souhaite, pour la réalisation de deux questionnaires validés en français.

L'entretien se termine par une question fermée « incorporez-vous les faits à votre vie sexuelle ? (Agresser et/ou victime) » et enfin par un temps de questionnement libre pour le patient, ainsi qu'un échange sur la motivation de cette évaluation.

5.2.3 | Echelle psychométrique

Dans notre étude, nous avons décidé d'utiliser une échelle d'auto-évaluation : le Multidimensional Sexuality Questionnaire (MSQ) concernant les sous composantes psychologiques de la sexualité du patient.

- Multidimensional Sexuality Questionnaire :

Le MSQ, validé en français [62], construit par Snell et Fisher en 1993 [63].

Dans la version validée en français, il présente 34 items évaluant les sous composantes psychologiques de la sexualité :

- Estime de soi sexuelle (5 items) : appréciation favorable que l'on porte sur sa propre sexualité
- Désir sexuel (5 items) : anticipation positive à la réalisation d'un acte sexuel
- Anxiété sexuelle (5 items) : sentiment d'insécurité, d'inquiétude pénible et de tension nerveuse générés par des pensées ou avant acte sexuel
- Assertivité sexuelle (5 items) : expression et affirmation de ses envies en rapport avec la sexualité
- Dépression sexuelle (5 items) : la sexualité génère une tristesse, un manque de motivation et une perte d'allant
- Peur du sexe (4 items) : sexualité synonyme de danger pouvant engendrer une fuite ou un évitement
- Satisfaction sexuelle (5 items) : contentement dans l'accomplissement de sa vie sexuelle

Les sentiments négatifs vis-à-vis de la sexualité regroupent l'anxiété sexuelle, la peur du sexe et la dépression sexuelle.

Pour chaque affirmation, le patient doit indiquer à quel point l'item lui correspond (échelle de Likert à 5 niveaux) et entourer le chiffre qui lui correspond ; (1) ne me correspond pas du tout, (2) me correspond légèrement, (3) me correspond un peu, (4) me correspond fortement et (5) me correspond complètement.

Les scores finaux par items se situent entre 5 et 25 (sauf pour l'item « Peur du sexe » avec un score compris entre 4 et 20).

Les sentiments négatifs vis-à-vis de la sexualité ont un score compris entre 14 et 70.

Plus le score est élevé, plus la dimension évaluée est importante pour le patient.

5.2.4 | Analyse ■ statistiques

Les données ont été recueillies sur le logiciel EXCEL® 2010 de MICROSOFT®.

Les résultats ont été analysés par une statisticienne indépendante, les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel IBM SPSS 26.

L'analyse de lien entre les données socio-démographiques et les items du MSQ-F, a été réalisée à l'aide de tests non-paramétriques de Mann Whitney lorsque la variable catégorielle a deux catégories, et de Kruskal Wallis lorsqu'il y a plus de deux catégories.

Lorsque la corrélation est significative au seuil de 0,05 on indiquera le symbole * et lorsqu'elle est significative au seuil de 0,01 on indiquera le symbole **.

Le risque de première espèce alpha était arbitrairement fixé à 5 % (une différence était considérée comme significative pour une valeur de p inférieure à 0,05).

5.3 Résultats

5.3.1 Patients

Au total 21 patients, exclusivement des hommes sont inclus.

Aucun patient n'a refusé de participer à l'étude.

L'âge moyen est de 50 ans (de 24 à 77 ans). Le niveau d'étude est en-dessous du BAC pour seize sujets (76,2%) et au-dessus du BAC pour cinq sujets (23,8%).

Pour le statut professionnel : deux sujets sont au chômage (9,5%), douze sujets travaillent (57,1%), cinq sujets sont retraités (23,8 %) et deux sujets sont en invalidité (9,5%).

Dix sujets se déclarent en couple (47,6 %) contre onze célibataires (52,4%). Onze sujets n'ont pas d'enfants (52,4 %) et dix en ont (47,6 %).

