



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Harmonisation des pratiques par la mise en place d'un guide
d'entretien pour le Service Téléphonique d'Orientation et de
Prévention (STOP)**

Présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2023 à 16h
au Pôle Formation
par Axel ANDRE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Madame le Docteur Tiphaine SEGURET

Monsieur le Docteur Jérôme PRIZAC

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Tiphaine SEGURET

AUTEUR : ANDRE Axel

Date de soutenance : 19 octobre 2023

Titre de la thèse : Harmonisation des pratiques par la mise en place d'un guide d'entretien pour le Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention (STOP)

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : *Psychiatrie - Médecine Légale*

DES + FST/option : *Psychiatrie*

Mots-clés : Agression sexuelle sur mineur, Pédophilie, Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention, STOP.

Résumé :

Le Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention Stop est un numéro unique, gratuit et confidentiel, destiné aux personnes attirées sexuellement par les enfants. Il n'existe actuellement pas de support destiné à l'accompagnement des répondants du dispositif.

Le travail réalisé dans cette thèse consiste à recenser les facteurs de risques identifiés dans la littérature, ainsi qu'à mettre en place une méthodologie d'évaluation de risque de passage à l'acte envers des enfants, afin d'accompagner les écoutants dans leurs entretiens.

Bien que nous ayons reçus des retours positifs des écoutants de différents CRIAVS, nous n'avons pas évalué l'efficacité de ce guide d'entretien. Des travaux ultérieurs sur l'efficacité de ce guide seront donc nécessaires.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Madame le Docteur Tiphaine SEURET

Monsieur le Docteur Jérôme PRIZAC

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Tiphaine SEURET

Harmonisation des pratiques par la mise en place d'un guide d'entretien pour le Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention (STOP)

Introduction.....	1
Violences sexuelles et pédophilie.....	2
Les violences sexuelles.....	2
Définitions juridiques.....	3
Les infractions sexuelles sur mineur.....	3
Le viol.....	3
Les agressions sexuelles.....	4
La corruption de mineur.....	4
La sextorsion.....	5
L'atteinte sexuelle sur mineur.....	5
L'exhibition sexuelle.....	5
La pédophilie.....	5
La pédocriminalité.....	5
Epidémiologie de la pédophilie.....	6
Le trouble paraphile.....	7
Nosographie de la pédophilie.....	8
Le DSM.....	8
La CIM (évolution du diagnostic jusqu'à aujourd'hui).....	9
Après la puberté.....	10
L'hébéphilie, préférence sexuelle pour les adolescents en début de puberté.....	11
L'éphébophilie, préférence pour les adolescents pubères.....	11
Diagnostiques psychiatriques différentiels principaux.....	11
Cas de l'inceste.....	12
Le P-TOC.....	12
Outils diagnostics.....	13
La phallométrie.....	13
L'oculométrie.....	14
Les questionnaires SSPI.....	14

L'imagerie cérébrale fonctionnelle.....	15
Interventions thérapeutiques.....	15
Pharmacologiques.....	15
Les inhibiteurs de la Testostérone.....	15
Les médicaments non hormonaux.....	16
Psychothérapeutiques.....	16
Individuelles.....	17
De groupe.....	18
Les agressions sexuelles sur mineur : un enjeu de santé publique.....	19
Epidémiologie des violences sexuelles sur mineur en France.....	19
Prévalence:.....	19
Chiffres annexes.....	20
Conséquences pour les victimes en terme de comorbidité.....	21
Conséquences économiques pour la société.....	22
La prévention des violences sexuelles.....	23
La prévention selon l'OMS.....	23
La prévention primaire.....	23
Prévention secondaire.....	23
Prévention tertiaire.....	24
La prévention secondaire en France et à l'étranger.....	24
En France.....	25
Le Réseau Ecoute et Orientation.....	25
L'association Une Vie et le projet PodoHelp.....	26
L'association Une Vie.....	26
Le projet PodoHelp.....	26
L'association l'ange bleu.....	27
A l'étranger.....	28
Royaume Uni et Irlande.....	28
Aux Etats Unis.....	28
Allemagne.....	30
En Belgique.....	31
Histoire du dispositif STOP.....	33
Les CRIAVS.....	33
La FFCRIAVS.....	34
Mise en place du dispositif.....	35
Fonctionnement du dispositif.....	37
Déroulé d'un appel.....	37
Cadre légal de l'appel téléphonique.....	39
La confidentialité et l'anonymat.....	40
Evaluation du dispositif.....	40
Chiffres expérimentation.....	41
Bilan chiffré 2021-2022.....	41
Problématique:.....	42
Méthodologie.....	43

Rédaction du guide d'entretien.....	43
Recueil des facteurs de risques.....	44
Evaluation du risque:.....	44
Résultats.....	45
Les facteurs de risques statiques.....	45
L'âge.....	46
Le genre.....	46
Les antécédents personnels de victimisation.....	47
Les antécédents de passage à l'acte.....	48
La déficience intellectuelle.....	49
Les facteurs de risque dynamiques.....	50
La présence d'une déviance sexuelle.....	50
Le trouble pédophile.....	50
La consultation d'images pédopornographiques.....	51
L'association à d'autres troubles paraphiles.....	52
La préférence sexuelle pour les enfants du même sexe.....	53
Les personnalités pathologiques.....	53
Le trouble de personnalité antisociale.....	53
Le trouble de personnalité borderline.....	54
Les troubles liés à l'usage d'une substance.....	54
L'hypersexualité.....	55
La proximité avec les enfants.....	56
Les comorbidités psychiatriques.....	56
Les facteurs de protection.....	57
Stadification du risque de passage à l'acte.....	58
Le modèle "Risque, Urgence, Dangerosité" (RUD).....	58
Transposition du RUD à l'évaluation du risque de passage à l'acte chez un agresseur potentiel d'enfant.....	60
Rédaction du guide d'entretien.....	60
Discussion.....	63
Conclusion.....	67
Bibliographie.....	68
Annexe.....	76

Introduction

Les violences sexuelles sur mineurs sont un enjeu de santé publique encore largement sous-estimé bien que de plus en plus mis en avant. Aujourd'hui la prévention de ces violences repose en grande partie sur la prévention tertiaire et donc une fois le passage à l'acte effectué.

Le Service Téléphonique d'Orientation et de prévention (STOP) est un dispositif de prévention secondaire qui cible les personnes ayant une attirance sexuelle envers les mineurs afin de prévenir un passage à l'acte. Le numéro STOP est un numéro unique, national et gratuit qui a été lancé officiellement en 2021, après une période d'expérimentation de 2 ans.

Les répondants du numéro STOP sont issus de diverses professions, parmi eux on retrouve des infirmiers, des psychologues ou encore des psychiatres. On retrouve une grande hétérogénéité dans la formation des répondants, et il n'existe actuellement aucune recommandation de pratique pour les répondants.

L'objectif de cette thèse est donc de tenter d'harmoniser les pratiques des professionnels, en proposant un guide d'entretien, qui permettra de soutenir les répondants dans leurs entretiens. Il s'agit d'obtenir des informations pertinentes pour l'évaluation du risque de passage à l'acte et l'orientation de l'appelant.

Pour ce faire, nous utiliserons le modèle "Risque Urgence Dangerosité", utilisé et validé dans l'évaluation du risque suicidaire, afin de le transposer à l'évaluation du risque de violences sexuelles à partir des données que nous aurons recueilli dans la littérature.

Lors des différentes prises de contact avec les intervenants du dispositif, il a été mis en évidence de manière récurrente, une grande fragilité dans le lien thérapeutique. L'accès aux soins était une priorité pour les professionnels interrogés, le risque de perdus de vue étant très important.

C'est pour cette raison que le choix de réalisation d'un guide plutôt que d'un questionnaire standardisé s'est imposé dans ce travail.

Violences sexuelles et pédophilie

Dans cette partie nous aborderons les différentes notions juridiques qui concernent les violences sexuelles sur mineur.

Nous aborderons ensuite la question de la pédophilie, thématique centrale des violences sexuelles sur mineur.

Les violences sexuelles

Les violences à caractère sexuel recouvrent les situations dans lesquelles une personne impose à autrui un ou des comportements, un ou des propos (oral ou écrit) à caractère sexuel. En d'autres termes, ils sont subis et non désirés par la victime. Elles sont l'expression de la volonté de pouvoir de l'auteur sur la victime (1).

Elles se présentent donc sous différentes formes, telles que les agressions sexuelles, les viols, le harcèlement sexuel, la corruption de mineurs, le voyeurisme...

Les définitions de ces différentes formes de violences peuvent varier selon les sociétés, mais également au sein d'une même société. Ici, nous utiliserons les définitions juridiques qui sont inscrites dans le Code Pénal.

La pratique du médecin s'intéressant aux violences sexuelles revêt bien évidemment une dimension médicale, qui renvoie à ses connaissances et pratiques cliniques, mais également à une dimension légale. Le médecin doit donc comprendre le langage juridique et médical, afin de parfois distinguer deux réalités désignées sous un même nom.

On peut par exemple citer l'exemple d'un individu condamné pour exhibitionnisme devant un enfant. Il sera désigné par le juriste comme pédophile. Cependant, d'un point de vue médical, cet individu peut être simplement exhibitionniste sans signer un trouble pédophile.

Définitions juridiques

Les infractions sexuelles sur mineur

Les mineurs victimes de violences à caractère sexuel font l'objet d'une protection particulière. Ils peuvent faire appel à des services spécialisés, et déposer plainte, seuls. Ces infractions sont punies plus sévèrement, et le délai de prescription est allongé.

De plus, il est obligatoire pour les personnes ayant connaissance de ces faits de les signaler à la justice ou à la Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), sans quoi ces personnes s'exposent à des poursuites pour non assistance à personne en danger.

Un mineur est un individu de moins de 18 ans, cependant en France la "majorité sexuelle" est fixée à 15 ans, ce qui implique des différences que la victime soit âgée de moins de 15 ans ou de 15 à 18 ans (2). En effet, en dehors du viol, de la corruption de mineur, l'agression sexuelle, la sextorsion et le recours aux prostitués mineurs ou la loi ne diffère pas entre ces deux groupes, pour les individus de moins de 15 ans, sont ajoutées les notions d'atteinte sexuelle et de proposition sexuelle.

Il convient cependant de noter que ces dispositions ne sont pas valables pour des adolescents entretenant une relation amoureuse et ayant moins de 5 ans d'écart. Dans ce cadre, la relation sera considérée comme consentie jusqu'à preuve du contraire.

Le viol

Le code pénal (3) définit le viol comme "tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur une personne par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol."

La sanction pour un viol est de 15ans de réclusion criminelle, et jusqu'à 20ans si la victime est un mineur, et que la différence d'âge est inférieure à 5 ans ou qu'il est 15ans ou moins.

Les agressions sexuelles

Il définit les agressions sexuelles comme “toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte ou surprise, ou dans les cas prévus par la loi.”

Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. En ce qui concerne un mineur de moins de 15 ans, la peine est de 7 ans et 100 000 euros d'amende.

Elle est encore majorée à 10 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende en cas de:

- blessure ou lésion.
- présence d'une ascendance ou toute autorité de droit ou de fait sur la victime
- usage ou menace d'une arme
- état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ;
- substance administrée à la victime, à son insu, afin d'altérer son discernement ou le contrôle de ses actes.

Qu'il s'agisse des viols ou des agressions sexuelles, la tentative est punie de la même façon que l'acte.

La corruption de mineur

La corruption de mineur est définie dans le dictionnaire Larousse comme un “délit consistant à éveiller les pulsions sexuelles d'un mineur, par exemple en le rendant témoin d'actes sexuels, en lui procurant des objets ou des documents pornographiques. (Les mêmes peines sanctionnent le majeur qui organise des réunions comportant des exhibitions ou des relations sexuelles auxquelles un mineur assiste ou participe.)”(4)

La peine encourue pour cette infraction est de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amendes selon le code pénal.

La sextorsion

La sextorsion est un délit qui consiste à inciter un mineur à transmettre ou à diffuser des images ou vidéos dans lesquelles il effectue des actes pornographiques.

L'atteinte sexuelle sur mineur

Elle désigne tout comportement en lien avec l'activité sexuelle (avec ou sans pénétration), adopté par un majeur à l'encontre d'un mineur de moins de 15 ans, sans qu'il y ait violence, contrainte, menace ou surprise.

L'exhibition sexuelle

L'exhibition sexuelle correspond à l'imposition à la vue d'autrui, dans un lieu accessible aux regards, la commission explicite d'un acte sexuel, réel ou simulé, même en l'absence d'exposition d'une partie dénudée du corps.

La pédophilie

La pédocriminalité

On utilise le terme de «pédocriminel » pour désigner un adulte ayant des relations sexuelles avec des enfants. Il est donc primordial de différencier le trouble pédophilique de la pédocriminalité. La pédocriminalité faisant référence aux violences sexuelles commises sur des mineurs.

Le terme de « pédophile » est très souvent utilisé, et à tort, afin de désigner une personne responsable d'agressions à caractère sexuel sur un ou des mineurs.

En effet, l'attirance sexuelle pour les enfants prépubères n'est ni nécessaire ni suffisante pour expliquer les violences sexuelles commises sur des mineurs (5).

Elle n'est pas nécessaire car un grand nombre de passages à l'acte sont l'expression de relations de pouvoir, de violence, de domination, ou résultent du manque de repères, du manque de limites dans le rapport à l'autre, ou encore de l'immaturation de l'agresseur.

Si elle n'est pas nécessaire, l'attirance sexuelle pour les enfants constitue malgré tout un facteur de risque de passage à l'acte pédocriminel.

L'attirance sexuelle n'est pas non plus suffisante, car elle n'inclut pas l'ignorance du consentement de l'autre et de la loi. Cette forme d'attirance sexuelle déviante fait, pour certains, partie intégrante de leur personnalité et n'entraîne pas de sentiment de culpabilité, comme par exemple dans certains cas de personnalité pathologique sur lesquels nous reviendrons par la suite. En revanche, pour d'autres, présenter de telles attirances relève d'un supplice, source de honte et d'angoisses, on parle alors de pédophilie égodystonique.

Parmi les agresseurs sexuels d'enfants, environ 40 % à 50 % des délinquants sexuels ayant des enfants victimes ne sont pas des pédophiles en raison de leur excitation sexuelle ou de leur comportement (6).

Il est primordial de distinguer ces notions, la stigmatisation dont sont victimes les individus souffrant de trouble pédophilique, notamment par l'intermédiaire de la médiatisation des affaires d'agressions sexuelles sur mineur étant un frein pour certains à verbaliser leurs problèmes, et donc un frein à leur entrée dans les soins (7).

Epidémiologie de la pédophilie

Dans la population générale, les estimations de la prévalence de la pédophilie oscillent de 2% à 20% avec de nombreux biais dans les études (8). .

Ceci s'explique en partie par le tabou lié à la pédophilie, mais également par la manière de la définir dans les études.

D'après le dossier de presse du lancement du dispositif STOP (9), citant trois études qualifiées de sérieuses (10) (11) (12), 20% correspondraient à une attirance sexuelle pour les enfants transitoires, et 5% au trouble pédophile en tant que tel.

Quatres autres études plus récentes indiquent qu'environ 1 à 5% de la population masculine a une préférence sexuelle pour les enfants prépubères (13), (14), (15), (6).

La préférence sexuelle est généralement établie durant la fin de l'adolescence. D'après une étude menée durant la phase d'évaluation du projet Dunkelfeld dont nous reparlerons un peu plus loin, les participants disent avoir découvert leur préférence sexuelle en moyenne à 22 ans (16).

Le trouble paraphile

Le DSM-III définit la paraphilie comme " *La nécessité de recourir à un support imaginaire ou à des actes bizarres pour obtenir une excitation sexuelle constitue la caractéristique essentielle de ce trouble. Un tel recours ou l'existence de tels actes se répétant involontairement et avec insistance correspond : (1) soit à une préférence, à des fins d'excitation sexuelle, pour des objets inanimés ; (2) soit à une activité sexuelle répétitive avec des personnes placées dans un contexte de souffrance et d'humiliation (réelles ou simulées) ; (3) soit à une activité sexuelle répétée avec des partenaires non consentants. Dans d'autres classifications, ces troubles sont désignés sous le nom de Déviations sexuelles. Le terme de Paraphilie est préférable en ce qu'il met justement l'accent sur le caractère déviant (para) de ce vers quoi l'individu est attiré (philia) "*

C'est le DSM-V qui introduit la notion de trouble paraphile, qu'il définit comme tel :
" *Un trouble paraphilique est une paraphilie qui cause d'une façon concomitante une détresse ou une altération du fonctionnement chez l'individu ou une paraphilie dont la satisfaction a entraîné un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour d'autres personnes. Le fait d'avoir une paraphilie est une condition nécessaire mais non suffisante pour présenter un trouble paraphilique et une paraphilie en soi ne justifie ou ne requiert pas nécessairement une intervention clinique*"

Beier et Coll, dans leur étude de 2005, semblent montrer que la préférence sexuelle en général, se manifeste pendant l'adolescence et demeurerait inchangée tout au long de la vie (17).

Nosographie de la pédophilie

Le DSM

Le DSM-III (3ème édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) introduit pour la première fois la pédophilie dans sa nomenclature. Il place la pédophilie dans le chapitre des "Troubles psychosexuels", au paragraphe des "Paraphilies". La pédophilie faisant référence aux "partenaires non consentants" présentés dans la définition des paraphilies de l'ouvrage.

Dans cette version de l'ouvrage, le diagnostic de pédophilie doit répondre à 2 critères qui restent très imprécis avec même des contradictions (18) :

"A. La relation sexuelle (agie ou fantasmée) avec des enfants prépubères est la méthode préférentielle, répétée, voire exclusive, d'obtention d'une excitation sexuelle.

B. Si l'individu est un adulte, l'enfant prépubère doit être âgée au moins de 10 ans plus jeune. Si l'individu est à la fin de l'adolescence, aucune différence d'âge précise n'est requise ; le jugement clinique devra tenir compte autant de la différence d'âge que de la maturité sexuelle de l'enfant. "

La version révisée du DSM-III change le terme d' "individus non consentants" pour utiliser "enfants". Il introduit la nécessité "d'agir sous impulsion" ou encore de "perturbation du sujet" pour signer le diagnostic, mais aussi des critères d'évaluation de l'intensité qu'il côtoie comme léger, moyen ou sévère.

Le DSM-IV (19) nous donne une nouvelle définition qui semble plus précise de la pédophilie, la classant une nouvelle fois parmi les paraphilies.

Le diagnostic de ce trouble répond à 3 critères A,B et C à savoir :

“A. Présence de fantasmes imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins 6 mois, impliquant une activité sexuelle avec un enfant ou des enfants prépubères (généralement âgés de 13 ans ou plus jeunes).

B. Les fantasmes, impulsions sexuelles, ou comportements sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Le sujet est âgé de 16 ans au moins et a au moins 5 ans de plus que l'enfant mentionné en A.”

Il exclut du diagnostic les sujets en fin d'adolescence entretenant des relations sexuelles avec des enfants de 12 à 13 ans.

Dans le DSM-V (20), la pédophilie devient « trouble pédophile ». Le DSM-V inclut également la nuance entre l'intérêt sexuel atypique (paraphilie) et le trouble mental (trouble paraphilique), par le fait que le second entraîne une souffrance pour le sujet et/ou pour autrui (dans le cadre d'un passage à l'acte par exemple). Il inclut également la caractérisation du trouble (exclusif/non exclusif, sur garçon/fille/ les deux ou encore limité à l'inceste)

La CIM (évolution du diagnostic jusqu'à aujourd'hui)

La CIM-10 (Classification internationale des maladies) ne donne pas de définition précise des troubles de la préférence sexuelle, qu'elle englobe dans le registre des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte. Elle se contente d'utiliser le terme de « pédophilie », désignant une préférence sexuelle pour les enfants, qu'il s'agisse de garçons ou de filles, ou de sujets de l'un ou l'autre sexe, généralement d'âge prépubère ou au début de la puberté.

L'évolution vers la CIM-11 [\(21\)](#) officialisée le 1er janvier 2022 abandonne la dénomination de « troubles de la préférence sexuelle » mentionnés dans la CIM-10

pour lui préférer le terme de « troubles paraphiliques » dans un nouveau chapitre consacré aux “affections liées à la santé sexuelle”, et en donne la définition suivante "Troubles caractérisés par des tendances à l'excitation sexuelle atypique persistantes et intenses, qui se manifestent par des pensées, des fantasmes, des pulsions ou des comportements sexuels, axés sur d'autres personnes, dont l'âge ou le statut les rend non désireuses ou incapables de consentir, et sur lesquelles le sujet a agi, ou par lesquelles il est profondément perturbé. Les troubles paraphiliques peuvent inclure des tendances à l'excitation impliquant des comportements solitaires ou des personnes consentantes, uniquement lorsque ceux-ci sont associés à une profonde détresse qui n'est pas simplement le résultat du rejet ou de la crainte du rejet de la tendance à l'excitation par les autres ou à un risque significatif de lésions ou de mort "

La nouvelle version de la CIM définit la pédophilie comme un " Trouble caractérisée par une tendance à l'excitation sexuelle soutenue, ciblée et intense qui se manifeste par des pensées, des fantasmes, des pulsions ou des comportements sexuels persistants à l'égard des enfants prépubères". Par ailleurs, pour que le trouble de pédophilie soit diagnostiqué, la personne doit avoir agi en fonction de ses pensées, fantasmes ou pulsions, ou en être profondément perturbée. Ce diagnostic ne s'applique pas aux comportements sexuels entre enfants pré ou post pubères du même âge ou ayant un âge proche ". Elle restreint la définition du trouble pédophilique à l'enfant prépubère contrairement à sa version précédente.

