



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Étude des connaissances, des représentations et des moyens de prise en charge connus et utilisés des professionnels de la région Hauts-de-France susceptibles de rencontrer des personnes souffrant de trouble pédophilique dans leur pratique.**

Présentée et soutenue publiquement le 25 septembre 2024 à 14H30  
au Pôle Recherche  
par **Anouk COURT**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Tiphaine SEGURET**

**Monsieur le Docteur Nicolas SALOMÉ**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Tiphaine SEGURET**

---

**AUTEURE : Nom : Court**

**Prénom : Anouk**

**Date de soutenance :** 25 septembre 2024

**Titre de la thèse :** Étude des connaissances, des représentations et des moyens de prise en charge connus et utilisés des professionnels de la région Hauts-de-France susceptibles de rencontrer des personnes souffrant de trouble pédophilique dans leur pratique.

**Thèse - Médecine – Lille 2024**

**Cadre de classement :** *Psychiatrie – Médecine Légale*

**DES + FST/option :** *Psychiatrie*

**Mots-clés :** trouble pédophilique – numéro STOP : Service Téléphonique d’Orientation et de Prévention – stigmatisation de la pédophilie

**Résumé :**

Le dispositif « numéro STOP : Service Téléphonique d’Orientation et de Prévention » a vu le jour en France en 2019. Cette ligne d’écoute s’adresse aux personnes attirées sexuellement par les enfants et a pour objectif de prendre en charge ces patients et d’éviter un éventuel passage à l’acte.

La communication et la sensibilisation des professionnels et du grand public à ce nouveau dispositif est désormais un des enjeux des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS).

À l’Unité Régionale de Soins des Auteurs de Violences Sexuelles (URSA VS) de Lille, nous avons réalisé une enquête auprès des professionnels susceptibles d’être confrontés à des personnes attirées sexuellement par des enfants dans leur pratique dans le but de faire, un état des lieux des connaissances et des représentations sur « la pédophilie » chez ces professionnels, ainsi que des moyens de prise en charge qu’ils connaissent et utilisent.

Les résultats obtenus nous ont permis de définir des pistes de réflexion pour améliorer notre campagne de communication et ont mis en évidence les difficultés, mais aussi les marges d’amélioration pour optimiser la diffusion du numéro STOP.

**Composition du Jury :**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Tiphaine SEGURET**

**Monsieur le Docteur Nicolas SALOMÉ**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Tiphaine SEGURET**

## ABRÉVIATIONS

CCOMS : Centre collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé

CIIVIS : Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : centre médico-psycho-pédagogique

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

CSAPA : Les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

FFCRIAVS : Fédération Française des Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

IDE : Infirmier Diplômé d'État

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

STOP : Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention

URSAVS : Unité Régionale de Soins des Auteurs de Violences Sexuelles

# TABLE DES MATIERES

<b>ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
<b>VIOLENCES SEXUELLES ET VIOLENCES SEXUELLES SUR MINEURS .....</b>	<b>9</b>
<b>I. DÉFINITIONS JURIDIQUES ET MÉDICALES .....</b>	<b>9</b>
A. SANTÉ SEXUELLE ET DROITS SEXUELS.....	9
B. VIOLENCES SEXUELLES SUR MINEURS .....	10
<b>II. CONDAMNATIONS POUR VIOLENCES SEXUELLES .....</b>	<b>14</b>
<b>III. LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS.....</b>	<b>15</b>
A. LA LOI DU 17 JUIN 1998 .....	16
B. LA CREATION DES CRIAVS.....	17
<b>IV. LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES .....</b>	<b>18</b>
A. EPIDÉMIOLOGIE .....	18
B. CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ.....	19
C. MOYENS DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXUELLES SUR MINEURS.....	20
<b>PRÉVENTION EN SANTÉ.....</b>	<b>21</b>
<b>I. PRÉVENTION EN SANTÉ DANS LE MONDE.....</b>	<b>21</b>
A. LA SANTÉ GLOBALE.....	21
B. LA SANTÉ MENTALE.....	22
<b>II. LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE .....</b>	<b>24</b>
A. DONNÉES EPIDÉMIOLOGIQUES.....	24
B. DONNÉES ÉCONOMIQUES.....	25
<b>III. LA PRÉVENTION DE LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE.....</b>	<b>25</b>
A. GÉNÉRALITÉ.....	25
B. PRÉVENTION PAR LES LIGNES D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE .....	26
C. EXEMPLE DU SUICIDE.....	27
<b>LE TROUBLE PÉDOPHILIQUE .....</b>	<b>29</b>
<b>I. DEFINITION .....</b>	<b>29</b>
<b>II. ÉPIDÉMIOLOGIE.....</b>	<b>32</b>
<b>III. PÉDOPHILIE ET PÉDOCRIMINALITÉ.....</b>	<b>32</b>
<b>IV. ÉVALUATION CLINIQUE D'UN PATIENT ATTIRÉ SEXUELLEMENT PAR DES ENFANTS.....</b>	<b>34</b>
A. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS .....	34
B. COMORBIDITÉS .....	35
<b>V. PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>35</b>
<b>LA STIGMATISATION .....</b>	<b>38</b>
<b>I. GÉNÉRALITÉ .....</b>	<b>38</b>
<b>II. LA STIGMATISATION EN SANTÉ MENTALE .....</b>	<b>39</b>
<b>III. LA STIGMATISATION DE LA PÉDOPHILIE .....</b>	<b>42</b>
A. GÉNÉRALITÉS.....	42
B. REVUE DE LA LITTÉRATURE .....	42
<b>LA PRÉVENTION SECONDAIRE DU TROUBLE PÉDOPHILIQUE.....</b>	<b>47</b>