Concernant les antécédents psychiatriques, quinze patients n'en ont aucun (71,4%), six patients déclarent en avoir (28,6 %). Onze patients (52,4%) n'ont pas de traitement en lien avec les recommandations dans la prise en charge des AVS, cinq patients sont sous IRS (23,8 %) et cinq patients prennent des analogues de la GnRH (23,8%).

Tableau 2. Caractéristiques des patients et des condamnations

Catégories	Effectifs	Pourcentages
Age		
20 à 30 ans	1	4,8%
31 à 40 ans	3	14,3%
41 à 50 ans	7	33,3%
51 à 60 ans	6	28,6%
61 à 70 ans	3	14,3%
71 à 80 ans	1	4,8%
Niveau d'étude		
< BAC	16	76,2%
BAC	0	0,0%
BAC +	5	23,8%
Statut professionnel		
Chômage	2	9,5%
Travail	12	57,1%
Retraité	5	23,8%
AAH, invalidités ...	2	9,5%
Statut marital		
Célibataire	11	52,4%
Couple	10	47,6%
Enfant		
Non (pas d'enfants)	11	52,4%
Oui	10	47,6%
Antécédent psychiatrique		
Non	15	71,4%
Oui	6	28,6%
Traitement médicamenteux des auteurs de violences sexuelles (recos HAS)		
Pas de traitement	11	52,4%
IRS	5	23,8%
Analogue GnRH	5	23,8%

Concernant les motifs de condamnation, trois sujets sont condamnés pour détention de pédopornographie (14,3 %), huit sujets pour agression sexuelle sur mineur de moins de 15 ans (38,1 %), trois pour viol sur mineur de moins de quinze ans (14,3%), deux pour viol sur mineur de plus de 15 ans (9,5%), deux pour viol sur majeur (9,5%), deux pour agression sexuelle sur majeur (9,5%) et un pour exhibitionnisme (4,8%). Douze sont à leur première condamnation pour des faits sexuels (57,1%), neuf sont récidivistes (42,9%).

Seize patients sont en injonction de soins (76,2%) et cinq sont en obligation de soins (23,8%). Dix-sept patients reconnaissent les faits (81%). Huit ont aussi été victime de faits sexuels (38,1%). Sept ont été condamnés pour d'autres peines que pour des faits sexuels (33,3%).

Tableau 3. Caractéristiques des condamnations

Catégories	Effectifs	Pourcentages
Peine actuelle		
Détention pédopornographie	3	14,3%
Agression sexuelle moins 15ans	8	38,1%
Viol moins de 15 ans	3	14,3%
Viol mineur plus de 15 ans	2	9,5%
Viol majeur	2	9,5%
Agression sexuelle sur majeur	2	9,5%
Exhibitionnisme	1	4,8%
Soins pénalement ordonnés		
Injonction	16	76,2%
Obligation	5	23,8%
Nombre de peines pour des faits sexuels		
1	12	57,1%
2	4	19,0%
3	4	19,0%
4	1	4,8%
Fait sexuel jugé le plus grave		
Pédopornographie	2	9,5%
Attouchement moins de 15 ans	1	4,8%
Attouchement moins de 15 ans inceste	5	23,8%
Viol moins de 15 ans	1	4,8%
Viol moins de 15 ans inceste	3	14,3%
Attouchement mineur de plus de 15 ans	1	4,8%
Viol mineur de plus de 15 ans	1	4,8%
Viol mineur de plus de 15 ans inceste	3	14,3%
Exhibition voyeurisme	1	4,8%
Viol sur majeur	3	14,3%
Reconnaissance des faits sexuels		
Non	4	19,0%
Oui	17	81,0%
Victime de faits sexuels		
Non	13	61,9%
Oui	8	38,1%
Autres peines que pour des faits sexuels		
Non	14	66,7%
Oui	7	33,3%

5.3.2 | Evaluation de la sexualité

Concernant les données recueillies en lien avec la sexualité ; sept patients incorporent les faits à leur vie sexuelle (33,3%), neuf patients ont verbalisé spontanément des dysfonctions sexuelles (42,9%) (huit d'entre eux ont des troubles de l'érection (38,1%) et un, un trouble de la libido (4,8%).