La nouvelle dénomination dans la CIM-11 se rapproche donc très fortement de celle du DSM-V paru en 2015. Elle introduit dans cette dernière version la notion de « tendances à l'excitation sexuelle ». Les deux manuels s'accordent également sur la nécessité de la présence d'une souffrance clinique pour le sujet ou d'un passage à l'acte pour distinguer le trouble paraphilique de la paraphilie.

Après la puberté

La définition de la pédophilie cible la préférence sexuelle envers les enfants prépubères. Certains auteurs distinguent donc aujourd'hui la pédophilie de l'hébéphilie et de l'éphébophilie.

L'hébéphilie, préférence sexuelle pour les adolescents en début de puberté

Le terme "d'hébéphiles" est utilisé pour définir les individus engagés dans des activités sexuelles préférentielles avec des mineurs pubères entre 13 et 16 ans (22). Des études suggèrent que l'hébéphilie est une paraphilie distincte, car les individus qui déclarent être les plus attirés par les enfants pubères présentent des schémas d'excitation sexuelle différents de ceux qui déclarent être les plus attirés par les enfants prépubères, avec des réponses plus importantes au groupe d'âge préféré (23). En pratique, la distinction avec la pédophilie à proprement parlé est principalement faite à des fins de recherche.

L'éphébobophilie, préférence pour les adolescents pubères

Pour certains auteurs tel que Seto (24) il existe une troisième catégorie qui concerne les adolescents pubères ayant atteint leur majorité sexuelle. Pour désigner cette catégorie de préférence sexuelle, on peut alors parler d'éphébobophilie.

Diagnostiques psychiatriques différentiels principaux

Les diagnostics différentiels du trouble pédophile sont nombreux. Tout antécédent de violences sexuelles sur mineur doit faire évoquer le diagnostic. Cependant, dans nombre de situations, l'agression sexuelle sur un mineur ne relève pas d'une attirance sexuelle envers les enfants et ne répond donc pas au critère A du DSM.

Les violences sexuelles sur mineurs par des délinquants non pédophiles s'expliquent par l'absence d'occasions sexuelles plus privilégiées, l'hypersexualité, les intérêts sexuels aveugles ou la désinhibition résultant de la consommation de substances ou d'autres facteurs (25).

On peut citer pour exemple les troubles liés à des substances désinhibitrices, les troubles de personnalité borderlines (en particulier les victimes d'actes pédocriminels répétés dans l'enfance) et les déficiences intellectuelles profondes en lien avec leur impulsivité ou encore les troubles de personnalité antisociale en lien avec leur manque d'empathie pour les victimes.

Parmi les diagnostics différentiels de pédophilie on peut retrouver le diagnostic de P-TOC pouvant être difficile à différencier par sa sémiologie extrêmement proche de celle de la pédophilie égodystonique. On retrouve également les cas de violences sexuelles sur mineur dans le cadre de l'inceste, ou les profils des auteurs semblent très différents de celui des auteurs "habituels".

Cas de l'inceste

Dans le cas de l'inceste, il semblerait que la déviance sexuelle (attirance sexuelle pour les enfants non pubères) et les éléments de la personnalité sociopathique soient bien moins représentés en comparaison avec les délinquants extrafamiliaux. En effet, les délinquants intrafamiliaux obtiennent généralement des résultats inférieurs aux mesures des tendances antisociales (26) (27) et montrent une excitation sexuelle moindre ou comparable chez les enfants par rapport aux délinquants extrafamiliaux (28) (29).

En revanche, les délinquants intrafamiliaux auraient tendance à avoir des victimes sur de plus longues périodes (30).

Les délinquants intrafamiliaux ont plus de possibilités de commettre des infractions que les délinquants extra familiaux, avec un accès plus facile aux enfants. Cependant, malgré la facilité avec laquelle ils peuvent voir accès aux victimes potentielles, l'inceste reste assez rare dans les familles (31).

Le P-TOC

Le trouble obsessionnel compulsif est une pathologie psychiatrique fréquente et largement sous diagnostiquée dans la population générale, avec une prévalence estimée entre 1 et 2% (32).

Il est fréquent de retrouver des craintes de nuire sexuellement aux enfants chez les personnes souffrant de trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Les patients atteints de P-TOC ont des inquiétudes excessives et des pensées intrusives pénibles sur le

fait d'être attirés sexuellement par des enfants, allant parfois jusqu'à la phobie d'impulsions de les violer. Deux études récentes montrent que parmi les personnes atteintes de TOC, pour 20% à 30% d'entre eux, les pensées sexuelles atypiques sont leurs principales obsessions (33) (34). Environ 25% des personnes atteintes de TOC auraient éprouvé des obsessions sexuelles au long de leur vie (35).

De par leurs thématiques, les P-TOC peuvent facilement se confondre avec le cas de la pédophilie égodystonique (c'est à dire que les pensées sont pénibles).

Un diagnostic erroné de pédophilie chez ces patients peut participer à la majoration de l'anxiété, et générer de la dépression pouvant conduire jusqu'au suicide.

Si la détresse des patients souffrant de P-TOC peut se révéler insupportable, le risque de passage à l'acte quant à lui est très faible, l'un des principaux moyens de soulagement retrouvés chez les patients souffrant de cette pathologie étant l'évitement des situations pouvant faire apparaître ces pensées.

Dans une étude récente de 2013, plus de 2500 cliniciens, Docteurs en Psychologie ont été chargés d'établir un diagnostic sur des cas de patients souffrants de troubles obsessionnels compulsifs. Cette étude retrouve 50% d'erreurs diagnostiques, avec la moitié des cas où les obsessions de pensées sexuelles sur des enfants ont été classées par les cliniciens, à tort, comme "trouble pédophile" (36).

Outils diagnostics

Le diagnostic de pédophilie est clinique, il peut se révéler complexe et peut être appuyé par des outils. Ces outils ne sont jamais suffisants à eux seuls pour poser le diagnostic.

La phallométrie

Parmi ces outils, l'un des meilleurs pour évaluer les intérêts sexuels pédophiles est la phallométrie ou pléthysmographie pénienne. Elle mesure l'excitation sexuelle chez l'homme par sa seule réponse physiologique spécifique. La sensibilité semble plutôt

faible, autour de 55% mais sa spécificité semble très bonne, supérieure à 95% (37). C'est actuellement l'examen paraclinique de référence pour appuyer le diagnostic clinique de la pédophilie.

L'oculométrie

L'oculométrie mesure la variation de diamètre de la pupille lors de la présentation de stimuli audiovisuels générés par ordinateur. Il existe peu d'études à ce sujet actuellement, mais certains auteurs estiment qu'elle pourrait être utilisée comme mesure complémentaire à la pléthysmographie pénienne, voire même se positionner comme substitut à la phallométrie (38).

Une étude réalisée sur un petit échantillon basée sur la latence de fixation a discriminé les pédophiles et les non-pédophiles, avec une sensibilité de 86,4% et une spécificité de 90,0% (39).

Les questionnaires SSPI

La Screening Scale of Pedophil Interest (SSPI) a été créée et validée sur délinquants sexuels responsables de violences sexuelles sur mineurs, afin de déterminer le risque de récidive. Elle est composée de 4 critères :

- a) Toutes les victimes sont des garçons
- b) Parmi ses victimes il y a au moins un enfant
- c) Toutes les victimes étaient âgées de moins de 12 ans
- d) Il n'existait pas de lien de parenté avec les victimes

Plus le score SSPI est élevé, plus le risque de récidive est élevé (40)

La SSPI-2 ajoute un 5ème élément, la consommation ou détention de supports pédopornographiques. En plus de mieux prédire la récidive, l'ajout de cet item semble trois fois plus efficace pour mesurer l'excitation sexuelle générée par les mineurs chez ces délinquants sexuels (41).

L'imagerie cérébrale fonctionnelle

De plus en plus d'études utilisant l'imagerie cérébrale fonctionnelle sont effectuées mais les résultats ne permettent pas d'établir de schémas fonctionnels à ce jour (42).

Une étude observant la microstructure de la substance blanche dans le circuit préfronto-temporo-limbique chez des délinquants sexuels sur mineurs, évoque qu'une anomalie du circuit pourrait constituer un corrélât neurobiologique potentiel pour les personnes pédophiles à risque élevé de récurrence de violence sexuelle sur mineur sans pouvoir le confirmer (43).

Une autre étude de neuroimagerie structurelle retrouve des anomalies dans les régions temporales et frontales chez les patients pédophiles, mais souligne la nécessité de poursuivre les investigations à ce sujet (44).

Interventions thérapeutiques

Pharmacologiques

Les interventions pharmacologiques se concentrent sur la réduction de l'excitation sexuelle chez le patient, en tentant ainsi de réduire le comportement sexuel impliquant des enfants. Ces inhibiteurs de la libido se divisent en deux catégories, à savoir les médicaments hormonaux qui ont un effet supprimeur de testostérone et les médicaments non hormonaux qui affectent la libido par d'autres mécanismes.

Les inhibiteurs de la Testostérone

La testostérone est liée au développement et à la pulsion sexuelle chez les hommes [\(45\)](#).

Les trois principales classes de médicaments supprimeurs de testostérone utilisés sont les progestatifs, les antiandrogènes et les analogues de l'hormone de libération des gonadotrophines (GnRH). Parmi eux on retrouve, l'acétate de

médroxyprogestérone (MPA), l'acétate de cyprotérone (CPA), la triptoréline et la goséréline.

Une revue de littérature de 2017, étudiant l'efficacité des agonistes de l'hormone de libération des gonadotrophines (GnRH) pour le traitement des délinquants sexuels, adultes et masculins, semble montrer une certaine efficacité mais souligne l'absence de contrôle dans l'ensemble des études [\(46\)](#).

En France se il n'y a que l'ANDROCUR* et le SALVACYL LP* qui ont obtenu l'autorisation de mise sur le marché dans le cadre de la prise en charge de la suppression hormonale chez les délinquants sexuels.

Les médicaments non hormonaux

Parmi les médicaments non hormonaux qui affectent la libido par des moyens autres que la suppression de la testostérone, on retrouve les antipsychotiques et les antidépresseurs sérotoninergiques (ISRS) [\(47\)](#).

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ont été associés à une réduction de la libido et à un orgasme retardé chez 60% à 70% des personnes les prenant [\(48\)](#).

Certaines études s'attardent sur l'utilisation des antipsychotiques, sans résultats significatifs [\(49\)](#). En réalité, il existe très peu d'études sur le sujet. En France, les dernières recommandations de la HAS ne recommandent pas l'utilisation des antipsychotiques en dehors de troubles psychiatriques associés.

Psychothérapeutiques

Comme dans la grande majorité des comportements pathologiques, il existe de nombreuses modalités de prise en charge psychothérapeutiques dans le cadre de la pédophilie et des agressions sexuelles. Cependant, ces interventions sont difficilement évaluables de manière générale, mais encore plus lorsqu'il s'agit d'étudier leur efficacité sur le passage à l'acte ou la récurrence d'agression sexuelle sur

un enfant. Ces interventions peuvent être pratiquées en individuel mais aussi en groupe.

La psychothérapie reste cependant un outil incontournable dans la prise en charge et peut être accompagnée d'un soutien pharmacologique selon les situations.

Individuelles

Parmi les interventions individuelles, on retrouve comme chef de fil les thérapies cognitivo-comportementales, qui sont ciblées sur la motivation au changement, l'auto-efficacité, l'autosurveillance (y compris les fantasmes et les intérêts sexuels), les stratégies d'adaptation sexualisées ou adéquates, l'autorégulation émotionnelle et sexuelle, le fonctionnement social, l'attachement et la sexualité, les attitudes de soutien à l'attaque, le développement de l'empathie pour les enfants impliqués dans les agressions sexuelles sur mineur, et les stratégies et objectifs de prévention des rechutes.

On utilise par exemple, des modèles de prévention de la rechute adaptés du domaine des addictions aux substances [\(50\)](#).

L'approche psychodynamique cible les déficits initiaux de verbalisation et de mentalisation, la fragilité narcissique, la maturation émotionnelle et relationnelle, la gestion de la sexualité, la compréhension cognitive et émotionnelle des processus dynamiques internes, associés aux comportements pathologiques et à l'empathie [\(51\)](#).

On retrouve ensuite les techniques comportementales avec par exemple le conditionnement aversif qui vise à diminuer l'excitation sexuelle liée aux enfants en associant des stimuli nocifs avec des stimuli sexuels représentant des enfants. [\(52\)](#).

De groupe

Les accompagnements familiaux sont très souvent indispensables lorsqu'un membre de la famille est impliqué dans une agression sexuelle. Les thérapies familiales font l'objet d'une indication après évaluation. Elles peuvent être indiquées pour travailler les dysfonctionnements familiaux, que ce soit en cas de passage à l'acte intrafamilial ou non.

On peut retrouver des groupes de psychoéducation et d'éducation thérapeutique.

On retrouve également les groupes de parole qui ne sont pas des thérapies validées, mais qui ont déjà démontré leur efficacité sur de nombreux sujets.

Les agressions sexuelles sur mineur : un enjeu de santé publique

Malgré leur gravité et l'impact émotionnel suscité lors de leur médiatisation, les violences sexuelles sur mineur restent une problématique majeure de santé publique et largement sous-estimée dans notre société, aussi bien en termes de criminalité, de conséquences sur les victimes que de coût pour la société.

Epidémiologie des violences sexuelles sur mineur en France

Prévalence:

On ne dispose pas de données fiables concernant la prévalence des violences sexuelles sur mineur. La plupart de ces estimations sont basées sur des enquêtes de victimologie ou bien via le recueil de données judiciaires. De ce fait, il est communément admis que les prévalences retrouvées dans les différentes études sont sous-estimées.

Par exemple, en dehors des définitions retenues pour définir les violences sexuelles dans les différentes études, la façon d'administrer les questionnaires ainsi que les questions elles même peuvent expliquer ces différences entre les études (53).

Il existe de nombreuses autres raisons à ce constat, parmi lesquelles on peut retrouver la difficulté pour les victimes à réaliser qu'elles ont été victimes, la difficulté qu'elles ont à porter plainte, la difficulté pour les autorités à enquêter avec par manque de preuves matérielles.

Il existe également des biais relatifs à la mémoire des victimes, des auteurs et des témoins, des biais relatifs aux représentations (les termes employés lors des enquêtes), des biais relatifs aux stéréotypes de genre (par exemple, les hommes se positionnent plus difficilement en tant que victimes). Une étude menée par Hanson

retrouve que 82.9% des victimes de viol dans l'enfance n'ont jamais rapporté les faits liés à ces expériences (54).

Au niveau mondial, on estime la prévalence de la victimisation sexuelle chez les mineurs autour de 10% pour les hommes et 20% pour les femmes (55),(56),(57). L'une de ces méta analyses (56) réalisée à partir de 65 articles dans 22 pays à travers le monde et étudiant la prévalence de ces violences, montre une large disparité selon les régions avec une prévalence estimée autour de 34.4% en Afrique, 15,8% en Amérique et 9.2% en Europe.

En France, en 2019, les parquets ont été saisis environ 56 000 fois pour des affaires concernant des violences sexuelles, dont 32 000 fois pour des faits de violence sexuelle sur mineurs, soit plus d'une saisine sur deux, d'après l'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS) réalisée par l'INSEE en collaboration avec le ministère de l'intérieur et l'Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale (58). Les plaintes pour violences sexuelles concernent donc des mineurs dans plus d'un cas sur deux.

En France, une étude conduite sur 2309 jeunes âgés de 18 à 23 ans révèle une prévalence des agressions sexuelles sur mineur à 4.1% pour les hommes et 13.1% pour les femmes (59).

Chiffres annexes

Un sondage IPSOS [\(60\)](#) conduit en 2019, auprès de 502 français âgés de 18 ans et plus, ayant été victimes de viols et d'agressions sexuelles dans l'enfance, retrouve un âge moyen des premières violences sexuelles de 10 ans. Ce sondage rapporte que 44% de ces violences seraient commises dans le cadre de l'inceste. Il retrouve également un délai jusqu'au dévoilement des faits se situant aux alentours de 12 ans.

Il semblerait que l'auteur et la victime se connaissent dans environ 70 à 85% des cas de violence sexuelle sur mineur [\(61\),\(62\)](#). Une étude d'Abel et Harlow [\(63\)](#) révèle que seules 10% des victimes ne connaissaient pas leur agresseur.

Conséquences pour les victimes en terme de comorbidité

Il est bien établi que les violences sexuelles commises sur des mineurs ne sont pas sans conséquences pour la santé des victimes aussi bien au niveau de la mortalité ou de la morbidité.

L'une de ces conséquences est la diminution de l'espérance de vie des victimes. Une étude de 2009 menée sur les expériences négatives de l'enfance (violences physiques et morales dont agressions sexuelles) retrouve une association entre ces expériences négatives de l'enfance et une mortalité prématurée de 20ans ne pouvant s'expliquer uniquement par le contexte social [\(64\)](#).

Concernant les comorbidités psychiatriques, le sondage IPSOS précédemment cité rapporte que 77% des victimes évaluent ces violences comme ayant un impact important sur leur santé mentale, avec 55% des participants déclarant avoir souffert d'épisodes dépressifs. Environ 50% des sondés ayant déclaré avoir été victimes de viol dans l'enfance, rapportent au moins une tentative de suicide, 52% présenteraient des troubles du comportement alimentaire et 36% expérimenteraient des conduites addictives.

Aussi bien chez les adolescents que dans la vie entière, on constate une surreprésentation des comorbidités psychiatriques en comparaison avec la population générale.

Une étude Québécoise menées sur environ 8000 jeunes déclarant avoir été victimes de violences sexuelles et dont la moyenne d'âge était de 15 ans, retrouve une majoration du risque de développer un état de stress post traumatique, des idées suicidaires et des passages à l'acte suicidaires, et d'abus de drogues une fois les facteurs sociodémographiques corrigés [\(65\)](#).

Une autre étude Québécoise menée sur 7000 participants âgés de 15 à 64 ans retrouve une une majoration du risque sur la vie entière de développer des troubles

anxieux, des abus ou dépendances à l'alcool et des comportements antisociaux [\(66\)](#).

Une étude montre que parmi les personnes agressées sexuellement dans leur enfance, les risques de tentatives de suicide étaient de 2 à 4 fois plus élevés chez les femmes et de 4 à 11 fois plus élevés chez les hommes, comparativement à ceux qui n'avaient pas été victimes de violence, en tenant compte des autres adversités. [\(67\)](#)

Conséquences économiques pour la société

Si le préjudice pour la santé des victimes de violence sexuelle est lourd à porter pour celles-ci, il semble également représenter un coût élevé pour la société.

En effet, la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (CIIVISE) estime le coût de ces violences à 9.7 milliards d'euros par an [\(68\)](#). Environ trois milliards d'euros seraient liés aux dépenses engagées immédiatement après ces agressions à savoir la prise en charge aux urgences, l'intervention des forces de l'ordre, l'accompagnement par la protection de l'enfance ou encore les frais judiciaires. Le reste correspondant majoritairement aux frais médicaux engagés dans la prise en charge des troubles mentaux consécutifs à ces violences.

La prévention des violences sexuelles

La prévention selon l'OMS

L'OMS définit en 1948 la prévention en santé comme “ l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps” [\(69\)](#).

Dans le cadre des violences sexuelles, la prévention s'adresse aux auteurs ou auteurs potentiels d'agressions d'une part, et aux victimes ou potentielles victimes d'autre part.

Elle se décline en trois niveaux selon la population ciblée et le “stade d'évolution” de la pathologie à prévenir.

La prévention primaire

La prévention primaire correspond à “l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition, sont ainsi pris en compte la prévention des conduites individuelles à risque comme les risques en termes environnementaux et sociétaux.” Elle cible la population dans son entier.

Dans le cadre des violences sexuelles, elle vise à éviter un premier passage à l'acte. Elle peut se faire par exemple par de l'affichage publicitaire et pourrait s'adresser aux auteurs ou potentiels auteurs, aux victimes ou potentiels victimes mais aussi au reste de la population (qui pourrait avoir connaissance de tels faits dans leur entourage par exemple).

Prévention secondaire

La prévention secondaire cherche elle à “diminuer la prévalence d'une maladie dans une population et qui recouvre les actions en tout début d'apparition visant à faire

disparaître les facteurs de risques”. Elle se focalise sur un groupe d'individus en particulier.