<b>I. LA PRÉVENTION SECONDAIRE DU TROUBLE PÉDOPHILIQUE DANS LE MONDE .....</b>	<b>47</b>
A. CONSTATS .....	47
B. LES LIGNES D'ÉCOUTE .....	48
C. L'EXEMPLE DE L'ALLEMAGNE : DUNKELFELD PROJET .....	49
<b>II. LA PRÉVENTION SECONDAIRE DU TROUBLE PÉDOPHILIQUE EN FRANCE ..</b>	<b>51</b>
A. AUDITION PUBLIQUE DE 2018 .....	51
B. CRÉATION DU NUMÉRO STOP .....	51
C. EXPERIMENTATION .....	52
<b><i>ÉTUDE DES CONNAISSANCES, DES REPRÉSENTATIONS ET DES MOYENS DE PRISE EN CHARGE CONNUS ET UTILISÉS DES PROFESSIONNELS SUSCEPTIBLES DE RENCONTRER DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES PÉDOPHILIQUES DANS LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE. ....</i></b>	<b>55</b>
<b>I. ÉTAT DES LIEUX DES CAMPAGNES DE COMMUNICATION DU NUMÉRO STOP EN FRANCE .....</b>	<b>55</b>
<b>II. MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>56</b>
A. SUJET .....	56
B. OBJECTIF DE L'ÉTUDE .....	56
C. COLLECTE DES DONNEES .....	57
D. METHODOLOGIE STATISTIQUE .....	58
<b>III. RÉSULTATS .....</b>	<b>59</b>
A. ANALYSES UNIVARIÉES .....	59
B. LES ANALYSES BIVARIÉES .....	74
<b>IV. DISCUSSION .....</b>	<b>86</b>
A. POPULATION ÉTUDIÉE .....	86
B. AXES DE PRÉVENTION .....	86
<b>V. LIMITES .....</b>	<b>93</b>
A. BIAIS DE SÉLECTION DE LA POPULATION .....	93
B. MODE DE COLLECTE DES DONNÉES .....	94
C. FORMULATION DES QUESTIONS .....	95
D. RÉPARTITION DES EFFECTIFS .....	96
E. DONNÉES MANQUANTES .....	96
<b>VI. PERSPECTIVES .....</b>	<b>96</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>99</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>101</b>
<b>ANNEXE 1 .....</b>	<b>109</b>
<b>ANNEXE 2 .....</b>	<b>110</b>

# INTRODUCTION

De l'antiquité à notre ère, les violences sexuelles ont été banalisées, normalisées ou niées.

Cependant, depuis plusieurs décennies, on assiste à un changement profond de paradigme vis-à-vis de cette problématique.

En France, comme dans de nombreux pays dans le monde, la libération de la parole des victimes de violences sexuelles a entraîné une hausse considérable des plaintes pour crimes et délits à caractère sexuel et, de ce fait, une nette augmentation des personnes condamnées pour violences sexuelles en France à partir des années 1980. Dans le but d'optimiser les prises en charge de ces auteurs de violences sexuelles, les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS) ont été créés en France en 2005.