Sept se déclarent spontanément paraphiles (33,3%).

Treize patients (61,9%) sont intéressés par une prise en charge sexologique.

Tableau 4. Caractéristiques en lien avec la vie sexuelle

Catégories	Effectifs	Pourcentages
Incorporation des faits dans leur vie sexuelle		
Non	14	66,7%
Oui	7	33,3%
Verbalisation spontanée de dysfonction sexuelle		
Non	12	57,1%
Oui	9	42,9%
Type de dysfonction sexuelle retrouvée		
Trouble de l'érection	8	38,1%
Trouble de la libido	1	4,8%
Paraphilie		
Non	14	66,7%
Oui	7	33,3%
Intéressé par un suivi sexologique		
Non	8	38,1%
Oui	13	61,9%

MSQ-F :

Les catégories de cette échelle avec une moyenne élevée sont : l'estime de soi sexuelle, le désir sexuel, l'assertivité sexuelle et la satisfaction sexuelle.

Les catégories de cette échelle avec une moyenne basse sont : l'anxiété sexuelle, la dépression sexuelle et la peur du sexe.

La catégorie des sentiments négatifs vis-à-vis de la sexualité à une moyenne modérée.

Tableau 5. Résultats MSQ-F

Catégories	Minimum	Q1	Med	Q3	Maximum	Moyenne	Ecart type
Estime de soi sexuelle (/25)	7	17	19	20	25	17,90	4,38
Désir sexuel (/25)	6	17,5	20	23,5	25	19,19	5,48
Anxiété sexuelle (/25)	5	5	7	12,5	18	8,86	4,70
Assertivité sexuelle (/25)	6	14	16	21,5	25	16,90	5,55
Dépression sexuelle (/25)	5	5	7	11,5	20	8,67	4,10
Peur du sexe (/20)	4	4,5	6	7,5	14	6,33	2,50
Satisfaction sexuelle (/25)	6	11	16	20	25	15,57	5,05
Sentiments négatifs vis-à-vis de la sexualité (/70)	14	17,5	21	29,5	52	23,86	9,40

5.3.3 Analyse de corrélation entre les données socio-démographiques et le MSQ-F

Il n'a pas été trouvé de corrélation significative pour les catégories : niveau d'étude, statut professionnel, âge, antécédent psychiatrique, traitement médicamenteux AVS, autres peines que pour des faits sexuels, incorporation des faits à leur vie sexuelle et verbalisation spontanée de dysfonction sexuelle vis-à-vis des catégories du MSQ-F.

La catégorie « statut marital » comporte significativement une différence de distribution, pour les sous-catégories « couple » et « célibataire » par rapport à l'estime de soi sexuelle ($p=0,029$), la satisfaction sexuelle ($p=0,024$), la dépression sexuelle ($p=0,002$) et les sentiments négatifs vis-à-vis de la sexualité ($p=0,004$).

La catégorie « enfant » comporte significativement une différence de distribution, pour les sous-catégories « pas d'enfants » et « 1 ou plus » par rapport à l'assertivité sexuelle ($p=0,013$).

La catégorie « paraphilie » comporte significativement une différence de distribution, pour les sous-catégories « non » et « oui » par rapport à l'estime de soi sexuelle ($p=0,006$), l'anxiété sexuelle ($p=0,046$), la dépression sexuelle ($p=0,001$) et les sentiments négatifs vis-à-vis de la sexualité ($p=0,002$).