Elle vise donc à diminuer la prévalence des agressions sexuelles dans les cas où les facteurs de risques ont été identifiés ou sont repérables. Ce type de prévention se focalise sur un groupe d'individus en particulier, les potentiels agresseurs sexuels mais aussi les victimes potentielles. Le dispositif STOP en est un exemple puisqu'il est destiné aux personnes attirées sexuellement par les enfants et donc à risque de passage à l'acte.

Prévention tertiaire

Toujours selon l'OMS, la prévention tertiaire cherche à “diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie”.

Elle vise donc à prévenir l'occurrence de nouvelles violences sexuelles de la part d'auteurs déjà connus. Autrement dit, ce sont les actions qui ont pour but de prévenir la récidive. Elle vise les individus clairement identifiés. Les stratégies de réduction de la récidive peuvent passer par la dissuasion spécifique, la neutralisation ou encore la réhabilitation. Mais elles peuvent également passer par des stratégies de réduction de la victimisation auprès de personnes ayant déjà subi des abus.

La loi du 17 juin 1998 (70), ayant instauré l'injonction de soins en France comme modalité centrale de l'exécution de la peine pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel en est un exemple.

La prévention secondaire en France et à l'étranger

En France comme à l'étranger, il existe différents outils qui sont apparus depuis plusieurs années.

Parmi ceux-ci on peut citer le Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention STOP qui est un numéro téléphonique national, unique et non surtaxé créé afin

d'évaluer et orienter si nécessaire les personnes majeures attirées sexuellement par les enfants vers les dispositifs d'évaluation et de soins adaptés dans le but d'éviter un premier passage à l'acte.

Avant de nous attarder sur ce dispositif, nous nous intéresserons aux autres outils de prévention primaires et secondaires existants en France, mais aussi à l'étranger.

En France

Le Réseau Ecoute et Orientation

Le Réseau Ecoute et Orientation (REO), qui pourrait être considéré d'une certaine manière comme un prédécesseur du numéro STOP, a été créé en 2016 à l'initiative de la FFCRIAVS. Il a été créé en vue d'améliorer l'accessibilité aux ressources directes et indirectes des CRIAVS pour l'orientation thérapeutique des personnes qui souffrent de conduites ou de comportements sexuels problématiques.

Il est né du constat d'une impossibilité de financer le coût d'une ligne de numéro vert 24h/24 et 7j/7, ce qui a orienté le choix sur les candidatures volontaires et l'utilisation des dispositifs existants en France, soit les CRIAVS.

Sa principale différence avec le dispositif STOP est que ce dernier est essentiellement orienté pour les personnes souffrant d'une attirance envers les enfants, tandis que REO s'adresse à tout type de comportement sexuel problématique. Il consiste à l'affichage sur le site de la FFCRIAVS, par un CRIAVS de ses moyens disponibles pour répondre à une problématique concernant des violences sexuelles.

L'association Une Vie et le projet PedoHelp

L'association Une Vie

L'association Une Vie est une association française d'intérêt général (loi 1901), laïque, apolitique, fondée en 2017, qui distribue des contenus de prévention sur toute la planète, dans plus de 30 langues.

Elle est engagée dans la promotion du respect entre les êtres et l'épanouissement de l'individu et du collectif, notamment par la diffusion de supports en vue de la protection des enfants face au risque de violences sexuelles.

Elle se destine à 6 missions à savoir :

- informer sur les violences sexuelles sur les enfants,
- stopper les violences sexuelles sur les enfants,
- apprendre aux enfants à oser dire non,
- sensibiliser au consentement à un acte sexuel,
- accompagner les professionnels dans leurs missions de protection,
- former et sensibiliser les professionnels.

Le projet PedoHelp

Le projet PedoHelp s'inscrit dans la campagne des Nations Unies, The Global Goals for sustainable development, pour répondre notamment au point 16.2 des objectifs (Paix, justice et institutions efficaces) : « Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants ».

Il est à la fois un projet de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Il propose gratuitement des solutions afin de prévenir les abus sexuel sur des enfants.

Il propose un kit de prévention avec différents outils, tous accessibles gratuitement et dans 30 langues, sur de multiples supports : sites internet, livres, brochures, affiches, vidéos, podcasts, fichiers audio...

Il cible par exemple les personnes travaillant au contact d'enfants en les sensibilisant au risque d'abus sexuel, les parents en les sensibilisant aux comportements qui pourraient fragiliser leurs enfants, les enfants et les adolescents en les sensibilisant au risque d'abus sexuel et en les incitant au signalement, mais aussi les professionnels du sanitaire en les incitant à la prise en charge de patients pédophiles en partenariat avec la FFCRIAVS.

Les personnes ressentant une attirance sexuelle pour les enfants peuvent également retrouver des messages de sensibilisation et d'information sur leur site internet.

L'association l'ange bleu

Cette association a été fondée le 10 juin 1998 par une ancienne victime d'abus sexuels et recueille des révélations et des témoignages de tous types (maltraitance sexuelle ou pédophilie) mais s'adresse en premier lieu aux personnes pédophiles agresseurs d'enfants ou non ou consommateurs de pédopornographie, et travaille aussi bien sur l'urgence que sur le long terme (71).

Elle organise plusieurs fois par an des rencontres entre victimes et personnes pédophiles, dans un but de sensibilisation sur les conséquences des passages à l'acte.

Elle dispose d'une ligne d'écoute ainsi qu'un Email dont les coordonnées sont disponibles sur le site de l'association .

L'association cherche également à sensibiliser les politiques et l'opinion publique sur la question de l'accompagnement social, judiciaire et thérapeutique des personnes pédophiles en expliquant notamment que le trouble pédophile peut être une souffrance pour le sujet et que les pédophiles ne sont pas tous des agresseurs sexuels.

A l'étranger

Royaume Uni et Irlande

Au Royaume-Uni et en Irlande, la seule structure mise en place actuellement dans ce domaine est Stop It Now!.UK Il a été mis en place par la Lucy Faithfull Foundation en 2002.

Stop It Now! UK accompagne les adultes dans leur rôle de prévention des abus sexuels sur mineurs, par l'intermédiaire de matériels d'information, de programmes éducationnels, de messages publics et de la disponibilité d'une helpline confidentielle et gratuite.

Le personnel de la helpline est constitué de professionnels ayant travaillé avec des auteurs de violences sexuelles sur mineur, leur famille, proches ou victime(s) mais aussi des officiers de probation, psychothérapeutes et professionnels du milieu pénitentiaire.

Cette helpline s'adresse aux personnes préoccupées par leur propre comportement ou par le comportement d'autrui, aux adultes ayant été victimes durant l'enfance ou qui soupçonnent quelqu'un d'avoir été victime d'abus, et aux professionnels travaillant avec des enfants.

Stop It Now! UK a également développé des programmes d'éducation pour les personnes ayant un comportement à risque sur internet et pour leur famille, ainsi qu'un site internet dédié (<http://www.parentsprotect.co.uk/>) afin d'aider les parents à protéger leurs enfants.

Aux Etats Unis

C'est aux Etats Unis avec STOP It Now! US, que le premier dispositif de prévention à été mis en place, en 1992, à l'initiative de Fran Henry, une ancienne victime qui aurait été abusée sexuellement par son père. Il était initialement localisé dans le Vermont avant de se développer à travers le pays. La campagne médiatique a été

réalisée en se basant sur l'efficacité des campagnes de prévention pour le Sida, l'alcool, ou la drogue.

Les buts de cette organisation étaient les suivants : sensibiliser les adultes et améliorer leurs connaissances au sujet des abus sexuels sur mineurs, amener les auteurs et potentiels auteurs d'abus à demander de l'aide avant de passer à l'acte et apporter une aide aux parents ayant des doutes sur les comportements sexuels de leurs enfants.

A sa mise en place, quatre stratégies d'intervention ont été choisies :

- une campagne médiatique ciblant la totalité des résidents du Vermont
- la diffusion d'informations auprès des intervenants travaillant directement avec des personnes à risque
- la mise en place d'une helpline pour les adultes
- une stratégie pour éduquer les « leaders » et preneurs de décisions.

Une évaluation de l'efficacité de la campagne médiatique a été effectuée dans le Vermont entre 1995 et 1997 (72) par la sélection d'un échantillon de 200 personnes dans le Vermont avant que la campagne médiatique ne débute et après 2 ans de campagne médiatique pour évaluer l'évolution des connaissances de la problématique dans la population.

L'étude montre une amélioration des connaissances, avec 55.5% des répondants en 1995 qui ne savaient pas définir les abus sexuels sur mineurs contre 35.5% en 1997. En 1995, les répondants étaient 67% à penser qu'un auteur d'abus sexuel pouvait se trouver dans leur entourage contre 77.5% en 1997. En revanche, il ne semble pas y avoir d'évolution concernant l'identification des signes pouvant faire évoquer un danger pour un enfant.

Le rapport d'évaluation de la Helpline de 2019 (73) rapporte que les appelants représentent 12% des contacts du dispositif, le reste se faisant par email, chat sur internet, lettres et médias sociaux. Parmi ces appelants, 51% se déclarent exposés à un risque d'abus. Au terme des appels, 84 % disent se sentir mieux préparés à agir, ont trouvé utiles les ressources qu'ils ont reçues et les réponses à leurs

questions, et estiment avoir été entendus, 89 % d'entre eux recommanderaient Stop It Now ! à un ami qui aurait une question ou un besoin d'aide concernant les abus sexuels sur des enfants.

Le dernier rapport de 2021 (74) relève que près de 60% des contacts sont fait par des proches et le plus souvent des parents, que dans 55% des appels on retrouve une urgence relative.

Allemagne

Le dispositif Allemand Dunkelfeld (Champ Noir) nommé ainsi car il cible auteurs et potentiels auteurs non connus des services de police et de justice, a été lancé à Berlin en 2005, par l'équipe de l'hôpital de la Charité, avant de se développer sur dix autres structures en Allemagne.

Le développement du dispositif Dunkelfeld a été accompagné d'une importante campagne médiatique (spots tv à des heures de grande écoute, affiches...) associant des slogans tels que « aimez-vous les enfants plus qu'il ne le faudrait ? » « Que devrait-on faire d'un homme attiré par les enfants? ...l'aider ».

La campagne médiatique s'adressait également au public général en s'appuyant sur l'idée qu'offrir l'opportunité aux potentiels auteurs d'abus sexuels sur mineurs de suivre une thérapie était un moyen d'œuvrer proactivement pour la protection des enfants, et non une façon d'assister les auteurs d'abus sexuels.

Les quatre grands principes du dispositif reposent sur une empathie vis-à-vis des appelants, l'absence de discrimination au regard des préférences sexuelles, une confidentialité et un anonymat assurés et une attitude n'augmentant pas les sentiments de culpabilisation ou de honte de l'appelant.

Le dispositif s'est également étoffé d'un site en ligne d'informations et d'auto-diagnostic en proposant un auto questionnaire en ligne (www.troubled-desire.com) avec des conseils pour la gestion personnelle des symptômes.

Il est le premier programme à utiliser une méthodologie scientifiquement appropriée ayant pour but de tester l'efficacité des traitements préventifs pour les auteurs ou potentiels auteurs d'abus sexuels sur mineurs.

Parmi les principaux résultats du programme qui ont été exposés [\(16\)](#), on retrouve que les appels sont effectués depuis l'Allemagne mais aussi depuis d'autres pays frontaliers (dans un rayon d'environ 800km), pays dans lesquels de tels dispositifs n'existent pas (au moment de l'étude) ce qui montre que des personnes sont en recherche de tels programmes.

La helpline a été disponible durant les 18 premiers mois du programme et parmi les résultats concernant le profil des appelants qui ont répondu aux questions, on constate un âge moyen des abuseurs et potentiels abuseurs de 39.2 ans.

On retrouve également des profils de personnes bien éduquées et avec un statut socio-économique plus élevé que les auteurs détectés par les autorités. Les auteurs expliquent cela par le fait que ces personnes qui sont en mesure de chercher de l'aide et de s'inscrire dans un programme de manière volontaire, seraient plus capables de reconnaître le bénéfice potentiel d'un traitement.

En Belgique

Il existe plusieurs dispositifs de prévention en Belgique. Stop it Now ! Bruxelles (75) est un dispositif d'écoute francophone financé par Bruxelles Prévention et Sécurité depuis décembre 2021 et mis en service en septembre 2022.

Il consiste en un travail de prévention des violences sexuelles commises envers les mineurs sur Bruxelles et sa région.

Le dispositif est administré par le Centre d'Appui Bruxellois (76) qui est chargé de l'évaluation et de la guidance d'auteurs d'infractions à caractère sexuel dans la région Bruxelles.

Stop it Now ! Bruxelles s'inscrit en complément des deux autres lignes d'écoute, spécialisées en matière de violence sexuelle disponibles en Belgique, Stop it Now Vlaanderen (77) en Flandres et Service d'Écoute et d'Orientation Spécialisé (78) en Wallonie.

Les permanences sont assurées par des professionnels tels que des psychologues et sexologues spécialement formés à l'écoute afin d'offrir une écoute adaptée, informée et neutre.

Ces professionnels disposent également d'une formation en santé mentale.

Histoire du dispositif STOP

Le Service Téléphonique d'orientation et de prévention STOP est un numéro téléphonique national, unique et non surtaxé, créé afin d'évaluer et orienter si nécessaire les personnes majeures attirées sexuellement par des enfants, vers les dispositifs d'évaluation et de soins adaptés. Il a pour objectif la diminution du nombre de passages à l'acte de manière préventive.

Le dispositif STOP est né de plusieurs constats : certains patients pédophiles non pédocriminels ne savaient pas à qui s'adresser, des patients pédocriminels judiciairisés avaient essayé de s'adresser à un thérapeute sans succès. Il a été créé à l'initiative de la FFCRIAVS en 2019. Il est inspiré d'autres dispositifs ayant déjà fait leurs preuves, en particulier le dispositif allemand DUNKELFELD.

Les CRIAVS

Les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS) sont des structures de service public issues de la Circulaire DHOS/DGS/O2/6C no 2006-168 du 13 avril 2006 (79) relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création des centres ressources interrégionaux.

Ils sont placés sous la responsabilité du Ministère des Solidarités et de la Santé et sont rattachés à des établissements de santé.

Leurs équipes pluridisciplinaires sont pluridisciplinaires, et sont essentiellement composées de professionnels de la santé mentale. Leurs actions s'adressent à tout professionnel ou toute institution concernés par la problématique des violences sexuelles, notamment dans les champs suivants :

- Santé,
- Justice,
- Socio-Educatif,
- Education Nationale,

- Formation,
- Enseignement supérieur,
- Sécurité publique.

Les CRIAVS sont assujettis à différentes missions d'intérêt public. Ils ont un rôle de formation auprès des autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'auteurs de violences sexuelles, aussi bien dans l'initiation à la formation que la poursuite de celle-ci.

Ils ont également un rôle de recherche et de réflexion concernant la prise en charge et le suivi des auteurs de violences sexuelles, de prévention à tous les niveaux (primaire, secondaire et tertiaire), d'articulation entre les différents réseaux (santé, justice, social...), d'expertise et de documentation avec le partage de connaissances bibliographiques mais aussi d'accompagnement des professionnels de secteur. Ils font donc collaborer des professions variées (psychiatres, psychologues, documentalistes, juristes, éducateurs...).

La FFCRIAVS

Créée de l'union des 27 CRIAVS en 2008, la FFCRIAVS (Fédération Française des CRIAVS) a pour vocation de soutenir les CRIAVS dans leurs projets et partenariats régionaux, en favorisant l'accès et la diffusion des informations et des publications via son réseau documentaire national, en promouvant et soutenant les recherches sur les violences sexuelles, en soutenant et coordonnant les actions de prévention des violences sexuelles en particulier auprès des mineurs, en développant des partenariats institutionnels et des collaborations scientifiques nationales et internationales afin de développer des projets à destination des professionnels prenant en charge des auteurs de violences sexuelles.

Elle a également pour vocation de représenter les CRIAVS auprès des différentes instances publiques.

Les revenus de la FFCRIAVS sont exclusivement issus des cotisations de chaque CRIAVS via leur établissement de santé de rattachement, aucun autre fond public ou privé n'est actuellement perçu. L'ensemble des actions initiées par la FFCRIAVS sont gratuites pour les usagers.

La FFCRIAVS est dirigée par un bureau constitué de membres élus par le conseil d'administration dont sont issus les représentants désignés par les assemblées générales des différents CRIAVS.

Mise en place du dispositif

A l'initiative de la FFCRIAVS, une audition publique destinée à soumettre l'ensemble des travaux au débat public s'est tenue les 14 et 15 juin 2018 avec le soutien du Ministère des Solidarité et de la Santé, et sous l'égide de la ministre Agnès Buzyn.

L'objectif était de faire émerger des solutions innovantes et efficaces dans l'évaluation, la prise en charge et la prévention des agresseurs sexuels aux professionnels, au législateurs et au grand public.

L'audition publique est une méthode de concertation définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour faire émerger des propositions d'amélioration sur un sujet déterminé.

Cette méthode implique soignants, chercheurs, et prescripteurs concernés, mais aussi politiques, usagers, grand public, médias... C'est une méthode particulièrement adaptée aux sujets de santé comportant une forte dimension sociétale et suscitant le débat, telles que les violences sexuelles.

Cette commission d'audition pluridisciplinaire composée d'une trentaine d'experts, présidée par Messieurs Jean-Marie Delarue et Charles Alezrah, a rédigé 35 propositions dont la proposition n°14 qui propose la création d'un numéro d'appel unique.

Le 15 novembre 2018, a été constitué pour une période de 6 mois, la mission commune d'information du Sénat qui avait pour objectif de s'intéresser aux politiques publiques de prévention, de détection, d'organisation des signalements et de répression des infractions sexuelles susceptibles d'être commises par des personnes en contact avec des mineurs dans le cadre de l'exercice de leur métier ou de leurs fonctions.

Quarante neuf auditions ont été réalisées et des centaines de témoignages notamment de victimes ont été entendus. Trente huit propositions ont été rédigées dont la proposition n°38 qui propose une nouvelle fois la création d'une structure dédiée d'écoute et d'accompagnement.

L'année 2019 signe de lancement du dispositif, le comité d'administration rencontre l'équipe de DUNKELFELD, le groupe de travail est créé et la première vague de communication est lancée.

La phase expérimentation avec le soutien du Ministère des solidarités et de la santé dans le cadre du plan Protection de l'Enfance débute en novembre 2019 avec la mise en service du numéro sur 5 territoires (Occitanie, Aquitaine, Centre Val de Loire, PACA et Auvergne).

Afin de répondre aux besoins croissants liés à la situation de confinement les régions Ile de France, Rhône Alpes et Lorraine sont intégrées au dispositif au début de l'année 2020.

Le 29 janvier 2021 est lancé nationalement le numéro national par la Dr. Anne-Hélène Moncany, Présidente de la FFCRIAVS, en présence d'Adrien Taquet, Secrétaire d'État à la Protection de l'enfance et de Jérôme Bertin, Président de France Victime, partenaires et soutiens du dispositif.

La même année le site internet dédié au dispositif est mis en ligne et la campagne de communication se poursuit avec de nombreux articles journalistiques. Des groupes de travail internationaux francophones sont créés.

Le dispositif STOP a été presque entièrement financé par la FF CRIAVS. Des sollicitations financières ont été faites auprès des institutions publiques telles que le cabinet de la présidence de la république, le ministère de la justice et le bureau d'aide aux victimes ainsi qu'auprès d'entreprises privées mais sont toutes restées sans réponse. Le ministère de la santé a quant à lui soutenu et participé financièrement à la campagne de communication.

Fonctionnement du dispositif

Déroulé d'un appel

Si l'appelant compose le numéro 0 806 23 10 63 en dehors des heures d'ouvertures des CRIAVS il est redirigé vers une boîte vocale lui signalant les horaires d'ouverture des CRIAVS. Il lui est également signalé que le répondeur n'enregistre pas de message vocal mais aussi de composer le 15 en cas d'urgence.

S'il appelle durant les horaires d'ouverture, il lui sera demandé de composer le numéro de son département de résidence (ou de naissance), afin que l'appel soit redirigé vers le CRIAVS de sa région. Débutera alors le premier temps d'évaluation, réalisé le plus souvent par la secrétaire du CRIAVS ou à défaut par un soignant du CRIAVS régional.

Ce premier contact consistera à instaurer un climat propice à un sentiment de sécurité afin que l'appelant se sente à l'aise et puisse être amené à préciser sa demande, à récupérer les coordonnées si possible et proposer un second entretien avec un soignant, qui aura pour objectif d'évaluer la situation de vie et la problématique sexuelle de l'appelant, par l'intermédiaire d'une écoute active.

Dans le cas où aucun soignant n'est disponible, il est possible de proposer un rendez-vous ultérieur durant le temps de présence d'un des écoutants, ou bien de proposer à l'appelant de laisser son numéro de téléphone afin qu'il soit recontacté ultérieurement.

A l'heure actuelle le déroulé de l'entretien n'est pas standardisé entre les différents CRIAVS mais l'approche classique consiste à interroger l'appelant sur sa situation de vie personnelle, familiale, professionnelle, sur les démarches de soins déjà engagées, sur ses antécédents médicaux psychiatriques, traumatiques et judiciaires.