Cette dynamique nouvelle a permis la réalisation d'études sur la thématique des violences sexuelles sur mineurs qui ont donné des résultats bouleversants et ont forcé les pouvoirs publics à faire de ce sujet un enjeu majeur de santé publique en France. Des services de protection de l'enfance, de nombreuses associations d'aide aux victimes, des numéros verts pour les victimes ont été renforcés ou créés.

Les lois ont été modifiées ces dernières décennies, avec notamment une aggravation des peines encourues, un report de la prescription en matière de violences sexuelles sur mineurs et une nouvelle définition de l'âge légal du consentement.

En 2019, a été mis en place un dispositif inédit en France pour la prévention des violences sexuelles sur mineurs intitulé « numéro STOP : Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention ». Cette ligne d'écoute et d'orientation s'adresse aux personnes ressentant une attirance sexuelle pour les enfants et a pour objectif, d'une part, de prendre en charge l'impact que peut avoir cette attirance sur la santé mentale du sujet, et, d'autre part, d'éviter un éventuel passage à l'acte.

La communication et la sensibilisation des professionnels et du grand public à ce nouveau dispositif est désormais un des enjeux des CRIAVS.

La thématique de la pédophilie n'est pas un sujet à manier sans risque tant il suscite de la peur et du rejet. Il est l'objet de stigmatisation et souffre de nombreux mythes et préjugés. Se pose alors la question de comment rendre cette campagne la plus efficace possible ? Comment être incisif sans heurter ? Par quel biais atteindre la population cible du projet ?

À l'Unité Régionale de Soins des Auteurs de Violences Sexuelles (URSAVS) de Lille, pour nous aider dans ce projet, nous avons réalisé une enquête auprès des professionnels susceptibles d'être confrontés dans leur pratique à des personnes attirées sexuellement par des enfants. Celle-ci a pour but de faire, dans un premier temps, un état des lieux des connaissances et des représentations sur « la pédophilie » chez ces professionnels et, dans un second temps, de recenser les moyens de prise en charge qu'ils connaissent et utilisent.

Les résultats obtenus nous ont permis de définir des pistes de réflexion pour améliorer notre campagne de communication et ont mis en évidence les difficultés, mais aussi les marges d'amélioration pour optimiser la diffusion du numéro STOP.

# VIOLENCES SEXUELLES ET VIOLENCES SEXUELLES SUR MINEURS

## I. DÉFINITIONS JURIDIQUES ET MÉDICALES

### A. SANTÉ SEXUELLE ET DROITS SEXUELS

Avant de parler spécifiquement des violences sexuelles sur mineurs, il est important de définir la santé sexuelle et les droits sexuels desquels chaque individu doit pouvoir jouir et que chacun doit respecter pour autrui.

En 1974, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit pour la première fois la notion de « santé sexuelle » comme suit : « La santé sexuelle suppose la réunion de trois conditions fondamentales :

- être capable de jouir d'un comportement sexuel et reproducteur en harmonie avec une éthique sociale et personnelle ;
- être exempt de sentiments de crainte, de honte et de culpabilité, de fausses croyances et autres facteurs psychologiques qui inhibent la réaction sexuelle et perturbent la relation sexuelle ;
- être exempt de troubles, maladies et déficiences organiques qui interfèrent avec les fonctions sexuelles et reproductrices » (1).

Cette définition a subi de nombreuses modifications au cours des années et, en 2006, l'OMS définit la santé sexuelle comme : « un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence » (2).

Ainsi, assurer la santé sexuelle passe nécessairement par le respect des droits sexuels de chacun.

L'OMS définit les droits sexuels comme : « L'exercice de la santé sexuelle est lié au degré de respect, de protection et d'application des droits humains. Les droits sexuels englobent certains droits humains qui sont déjà reconnus dans des documents internationaux et régionaux sur les droits humains et d'autres documents faisant l'objet d'un consensus, ainsi que dans des lois nationales » (2).