La catégorie « reconnaissance des faits » comporte significativement une différence de distribution, pour les sous-catégories « non » et « oui » par rapport à l'anxiété sexuelle ($p=0$), la dépression sexuelle ($p=0,001$), la satisfaction sexuelle ($p=0,013$) et les sentiments négatifs vis-à-vis de la sexualité ($p=0$).

La catégorie « victime de faits sexuels » comporte significativement une différence de distribution, pour les sous-catégories « non » et « oui » par rapport aux sentiments négatifs vis-à-vis de la sexualité ($p=0,045$).

La catégorie « intérêt pour un suivi sexologique » comporte significativement une différence de distribution, pour les sous-catégories « non » et « oui » par rapport à l'anxiété sexuelle ($p=0,045$), la dépression sexuelle ($p=0,005$) et les sentiments négatifs vis-à-vis de la sexualité ($p=0,006$).

Les résultats sont tous rapportés dans le tableau 6.

Le tableau 7 répertorie les moyennes des données significatives afin de pouvoir comprendre le sens de corrélation.

Tableau 6. Significativité entre données socio-démographiques et MSQ-F (p-value)

Catégorie	Estime de soi sexuelle	Sexuel	Anxiété sexuelle	Assertivité sexuelle	Dépression sexuelle	Peur du sexe	Satisfaction sexuelle	SNS
Niveau d'étude	0,313	0,905	0,354	0,968	0,275	0,275	0,603	0,208
Statut professionnel	0,381	0,397	0,845	0,325	0,102	0,26	0,269	0,227
Statut marital	0,029*	0,387	0,085	0,863	0,002**	0,085	0,024*	0,004**
Enfant	0,197	0,809	0,314	0,013*	0,918	0,863	0,387	0,809
Âge	0,845	0,468	0,251	0,094	0,623	0,935	0,475	0,581
Antécédent psychiatrique	0,791	0,622	0,34	0,154	0,569	0,85	1	1
Traitement médicamenteux des AVS	0,583	0,502	0,064	0,119	0,285	0,866	0,338	0,185
Paraphilie	0,006**	0,856	0,046*	0,799	0,001**	0,056	0,067	0,002**
Reconnaissance des faits	0,897	0,462	0**	0,41	0,001**	0,31	0,013*	0**
Victime de faits sexuels	1	0,547	0,076	0,697	0,089	0,053	1	0,045*
Autres peines que pour des faits sexuels	0,255	0,856	0,322	0,636	0,488	0,799	0,535	1
Incorporation des faits à leur vie sexuelle	0,488	0,913	0,287	0,255	0,149	0,224	0,535	0,197
Verbalisation spontanée de dysfonction sexuelle	0,702	0,193	0,31	0,754	0,602	0,754	0,651	0,651
Intérêt pour un suivi sexologique	0,75	0,064	0,045*	0,697	0,005**	0,161	0,185	0,006**

Tableau 7. Moyenne des catégories retrouvant une différence significative

Catégorie	Estime de soi sexuelle (/25)	Anxiété (/25)	Assertivité sexuelle (/25)	Dépression sexuelle (/25)	Satisfaction sexuelle (/25)	SNS (/70)	
Statut marital	Célibataire	11,2	-	-	15,6	9,6	41,5
	Couple	14,2	-	-	7,6	16,4	28,3
Enfant	0	-	-	11,7	-	-	-
	1 ou plus	-	-	16,9	-	-	-
Paraphilie	Absente	14	10,4	-	8,8	-	28,2
	Présente	9,9	15,4	-	17,9	-	46,4
Reconnaissance des faits	Non	-	5	-	5	20	17
	Oui	-	13,8	-	13,4	11,2	38,4
Victime de faits sexuels	Non	-	-	-	-	-	29,5
	Oui	-	-	-	-	-	42
Intérêt pour un suivi sexologique	Non	-	9,3	-	7,6	-	26
	Oui	-	13,8	-	14,4	-	39

5.4 Discussion

Le but de cette étude est d'évaluer les sous-composantes psychologiques de la sexualité, absentes des études sur la psychologie des AVS.