Il est également recommandé d'évaluer l'entourage social de l'individu (familial et amical en particulier) ainsi que de le questionner sur son histoire de vie, ses évènements d'adversité...

Au terme de cet entretien, l'appelant peut être réorienté au besoin et s'il le souhaite vers des soins par le CRIAVS en association avec des soins extérieurs adossés, ou encore vers des associations.

Un nouveau rendez-vous peut également être proposé si besoin. Il est également possible que l'appel ait permis de rassurer l'appelant, si l'examineur ne relève pas d'élément inquiétant, il est possible de ne pas donner de suite à l'entretien.

En cas de réorientation de l'appelant, l'orientation peut être directe auprès d'un professionnel s'il correspond aux attentes de l'appelant mais il est aussi possible que l'écouter joigne lui même le professionnel avant de recontacter l'appelant, afin de limiter les fins de non-recevoir.

A la fin de l'appel, l'appelant et l'écouter sont amenés à remplir un questionnaire dédié et partager leur expérience.

Le deuxième temps de l'évaluation s'il a lieu correspond à l'évaluation de la problématique sexuelle et de la situation de vie de l'appelant.

Il n'existe pas à ce jour de consensus sur l'évaluation, mais de façon générale l'appelant est questionné sur ses fantasmes et idées, sur ses rapports à la pédopornographie, ses antécédents de passage à l'acte ou non, son genre, son âge, sa maîtrise vis à vis de ses idées et fantasmes, ses facteurs de risque et de protection, son handicap et ses ressentis liés à ses idées, l'impact sur ses relations,

son comportement, son travail, la présence d'une potentiel victime dans son entourage, la présence de changements récents de mode relationnel.

Il est également questionné sur son étayage (présence d'une famille, d'amis...), sur la qualité de ses relations et l'investissement de celles-ci, leur connaissance vis à vis de la problématique sexuelle de l'appelant, sur son emploi, ses études mais aussi ses antécédents judiciaires et psychiatriques.

Cadre légal de l'appel téléphonique

Les mineurs victimes de violences à caractère sexuel font l'objet d'une protection particulière. Ils peuvent faire appel à des services spécialisés et déposer plainte seuls. Ces infractions sont punies plus sévèrement et le délai de prescription est allongé.

De plus, il est obligatoire pour les personnes ayant connaissance de ces faits de les signaler à la justice ou à la Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), sans quoi ces personnes s'exposent à des poursuites pour non assistance à personne en danger.

L'appelant du dispositif STOP est protégé par le secret médical cependant certaines situations peuvent obliger l'écouter à rompre ce secret au moyen d'un signalement auprès du Procureur de la République ou bien de la CRIP.

Afin de guider au mieux l'écouter, un guide médico-légal a été rédigé par le CRIAVS de Champagne Ardennes et secondairement validé et diffusé par la FFCRIAVS.

Dans le cadre du dispositif STOP, le signalement s'il est réalisé doit être réalisé par l'écouter et comporter la date, l'heure de l'appel téléphonique et la description du danger immédiat en indiquant les noms et coordonnées de la société de télécommunication, afin que le Procureur de la République assigne celle-ci à la communiquer le numéro de téléphone de l'appelant.

Les agents soumis au secret professionnel ne sont pas obligés de signaler les faits criminels ou délictuels dont ils acquièrent connaissance, la loi leur laissant une option de conscience. Cependant si la non dénonciation de crimes ou de délits ne peut pas être reprochée, il n'en est pas de même pour les infractions d'omission d'empêcher une infraction et de non assistance à personne en péril.

La fixation, transmission, utilisation, diffusion, consultation d'images pédopornographiques est considérée comme un délit par le Code Pénal, cependant ne constitue pas directement une atteinte à l'intégrité corporelle du mineur (en dehors du fait où l'appelant serait créateur de contenu pédopornographique). Il n'est donc pas obligatoire de la révéler mais il est nécessaire de tenter de conduire l'appelant vers le soin. Il est également nécessaire de lui rappeler la loi.

La confidentialité et l'anonymat

Afin de favoriser les prises de contact par les appelants, le numéro STOP conserve la confidentialité des appelants s'ils le souhaitent.

Certaines situations peuvent cependant nécessiter la levée du secret professionnel. Par exemple, dans le cas où un individu menace de passer à l'acte immédiatement.

Dans ce cadre, il est possible de contacter les services de polices qui seront capables de retracer l'appel et d'intervenir selon les circonstances.

C'est ce qui distingue le caractère confidentiel du caractère anonyme de l'appel. Si l'appel était anonyme, il n'y aurait pas de possibilité d'action en cas de danger imminent.

Evaluation du dispositif

Depuis la récente création du dispositif, il n'existe à l'heure actuelle que très peu de données évaluant le dispositif STOP. Il n'existe actuellement que les données de

l'évaluation de la phase d'expérimentation ainsi que celles de la première année qui ont été réunies par A.BELLIS dans son travail de thèse.

Chiffres expérimentation

D'après les CRIAVS expérimentateurs, sur la période de 2019 à 2021, la majorité des appelants étaient des hommes et quelques femmes âgés de 19 à 75 ans, la plupart rapportant une attirance sexuelle envers les mineurs.

La majorité ne rapportaient pas de violences sexuelles perpétrées ni d'infraction à caractère sexuel.

Une minorité rapporte des actes pouvant relever d'infractions à caractère sexuel (consommation d'image pédopornographiques ; exhibition, antécédents judiciaires ou procédures en cours), ils étaient tous des hommes âgés de 28 à 58 ans.

Les CRIAVS expérimentateurs rapportent également quelques victimes d'agression ou personnes témoins d'agression ainsi que des familles de victimes ou d'auteurs.

Durant cette phase d'expérimentation, les professionnels rapportent un sentiment d'utilité du dispositif ainsi qu'un besoin d'encadrement des pratiques et la poursuite des formations.

Bilan chiffré 2021-2022

Dans le cadre de son travail de thèse réalisée en 2022, A.BELLIS a réalisé un bilan chiffré des caractéristiques des appels au numéro STOP du 1er janvier 2021 jusqu'au 30 juin 2022.

D'après ses relevés, 4150 appels ont été émis vers le dispositif. Son étude retenait 473 appels (après retrait des appels non aboutis et exclus et 264 fiches d'appel).

Parmi ces appels 80,3% étaient des premiers appels, 79,5% des appelants décrivaient une attirance pour les enfants montrant ainsi que le public ciblé par le

dispositif est en demande d'aide. L'âge moyen déclaré par les appelant était de 33,6 ans, la grande majorité d'entre eux étaient des hommes (92,1%).

72,2% des appelants ont déclaré avoir eu connaissance du dispositif par le biais des médias.

Parmi les appelants déclarant une attirance pour les enfants, 60,4% ont obtenu une orientation vers des soins.

L'étude semble montrer une diminution du nombre d'appels émis vers le dispositif au cours du temps, potentiellement en lien avec un essoufflement de la campagne médiatique durant cette période.

Problématique:

Au sein de la FFCRIAVS il existe un groupe de travail et de réflexion piloté par le Dr S.VIGOURT-LOUDART réalisant régulièrement des supervisions auprès des répondants du dispositif STOP.

Cependant, dans l'état actuel des choses, il n'existe aucune recommandation ni support pour accompagner et harmoniser les pratiques d'entretien dans le cadre des appels téléphoniques du dispositif STOP. Les contacts avec les différents CRIAVS ont permis de faire émerger une demande de support pour la pratique de cet entretien.

L'objectif de cette thèse est de créer un support qui permettra d'accompagner les écoutants dans la recherche d'informations et de les aider à orienter au mieux les appelants.

Nous chercherons donc à proposer une méthodologie d'évaluation du risque de passage à l'acte envers un enfant chez des appelants qui ne sont jamais passés à l'acte en théorie. Devant le nombre important de perdus de vue, ce guide devra également favoriser l'accès aux soins en priorisant la mise en confiance des appelants.

Méthodologie

Rédaction du guide d'entretien

L'entretien téléphonique est une pratique particulièrement périlleuse. En effet le lien créé entre l'appelant et l'écouter est très fragile en raison de la facilité avec laquelle il est possible de couper court à la conversation.

De plus, bien que l'appelant ait conscience des thématiques qui seront abordées lorsqu'il contacte le numéro STOP, il peut être difficile de parler de ses préférences sexuelles, et en particulier lorsqu'il s'agit de préférences sexuelles dites "déviantes". Il existe plusieurs raisons à cela, la peur de se dévoiler, la honte et la culpabilité en sont des exemples. Bien que l'entretien soit anonyme si l'appelant le décide, il peut également exister une certaine méfiance envers les professionnels qui pourraient les dénoncer à la justice.

L'un des principaux enjeux de cet entretien sera donc de maintenir ce lien si fragile créé par l'appel au numéro STOP. Il conviendra donc à l'appelant de rester disponible, de faire preuve d'empathie et d'être aussi rassurant que possible envers l'appelant, par exemple en lui rappelant régulièrement que la pensée sexuelle déviante n'est pas répréhensible du moment qu'elle reste un fantasme.

Pour rédiger ce guide, nous tâcherons d'identifier les différents facteurs de risque et de protection de passage à l'acte puis tenterons de proposer une stadification de ce risque.

Nous proposerons également une évaluation des différentes comorbidités psychiatriques associées au trouble pédophile.

Recueil des facteurs de risques

La première étape dans la réalisation de ce guide a été d'identifier les facteurs de risques de violences sexuelles sur mineur. Il existe très peu pour ne pas dire aucune étude à ce sujet, en particulier pour des raisons méthodologiques.

Bien que de plus en plus de dispositifs de prévention apparaissent dans différents pays, il n'est pas possible de démontrer que la population accueillie serait passée à l'acte en l'absence de prise en charge.

Il se pose également la question de l'éthique, est ce que ne pas proposer une prise en charge à certains individus qui sont en demande afin de réaliser des études randomisées évaluant le passage à l'acte serait acceptable?

Nous nous baserons donc sur des études évaluant les facteurs de risques de récurrence chez des patients suivis dans le cadre de violences sexuelles sur mineur afin de les appliquer à notre population.

Evaluation du risque:

L'objectif du dispositif étant de diminuer les passages à l'acte, il est primordial de se faire une idée du risque de passage à l'acte.

Il n'existe pas un seul facteur de risque pouvant à lui seul expliquer le passage à l'acte. Il existerait donc un ensemble de facteurs de risques qui, mis bout à bout, permettraient de stadifier le risque global de passage à l'acte.

Il n'existe à l'heure actuel aucun outil permettant d'évaluer ce risque de façon fiable et reproductible. Nous tenterons donc pour la première fois de mettre en place un support à cet effet, en s'appuyant sur le le modèle d'évaluation du risque suicidaire (Risque, Urgence, Dangerosité) qui à déjà largement fait ses preuves dans le domaine de la suicidologie.

Résultats

Aujourd'hui il existe très peu de données concernant les pédophiles qui ne sont jamais passé à l'acte. La plupart des études ont été menées sur des hommes déjà mis en cause et identifiés par le système judiciaire. Seto relève l'importance de travailler sur ces populations à risque de violences sexuelles sur mineur et qui ne sont jamais passé à l'acte [\(6\)](#).

Concernant l'évaluation du risque de récurrence, il existe un consensus général qui admet que l'association de l'intérêt sexuel déviant envers les enfants et d'une personnalité pathologique antisociale ou plus généralement un mode de vie instable, maximise le risque de récurrence (80) (81).

Les auteurs s'accordent également sur le fait qu'un seul facteur de risque ne suffit pas pour expliquer ces violences sexuelles sur mineur, il existe donc de multiples phénomènes responsables de ces comportements chez les auteurs.

L'étude des facteurs de risques dans le cadre des violences sexuelles en général les classes en 2 grandes catégories, les facteurs de risque dit "statiques", sur lesquelles aucune intervention n'est envisageable comme par exemple l'âge, l'histoire de vie, les antécédents...

La deuxième catégorie qui est la plus importante lorsqu'on s'intéresse à une éventuelle prise en charge, correspond aux facteurs de risque "dynamiques", qui ont la caractéristique d'être modifiables et donc potentiellement accessibles à une thérapie.

Les facteurs de risques statiques

Les facteurs de risque statiques sont des caractéristiques historiques, ancrées dans le passé de l'individu, qui ne peuvent changer suite à une intervention (82). Ils sont globalement stables et ont tendance à s'accroître avec le temps. On peut y

retrouver l'âge, les antécédents criminels sexuels et les caractéristiques des victimes par exemple (83).

L'âge

Une étude de Smallbone et al de 2008 retrouve 2 pics d'incidence des violences sexuelles sur mineur, le premier à l'adolescence, le second chez les individus trentenaires (84).

Il semblerait que les individus commencent généralement à avoir des comportements pédophiles entre le milieu et la fin de l'adolescence (85).

En effet, environ 50% des individus adultes responsables de violences sexuelles sur des enfants « mentionnent avoir commis leur premier délit à l'adolescence (86) (87).

Si les pics d'incidence de passages à l'acte sur des mineurs semblent se situer à l'adolescence et autour de 30 ans, l'âge avancé ne semble pas constituer un facteur de protection. En effet, l'Unité Régionale de Suivi des Auteurs de Violences Sexuels (URSAVS) rapporte des cas de violences sexuelles sur mineurs par des individus octogénaires.

Le genre

Il n'existe pas de doute sur le fait que la très grande majorité des condamnés pour agressions sexuelles sont des hommes. Cependant, bien qu'elles soient moins repérées, les femmes peuvent également être responsables de violences sexuelles sur des mineurs.

Les proportions réelles d'agresseurs de sexe féminin restent cependant très variables d'une étude à l'autre.

Une enquête en ligne réalisée auprès de victimes de violences sexuelles révèle que seulement 2% des auteurs étaient des femmes [\(8\)](#).

Le bilan réalisé par l'association Stop aux violences sexuelles évoque retrouve qu'un agresseurs sexuel d'enfant sur 5 est une femme (88).

Une autre étude menée par le National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN) en 1996, sur un million d'enfants, retrouve que parmi les 12% d'enfants qui ont été abusés sexuellement, 23% l'ont été par une femme (89).

De plus, il semblerait que les femmes responsables de violences sexuelles sur des mineurs abuseraient leurs victimes sur de plus longues périodes (90).

Ceci s'explique en partie par le fait que les violences sexuelles commises par des femmes malgré qu'elles aient été démontrées restent parfois interprétées comme des "actes d'affections inadaptés" (91) en lien avec l'idéalisation de la femme et notamment de sa fonction maternelle (92).

Il semblerait également que les femmes auraient tendance à commettre ces violences au sein même de la famille.

Un autre facteur contribuant à ce déni est qu'il est difficile de comprendre comment, physiquement et anatomiquement, une femme est capable d'abuser sexuellement d'un enfant (89).

Les antécédents personnels de victimisation

Une étude menée sur des garçons victimes de violences sexuelles durant l'enfance retrouve que les garçons victimes d'abus sexuels sont plus susceptibles de devenir des délinquants que les filles victimes d'abus sexuels (93)

Cette même étude rapporte que 5 % des hommes ayant été victime de violences sexuelles dans leur enfance ont par la suite été reconnus coupables d'une infraction sexuelle, ce qui était significativement plus élevé que pour les hommes qui n'avaient pas été agressés sexuellement dans leur enfance (0,6 %).

Une autre étude réalisée sur 750 hommes étudiant la prévalence des agressions sexuelles sur mineur et leur association avec une attirance sexuelle pour les enfants retrouve que la combinaison de violences sexuelles et émotionnelles durant l'enfance est le plus fort prédicteur du développement de l'intérêt sexuel envers les enfants quelque soit leur sexe (94). Les résultats de cette étude montrent également une forte association entre de multiples épisodes de violences sexuelles dans l'enfance et la participation à des violences sexuelles envers des enfants de tous âges et de tous sexes, à l'exception des filles âgées de 13 à 15 ans.

Une autre étude rapporte que 77% des femmes qui ont admis avoir commis une infraction sexuelle contre un enfant au cours de leur vie ont déclaré avoir vécu au moins un événement correspondant à leur définition de l'abus sexuel d'enfants (95).

Le caractère "sexué" des violences dans l'enfance semble renforcer le risque de perpétration de ce type de violences par la suite. En effet, une étude menée sur des adolescents montre que la prévalence de victimisation sexuelle est 5 fois plus élevée chez les adolescents auteurs de violences sexuelles que chez d'autres adolescents délinquants [\(56\)](#).

Si les violences subies dans l'enfance et en particulier les violences sexuelles semblent surreprésentées dans les populations de délinquants sexuels, d'autres études montrent que cette condition n'est pas suffisante pour expliquer les violences sexuelles.

Une étude dont l'objectif était d'évaluer le lien entre agression sexuelle dans l'enfance et passage à l'acte à l'âge adulte, retrouvait que parmi les victimes déclarées, 59% étaient également auteurs et que parmi les auteurs 24% n'avaient pas d'antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance (55).

Les antécédents de passage à l'acte

S'il est difficile d'étudier la prévalence des violences sexuelles sur mineur, il l'est encore plus d'étudier la récurrence chez les agresseurs. Comme nous l'avons vu précédemment, la majorité des études portent sur des patients connus des services

de polices occultant donc tous les autres. De plus, on peut supposer que les délinquants connus vont moins récidiver, soit parce qu'ils ont été arrêtés et emprisonnés soit sont perdus de vue.

Une étude sur la récidive sexuelle globale dans un groupe d'agresseurs d'enfants retrouve une majoration de la récidive avec le temps, se chiffrant à 14 % après cinq ans, 20 % après 10 ans et 24 % après 15 ans (96).

Cette étude montre également que la probabilité de récidive d'un individu diminue au fur et à mesure que la période d'absence de récidive augmente.

Finalement, la question du risque de récidive chez un délinquant est une question complexe qui dépend de multiples facteurs, en effet il semble que les taux de récidives soient différents selon les types de violences perpétrées (97).

La déficience intellectuelle

Certains auteurs estiment la proportion d'agresseurs sexuels chez les personnes souffrant de déficience intellectuelle autour de 3%, et concluent qu'il serait donc de 6% chez les déficients intellectuels de sexe masculin du fait de la très faible représentation des individus de sexe féminin (98).

Une autre étude estime que parmi les délinquants sexuels sur mineur, 10 à 15% d'entre eux présenteraient une déficience intellectuelle (99).

Enfin, par rapport à la population générale, la fréquence des violences sexuelles commises par des personnes avec une déficience intellectuelle serait quatre à six fois supérieure (100).

Les facteurs de risque dynamiques

Les facteurs de risque dynamiques parfois appelés besoins criminogènes, sont des caractéristiques modifiables chez un individu, ils sont généralement présents sous forme de traits ou d'états psychologiques associés à la récidive (101).

Cortoni subdivise les facteurs de risque dynamiques en facteurs dynamiques stables et facteurs dynamiques aigües.

Il précise que les facteurs dynamiques stables sont des caractéristiques durables associées à la récidive, qu'il est possible de changer, moyennant temps et efforts (82). On y retrouve par exemple les intérêts sexuels déviants, les fréquentations criminelles et l'instabilité conjugale (102).

A propos des facteurs dynamiques aigus, Cortoni rapporte qu'ils permettent d'identifier à quel moment un délinquant est le plus à risque de récidiver. Ces facteurs ne sont pas nécessairement reliés au niveau de risque à long terme mais sont plutôt des états passagers ou contextuels qui favorisent le passage à l'acte immédiat. On retrouve par exemple les intoxications à l'alcool ou autres drogues et l'accès à des victimes.

La présence d'une déviance sexuelle

Le trouble pédophile

Bien que ni nécessaire, ni suffisante, la présence d'une attirance sexuelle envers les enfants est un facteur de risque de récidive des violences sexuelles sur mineur.

De nombreuses études s'intéressent au risque de récidive chez les délinquants qui ont commis des infractions sexuelles contre des enfants. Ces études révèlent que la présence d'intérêts sexuels pédophiles majore le risque de récidive (80) (103) (104).

Des recherches effectuées sur des échantillons de non-délinquants ont également révélé qu'entre 1 % et 7 % des participants admettraient avoir eu des contacts sexuels hypothétiques avec des enfants s'ils étaient certains d'éviter d'être détectés [\(12\)](#) (105).

D'autres recherches de suivis, menées rétrospectivement sur des agresseurs d'enfants ont montré qu'après une période de suivi moyenne de 25 ans, 50 à 80 % des individus identifiés comme pédophiles avaient récidivé, comparativement à 10 à 30 % chez les agresseurs d'enfants non pédophiles (106).

Une autre étude rapporte que la déviance sexuelle est le principal facteur de risque de récidive de violence sexuelle sur mineur avec la présence d'une personnalité antisociale (107).

La consultation d'images pédopornographiques

On retrouve une corrélation significative entre la consultation d'images pédopornographie et le trouble pédophile [\(41\)](#) (108).

De plus on constate une augmentation massive de l'utilisation de la pornographie juvénile. Un rapport du FBI retrouve une augmentation de 1300% des cas reconnus par la justice d'utilisation de matériel pédopornographique entre 1996 et 2005 (109)

Une revue de littérature tente d'étudier le lien entre pédopornographie et violence sexuelle sur mineur chez des individus connus des services de justice (110).