Les droits essentiels à la jouissance de la santé sexuelle sont :

- « les droits à l'égalité et à la non-discrimination ;
- le droit à ne pas être soumis à la torture et à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ;
- le droit au respect de la vie privée ;
- les droits au plus haut niveau de santé possible (y compris la santé sexuelle) et à la sécurité sociale ;
- le droit de se marier et de fonder une famille, de se marier avec le consentement libre et total des époux qui ont l'intention de le faire, ainsi que d'être traité sur un pied d'égalité dans le mariage et en cas de dissolution de ce dernier ;
- le droit de décider du nombre d'enfants que l'on souhaite avoir et de l'espacement de ses grossesses ;
- les droits à l'information, ainsi qu'à l'éducation ;
- les droits à la liberté d'opinion et d'expression ;
- le droit à un recours effectif en cas de violations des droits fondamentaux » (2).

Ainsi, exercer des violences sexuelles reviendrait à ne pas respecter les « droits sexuels » d'une personne.

## B. VIOLENCES SEXUELLES SUR MINEURS

### a. GÉNÉRALITÉS

En France, les violences sexuelles sont définies comme : « tous actes sexuels commis avec violence, contrainte, menace ou surprise. Ces violences portent atteinte aux droits fondamentaux de la personne » (3).

Les violences sexuelles sur mineurs englobent les infractions à caractère sexuel sur mineurs comprenant des crimes et des délits tels que : le viol, l'agression sexuelle, la corruption sexuelle, la sextorsion, l'exhibition sexuelle, la proposition sexuelle, l'atteinte sexuelle, etc. En France, les violences à caractère sexuel sur mineurs sont punies par la loi plus sévèrement, et le délai de prescription est allongé.

Les personnes ayant connaissance de ces faits ont l'obligation, ou elles s'exposent à des poursuites pour non-assistance à personne en danger, de les signaler à la justice ou à la Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP). Cela fait également l'objet d'une autorisation de révélation du secret professionnel (4).

Depuis 2021, la majorité sexuelle en France est fixée à 15 ans. La loi et les peines encourues diffèrent donc si la victime est âgée de moins de 15 ans ou si elle a entre 15 et 18 ans. Lorsque la victime a moins de 15 ans, la contrainte morale et la surprise sont présumées, c'est-à-dire retenues d'office.

Ainsi, depuis 2021, les actes suivants : proposition sexuelle, corruption de mineur, agression sexuelle, atteinte sexuelle, viol, sextorsion, recours à un mineur qui se prostitue ; sont punis par la loi sans qu'aucune autre condition (contrainte, menace, surprise, etc.) ne soit nécessaire si le mineur a moins de 15 ans et s'il existe un écart d'âge d'au moins 5 ans entre l'agresseur présumé et la victime présumée. C'est-à-dire qu'il n'est plus possible pour une personne de consentir à des rapports sexuels avant 15 ans avec un individu de plus de 5 ans son aîné. Cette loi n'a pas pour intention d'interdire aux adolescents d'avoir une sexualité et, par la clause dite « Roméo et Juliette », elle n'est pas applicable s'il y a un écart d'âge de moins de 5 ans entre les partenaires, mais le consentement est bien sûr absolument obligatoire.

Pour le cas de l'inceste, la majorité sexuelle est définie à 18 ans et les violences seront punies de la même façon et répondront aux mêmes conditions que pour les mineurs de moins de 15 ans (5,6).

La majorité pénale correspond à l'âge à partir duquel un mineur, aux yeux de la loi, est suffisamment âgé pour être capable de discernement et donc être pénalement responsable des crimes, délits ou contraventions dont il est reconnu coupable. L'article L11-1 du Code pénal fixe la majorité pénale à 13 ans (7).

### *b. ATTEINTE SEXUELLE*

L'atteinte sexuelle correspond à un contact physique de nature sexuelle entre la victime et l'auteur des faits.

Selon le Code pénal, par les articles 227-25 et 227-27, la loi diffère en fonction de l'âge de la victime et est punie :

- « Hors les cas de viol ou d'agression sexuelle (...) le fait, pour un majeur, d'exercer une atteinte sexuelle sur un mineur de quinze ans » (8).
- « Hors les cas de viol ou d'agression sexuelle (...) les atteintes sexuelles sur un mineur âgé de plus de quinze ans sont punies (...) 1° Lorsqu'elles sont commises par toute personne majeure ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait, ou 2° Lorsqu'elles sont commises par une personne majeure qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions » (9).

### *c. LA CORRUPTION DE MINEUR*

La corruption de mineur consiste pour son auteur à favoriser ou tenter de favoriser la corruption d'un mineur. La corruption est définie par l'article 227-22 du Code pénal comme : « le fait, commis par un majeur, d'organiser des réunions comportant des exhibitions ou des relations sexuelles auxquelles un mineur assiste ou participe ou d'assister en connaissance de cause à de telles réunions » (10).