Ces patients ont formulé un intérêt pour une prise en charge sexologique supérieure à 60%.

5.4.1 | Caractéristiques de la population et sous-composantes psychologiques de la sexualité

Un des objectifs de cette étude était d'évaluer les sous-composantes psychologiques de la sexualité et d'étudier d'éventuelles corrélations liées aux caractéristiques de la population.

Ainsi, le fait d'être en couple serait corrélé à une meilleure estime de soi sexuelle et de satisfaction sexuelle. A l'inverse, le célibat serait en faveur d'un risque majoré de dépression sexuelle et de sentiments négatifs vis-à-vis de la sexualité.

De même, avoir des enfants est corrélé dans notre étude à l'assertivité sexuelle.

Ces résultats semblent être en faveur d'une plus grande fréquence des composantes positives psychologiques de la sexualité pour les personnes ayant ou ayant eu une vie de couple et familiale. Le célibat, à l'inverse semble plus être lié à des composantes psychologiques négatives de la sexualité, à l'origine d'inquiétude exprimée au cours des entretiens.

En ce qui concerne les troubles paraphiliques présents au sein des faits judiciairisés, on observe une plus grande proportion d'anxiété sexuelle, de dépression sexuelle et de

sentiments négatifs vis-à-vis de la sexualité. Par ailleurs ils diminuent l'estime de soi sexuelle. Les patients de cette étude qui verbalisent spontanément une paraphilie ne sont plus dans le déni ou l'évitement de leurs pensées dysfonctionnelles. Cette absence de déni génère chez ces patients des sentiments de culpabilité, d'anxiété et d'incapacité à les contrôler. Tous ces éléments se retrouvent dans notre étude par la prévalence des composantes négatives psychologiques de la sexualité.

Dans les patients en reconnaissance des faits, l'étude montre une plus grande proportion d'anxiété sexuelle, de dépression sexuelle, de peur du sexe et de sentiment négatif vis-à-vis de la sexualité. Au cours des entretiens réalisés, certains de ces patients reconnaissant les faits, témoignent d'une culpabilité envahissant l'ensemble de la sphère sexuelle à tel point qu'ils expriment une inquiétude sur la légitimité et la légalité de toutes activités sexuelles consenties entreprises.

A contrario, les patients dans la non reconnaissance des faits, ont une meilleure satisfaction sexuelle. Souvent ces patients condamnés par la justice pour agression sexuelle ne sont pas conscients du caractère agressif de leur acte. Dans les entretiens, ce sont ces patients qui tiennent un discours de victimisation par rapport au système judiciaire. Cette position de déni des faits les protège d'une remise en cause et d'un questionnement authentique sur leur sexualité.

Les condamnés ayant été eux-mêmes victimes d'agressions sexuelles, qui représentent 40 % de notre échantillon, ont plus de sentiments négatifs vis-à-vis de la sexualité. L'agression sexuelle subie est à l'origine d'un traumatisme, souvent dénié ou souvent inconscient que l'on retrouve comme un évènement désorganisateur de la sexualité.

Par ailleurs, les personnes présentant un niveau plus important d'anxiété sexuelle, de dépression sexuelle et de sentiments négatifs vis-à-vis de la sexualité ont un intérêt plus marqué pour une prise en charge sexologique, en rapport avec un meilleur insight.

Ces résultats pourraient permettre de cibler les prises en charge sexologiques en fonction de ces critères socio-démographiques et des critères criminologiques (paraphilie, reconnaissance des faits et victime d'agression sexuelle).

Cette étude tend à montrer que les questionnaires spécifiques à la sexualité pourraient permettre de sélectionner en début de traitement les groupes de patients susceptibles à la fois d'adhérer aux propositions de soins sexologiques ainsi que d'en tirer les bénéfices.