Cette revue est basée sur 2 méta-analyses, la première étudiant l'historique des antécédents en matière de violence sexuelle chez des mineurs et la seconde les taux de récidives en matière de violence sexuelle de n'importe quelle nature chez des utilisateurs de pédopornographie.

Elle souligne dans la première méta-analyse, qu'un délinquant en ligne sur 8 (12 %) avait des antécédents d'infractions sexuelles avec contact (officiellement connus au

moment de l'infraction à l'origine de la peine), et qu'environ un délinquant en ligne sur deux (55 %) a admis une infraction sexuelle avec contact.

Elle retrouve dans la seconde étude que 4,6 % des cyberdélinquants avaient commis une nouvelle infraction sexuelle au cours d'un suivi de 1,5 à 6 ans et que 2,0% avaient commis une infraction sexuelle avec contact, et 3,4 % une nouvelle infraction de pornographie juvénile.

L'association à d'autres troubles paraphiles

La paraphilie (comme par exemple l'exhibitionnisme, le voyeurisme, le fétichisme, le sadomasochisme) est également un facteur de risque identifié chez les hommes (111). Dans cette étude, les auteurs ont constaté que plus de 70% des délinquants présentaient une ou plusieurs paraphilies.

Une autre étude de 2007 retrouve également une forte association entre la pédophilie et les autres paraphilies avec 50% à 70% de diagnostics de paraphilie chez les personnes ayant une attirance sexuelle pour les enfants (102) .

Les paraphilies sont également associées au trouble pédophiles, dans leur échantillon Abel et Harlow (2001) on retrouvé que plus de 60% des personnes diagnostiquées pédophiles présentaient des paraphilies dont, principalement, de l'exhibitionnisme ou du voyeurisme (112).

Une autre étude retrouve une majoration du risque de perpétration de violences sexuelles sur mineur dans l'association de paraphilies avec un trouble personnalité antisociale (113)

Le fait d'avoir plusieurs intérêts paraphiliques de nature voyeuriste, sexuelle sadique, fétichiste, masochiste, frotteurisme ou exhibitionnisme a une incidence importante sur les taux de récidive chez les délinquants (107).

La préférence sexuelle pour les enfants du même sexe

Il semble indispensable de citer l'attirance sexuelle préférentielle vers des enfants du même sexe. En effet, les études qui se penchent sur la récidive chez les agresseurs sexuels d'enfant du même sexe, retrouve des taux de récidive plus importants dans cette population.

Une étude menée chez 561 sujets paraphiles autodéclarés, et non connus des services de justice, rapporte un nombre plus élevé de victimes chez les pédophiles rapportant des victimes du même sexe, que chez les pédophiles déclarant des victimes du sexe opposé. Dans cette étude, les individus déclarent 20 victimes du sexe opposé en moyenne (médiane 1.3) contre 150 victimes en moyenne par individu (médiane 4.4) pour les victimes du même sexe (114).

Une autre étude, montre des résultats similaires concernant les taux de récidive, qui sont proches de 10% à dix ans, pour les pédophiles ayant des victimes du sexe opposé, et allant jusqu'à 40% à 10 ans, pour certains pédophiles ayant des victimes du même sexe (115).

Les personnalités pathologiques

Le trouble de personnalité antisociale

Parmi les délinquants récidivants le plus, on retrouve les individus décrivant un mode de vie antisocial.

On retrouve dans ces comportements un mépris pour les droits d'autrui et les règles mises en place par la société, un faible contrôle de soi dans plusieurs sphères de vie, notamment l'emploi, le logement, les dépenses et les loisirs.

On retrouve également la difficulté à identifier ses problèmes et les résoudre de façon efficace, la tendance à vivre des émotions négatives et à considérer que les autres sont responsables de ses malheurs, et les comportements d'opposition

envers les règles et l'autorité. Deux autres traits importants de la personnalité antisociale sont l'impulsivité et le manque d'empathie.

Une méta analyse s'intéressant aux facteurs de risque de récurrence de violences sexuelles sur des mineurs retrouve que le mode de vie antisocial est le facteur de risque le plus important (107).

Le trouble de personnalité borderline

On ne retrouve pas de mentions de la personnalité borderline à proprement parler dans la littérature. Cependant il est régulièrement fait référence à l'instabilité et l'impulsivité dans les facteurs de risque de passage à l'acte. On retrouve également une part importante d'individus avec des antécédents de victimisation parmi les délinquants envers des enfants.

De plus, les critères diagnostics entre les différents types de personnalité se recoupent, en particulier pour les troubles de personnalité antisociale et borderline, au niveau des facteurs de risque principaux de passage à l'acte, comme l'impulsivité et les conduites à risques, dont l'usage de stupéfiants.

Les troubles liés à l'usage d'une substance

La prévalence des troubles liés à l'usage de substances est élevée de manière globale chez les délinquants sexuels.

Concernant leur lien avec les violences sexuelles sur mineur, une étude rétrospective basée sur environ 530 dossiers de délinquants condamnés pour des faits de violences sexuelles sur mineur retrouve une prévalence vie entière de la toxicomanie (toutes substances confondues) de 50% et une prévalence vie entière de 27% pour l'abus d'alcool (116). Cette même étude rapporte que 33% des délinquants étaient sous l'emprise d'une quelconque substance au moment des faits, dont près de 25% étaient sous l'emprise d'alcool.

Seto propose une théorie pour expliquer l'association entre l'alcool et les violences sexuelles. Chaque individu serait muni de facultés d'inhibition qui permettraient de freiner certains comportements. L'alcool agirait de plusieurs façons en diminuant le niveau global d'inhibition mais aussi en abaissant le seuil d'acceptation c'est à dire que ce qui n'est pas convenable habituellement le devient un peu plus [\(117\)](#).

L'hypersexualité

Le trouble hypersexuel est représenté par des comportements sexuels normaux qui sont répétitifs, excessifs ou désinhibés ayant un retentissement négatif dans la vie du sujet. Contrairement aux paraphilies où le comportement ou le fantasme est inhabituel, c'est ici la fréquence de ces comportements ou fantasmes qui posent problème.

Bien qu'elle ne soit pas rare chez les condamnés pour agression sexuelle, en particulier chez ceux qui rapportent avoir été eux même victimes durant leur enfance, l'hypersexualité est une thématique très peu abordée dans la littérature scientifique.

Une étude sur l'hypersexualité chez les délinquants sexuels s'est penchée sur la fréquence des orgasmes par semaine dans cette population en en définissant l'hypersexualité sur une base de 7 orgasmes par semaine.

Dans cette étude 12 % de l'échantillon de 586 délinquants sexuels adultes de sexe masculin atteignaient un seuil clinique de plus de sept orgasmes par semaine. Ils ont mis en évidence que cette évaluation prédisait de façon significative la récurrence sexuelle à long terme dans cet échantillon de délinquants sexuels (118).

Il semblerait également que les préoccupations sexuelles exagérées seraient fortement associées avec le récidivisme (107).

Une autre étude rapporte une association entre la forte libido et la consommation d'images pédopornographiques (119).

La proximité avec les enfants

On retrouve chez certains individus une appétence particulière pour le monde des enfants, très souvent associée à une fuite du monde des adultes. Ces individus présentent généralement une pauvreté dans leur vie affective et sexuelle, avec un sentiment d'insuffisance et d'infériorité de leur potentiel viril (120).

Une étude montre la surreprésentation de la tendance des sujets à avoir des enfants comme amis, un mode de vie centré sur les enfants, associé à des conflits avec des partenaires adultes intimes, chez les auteurs d'agressions sexuelles extra familiaux récidivistes (121).

Les comorbidités psychiatriques

Il est assez courant d'associer les maladies mentales ou psychiatriques à la violence et aux crimes.

Cependant, seulement 1 à 5 % des auteurs de violence sexuelle présenteraient une pathologie psychiatrique caractérisée selon des études internationales (122) (à l'exception des troubles liés à l'usage de substance et des troubles de la personnalité).

Une étude comparant 4 groupes, un groupe de délinquants pédophiles, un groupe de délinquants non pédophiles, un groupe de pédophiles non délinquants et un groupe témoin montre une surreprésentation des troubles psychiatriques de l'AXE I du DSM à savoir les troubles de l'humeur avec la dépression au premier plan, les troubles anxieux et paniques. L'étude montre également une surreprésentation des patients atteints de TDAH.

Les auteurs de cette étude soulignent l'importance de la recherche de ces comorbidités car elles peuvent nuire à la motivation au traitement et donc participent indirectement au risque de passage à l'acte.

Une autre étude rapporte une légère association entre les comorbidités psychiatriques et le risque de de récidence dans une population de délinquants (107).

La présence d'une attirance sexuelle envers les mineurs doit être considérée comme une source potentielle de souffrance chez les individus concernés. Une étude menée sur 160 hommes déclarant une attirance sexuelle envers les enfants révèle que 74% d'entre eux déclarent une souffrance importante liée à leur préférence sexuelle, 31% déclarent avoir été hospitalisé pour des problèmes de santé mentale liés à leur préférence sexuelle (123).

Une autre étude sur des sujets de plus de 30ans attirées sexuellements par des enfants de moins de 13 ans rapportent que 45% d'entre eux avaient rapporté des idées suicidaires et 13% d'entre eux rapportent au moins un antécédent de passage à l'acte suicidaire (124).

Les facteurs de protection

La connaissance des facteurs de protection est non seulement importante pour évaluer le risque de passage à l'acte, mais aussi pour la mise en place de soins adaptés aux individus. En effet, les facteurs de protections seront également les cibles thérapeutiques privilégiée dans la prise en charge des auteurs potentiels d'agression sexuelle sur mineur.

Il existe deux conceptions des facteurs de protection dans le cadre de l'étude de la récidence chez les délinquants sexuels. La première consiste à voir les facteurs de protection comme des éléments qui vont venir contrebalancer les facteurs de risque, ils sont donc effectifs uniquement lors de la présence de facteurs de risque.

La seconde est de les considérer comme la stricte opposé des facteurs de risque et donc le facteur de protection existe si le facteur de risque est inexistant (125).

Parmi ces facteurs de protection on retrouve l'empathie ou encore la stabilité dans les relations et l'étayage social ... (126)

Une étude de suivi de 70 ans effectuée sur des garçons et hommes délinquants considérés comme à haut risque de récidive a montré que les personnes non toxicomanes, mariées, avec des emplois ou perspectives d'emplois et qui déclaraient un bon étayage social étaient moins susceptibles de récidiver (127).

Une autre étude réalisée sur un échantillon non criminel a montré qu'un investissement dans la religion, la participation à des activités structurées (emploi, investissement associatif...) ainsi que la présence d'un soutien social étaient associés à la diminution des comportements criminels violents (128).

Une autre étude des facteurs protecteurs supposés de la récidive de délinquance sur un échantillon de 800 détenus après leur libération de prisons et de sexe masculin a montré que l'accès à un logement ou une formation ont significativement diminué le risque de récidive. L'un des autres constats de cette étude est qu'elle semble montrer une indépendance dans l'efficacité des différents facteurs de protection (129).

Concernant l'empathie envers les victimes, il semblerait qu'une grande empathie envers les victimes aurait une forte incidence sur la diminution de la récidive (130).

Des chercheurs ont étudié l'incidence des aptitudes sociales chez des délinquants atteints de troubles mentaux. Ils ont mis en évidence que de bonnes capacités d'adaptation et la prise de responsabilité était significativement corrélée à l'abandon de la récidive (131).

Stadification du risque de passage à l'acte

Le modèle "Risque, Urgence, Dangerosité" (RUD)

Un simple recueil des facteurs de risque et de protection, bien qu'indispensable n'est pas suffisant pour évaluer un risque de passage à l'acte. En effet, la plupart des facteurs de risque étant présents de manière chronique, on peut supposer que

d'autres événements ou éléments plus aigus occupent également une place importante dans la mise en place du comportement.

En nous appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (132) sur l'évaluation du risque suicidaire dans le cadre de l'urgence, nous proposerons une stadification du risque de passage selon le modèle Risque Urgence Dangerosité.

La crise suicidaire peut être définie comme rupture de l'équilibre psychique d'un individu dont l'une des issues est le suicide. Elle est causée par le dépassement des mécanismes d'adaptation de l'individu devant une situation donnée.

Dans l'évaluation du risque suicidaire, l'évaluation du "Risque" passe par le recueil des différents facteurs de risque et de protections identifiés dans la littérature scientifique.

On y retrouve les antécédents du patient ainsi que des facteurs pouvant faire état d'une situation de "crise" en lien avec facteurs aigus. Elle permet de mettre en avant un risque global de passage à l'acte sans tenir compte de l'imminence de celui-ci.

L'évaluation de "l'Urgence", cherche à identifier le niveau de souffrance ressentie par l'individu, le degré d'intentionnalité, des éléments d'impulsivité ou encore la présence de facteurs protecteurs immédiats (comme par exemple la présence d'un proche qui pourrait alerter les secours en cas de besoin).

Il est également important de prendre en compte l'adhésion du patient aux soins. L'évaluation de l'urgence est un élément clé dans l'évaluation du risque suicidaire avec la "Dangerosité".

L'évaluation de la "Dangerosité" repose sur l'accès à un moyen létal ainsi qu'au potentiel mortifère de celui-ci.

Transposition du RUD à l'évaluation du risque de passage à l'acte chez un agresseur potentiel d'enfant

Comme nous l'avons vu pour le risque suicidaire, le risque repose sur la récolte des informations sur les antécédents du patient ainsi que des différents facteurs de risque et de protection identifiés.

Parmi ces éléments on retrouve, les antécédents de passage à l'acte, l'attirance spécifique vers les garçons prépubères ou encore ses propres enfants, le trouble pédophile, les signes d'un manque d'empathie ou d'une impulsivité retrouvés dans le troubles de personnalité antisocial et borderline dans une certaine mesure...

On recherchera également les facteurs protecteurs tels que les marqueurs d'une bonne insertion sociale comme le fait d'être marié, d'avoir un travail...

Pour "l'Urgence", nous rechercherons l'existence ou non d'un scénario, le degré de tension interne ressentie par l'appelant, la présence d'une demande de soins.

Concernant l'évaluation de la "Dangerosité" il n'existe pas de degré de gravité d'un passage à l'acte. Il paraît cependant évident que l'accès à un ou des enfants qui plus est, isolé(s) (ou manquant de supervision par les adultes) constitue une dangerosité importante.

Rédaction du guide d'entretien

Devant la fragilité de l'alliance avec l'appelant dans le cadre de l'appel téléphonique au dispositif STOP, nous avons choisi de commencer par une présentation de l'écouter et de la structure à laquelle il appartient. Il est ensuite proposé à l'appelant de se présenter lui-même s'il le souhaite, puis des informations lui sont données sur la cadre de l'appel et son objectif. Il est également primordial de rapporter le cadre confidentiel de cet appel.

Il est également proposé à l'appelant de s'isoler afin de ne pas être distrait ou dérangé par son environnement. Cependant, il est nécessaire de rechercher la présence d'un tiers à disposition en cas de besoin, les thématiques abordées durant cet entretien pouvant être d'importantes sources de stress pour les appelants.

Nous tâchons ensuite de faire préciser la demande de l'appelant en lui faisant préciser le contexte de celle-ci. Il lui est également demandé si cette demande d'aide est la première, et si ce n'est pas le cas nous essayons de comprendre le vécu de sa ou ses demandes précédentes.

Nous procédons ensuite à une évaluation de sa situation sociale puis de ses antécédents aussi bien médicaux que judiciaires.

Nous évaluons ensuite la problématique de la pédophilie et des autres paraphilies afin de préciser le diagnostic.

Nous proposons des questions formulées dans ce guide qui ont été pensées afin de pouvoir être proposées telles quelles. Cependant il n'est pas nécessaire de suivre parfaitement la formulation et l'ordre des questions, la priorité étant la fluidité de la conversation et l'écoute de l'appelant afin de maintenir et renforcer le lien avec l'appelant.

Nous proposons également une évaluation des comorbidités psychiatriques et des personnalités sociopathiques et borderlines à partir d'extraits des échelles M.I.N.I et PDQ-4 qui sont 2 échelles de dépistage qui ont été largement validées scientifiquement.

Pour finir, nous proposons une grille d'évaluation du risque de passage à l'acte accompagnée d'une aide à la prise de décision quant aux orientations à proposer à l'appelant.

Il est également proposé une liste de notions juridiques à la fin du guide afin d'appuyer les propos de l'écouter si nécessaire.

Une fois la rédaction du guide terminée, nous l'avons diffusé aux CRIAVS. Tous n'ont pas répondu. Cependant des membres du CRIAVS de Lyon ou encore de Tour ont largement participé à l'identification de certaines faiblesses du guide. Ils ont également formulé des axes d'amélioration qui ont été pris en compte dans la rédaction finale.

Vous trouverez cette dernière version en annexe.

Discussion

Ce guide d'entretien représente à notre connaissance la première tentative d'évaluation du risque de passage à l'acte chez de potentiels agresseurs d'enfants à partir d'une démarche scientifique, dans le cadre d'un entretien téléphonique.

Ce guide permettra, s'il est utilisé par les écoutants, une harmonisation des pratiques de l'entretien STOP. Il permettra également de servir de base critiquable, afin de modifier les pratiques par la suite.

De plus, la mise en place d'un support à l'entretien téléphonique répond à une demande de la part des répondants du dispositif. Dans la rédaction de ce guide, nous avons tenu compte des craintes que peuvent avoir les écoutants face à certaines situations.

Les intervenants du dispositif STOP des différents CRIAVS ayant répondu à nos sollicitations ont d'ailleurs tous salué la démarche. Selon eux, le guide répondait à un besoin existant.

L'une des problématiques majeures rencontrée en pratique étant le risque élevé de perdus de vue, nous avons recueilli des témoignages des répondants de différents CRIAVS. Nous avons bénéficié des retours d'écoutants expérimentés et d'autres plus novices dans la pratique, ce qui nous a permis de prendre un très large panel de difficultés rencontrées en pratique.

Toujours dans l'idée d'identifier les difficultés que peuvent rencontrer les écoutants en pratique, nous avons organisé des simulations d'entretiens, menées par des étudiants en psychologie face à des répondants du dispositif.

Nous avons également contacté d'autres structures telles que le Centre de Traitement des Alertes (CTA) du Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) ou encore le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) du Nord, afin de tirer parti de leur expertise dans la pratique de l'entretien téléphonique. L'objectif

principal de ces contacts était de recueillir efficacement et rapidement les données nécessaires à l'évaluation et à la prise de décision.

Une fois de plus, dans un souci de reproductibilité et d'accompagnement des écoutants dans la prise de décision, nous avons proposé une évaluation du risque de passage en s'appuyant sur la méthodologie de l'évaluation du risque suicidaire qui est aujourd'hui largement validée.

Si ce travail est innovant en la matière et répond aux attentes des intervenants du dispositif, il existe cependant de nombreux biais concernant son aspect scientifique.

Il existe un manque cruel de données scientifiques concernant la prévention secondaire des agressions sexuelles sur mineur, en France comme à l'étranger. Ce n'est que récemment, avec la mise en place du projet Dunkelfeld, que pour la première fois, la prévention secondaire de l'agression sexuelle a été étudiée avec une méthodologie scientifiquement approuvée.

Le nombre d'études à ce sujet reste cependant excessivement faible et la grande majorité des études portent sur la mise en évidence d'une demande de soins par les auteurs potentiels ainsi que sur l'évaluation des thérapies proposées à cette population.

C'est pour cette raison que nous nous sommes appuyés sur la littérature étudiant des sujets considérés comme auteurs. En effet, il existe un nombre plus important d'études sur cette population.

En nous intéressant à cette population, nous avons formulé l'hypothèse que les "auteurs" des études sélectionnés peuvent correspondre à nos agresseurs potentiels, pouvant être qualifiés de "à haut risque".

Cependant, même dans cette population, les niveaux de preuves des études concernant les auteurs d'agression sexuelle sur mineur sont assez faibles en général.

Il existe peu d'études comparatives, les effectifs sont souvent réduits, les critères de jugement principaux très hétérogènes, les durées de suivi trop courtes... Il existe d'ailleurs des débats éthiques sur la possibilité de réaliser des études randomisées dans ce domaine.

De plus, nous tentons d'aborder la problématique avec un regard médical. Or, la majorité des études revêtent un aspect psychocriminologique, avec encore une grande hétérogénéité dans les évaluations utilisées et les données récoltées.

Concernant l'évaluation de ce guide d'entretien, il paraît illusoire à l'heure actuelle de pouvoir évaluer directement son impact sur la réduction du nombre de passages à l'acte.

Cependant, une étude comparant les durées d'appel ainsi que les reprises de contact, suite à un premier entretien, chez des écoutants ayant connaissance du guide d'une part, et d'écoutants n'en ayant pas connaissance d'autre part, pourrait constituer une piste de réflexion.

Il pourrait également être intéressant d'évaluer les ressentis des écoutants concernant leurs pratiques ou encore leur aisance, selon qu'ils se soient imprégnés ou non du questionnaire auparavant.