### *d. L'EXHIBITION SEXUELLE*

La définition de l'exhibition sexuelle a évolué en 2021 et dans l'article 222-32 du Code pénal est expliqué que « même en l'absence d'exposition d'une partie dénudée du corps, l'exhibition sexuelle est constituée si est imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public la commission explicite d'un acte sexuel, réel ou simulé » (11).

#### *e. LA SEXTORSION*

La sextorsion, selon l'article 227-23-1 du Code pénal, est définie comme : « Le fait pour un majeur de solliciter auprès d'un mineur la diffusion ou la transmission d'images, vidéos ou représentations à caractère pornographique dudit mineur » (12).

#### *f. PROPOSITION SEXUELLE*

La proposition sexuelle à un mineur de moins de 15 ans, selon l'article 227-22-1 du Code pénal, correspond à : « Le fait pour un majeur de faire des propositions sexuelles à un mineur de quinze ans ou à une personne se présentant comme telle en utilisant un moyen de communication électronique » (13).

De plus, l'incitation d'un majeur sur un mineur à commettre des actes de nature sexuelle sur lui-même ou autrui par un moyen de communication électronique est également répréhensible et correspond, selon l'article 227-22-2 du Code pénal, à « Hors les cas de viol ou d'agression sexuelle, le fait pour un majeur d'inciter un mineur, par un moyen de communication électronique, à commettre tout acte de nature sexuelle, soit sur lui-même, soit sur ou avec un tiers, y compris si cette incitation n'est pas suivie d'effet » (14).

#### *g. L'AGRESSION SEXUELLE*

Le Code pénal, dans l'article 222-22, définit l'agression sexuelle comme « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ou, dans les cas prévus par la loi, commise sur un mineur par un majeur » (15).

L'article 222-22-1 s'intéresse spécifiquement aux mineurs et définit que :

- « La contrainte (...) peut être physique ou morale. » « Lorsque les faits sont commis sur la personne d'un mineur, la contrainte morale (...) peut résulter de la différence d'âge existant entre la victime et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci a sur la victime, cette autorité de fait pouvant être

caractérisée par une différence d'âge significative entre la victime mineure et l'auteur majeur. »

- « Lorsque les faits sont commis sur la personne d'un mineur de quinze ans, la contrainte morale ou la surprise sont caractérisées par l'abus de la vulnérabilité de la victime ne disposant pas du discernement nécessaire pour ces actes » (16).

#### *h. LE VIOL*

Le viol est défini par le Code pénal dans l'article 222-23 comme « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise » (17).

#### *i. L'INCESTE*

Il a été difficile de définir les violences sexuelles incestueuses dans la loi. L'article 222-22-3 relatif aux agressions sexuelles incestueuses définit que : « Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis par :

- Un ascendant ;
- Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un grand-oncle, une grand-tante, un neveu ou une nièce ;
- Le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées aux 1° et 2° ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité à l'une des personnes mentionnées aux mêmes 1° et 2°, s'il a sur la victime une autorité de droit ou de fait » (18).

## II. CONDAMNATIONS POUR VIOLENCES SEXUELLES

À la fin du XXe siècle et au début du XXIe siècle, des mouvements féministes et des scandales très médiatisés ont mis en lumière les violences sexuelles dans leur ensemble, devenant alors un enjeu sociétal incontournable. Cette dynamique a permis la libération de la parole des victimes, adultes et mineures, entraînant une

augmentation des plaintes déposées pour violences sexuelles et donc une hausse majeure des inculpations pour crimes et délits sexuels.

En effet, entre 1984 et 1998, le nombre de condamnations pour viol a plus que triplé, passant de 563 à 1845. Le nombre de condamnations pour agressions sexuelles a lui aussi considérablement augmenté, passant de 1845 en 1984 à 6462 en 2005 (19).

De 2000 à 2016, les condamnations pour viols et agressions sexuelles ont diminué, alors que le nombre de plaintes n'a cessé d'augmenter. Cette baisse peut être interprétée, d'une part, par une baisse des moyens financiers et humains accordés à la justice, et d'autre part, par l'augmentation des plaintes relevant de situations difficiles à instruire telles que les cas de plaintes déposées très longtemps après les faits (19).