5.4.2 | Limites et forces de cette étude

Cette étude présente plusieurs biais :

- Biais d'absence d'uniformité dans notre population ; notre population est composée de tous types d'AVS, les infractions commises sont très diverses (pédophilie, viol sur majeur et exhibitionnisme)
- Le faible échantillon est également un biais important (21 patients)
- L'absence de comparaison avec un groupe contrôle est évidemment un biais important, nous n'avons pas la répartition des sous composantes psychologiques de la sexualité d'une population témoin

- L'approche par un questionnaire sur des concepts aussi complexes que celui du désir sexuel est forcément limitative et une approche plus fine par analyse de contenu pourrait être un complément intéressant à ce dernier.

Dans notre revue de la littérature nous n'avons pas retrouvé d'autres travaux de recherche sur les sous-composantes psychologiques de la sexualité chez les auteurs de violences sexuelles. De ce fait notre étude, malgré ces biais ne peut être comparée et pourrait être proposée comme une invitation à d'autres études de plus grandes envergures.

Cette étude reflète le caractère exceptionnel de l'approche sexologique dans la prise en charge des AVS, la sexologie étant essentiellement adressée à la population générale.

Un abord spécifique de la sexualité pourrait être complémentaire avec plusieurs objectifs comme la compréhension du mécanisme de déviance sexuelle, l'éducation sexuelle et l'accompagnement vers une sexualité non pénalement sanctionnée.

6 Conclusion

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles est une question majeure de Santé Publique.

La prévention primaire est la cible des actions réalisées sur les jeunes populations.

La prévention de la récurrence des patients ayant commis des agressions sexuelles et leur réinsertion sont les objectifs majeurs du soin pénalement ordonné. La sexologie pourrait la renforcer en améliorant la santé sexuelle. Elle commence d'ailleurs à être couramment utilisée comme au Canada.

Le questionnaire sur la sexualité, objet de notre travail, souligne l'intérêt d'interroger plus spécifiquement la sexualité de ces patients, au-delà de l'acte agressif.

Ce questionnaire semblait répondre aux attentes de certains patients comme l'illustre le fait que plusieurs patients ayant accepté de répondre aux questionnaires ont émis le souhait de poursuivre les entretiens sur la sexualité.

Des thérapeutes en charge de ces patients nous ont rapporté des évolutions positives suite à ces entretiens ; les patients ayant évoqué des problématiques jusqu'alors non verbalisées. Certains de ces thérapeutes ont même émis le désir d'une coopération future pour la mise en place de projets thérapeutiques tels que des groupes de parole ou des thérapies individuelles centrées sur la sexualité.

Cette étude n'est bien sûr qu'une ébauche et d'autres à plus grande échelle et plus sélectives sont nécessaires.

Nous espérons qu'elle pourra contribuer à améliorer la prise en charge de la sexualité des auteurs d'agressions sexuelles dans l'ensemble de ses composantes et ainsi participer à la prévention de la récidive et améliorer la qualité de vie de ces personnes