Devant la présence d'une autre problématique largement soulevée dans cette thèse, à savoir le temps limité pour la récolte d'informations et le risque important de perdus de vue, l'une des solutions imaginée a été la mise en place d'un questionnaire en ligne.

En effet, tout en préservant la confidentialité de l'appelant, il serait possible de mettre en place un questionnaire en ligne, permettant d'obtenir un numéro d'identification, qu'il pourrait par exemple transmettre à l'écoutant lors de l'appel. L'écoutant aurait alors déjà une partie des informations nécessaires à sa compréhension de la situation, et donc plus de temps à dégager pour l'écoute active de l'appelant.

De plus, il serait possible de véhiculer des messages de prévention, en ligne, selon les réponses de l'individu ou non, ainsi que de débiter la "destigmatisation".

Bien que confidentiel, l'entretien téléphonique implique un investissement immédiat dans une relation qui peut être difficile à supporter pour certains. Un questionnaire en ligne pourrait donc potentiellement atteindre un public qui n'oserait pas contacter le numéro STOP.

La mise en place d'un questionnaire en ligne pourrait également permettre un recueil de données reproductibles, et donc plus facilement exploitables dans des perspectives de recherches.

Conclusion

La mise en place de ce guide apporte un cadre qui se veut rassurant pour les répondants débutants, comme pour les plus expérimentés. Il apporte un cadre à l'entretien permettant la recherche de données pertinentes pour l'évaluation, mais propose également des solutions concrètes pour l'orientation selon les situations rencontrées, ainsi que les informations juridiques nécessaires pour informer l'appelant en cas de besoin.

Si la mise en place du guide d'entretien STOP a mis en évidence un manque cruel de données concernant la prévention des agressions sexuelles sur mineur, elle a également permis de mettre en lumière de nouvelles perspectives de recherches.

Une piste intéressante dans le développement du dispositif pourrait être la mise en place d'un questionnaire en ligne qui permettrait de favoriser l'accroche en diminuant la stigmatisation de l'individu, de récolter des données avant l'entretien que l'appelant pourrait partager s'il le souhaite (tout en conservant sa confidentialité), mais aussi la récolte de données à des fins de recherche.

Concernant l'évaluation de l'efficacité de ce guide d'entretien, il serait possible de s'intéresser aux durées d'appels, au nombre de rappels effectués directement au numéro STOP ou au CRIAVS directement, ou encore à l'amélioration de l'accès aux soins pour les appelants.

Bibliographie

1. Violences sexuelles | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-sexuelles>
2. Infractions sexuelles sur mineur [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2274>
3. Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006070719/2020-12-16
4. Larousse É. Définitions : corruption - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/corruption/19471>
5. Camilleri JA, Quinsey VL. Pedophilia: Assessment and treatment. In: Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2008. p. 183-212.
6. Seto MC. Pedophilia. Annu Rev Clin Psychol. 2009;5:391-407.
7. Stelzmann D, Jahnke S, Kuhle LF. Media Coverage of Pedophilia and Its Impact on Help-Seeking Persons with Pedophilia in Germany-A Focus Group Study. Int J Environ Res Public Health. 30 juill 2022;19(15):9356.
8. Savoie V, Quayle E, Flynn E. Prevalence and correlates of individuals with sexual interest in children: A systematic review. Child Abuse Negl. 1 mai 2021;115:105005.
9. dp_lancement_stop.pdf [Internet]. [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/7e/16/7e16a566-dbb0-4ad5-bc39-c59ca3cad4a5/dp_lancement_stop.pdf
10. Briere J, Runtz M. University males' sexual interest in children: Predicting potential indices of « pedophilia » in a nonforensic sample. Child Abuse Negl. 1989;13(1):65-75.
11. Smiljanich K, Briere J. Self-reported sexual interest in children: Sex differences and psychosocial correlates in a university sample. Violence Vict. 1996;11(1):39-50.
12. Becker-Blease K, Friend D, Freyd JJ. Child Sex Abuse Perpetrators among Male University Students.
13. Dombert B, Schmidt AF, Banse R, Briken P, Hoyer J, Neutze J, et al. How Common is Men's Self-Reported Sexual Interest in Prepubescent Children? J Sex Res. 2016;53(2):214-23.
14. Ahlers CJ, Schaefer GA, Mundt IA, Roll S, Englert H, Willich SN, et al. How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. J Sex Med. mai 2011;8(5):1362-70.
15. Bártová K, Androvičová R, Krejčová L, Weiss P, Klapilová K. The Prevalence of Paraphilic Interests in the Czech Population: Preference, Arousal, the Use of Pornography, Fantasy, and Behavior. J Sex Res. janv 2021;58(1):86-96.
16. Beier KM, Neutze J, Mundt IA, Ahlers CJ, Goecker D, Konrad A, et al. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). Child Abuse Negl. 1 août 2009;33(8):545-9.
17. Beier KM, Bosinski HA, Loewit K. Sexualmedizin: Grundlagen und Praxis; mit

- 61 Tabellen und 50 Übersichten. Elsevier, Urban&FischerVerlag; 2005.
18. Favre T. PÉDOPHILIE - D'UN DSM À L'AUTRE -.
 19. Masson H. Ancien Président de l'Association mondiale de psychiatrie Membre de l'Académie de médecine.
 20. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
 21. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
 22. Baratta A, Morali A. Prise en charge médicale et psychiatrique de la pédophilie : données actuelles. *Inf Psychiatr.* 2011;87(2):133-40.
 23. Blanchard R, Lykins AD, Wherrett D, Kuban ME, Cantor JM, Blak T, et al. Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Arch Sex Behav.* juin 2009;38(3):335-50.
 24. Seto MC. The Puzzle of Male Chronophilias. *Arch Sex Behav.* janv 2017;46(1):3-22.
 25. Seto MC. Pedophilia. *Annu Rev Clin Psychol.* 1 avr 2009;5(1):391-407.
 26. Rice ME, Harris GT. Men who molest their sexually immature daughters: Is a special explanation required? *J Abnorm Psychol.* 2002;111(2):329.
 27. SETO MC, BARBAREE HE. Psychopathy, Treatment Behavior, and Sex Offender Recidivism. *J Interpers Violence.* 1 déc 1999;14(12):1235-48.
 28. Chaplin TC, Rice ME, Harris GT. Salient victim suffering and the sexual responses of child molesters. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63(2):249.
 29. Quinsey VL, Chaplin TC, Carrigan WF. Sexual preferences among incestuous and nonincestuous child molesters. *Behav Ther.* sept 1979;10(4):562-5.
 30. Seto MC. Intervention. In: *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 2008. p. 167-208.
 31. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreat.* 1 mai 2011;16(2):79-101.
 32. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry.* janv 2010;15(1):53-63.
 33. Fernández de la Cruz L, Barrow F, Bolhuis K, Krebs G, Volz C, Nakatani E, et al. Sexual obsessions in pediatric obsessive-compulsive disorder: clinical characteristics and treatment outcomes. *Depress Anxiety.* août 2013;30(8):732-40.
 34. Repugnant obsessions: A review of the phenomenology, theoretical models, and treatment of sexual and aggressive obsessional themes in OCD. *J Obsessive-Compuls Relat Disord.* 1 avr 2014;3(2):161-8.
 35. Pinto A, Eisen JL, Mancebo MC, Greenberg BD, Stout RL, Rasmussen SA. Taboo thoughts and doubt/checking: a refinement of the factor structure for obsessive-compulsive disorder symptoms. *Psychiatry Res.* 30 juin 2007;151(3):255-8.
 36. Glazier K, Swing M, McGinn LK. Half of obsessive-compulsive disorder cases misdiagnosed: vignette-based survey of primary care physicians. *J Clin Psychiatry.* juin 2015;76(6):e761-767.
 37. Freund K, Blanchard R. Phallometric diagnosis of pedophilia. *J Consult Clin Psychol.* févr 1989;57(1):100-5.
 38. Marschall-Lévesque S. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.) en psychologie recherche et intervention option psychologie clinique.

39. Fromberger P, Jordan K, Steinkrauss H, von Herder J, Witzel J, Stolpmann G, et al. Diagnostic accuracy of eye movements in assessing pedophilia. *J Sex Med.* juill 2012;9(7):1868-82.
40. Mc S, Gt H, Me R, He B. The screening scale for pedophilic interests predicts recidivism among adult sex offenders with child victims. *Arch Sex Behav* [Internet]. oct 2004 [cité 6 sept 2023];33(5). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15305116/>
41. Seto MC, Stephens S, Lalumière ML, Cantor JM. The Revised Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI-2): Development and Criterion-Related Validation. *Sex Abuse J Res Treat.* oct 2017;29(7):619-35.
42. Mohnke S, Müller S, Amelung T, Krüger THC, Ponseti J, Schiffer B, et al. Brain alterations in paedophilia: a critical review. *Prog Neurobiol.* nov 2014;122:1-23.
43. Popovic D, Wertz M, Geisler C, Kaufmann J, Lähtenvuo M, Lieslehto J, et al. Patterns of risk-Using machine learning and structural neuroimaging to identify pedophilic offenders. *Front Psychiatry.* 2023;14:1001085.
44. Fonteille V, Cazala F, Moulrier V, Stoléru S. [Pedophilia: contribution of neurology and neuroimaging techniques]. *L'Encephale.* déc 2012;38(6):496-503.
45. Laws DR, O'Donohue WT. Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment. Guilford Press; 2008.
46. Lewis A, Grubin D, Ross CC, Das M. Gonadotrophin-releasing hormone agonist treatment for sexual offenders: A systematic review. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* oct 2017;31(10):1281-93.
47. Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Dennis JA, Duggan C. Pharmacological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 févr 2015;2015(2):CD007989.
48. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 Suppl 3:10-21.
49. Tennent G, Bancroft J, Cass J. The control of deviant sexual behavior by drugs: a double-blind controlled study of benperidol, chlorpromazine, and placebo. *Arch Sex Behav.* mai 1974;3(3):261-71.
50. McGrath RJ, Cumming G, Burchard BL. Current practices and trends in sexual abuser management: The Safer Society 2002 nationwide survey. Safer Society Press; 2003.
51. [aas_-_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_recommandations.pdf) [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_recommandations.pdf
52. Laws DR, Marshall WL. A brief history of behavioral and cognitive behavioral approaches to sexual offenders: Part 1. Early developments. *Sex Abuse J Res Treat.* 2003;15:75-92.
53. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* mai 1994;18(5):409-17.
54. Hanson RF, Resnick HS, Saunders BE, Kilpatrick DG, Best C. Factors related to the reporting of childhood rape. *Child Abuse Negl.* juin 1999;23(6):559-69.
55. Prévalence de l'abus pédosexuel : une méta-analyse corrective | Bureau des programmes du ministère de la Justice [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur:

- <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/prevalence-child-sexual-abuse-corrective-metanalysis>
56. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 1 juin 2009;29(4):328-38.
 57. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet Lond Engl.* 5 oct 2002;360(9339):1083-8.
 58. Ministère de l'Intérieur, rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019.
 59. Hébert M, Smith K, Caouette J, Cénat JM, Karray A, Cartier N, et al. Prevalence and associated mental health outcomes of child sexual abuse in youth in France: Observations from a convenience sample. *J Affect Disord.* 1 mars 2021;282:820-8.
 60. Rapport-Ipsos-Enquete-violences-sex-de-l-enfance.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2023]. Disponible sur: <http://memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2019-Ipsos2/20191007-Rapport-Ipsos-Enquete-violences-sex-de-l-enfance.pdf>
 61. Hall RCW, Hall RCW. A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clin Proc.* avr 2007;82(4):457-71.
 62. Wortley R, Smallbone S. A Criminal Careers Typology of Child Sexual Abusers. *Sex Abuse.* 1 déc 2014;26(6):569-85.
 63. Prévenir l'abus sexuel des enfants : dépistage des agresseurs d'enfants cachés à la recherche d'un emploi dans les organisations qui s'occupent des enfants - Gene G. Abel, Alan Jordan, Nora Harlow, Yu-Sheng Hsu, 2019 [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: <https://journals-sagepub-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/full/10.1177/1079063218793634>
 64. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB, et al. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med.* nov 2009;37(5):389-96.
 65. Hébert M, Amédée LM, Blais M, Gauthier-Duchesne A. Child Sexual Abuse among a Representative Sample of Quebec High School Students: Prevalence and Association with Mental Health Problems and Health-Risk Behaviors. *Can J Psychiatry.* 1 déc 2019;64(12):846-54.
 66. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry.* nov 2001;158(11):1878-83.
 67. Molnar BE, Berkman LF, Buka SL. Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychol Med.* août 2001;31(6):965-77.
 68. Avis-Le-cout-du-deni_VFpdf-1.pdf [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: https://www.ciivise.fr/wp-content/uploads/2023/06/Avis-Le-cout-du-deni_VFpdf-1.pdf
 69. presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
 70. Sénat [Internet]. [cité 24 sept 2023]. LOI no 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection

- des mineurs (1). Disponible sur:
<https://www.senat.fr/leg/lois/1997-1998/l98468.html>
71. Association L'Ange Bleu [Internet]. [cité 11 févr 2023].
<http://ange-bleu.com/fr/accueil>. Disponible sur: <http://ange-bleu.com/fr/accueil>
 72. Évaluation d'un programme de prévention des abus pédosexuels --- Vermont, 1995--1997 [Internet]. [cité 1 sept 2023]. Disponible sur:
<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5005a2.htm>
 73. Grant BJ, Shields RT, Tabachnick J, Coleman J. "I Didn't Know Where To Go": An Examination of Stop It Now!'s Sexual Abuse Prevention Helpline. *J Interpers Violence*. oct 2019;34(20):4225-53.
 74. now_helpline_data_report_2021_081522.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2023].
 Disponible sur:
https://www.stopitnow.org/sites/default/files//images/now_helpline_data_report_2021_081522.pdf
 75. Stop it Now ! Bruxelles [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Accueil. Disponible sur:
<https://stopitnow.brussels/>
 76. Centre d'Appui Bruxellois [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Présentation.
 Disponible sur: <https://www.cabxl.be/>
 77. Stop it Now! voor mensen met bezorgdheden over seksuele gevoelens of gedrag [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: <http://stopitnow.be/>
 78. SéOS | Service d'Écoute et d'Orientation Spécialisé [Internet]. [cité 3 sept 2023]. SéOS | Service d'Écoute et d'Orientation Spécialisé. Disponible sur:
<https://seos.be/>
 79. SANT4 - Bulletin Officiel N°2006-4: Annonce N°23 [Internet]. [cité 24 sept 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040023.htm>
 80. Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol*. avr 1998;66(2):348-62.
 81. Quinsey VL, Lalumière ML, Rice ME, Harris GT. Predicting sexual offenses. *Assess Dangerousness Violence Sex Offenders Batter Child Abus*. 1995;114-37.
 82. Cortoni F, Hanson RK, Coache MÈ. The Recidivism Rates of Female Sexual Offenders Are Low: A Meta-Analysis. *Sex Abuse*. 1 déc 2010;22(4):387-401.
 83. Canada PS. Predictors of Sexual Recidivism: An Updated Meta-Analysis 2004-02 [Internet]. 2018 [cité 16 sept 2023]. Disponible sur:
<https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2004-02-prdctrs-sxl-rcdvsm-pdtd/index-en.aspx>
 84. Smallbone S, Marshall W, Wortley R. Preventing Child Sexual Abuse: Evidence, Policy and Practice. *Prev Child Sex Abuse Evid Policy Pract*. 1 janv 2008;
 85. Murray JB. Psychological Profile of Pedophiles and Child Molesters. *J Psychol* [Internet]. 1 avr 2010 [cité 2 sept 2023]; Disponible sur:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00223980009600863>
 86. Crimes sexuels autodéclarés de paraphiliaques non incarcérés - GENE G. ABEL, JUDITH V. BECKER, MARY MITTELMAN, JERRY CUNNINGHAM-RATHNER, JOANNE L. ROULEAU, WILLIAM D. MURPHY, 1987 [Internet]. [cité 14 sept 2023]. Disponible sur:
<https://journals-sagepub-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/10.1177/08626087002001001>
 87. McConaghy N, Blaszczyński A, Armstrong MS, Kidson W. Resistance to treatment of adolescent sex offenders. *Arch Sex Behav*. avr 1989;18(2):97-107.
 88. Zanoun LD, Guerin DV. Retrouvez également l'association sur Facebook et

- sur Twitter @SVSassociation. 2019;
89. Boroughs DS. Female sexual abusers of children. *Child Youth Serv Rev.* 1 mai 2004;26(5):481-7.
 90. Finkelhor D, Hotaling GT, Lewis I, Smith C. Sexual abuse and its relationship to later sexual satisfaction, marital status, religion, and attitudes. *J Interpers Violence.* 1989;4(4):379-99.
 91. Christiansen AR, Thyer BA. Female sexual offenders: A review of empirical research. *J Hum Behav Soc Environ.* 2002;6(3):1-16.
 92. Tardif M, Auclair N, Jacob M, Carpentier J. Sexual abuse perpetrated by adult and juvenile females: An ultimate attempt to resolve a conflict associated with maternal identity. *Child Abuse Negl.* 2005;29(2):153-67.
 93. Plummer M, Cossins A. The Cycle of Abuse: When Victims Become Offenders. *Trauma Violence Abuse.* 1 juill 2018;19(3):286-304.
 94. Bagley C, Wood M, Young L. Victim to abuser: Mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse Negl.* 1 août 1994;18(8):683-97.
 95. FROMUTH ME, CONN VE. Hidden Perpetrators: Sexual Molestation in a Nonclinical Sample of College Women. *J Interpers Violence.* 1 juin 1997;12(3):456-65.
 96. Harris AJR, Hanson RK. Sex offender recidivism: a simple question. Ottawa: Minister of Public Safety and Emergency Preparedness; 2004. (User report / Public Safety and Emergency Preparedness Canada).
 97. Évaluation du risque de récidive sexuelle : quelques propositions sur la nature des facteurs de risque psychologiquement significatifs - PubMed [Internet]. [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/20363981/>
 98. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry.* juill 1990;41(7):761-70.
 99. O'Connor W. Towards an environmental perspective on intervention for problem sexual behaviour in people with an intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil.* 1997;10(2):159-75.
 100. Barron P, Hassiotis A, Baner J. Offenders with intellectual disability: the size of the problem and therapeutic outcomes. *J Intellect Disabil Res.* 2002;46(6):454-63.
 101. Beech AR, Ward T. The integration of etiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework. *Aggress Violent Behav.* 1 nov 2004;10(1):31-63.
 102. Hanson RK, Harris AJ, Scott TL, Helmus L. Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project. Vol. 5. Public Safety Canada Ottawa, Ontario; 2007.
 103. Seto MC, Eke AW. Predicting recidivism among adult male child pornography offenders: Development of the Child Pornography Offender Risk Tool (CPORT). *Law Hum Behav.* 2015;39(4):416.
 104. Seto MC, Harris GT, Rice ME, Barbaree HE. The screening scale for pedophilic interests predicts recidivism among adult sex offenders with child victims. *Arch Sex Behav.* 2004;33:455-66.
 105. Freel M. Child sexual abuse and the male monopoly: An empirical exploration of gender and a sexual interest in children. *Br J Soc Work.* 2003;33(4):481-98.
 106. Beier K. Differential typology and prognosis for dissexual behavior—a follow-up study of previously expert-appraised child molesters. *Int J Legal Med.*

- 1998;111:133-41.
107. Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *J Consult Clin Psychol.* déc 2005;73(6):1154-63.
 108. Seto MC, Cantor JM, Blanchard R. Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *J Abnorm Psychol.* août 2006;115(3):610-5.
 109. Bourke ML, Hernandez AE. The 'Butner Study' Redux: A Report of the Incidence of Hands-on Child Victimization by Child Pornography Offenders. *J Fam Violence.* 1 avr 2009;24(3):183-91.
 110. Seto MC, Karl Hanson R, Babchishin KM. Contact Sexual Offending by Men With Online Sexual Offenses. *Sex Abuse.* 1 mars 2011;23(1):124-45.
 111. Abel GG, Rouleau JL. The nature and extent of sexual assault. In: *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender.* Springer; 1990. p. 9-21.
 112. Abel GG, Harlow N. *The stop child molestation book: What ordinary people can do in their everyday lives to save three million children.* Xlibris Corporation; 2001.
 113. La psychopathie et la combinaison de la psychopathie et de la déviance sexuelle comme prédicteurs de la récidive sexuelle : résultats méta-analytiques à l'aide de la Liste de contrôle de la psychopathie – Révisée. [Internet]. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0030391>
 114. Abel GG, Becker JV, Mittelman M, Cunningham-Rathner J, Rouleau JL, Murphy WD. Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs. *J Interpers Violence.* 1987;2(1):3-25.
 115. Gaillard-Janin N. Enquête sur les sujets ayant été suivis en obligation de soins durant l'année 2005 au centre Philippe-Paumelle. *Inf Psychiatr.* 2007;83(1):29-34.
 116. Tzeng OCS, Robinson RL, Karlson HC. Demographic Correlates and Judicial Determinations of Child Sexual Abuse Offenses. *J Soc Distress Homelessness.* 1 janv 1999;8(2):55-77.
 117. Seto MC, Barbaree HE. The role of alcohol in sexual aggression. *Clin Psychol Rev.* 1 janv 1995;15(6):545-66.
 118. Kingston DA, Bradford JM. Hypersexuality and recidivism among sexual offenders. *Sex Addict Compulsivity.* 2013;20(1-2):91-105.
 119. Seto M, Reeves L, Jung S. Motives for child pornography offending: The explanations given by the offenders. *J Sex Aggress.* 2010;16(2):169-80.
 120. Mohr JW, Turner RE, Jerry M. *Pedophilia and exhibitionism.* University of Toronto Press; 1964.
 121. rapport_du_17_juin_2018.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2023]. Disponible sur: https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/01/2d/012d3270-9129-4689-8e79-ed456fd28ecf/rapport_du_17_juin_2018.pdf
 122. Senon_Manzanera_2008.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2023]. Disponible sur: http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Senon_Manzanera_2008.pdf
 123. 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.* 1 juill 2010;33(3):154-63.
 124. Ingram M, Thorne E, Letourneau EJ, Nestadt PS. Self-esteem, perceived social support, and suicidal ideation and behavior among adults attracted to children. *OMEGA-J Death Dying.* 2023;00302228221150304.

125. Serin RC, Chadwick N, Lloyd CD. Dynamic risk and protective factors. *Psychol Crime Law*. 22 janv 2016;22(1-2):151-70.
126. Horney J, Osgood DW, Marshall IH. Criminal careers in the short-term: Intra-individual variability in crime and its relation to local life circumstances. *Am Sociol Rev*. 1995;655-73.
127. Laub JH, Sampson RJ. Understanding desistance from crime. *Crime Justice*. 2001;28:1-69.
128. DeMatteo D, Heilbrun K, Marczyk G. Psychopathy, risk of violence, and protective factors in a noninstitutionalized and noncriminal sample. *Int J Forensic Ment Health*. 2005;4(2):147-57.
129. Ullrich S, Coid J. Protective factors for violence among released prisoners--effects over time and interactions with static risk. *J Consult Clin Psychol*. juin 2011;79(3):381-90.
130. Brown S, Harkins L, Beech AR. General and victim-specific empathy: associations with actuarial risk, treatment outcome, and sexual recidivism. *Sex Abuse J Res Treat*. oct 2012;24(5):411-30.
131. Stübner S, Gross G, Nedopil N. Inpatient risk management with mentally ill offenders: results of a survey on clinical decision-making about easing restrictions. *Crim Behav Ment Health CBMH*. 2006;16(2):111-23.
132. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 19 sept 2023]. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

Annexe

Guide d'entretien STOP

Préambule

Le numéro STOP (Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention) est destiné aux personnes majeures attirées sexuellement par des enfants. Ce guide a été créé dans le but d'accompagner les répondants du dispositif dans l'évaluation du risque de passage à l'acte à l'encontre d'un enfant, l'un des enjeux majeurs de cet entretien sera de favoriser l'entrée dans les soins de l'appelant si cela s'avère nécessaire.

Ce guide a été créé afin d'accompagner l'écouter dans la recherche d'informations cliniques de manière systématique, et d'orienter au mieux l'appelant par la suite. Vous trouverez différentes possibilités d'orientations à la fin de ce guide. Devant le risque important de perte de vue, l'un des principaux enjeux sera de recueillir le maximum de données cliniques pour orienter au mieux l'appelant. Durant l'entretien il conviendra à l'écouter d'être détendu, attentif, concentré et de faire preuve d'empathie envers l'appelant.

Ce guide recense les éléments importants de l'évaluation clinique. Devant l'hétérogénéité des examinateurs, des consignes et questions ont été rédigées et pensées afin de pouvoir être suivies telles quelles.

La formulation et l'ordre des questions du guide pourra donc être reprise telle quelle par le répondant ou adaptée à sa convenance en l'absence de consigne contraire.

Le rappel de la loi peut s'avérer être un outil utile dans certaines situations. Vous trouverez quelques notions juridiques à la fin de ce guide pour appuyer vos propos si nécessaire.

Certaines situations peuvent également pousser ou questionner à propos de la rupture du secret professionnel. Dans ce cadre, il peut s'avérer nécessaire de discuter de manière collégiale de cette situation. Vous trouverez également des informations à ce sujet à la fin du guide.

Le premier temps de l'évaluation consistera à évaluer la demande de l'appelant.

Viendra ensuite le temps de l'évaluation socio-judiciaire. Bien qu'importante, cette partie de l'évaluation peut être crainte par l'appelant devant le risque d'atteinte de la confidentialité. Avant de débiter cette séquence, il pourra donc être utile de rappeler à l'appelant l'importance de ce recueil d'informations, mais aussi qu'il peut bien évidemment refuser de répondre si certaines questions le mettent mal à l'aise. Il faudra également lui expliquer que ce recueil de données a été réfléchi de manière à préserver l'intégrité de sa confidentialité.

Viendra ensuite une évaluation clinique qui recherchera la présence de troubles du champ de la psychiatrie pouvant être majorés par la problématique du patient et parfois majorer un risque de passage à l'acte ou encore caractériser une souffrance psychique. Dans cette partie de l'évaluation, nous débutons par une évaluation du trouble pédophile à partir de l'expérience de cliniciens, puis nous proposons l'utilisation d'une partie de la MINI version française pour la recherche des troubles psychiatriques les plus communs, ainsi que pour la recherche d'une personnalité sociopathique. Ce guide propose également une évaluation de la personnalité borderline via une sélection de propositions issues de l'échelle PDQ-4.

En cas de difficulté, vous êtes vivement invités à consulter les membres de votre CRIAVS afin de résoudre cette situation de manière collégiale.

Je reste à votre disposition pour toute question, remarque ou suggestion à propos de ce guide qui je le souhaite pourra vous aider lors de vos entretiens et nécessitera vos retours d'expérience afin de s'améliorer.

ENTRETIEN

EVALUATION DE LA DEMANDE

EVALUATION MÉDICO-SOCIO-JUDICIAIRE

Évaluation socio-judiciaire:

Recherche des antécédents médico-psychologiques personnels et familiaux

EXPLORATION DE LA SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Évaluation du trouble pédophile et recherche d'autres paraphilies

Recherche des comorbidités

Commentaires de l'examineur concernant l'ensemble de l'entretien

[Evaluation du risque de passage à l'acte](#)

Rappels sur la législation en France

Le viol

Les agressions sexuelles

L'exhibition sexuelle

Corruption de mineur

“Pédopornographie”

[L'atteinte sexuelle sur mineur](#)

[Hors le cas de viol ou de toute autre agression sexuelle, le fait, par un majeur, d'exercer une atteinte sexuelle sur un mineur de quinze ans est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende.](#)

Le secret professionnel

Orientations possibles

ENTRETIEN

Bonjour, bienvenue au numéro STOP

Avant de débiter cet entretien j'aimerais me présenter et vous présenter la structure dans laquelle je travaille.

- **Se présenter**
- **Présenter le CRIAVS rapidement**
- **Proposer à l'écouter de se présenter s'il le souhaite.**
- **Présenter objectif de l'entretien, à savoir accueillir la demande et évaluer la situation de l'appelant de façon systématique afin de l'orienter au mieux dans les soins s'il le souhaite ou le nécessite et répondre au mieux à ses interrogations. Préciser qu'il ne doit pas hésiter à vous interpeller en cas de difficulté, qu'une relation de confiance est primordiale.**
- **Demander à l'appelant s'il est dans un endroit calme et sécurisé qui lui permet de parler librement. L'encourager à s'isoler si nécessaire.**
- **Préciser que l'entretien sera soumis au secret médical (ou professionnel selon votre statut), et qu'il est confidentiel.**
- **Préciser à l'appelant que même s'il manque de temps pour cet appel ou qu'à n'importe quel moment la communication est coupée, il peut rappeler le numéro STOP et demander à vous parler, ou encore rappeler dans les horaires d'ouverture du CRIAVS sans passer par le numéro STOP (si votre structure le permet) tout en gardant sa confidentialité. Donner les coordonnées du CRIAVS (en particulier le numéro de téléphone) et préciser les horaires d'ouverture.**

EVALUATION DE LA DEMANDE

J'aimerais dans un premier temps en savoir plus au sujet de votre demande.

Pourquoi nous appelez vous ?

Est-ce la première fois que vous demandez de l'aide pour cela ?

Si à déjà demandé d'aide

Qu'attendiez vous de cette demande ?

Quand l'avez vous faite?

A qui l'avez vous faite ?

Avez-vous eu l'aide que vous attendiez?

Précisez :

Comment avez-vous vécu cette demande ?

Avez-vous déjà pensé à demander de l'aide sans y arriver?

Si oui, quelles sont les raisons qui vous en ont empêchées?

Si a seulement envisagé de demander l'aide

Depuis combien de temps envisagez-vous de demander de l'aide?

Vos attentes ont-t-elles évoluées depuis la première fois où vous y avez pensé?
Précisez :

Quels ont été les freins à votre demande?

Y a t-il une raison qui vous a aidé à franchir le pas aujourd'hui?

Commentaires de l'examineur concernant l'évaluation de la demande de l'appelant :

Si l'appelant souhaite immédiatement parler de ses problèmes d'attirance envers les enfants, laissez le parler.

Sinon, expliquez-lui que vous allez lui poser une série de questions si cela ne lui pose pas de problème mais que s'il le souhaite il peut parler de son attirance pour les enfants maintenant.

EVALUATION MÉDICO-SOCIO-JUDICIAIRE

**Dans la prochaine partie de notre entretien, nous allons évoquer des éléments de votre passé et de votre situation actuelle afin de m'aider à mieux contextualiser votre demande. Nous tâcherons bien sûr de préserver votre confidentialité.
Si certaines questions vous posent problème n'hésitez pas à me le faire savoir.**

Évaluation socio-judiciaire:

Âge :

Sexe :

Quelle est votre nationalité ?

Êtes-vous marié ou en couple ?
Si oui, depuis combien de temps?

Avez-vous des enfants ?
Si oui, préciser l'âge et le sexe

Vos parents sont-ils présents à vos côtés ?

Avez-vous des frères et sœurs ?

Avez-vous actuellement des difficultés relationnelles dans votre famille ?
Si oui, les décrire

Quel est votre niveau scolaire ?

Avez vous un logement actuellement ?

Travaillez vous actuellement ?
Si oui, quel métier faites vous ?

Si absence de profession

Quelles sont vos sources de revenus ?

Si allocation type AAH, invalidité... Pour quel motif ?

Avez-vous changé plusieurs fois d'emploi durant votre vie ?

Si oui, qu'est ce qui vous a fait changer ?

Avez-vous en général des difficultés dans vos relations avec les gens ?

Si oui les décrire

Avez vous actuellement des difficultés dans vos relations avec les autres ?

Si oui, les décrire

Dans votre enfance et votre adolescence, pensez-vous avoir eu des difficultés relationnelles avec les autres ?

Si oui, les décrire

Avez vous déjà à faire à la justice (en tant que victime, accusé ou témoin) ?

Si oui, demander si la personne accepterait d'en parler, si elle accepte rechercher:

- les raisons
- quand est-ce arrivé, à quelle période de sa vie
- notion de répétition des faits
- la perception des faits par l'appelant (satisfaction, culpabilité, indifférence...)
- la présence ou non d'un sentiment d'injustice en faisant préciser pourquoi

Recherche des antécédents médico-psychologiques personnels et familiaux

Avez-vous rencontré un psychiatre ou psychologue ?

Si oui, quand et pour quelle raison ?

Avez-vous déjà bénéficié d'un suivi psychiatrique ou psychologique ?
Si oui, êtes vous suivi actuellement ?

Avez-vous eu un ou des diagnostic(s) posé(s) ou évoqué(s) ?

Avez-vous déjà été hospitalisé en service de psychiatrie ou d'addictologie ?
Si oui, quand et pour quelle raison ?

Avez-vous déjà pensé ou essayé de vous suicider ou vous faire du mal d'une quelconque manière ?
Si oui, préciser date et type de passage à l'acte

Dans votre famille, y a-t-il des personnes suivies par des psychiatres ou psychologues ?
Préciser le degré de familiarité
Si oui, savez vous pour quel motif ?

Dans votre famille y a-t-il des personnes qui présentent une ou plusieurs addictions ?
Si oui, qui et à quoi ?

Avez vous des soucis de santé particulier comme des maladies chroniques qui peuvent avoir un impact dans votre quotidien ?
Si oui quoi ?

Avez vous un/des traitement(s) que vous prenez régulièrement ?
Si oui lequel/lesquels ?

Commentaires de l'examineur concernant l'évaluation médico-socio-judiciaire :

EXPLORATION DE LA SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Nous arrivons maintenant à la dernière partie de notre entretien.

Avant de continuer, je tiens à vous préciser que l'attirance sexuelle envers les enfants ne représente pas une infraction si elle reste fantasmée. Elle peut dans certains cas être la source d'une grande souffrance pour les personnes. Les prochaines questions cherchent à déterminer quelle aide serait la plus appropriée à votre situation si le besoin en était.

Nous essayerons d'abord de mieux comprendre cette pensée dont vous m'avez fait part, et nous rechercherons la présence de certains éléments qui peuvent favoriser ou entretenir cette pensée. Je vous rappelle que vous n'êtes pas obligé de répondre si certaines questions vous posent problème.

Évaluation du trouble pédophile et recherche d'autres paraphilies

J'aimerais d'abord parler avec vous de votre attirance pour les enfants.

Depuis combien de temps cette pensée ou ce fantasme sont-ils présents ?

Vous souvenez-vous de la première fois où vous est venu cette pensée ?

Avez-vous remarqué que certaines situations pouvaient faire apparaître cette pensée ou la rendre plus envahissante ?

Cette pensée représente-t-elle un problème pour vous ?

Si oui, en quoi ?

Lorsque cette pensée est présente, avez vous des stratégies pour tenter de la faire disparaître ou de l'atténuer ?

Vous sentez-vous inquiet vis-à-vis d'un éventuel passage à l'acte ?

Si oui, qu'est ce qui pourrait vous en protéger ?

Si non, pourquoi ?

Pensez vous déjà avoir agressé sexuellement ou commis un quelconque fait répréhensible envers un enfant ?

Si oui, précisez

Ressentez-vous une certaine excitation sexuelle en présence d'enfants ?

Si oui, leur âge et/ou leur sexe vous importe t-il ?

Précisez

Vous arrive-t-il de fantasmer sur des enfants en leur absence ?

Si oui, sous quelle forme ?

Vos fantasmes incluent-ils exclusivement des enfants ?

Avez-vous d'autres fantasmes qui vous paraîtraient peu communs voire inhabituels ?
Si oui, sont-ils présents depuis plus de 6 mois ?

Vous êtes vous déjà senti en difficulté vis à vis de ces fantasmes ?
Précisez

Avez-vous déjà visionné des images pornographiques représentant ou mettant en scène des enfants ?
Si oui, à quelle fréquence?

Rappeler la cadre légal de la pédopornographie si l'appelant en rapporte la consommation (référence en fin de guide)

Commentaires de l'examineur concernant l'évaluation des paraphilies :

Recherche des comorbidités

Si vous me le permettez, je vais maintenant vous poser une série de questions. Une fois de plus, rien ne vous oblige à répondre. N'hésitez pas à m'interpeller si vous avez un doute sur la compréhension de l'un des énoncés.



Mini International Neuropsychiatric Interview

French Version 5.0.0

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelle que soit la forme, y compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable des auteurs. Les chercheurs et les cliniciens travaillant dans des institutions publiques (comme les universités, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux) peuvent faire de simples copies du MINI afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherches.

MINI-5.0.0 French version / DSM-IV / current (August 1998)

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (HÔPITAL PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida TAMPA, USA)

INSTRUCTIONS GENERALES

Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min. $\pm$ 11,6 min.; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.

• Entretien :

Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, préparez le patient à ce cadre clinique inhabituel en lui indiquant que vous allez lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que vous attendez de lui / d'elle des réponses en oui ou non.

• Présentation :

Le M.I.N.I. est divisé en modules identifiés par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

- Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs question(s) / filtre(s) correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
- A la fin de chaque module, une ou plusieurs boîtes diagnostiques permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

• Conventions :

Les phrases écrites en « lettres minuscules » doivent être lues "mot-à-mot" au patient de façon à standardiser l'exploration de chacun des critères diagnostiques.

Les phrases écrites en « MAJUSCULES » ne doivent pas être lues au patient. Ce sont des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.

Les phrases écrites en « gras » indiquent la période de temps à explorer. Le clinicien est invité à les lire autant de fois que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant été présentés au cours de cette période.

Les phrases entre (parenthèses) sont des exemples cliniques décrivant le symptôme évalué. Elles peuvent être lues de manière à clarifier la question.

Lorsque des termes sont séparés par un slash (/), le clinicien est invité à ne reprendre que celui correspondant au symptôme présenté par le patient et qui a été exploré précédemment (par ex. question A3).

Les réponses surmontées d'une flèche (➔) indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement du diagnostic exploré n'est pas atteint. Dans ce cas, le clinicien doit aller directement à la fin du module, entourer « NON » dans la ou les boîtes diagnostiques correspondantes et passer au module suivant.

• Instructions de cotation :

Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant, soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient.

Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").

Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI. Le M.I.N.I. Plus qui est une version plus détaillée du M.I.N.I. explore ces différents aspects.

Si vous avez des questions ou des suggestions, si vous désirez être formé à l'utilisation du M.I.N.I. ou si vous voulez être informés des mises à jour, vous pouvez contacter :

Thierry HERGUETA
ADEP
49, avenue de l'Observatoire
F. 75014 PARIS
FRANCE
tel : +33 (0) 1 53 79 06 07
e-mail : adep.paris@numericable.fr

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788
ph : +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI	2
A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?		→ NON	OUI	
A3	Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) ?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI	9
A4	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON)	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL		
SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :				
A5a	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?	→ NON	OUI	10
b	Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?	NON	OUI	11
A5b EST-ELLE COTEE OUI ?		NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE		

M-F-N-I- 5-O-O French version / DSM-IV / current (August 1998)

Y. Lecrubier, E. Weller, T. Hergueta, P. Amorim, L.J. Bonora, J.P. Lapeyre (IGERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janney, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S). ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

D1 a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL. SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.	NON	OUI	1
b	Si OUI Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?	NON	OUI	2
D2 a	Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.	NON	OUI	3
b	Si OUI Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?	NON	OUI	4
D1a OU D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?		→ NON	OUI	

D3 Si D1b ou D2b = OUI : EXPLORER SEULEMENT L'EPISODE ACTUEL
Si D1b ET D2b = NON : EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE

Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :

a	Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	NON	OUI	5
b	Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?)	NON	OUI	6
c	Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ?	NON	OUI	7
d	Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	NON	OUI	8
e	Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	NON	OUI	9
f	Etiez-vous tellement actif(ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ?	NON	OUI	10

M-I-N-I-5-O-O French version / DSM-IV / current (August 1998)

Y. Lecrubier, E. Willer, T. Hergueta, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S). ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

- g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?

NON OUI 11

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D3

OU 4 SI D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?

→
NON OUI

- D4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?

NON OUI 12

D4 EST-ELLE COTEE NON ?

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON OUI

*EPISODE
HYPOMANIAQUE*

ACTUEL •
PASSE •

D4 EST-ELLE COTEE OUI ?

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON OUI

EPISODE MANIAQUE

ACTUEL •
PASSE •

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)

I1	Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ? EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...	→ NON	OUI	1
I2	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?	→ NON	OUI	2
I3	Au cours du mois écoulé :			
a	Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?	NON	OUI	3
b	Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ?	NON	OUI	4
c	Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?	NON	OUI	6
e	Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?	NON	OUI	8
	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?	→ NON	OUI	
I4	Au cours du mois écoulé :			
a	Aviez-vous des difficultés à dormir ?	NON	OUI	9
b	Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?	NON	OUI	10
c	Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI	11
d	Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?	NON	OUI	12
e	Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON	OUI	13
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?	→ NON	OUI	
I5	Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI	14
	I5 EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ACTUEL		

M-I-N-I-5-O-O French version / DSM-IV / current (August 1998)

Y. Lecrubier, E. Wülfel, T. Hergueta, F. Amorim, L.J. Bonora, J.P. Lapine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janav, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

Évaluation du risque suicidaire

Vous arrive-t-il de penser à la mort ou d'envisager de vous suicider?
Si oui, avez vous pensé à un moyen ?

Pensez-vous que le suicide soit une éventualité ?

Quels sont les choses/personnes qui pourraient ou vous retiennent de passer à l'acte ?

Avez vous des projets à long terme ?

Avez-vous des activités ou rendez-vous prévus dans les prochains jours ?