Bibliographie

1. Larousse É. Définitions : sexologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexologie/72463>
2. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - sexologie [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/sexologie/16104>
3. Krafft-ebing RV. Psychopathia Sexualis. Verlag von Ferdinand enke. 1886
4. Freud S. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Leipzig und Wien Franz Deuticke. 1905
5. Malinowski B. Sex and Repression in Savage Society. 1927
6. Malinowski B. The Sexual Life of Savages in North Western Melanesia. Routledge. 1929
7. Ellis H. Studies in the Psychology of Sex. The F. A. Davis Company. 1901
8. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual Behavior in the Human Male. 1948
9. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual Behavior in the Human Female. 1953
10. Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Response. Little, Brown and co. 1966
11. Cleveland MJ, Testa M, Hone LSE. Examining the Roles of Heavy Episodic Drinking, Drinking Venues, and Sociosexuality in College Men's Sexual Aggression. J Stud Alcohol Drugs. 2019;80(2):177-85.
12. Spearson Goulet J-A, Tardif M. Exploring sexuality profiles of adolescents who have engaged in sexual abuse and their link to delinquency and offense characteristics. Child Abuse Negl. 2018;82:112-23.
13. Langevin S, Proulx J, Lacourse E. Sexual Aggressors Against Women's Sexual Lives: A Latent Class Analysis. Int J Offender Ther Comp Criminol. mai 2018;62(6):1430-51.
14. Jordan K, Fromberger P, Müller I, Wernicke M, Stolpmann G, Müller JL. Sexual interest and sexual self-control in men with self-reported sexual interest in children - A first eye tracking study. J Psychiatr Res. 2018;96:138-44.
15. McKibbin G, Humphreys C, Hamilton B. « Talking about child sexual abuse would have helped me »: Young people who sexually abused reflect on preventing harmful sexual behavior. Child Abuse Negl. août 2017;70:210-21.
16. Wurtele SK, Simons DA, Moreno T. Sexual Interest in Children Among an Online Sample of Men and Women: Prevalence and Correlates. Sexual Abuse [Internet]. 11 nov 2013 [cité 6 mai 2020]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1079063213503688>
17. Henry N, Powell A. Technology-Facilitated Sexual Violence: A Literature Review of

Empirical Research. *Trauma Violence Abuse*. 2018;19(2):195-208.

18. Baarsma ME, Boonmann C, 't Hart-Kerkhoffs LA, de Graaf H, Doreleijers TAH, Vermeiren RRJM, et al. Sexuality and Autistic-Like Symptoms in Juvenile Sex Offenders: A Follow-Up After 8 Years. *J Autism Dev Disord*. août 2016;46(8):2679-91.
19. Konrad N, Welke J, Opitz-Welke A. Paraphilias. *Curr Opin Psychiatry*. nov 2015;28(6):440-4.
20. Potter NN. Philosophical issues in the paraphilias. *Curr Opin Psychiatry*. nov 2013;26(6):586-92.
21. Krahé B, Berger A. Men and women as perpetrators and victims of sexual aggression in heterosexual and same-sex encounters: a study of first-year college students in Germany. *Aggress Behav*. oct 2013;39(5):391-404.
22. Driemeyer W, Spehr A, Yoon D, Richter-Appelt H, Briken P. Comparing sexuality, aggressiveness, and antisocial behavior of alleged juvenile sexual and violent offenders. *J Forensic Sci*. mai 2013;58(3):711-8.
23. Schaefer GA, Mundt IA, Feelgood S, Hupp E, Neutze J, Ahlers CJ, et al. Potential and Dunkelfeld offenders: two neglected target groups for prevention of child sexual abuse. *Int J Law Psychiatry*. juin 2010;33(3):154-63.
24. Mohammadkhani P, Forouzan AS, Khooshabi KS, Assari S, Lankarani MM. Are the predictors of sexual violence the same as those of nonsexual violence? A gender analysis. *J Sex Med*. août 2009;6(8):2215-23.
25. Oneal BJ, Burns GL, Kahn TJ, Rich P, Worling JR. Initial psychometric properties of a treatment planning and progress inventory for adolescents who sexually abuse. *Sex Abuse*. juin 2008;20(2):161-87.
26. Drake CR, Pathé M. Understanding sexual offending in schizophrenia. *Crim Behav Ment Health*. 2004;14(2):108-20.
27. Shaw JA. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. déc 1999;38(12 Suppl):55S-76S.
28. Beier KM. Differential typology and prognosis for dissexual behavior--a follow-up study of previously expert-appraised child molesters. *Int J Legal Med*. 1998;111(3):133-41.
29. Marshall WL. Intimacy, loneliness and sexual offenders. *Behav Res Ther*. 1989;27(5):491-503.
30. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
31. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