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

O. ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

O1 a	Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e), excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien ?	→ NON	OUI	1
NE PAS COTER OUI SI L'ANXIÉTÉ SE RÉSUME À UN TYPE D'ANXIÉTÉ DÉJÀ EXPLORÉ PRÉCÉDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ÊTRE GÊNE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ÊTRE CONTAMINÉ (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...				
b	Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?	→ NON	OUI	2
O2	Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ?	→ NON	OUI	3
DE O3a À O3f, COTER NON LES SYMPTÔMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRÉCÉDEMMENT				
O3	Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent :			
a	De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?	NON	OUI	4
b	D'avoir les muscles tendus ?	NON	OUI	5
c	De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?	NON	OUI	6
d	D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?	NON	OUI	7
e	D'être particulièrement irritable ?	NON	OUI	8
f	D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?	NON	OUI	9
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?				
NON OUI ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ACTUEL				

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

E. TROUBLE PANIQUE

E1	Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ? NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES	NON	OUI	1
SI E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E2	Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?	NON	OUI	2
SI E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E3	A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?	NON	OUI	3
SI E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E4	Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :			
a	Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ?	NON	OUI	4
b	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	NON	OUI	5
c	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	NON	OUI	6
d	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	NON	OUI	7
e	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI	8
f	Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI	9
g	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	NON	OUI	10
h	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI	11
i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI	12
j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle) ?	NON	OUI	13
k	Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI	14
l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI	15
m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI	16
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ?	NON	OUI	
SI E5 = NON, PASSER A E7				
E6	Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ?	NON	OUI	17
SI E6 = OUI, PASSER A F1				
E7	Y A-T-IL 1, 2 ou 3 OUI EN E4 ?	NON	OUI	18
<i>Attaques</i> <i>Paucisymptomatiques vie entière</i>				

M-I-N-I-5-O-O French version / DSM-IV / current (August 1998)

Y. Lecrubier, E. Walker, T. Hergueta, P. Amorim, L. Bonna, J.P. Lapeere (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janav, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H1 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent eu des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale ou que vous aviez des microbes, ou que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, ou agir impulsivement ou bien encore étiez-vous envahi(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irrépressibles ou un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?

NON OUI

1

NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS CONSEQUENCES NEGATIVES

Si H1 = NON, PASSER A H4

H2 Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?

NON OUI

2

Si H2 = NON, PASSER A H4

H3 Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous sont pas imposées de l'extérieur ?

NON OUI

3

H4 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ?

NON OUI

4

H3 OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?

→
NON OUI

H5 Pensez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs sont déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ?

→
NON OUI

5

H6 Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênent-ils(elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prennent-ils(elles) plus d'une heure par jour ?

NON OUI

6

H6 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF
ACTUEL**

M-I-N-I-5-0-0 French version / DSM-IV / current (August 1998)

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. Borron, J.P. Lapine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janav, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

L. TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE REPOSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE.
NE COTER OUI QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIREMENT UNE DISTORSION DE LA PENSEE ET / OU DE LA PERCEPTION OU S'ILS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIES.
AVANT DE COTER, EVALUER LE CARACTERE « BIZARRE » DES REPOSES.

IDEES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ETRE BASE SUR DES EXPERIENCES HABITUELLES DE LA VIE.

HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSEES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES.

A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.					BIZARRE	
L1 a	Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?	NON	OUI	OUI	1	
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a	2	
L2 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?	NON		OUI	3	
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON		OUI → L6a	4	
L3 a	Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ?	NON		OUI	5	
b	SI OUI : Actuellement, croyez-vous cela ?	NON		OUI → L6a	6	
L4 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?	NON	OUI	OUI	7	
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a	8	
L5 a	Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ? NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIREMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUDE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLOREES PAR LES QUESTIONS L1 A L4	NON	OUI	OUI	9	
b	SI OUI : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?	NON	OUI	OUI	10	
L6 a	Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? COTER OUI « BIZARRE » UNIQUEMENT SI LE PATIENT REPOSE OUI A LA QUESTION : Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?	NON	OUI	OUI	11	
b	SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	NON	OUI	OUI → L8b	12	

W-F-N-I- 5-O-O French version / DSM-IV / current (August 1998)

Y. Lecrubier, E. Walker, F. Amorim, L. Bonora, J.P. Lippin (NGERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janav, R. Baker, K.H. Sheehan, T. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

L7 a	Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ? COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES.	NON	OUI	13
b	SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	NON	OUI	14
OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :				
L8 b	ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHÉRENT OU DESORGANISÉ, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ?	NON	OUI	15
L9 b	ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISÉ OU CATATONIQUE ?	NON	OUI	16
L10b	DES SYMPTÔMES NÉGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHÉNIQUES (AFFECT ABRASÉ, PAUVRETE DU DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ÉNERGIE OU D'INTÉRÊT POUR DÉBUTER OU MENER À BIEN DES ACTIVITÉS / AVOLITION) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ?	NON	OUI	17
L11	DE L1 A L10, Y A-T-IL AU MOINS UNE QUESTION « b » COTÉE OUI BIZARRE OU DEUX QUESTIONS « b » COTÉES OUI (NON BIZARRE) ?	NON OUI SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL		
L12	DE L1 A L7, Y A-T-IL AU MOINS UNE QUESTION « a » COTÉE OUI BIZARRE OU DEUX QUESTIONS « a » COTÉES OUI (NON BIZARRE) ? (VÉRIFIER QUE LES 2 SYMPTÔMES SONT SURVENUS EN MÊME TEMPS) OU L11 EST-ELLE COTÉE OUI ?	NON OUI SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIÈRE		
L13a	SI L11 EST COTÉE OUI OU S'IL Y A AU MOINS UN OUI DE L1 A L7 : LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR (ACTUEL OU PASSÉ) OU UN ÉPISODE MANIAQUE (ACTUEL OU PASSÉ) ?	→ NON	OUI	
b	SI L13a EST COTÉE OUI : Vous m'avez dit tout à l'heure avoir présenté une (des) période(s) où vous vous sentiez déprimé(e) / exalté(e) / particulièrement irritable. Les idées ou impressions dont nous venons de parler telles que (CITER LES SYMPTÔMES COTÉS OUI DE L1 A L7) sont-elles survenues uniquement pendant cette (ces) période(s) où vous étiez déprimé(e) / exalté(e) / irritable ?	NON	OUI	18
	L13b EST-ELLE COTÉE OUI ?	NON OUI TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTÉRISTIQUES PSYCHOTIQUES ACTUEL		

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

J. DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

J1	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé à plus de trois reprises de boire, en moins de trois heures, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ?	→ NON	OUI	1
J2	Au cours des 12 derniers mois :			
a	Aviez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ?	NON	OUI	2
b	Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ? Ou, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ? COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
c	Lorsque vous buviez, vous arrivait-il souvent de boire plus que vous n'en aviez l'intention au départ ?	NON	OUI	4
d	Avez-vous essayé, sans pouvoir y arriver, de réduire votre consommation ou de ne plus boire ?	NON	OUI	5
e	Les jours où vous buviez, passiez-vous beaucoup de temps à vous procurer de l'alcool, à boire ou à vous remettre des effets de l'alcool ?	NON	OUI	6
f	Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous buviez ?	NON	OUI	7
g	Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?	NON	OUI	8

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN J2 ?

NON	OUI
DEPENDANCE ALCOOLIQUE ACTUEL	

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE ALCOOLIQUE ?

→
NON OUI

J3 Au cours des 12 derniers mois :

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Avez-vous été à plusieurs reprises ivre ou avec la « gueule de bois » alors que vous aviez des choses à faire au travail (/à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?
NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES | NON | OUI | 9 |
|---|---|-----|-----|---|

M-I-N-I-5-O-O French version / DSM-IV / current (August 1998)

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.L. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| b | Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ? | NON | OUI | 10 |
| c | Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez bu comme une interpellation ou une condamnation ? | NON | OUI | 11 |
| d | Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ? | NON | OUI | 12 |

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN J3 ?

NON OUI

*ABUS D'ALCOOL
ACTUEL*

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE (option)

P1 Avant l'âge de 15 ans, avez-vous :

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Fréquemment fait l'école buissonnière ou passé la nuit en dehors de chez vous ? | NON | OUI | 1 |
| b | Fréquemment menti, triché, arnaqué les gens ou volé ? | NON | OUI | 2 |
| c | Brutalisé, menacé ou intimidé les autres ? | NON | OUI | 3 |
| d | Volontairement détruit ou mis le feu ? | NON | OUI | 4 |
| e | Volontairement fait souffrir des animaux ou des gens ? | NON | OUI | 5 |
| f | Contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous ? | NON | OUI | 6 |

Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN P1 ?

→
NON OUI

NE PAS COTER OUI LES REPONSES CI-DESSOUS, SI LES COMPORTEMENTS SONT UNIQUEMENT PRESENTES DANS DES CONTEXTES POLITIQUES OU RELIGIEUX.

P2 Depuis l'âge de 15 ans, avez-vous :

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Eu souvent des comportements que les autres trouvaient irresponsables comme ne pas rembourser des sommes dues, agir impulsivement ou volontairement ne pas travailler pour assurer le minimum vital ? | NON | OUI | 7 |
| b | Fait des choses illégales (même si vous n'avez pas été pris) comme détruire le bien d'autrui, voler, vendre de la drogue ou commettre un crime ? | NON | OUI | 8 |
| c | Souvent été violent physiquement, y compris avec votre conjoint ou vos enfants ? | NON | OUI | 9 |
| d | Souvent menti ou arnaqué les autres dans le but d'obtenir de l'argent ou du plaisir, ou menti juste pour vous amuser ? | NON | OUI | 10 |
| e | Exposé des gens à des dangers sans vous préoccuper d'eux ? | NON | OUI | 11 |
| f | Ressenti aucune culpabilité après avoir menti, ou blessé, maltraité ou volé quelqu'un ou détruit le bien d'autrui ? | NON | OUI | 12 |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN P2 ?

NON OUI

**TROUBLE DE LA
PERSONNALITE
ANTISOCIALE
VIE ENTIERE**

Dépistage du trouble de la personnalité Borderline

Pour terminer je vais vous poser une série d'une dizaine d'affirmations. Si vous pensez que ces affirmations peuvent correspondre à vos ressentis ou pensées de ces dernières années, répondez par vrai, dans le cas contraire répondez par faux. Il est important de répondre à chaque question, en cas de doute répondez vrai si l'affirmation est généralement vraie, et inversement répondez faux si elle est généralement fausse.

Commencer chaque question par “ces dernières années”

1. Vous feriez n'importe quoi pour éviter que ceux qui vous sont chers vous ne vous quittent.
2. Parfois vous vous sentez bouleversé
3. Vous aimez ou détestez quelqu'un, il n'y a pas de milieu pour vous.
4. Parfois vous parlez des gens dans leur dos
5. Vous vous demandez souvent qui vous êtes réellement.
6. Il y a des gens que vous n'aimez pas
7. Vous êtes très « soupe au lait » (susceptible).
8. Vous avez essayé de vous blesser ou de vous tuer.
9. Une guerre atomique ne serait peut être pas une si mauvaise idée
10. Il vous semble que votre vie est sans intérêt et n'a aucun sens.
11. Vous avez de la peine à contrôler votre colère et vos sautes d'humeur.
12. Vous n'avez jamais dit un mensonge
13. Quand vous êtes stressé, il vous arrive de devenir « parano » ou même de perdre conscience.
14. Vous avez beaucoup menti dans ce questionnaire
15. Avez vous déjà fait de manière impulsive et qui pourraient vous poser des problèmes tel que :
 1. Dépenser plus d'argent que vous en aviez
 2. Avoir des rapports sexuels avec des gens que vous connaissiez à peine
 3. Boire trop
 4. Prendre des drogues
 5. Manger de façon boulimique

Probable trouble de personnalité Borderline si 5 réponses vraies parmi 1,3,5,7,8, 10,11,13 et 2 items positifs à 15ème proposition

Questionnaire trop bon si 2 items côtés parmi 2,4,6,12 (pour item 2,4,6 coter si répond “faux”)

Questionnaire suspect si 1 réponse vraie parmi item 14 ou 9

Commentaires de l'examineur concernant la partie évaluation clinique :

Commentaires de l'examineur concernant l'ensemble de l'entretien

Le sujet vous a-t-il formulé une demande?

Paraissait t'il accessible à une aide thérapeutique ?
En quoi ?

Avez vous été à l'aise durant cet entretien ?

Le sujet vous a-t-il inspiré confiance ?
En quoi ?

Paraissait-il sincère ?
En quoi ?

Discours paraissait-il bizarre ? Toujours vague ? Trop compliqué ou métaphorique ? Vous a-t-il embrouillé?

Le sujet vous a t il paru à l'aise durant l'entretien ?

Evaluation du risque de passage à l'acte

Risque faible

- Le sujet rapporte un plusieurs facteurs de risques parmi un mode de vie antisocial (impulsivité, un manque d'empathie, une instabilité dans les relation), une attirance sexuelle pour les enfants, antécédent de victimisation
- Le sujet ne rapporte pas d'antécédent de passage à l'acte
- Les fantasmes ou pulsions ne sont pas quotidiens, ils sont aisément mis à distance par le sujet et n'impactent pas ou peu ses activités quotidiennes
- Le sujet ne rapporte pas de souffrance psychique en lien avec ses fantasmes ou pulsions inhabituelles (anxiété importante, idées suicidaires, dépression...)
- Le sujet ne rapporte ascénario pour un passage à l'acte
- On ne trouve pas de consommation d'alcool ni d'autres stupéfiants
- Plusieurs facteurs de protection sont retrouvé chez le sujet tel que la présence d'une empathie envers les victimes, un étayage familial et/ou amical, une insertion sociale

Risque modéré

- Le sujet rapporte un ou plusieurs facteurs de risque parmi ceux cités précédemment
- Le sujet ne rapporte pas d'antécédent de passage à l'acte
- Les fantasmes ou pulsions sont quotidiens, le sujet parvient à la mettre à distance avec difficulté avec un impact léger sur les activités de la vie quotidienne
- Le sujet rapporte une souffrance psychique modérée liée à ses fantasmes ou pulsions
- Le sujet rapporte des consommations d'alcool ou autres stupéfiants régulière
- Il rapporte un scénario de passage à l'acte sans velléité de réalisation
- Les condition nécessaires à la mise en place du scénario de passage à l'acte ne semblent pas réunies
- Le sujet commence à s'isoler, l'étayage familial et amical se fragilise, on ne retrouve pas ou peu de facteurs protecteurs

Risque élevé

- Le sujet rapporte un ou plusieurs facteurs de risque parmi ceux cités précédemment
- On retrouve un ou plusieurs antécédents de passages à l'acte
- Les fantasmes et pulsions sont quotidiens et envahissants empêchant l'individu de réaliser ses activités quotidiennes
- La souffrance psychique est importante ou au contraire le sujet paraît vide, sans émotion
- Le sujet est sous l'emprise d'alcool ou autre stupéfiants et/ou rapporte des consommations rapprochées et/ou massives
- Le scénario du passage est établie ou un plan est en cour d'élaboration
- Le sujet rapport avoir accès à une ou des victimes potentiels
- Le sujet est isolé socialement et ne rapporte pas ou peu de facteurs de protection

Rappels sur la législation en France

Les infractions à caractère sexuel sont régies par le Code Pénal.

La loi pénale française est applicable pour tous les individus sur le territoire Français. A l'étranger, elle s'applique pour tous les individus de nationalité française, et pour tout individu quelque soit leur nationalité si la victime est de nationalité française au moment des faits.

Il est important de noter que le code pénal Français s'applique pour des individus Français ayant commis des délits dans des pays étrangers.

Le viol

“Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur une personne par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.

Les agressions sexuelles

“Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. En ce qui concerne un mineur de moins de 15 ans, la peine est de 7 ans et 100 000 euros d'amende.

Elle est encore majorée à 10 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende en cas de:

- blessure ou une lésion ;
- présence d'une ascendance ou toute autorité de droit ou de fait sur la victime
- usage ou menace d'une arme
- état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ;
- substance administrée à la victime, à son insu, afin d'altérer son discernement ou le contrôle de ses actes.”

Qu'il s'agisse des viols ou des agressions sexuelles, la tentative est punie de la même façon que l'acte.

L'exhibition sexuelle

L'exhibition sexuelle imposée à la vue d'un mineur de quinze ans est punie de 2 ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende.

Corruption de mineur

Le fait de favoriser ou de tenter de favoriser la corruption d'un mineur est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Ces peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque le mineur a été mis en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de communications électroniques ou que les faits sont commis dans les établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux.

“Pédopornographie”

Le fait, en vue de sa diffusion, de fixer, d'enregistrer ou de transmettre l'image ou la représentation d'un mineur lorsque cette image ou cette représentation présente un caractère pornographique est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Lorsque l'image ou la représentation concerne un mineur de quinze ans, ces faits sont punis même s'ils n'ont pas été commis en vue de la diffusion de cette image ou représentation.

Le fait d'offrir, de rendre disponible ou de diffuser une telle image ou représentation, par quelque moyen que ce soit, de l'importer ou de l'exporter, de la faire importer ou de la faire exporter, est puni des mêmes peines.

Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 100 000 euros d'amende lorsqu'il a été utilisé, pour la diffusion de l'image ou de la représentation du mineur à destination d'un public non déterminé, un réseau de communications électroniques.

Le fait de consulter habituellement ou en contrepartie d'un paiement un service de communication au public en ligne mettant à disposition une telle image ou représentation, d'acquérir ou de détenir une telle image ou représentation par quelque moyen que ce soit est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende et est punie des mêmes peines.

Les dispositions du présent article sont également applicables aux images pornographiques d'une personne dont l'aspect physique est celui d'un mineur, sauf s'il est établi que cette personne était âgée de dix-huit ans au jour de la fixation ou de l'enregistrement de son image.

L'atteinte sexuelle sur mineur

Hors le cas de viol ou de toute autre agression sexuelle, le fait, par un majeur, d'exercer une atteinte sexuelle sur un mineur de quinze ans est puni de sept ans d'[emprisonnement](#) et de 100 000 euros d'[amende](#).

Cette infraction est constituée même si le mineur est consentant, l'absence de consentement constituant l'agression sexuelle.

Le secret professionnel

Vous êtes soumis au secret professionnel de par votre fonction et/ou de par l'institution dans laquelle vous exercez. Votre code de déontologie, le code de santé publique (si vous exercez à l'hôpital), mais surtout le Code pénal encadrent légalement votre obligation au secret, mais aussi les conditions pour lesquelles vous pouvez, voire vous devez, le lever.

Ne pas lever le secret expose à un risque d'accusation de non assistance à personne en danger.

Je **garde le secret** : je dois respecter le secret absolu pour protéger mes patients (en France : article 226-13 du Code pénal).

Je **peux lever le secret** : j'apprends que des sévices, des atteintes ou des mutilations sexuelles ont été infligés à un mineur (en France : article 226-14 du Code pénal).

Je **dois lever le secret** : je constate que des sévices, des atteintes ou des mutilations sexuelles ont été infligés à un mineur (en France : article 226-14 du Code pénal) ; ou bien une personne encourt un danger imminent, et je peux, par mon action immédiate, et sans risque pour moi-même, empêcher qu'un crime ou qu'un délit contre son intégrité physique ne soit commis (en France : article 223-6 du Code pénal).

En cas de signalement aux autorités compétentes, les deux interlocuteurs sont :

- La CRIP (Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes)
- Le Procureur de la République

Quelque soit la situation il est préférable de travailler de manière collégiale et de s'en référer à sa hiérarchie si cela est possible.

Orientations possibles

Si la mise en place d'un suivi ou de soins est nécessaire, différentes options sont possibles telles que la mise en place d'un **suivi psychiatrique ou psychologique** sur le **centre médico-psychologique (CMP)** de son secteur en **libéral**.

Le suivi en CMP a l'avantage d'être gratuit mais les délais de prise en charge peuvent être longs. Le suivi psychiatrique en libéral peut parfois permettre un recours au soins plus rapide et peut être entièrement remboursé par la sécurité sociale et les mutuelle selon la situation du patient. Il existe des dispositifs permettant une prise en charge par la sécurité sociale d'un nombre déterminé de consultation avec un psychologue, certaines mutuels prennent également en charge un certain nombre de consultations.

Si l'appelant bénéficie déjà d'un suivi avec un spécialiste en santé mentale, il est possible que celui-ci n'ait pas connaissance de la problématique de l'appelant. Dans ce cas, il peut être utile de préciser à l'appelant qu'il peut en parler avec ce professionnel. Il est également intéressant de signaler à l'appelant que son thérapeute peut également prendre contact avec le CRIAVS en s'il ne se sent pas à l'aise ou compétent dans ce genre de situation afin de pouvoir être accompagné dans la prise en charge.

En cas de risque élevé de passage à l'acte hétéro ou même auto-agressif, il est possible et conseillé de se rendre dans un **service d'urgences** afin de bénéficier d'une évaluation spécialisée par un psychiatre.

En cas d'idées suicidaires, le numéro de téléphone **3114** est joignable 24h/24 et 7j/7j.

Il est également possible d'orienter le patient vers des associations ou des groupes de paroles s'ils existent dans le secteur d'habitation.

Enfin (selon les CRIAVS) il est possible de proposer de **recevoir** le patient directement dans les locaux du **CRIAVS**.

Certains patients refuseront de lever la confidentialité. Il est possible de proposer de **rappeler** en passant directement par le **CRIAVS (si votre structure le permet)** ou à défaut par le numéro **STOP** aux heures d'ouverture. Dans ce cas, il sera préférable le plus souvent de garder le même interlocuteur.