32. [strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf) [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf. Mars 2017
33. Blachère P. La sexologie légale : une approche scientifique indispensable pour dépasser les clivages idéologiques en matière d'infractions à caractère sexuel. 27 avr 2018 Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1210903>
34. Delarue, JM. et al. (2018). Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.
35. 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.
36. Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.
37. Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité - Article 46.
38. LOI n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs. 2007-1198 août 10, 2007.
39. LOI n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. 2008-174 févr 25, 2008.
40. CIRCULAIRE N°DHOS/DGS/O2/6C/2006/168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux
41. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
42. Rapport n°216-06-13-SAN-021. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. 13 juin 2016
43. Recommandation HAS prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineur de moins de 15ans. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_recommandations.pdf
44. Balier C, Ciavaldini A, Girard-khayat M. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels. La documentation Française. Novembre 1996.
45. Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JMW, WFSBP Task Force on Sexual Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. World J Biol Psychiatry. juin 2010;11(4):604-55. Actualisation en 2019 à paraître.
46. Article L3711-3. Code de la santé publique.

47. Chapitre 16 - Tumeurs de la prostate [Internet]. 2016 Disponible sur: <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/tumeurs-de-la-prostate.html>
48. Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JMW, WFSBP Task Force on Sexual Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry*. juin 2010;11(4):604-55.
49. Beech AR, Mitchell IJ. A neurobiological perspective on attachment problems in sexual offenders and the role of selective serotonin re-uptake inhibitors in the treatment of such problems. *Clin Psychol Rev*. févr 2005;25(2):153-82.
50. Kafka MP, Coleman E. Serotonin and paraphilias: the convergence of mood, impulse and compulsive disorders. *J Clin Psychopharmacol*. juin 1991;11(3):223-4.
51. Keller Ashton A, Hamer R, Rosen RC. Serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction and its treatment: a large-scale retrospective study of 596 psychiatric outpatients. *J Sex Marital Ther*. 1997;23(3):165-75.
52. Jacobsen FM. Fluoxetine-induced sexual dysfunction and an open trial of yohimbine. *J Clin Psychiatry*. avr 1992;53(4):119-22.
53. Thibaut, F. (2018). Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.
54. Davies TS. Cyproterone acetate for male hypersexuality. *J Int Med Res*. 1974;2(2):159-63.
55. Laschet U, Laschet L. Antiandrogens in the treatment of sexual deviations of men. *Journal of Steroid Biochemistry*. 1 juin 1975;6(6):821-6.
56. Bradford JM, Pawlak A. Double-blind placebo crossover study of cyproterone acetate in the treatment of the paraphilias. *Arch Sex Behav*. oct 1993;22(5):383-402.
57. Meyer WJ, Cole C.M. (1997). 'Physical and Chemical Castration of Sex Offenders: A Review', *J Off Rehab*, 25(3/4), 1-18
58. Archer E, Aubut J, Danan M, Lamothe P, Buisson G (du) MD. Conférence de consensus. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle : Conférence de consensus 22 et 23 novembre 2001. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2002. 581 p
59. Thibaut F, Cordier B, Kuhn JM. Effect of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia. *Acta Psychiatr Scand*. juin 1993;87(6):445-50.
60. Czerny J-P, Briken P, Berner W. Antihormonal treatment of paraphilic patients in German forensic psychiatric clinics. *Eur Psychiatry*. avr 2002;17(2):104-6.
61. Jordan K, Fromberger P, Laubinger H, Dechent P, Müller JL. Changed processing of visual sexual stimuli under GnRH-therapy--a single case study in pedophilia using eye tracking and fMRI. *BMC Psychiatry*. 17 mai 2014;14:142.

62. Pauti J. Sexuality assessment ; validation of the french translation Multidimensional Sexualitu Questionnaire (MSQ) (in press)
63. Snell W, Fisher T, Walters A. The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An Objective Self-Report Measure of Psychological Tendencies Associated With Human Sexuality. *Annals of Sex Research*. 1 mars 1993;6:27-55.