Entre 2017 et 2022, les condamnations pour violences sexuelles ont globalement augmenté de 14 %, passant de 6 200 en 2017 à 7 000 en 2022. A été notée une diminution des condamnations en 2020, sûrement en partie en raison de la crise sanitaire du COVID-19 et du confinement, mais on a ensuite assisté à une hausse majeure en 2021.

Entre 2017 et 2022, 53 % des condamnations pour des infractions à caractère sexuel concernaient des faits commis sur des mineurs. Parmi ces faits, 36 % des viols sur mineur et 30 % des agressions sexuelles sur mineur avaient été commis par des personnes elles-mêmes mineures.

Entre 2017 et 2022, le nombre de mineurs condamnés pour des faits de violences sexuelles a globalement diminué de 11 %. Cette donnée est à interpréter avec prudence, car, de 2019 à 2022, les condamnations de mineurs de moins de 16 ans ont baissé de 5 %, mais celles des mineurs âgés de 16 et 17 ans ont augmenté de 22 % (20).

### III. LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS

L'augmentation des condamnations pour violences sexuelles des années 1990 jusqu'au début des années 2000 a entraîné un bouleversement de la société et de la justice et a fait émerger, pour la première fois, des questionnements relatifs à la prise

en charge des auteurs de violences sexuelles, faisant de ce sujet, un enjeu majeur de santé publique. En effet, entre 1980 et 2005, le nombre de personnes incarcérées pour crimes ou délits sexuels a été multiplié par 8, passant de 1118 en 1980 à 8670 en 2005. De plus, en 2005, 20 % des personnes détenues l'étaient pour ces motifs (21). C'est dans ce contexte, et donc très récemment, que la prise en charge des auteurs de violences sexuelles est devenue une problématique multidisciplinaire.

#### A. LA LOI DU 17 JUIN 1998

La loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs a marqué un tournant majeur dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. En effet, elle a permis, pour la première fois, de faire travailler ensemble les domaines de la santé et de la justice pour une prise en charge commune.

Elle avait pour objectif d'une part de mieux protéger les victimes, notamment les enfants, en créant un statut spécifique et protecteur des enfants victimes.

D'autre part, elle avait pour but d'améliorer la prise en charge des condamnés en ajoutant à celle-ci une dimension médicale. En effet, jusqu'à cette loi, les peines encourues pour des crimes ou délits sexuels ne pouvaient être que la privation de liberté et/ou des sanctions financières. Le 17 juin 1998, a donc été créé le « suivi socio-judiciaire » (22). Selon l'article 131-36-1 du Code pénal, il correspond à : « l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines et pendant une durée déterminée par la juridiction de jugement à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive » (23). Ce suivi peut être accompagné, selon l'article 131-36-4, d'une « injonction de soins » qui rend obligatoire le suivi médical des personnes condamnées. Cependant, aucun traitement ne peut être entrepris sans le consentement de celles-ci. Cette injonction ne peut être ordonnée qu'après une expertise médicale et doit impliquer l'intervention d'un médecin coordonnateur (24).

## B. LA CREATION DES CRIAVS

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles n'est alors plus seulement l'affaire de la justice et implique le domaine de la santé et spécifiquement la discipline de la psychiatrie.

En réaction à la loi du 17 juin 1998, la Fédération Française de Psychiatrie a organisé une conférence de consensus les 22 et 23 novembre 2001 afin de créer, de façon inédite, un groupe de réflexion multidisciplinaire impliquant les domaines de la justice, de l'éducation et de la santé autour du thème : « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle » (25).

Le 20 avril 2005, « le plan psychiatrie et santé mentale », établi par les politiques publiques, définit plusieurs objectifs pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles :

- « Faciliter les prises en charge et l'accès aux soins par une offre adaptée ;
- Augmenter le nombre et améliorer les compétences des médecins coordonnateurs ;
- Spécifier la prise en charge des mineurs auteurs d'infractions sexuelles ;
- Poursuivre la politique d'amélioration des connaissances et des pratiques d'un plus grand nombre de professionnels de psychiatrie ;
- Améliorer la qualité de l'expertise pénale ;
- Clarifier l'articulation des différentes prises en charge (sanitaire, judiciaire, sociale, éducative), les formaliser à travers l'élaboration de référentiels de pratiques et les diffuser » (26).

De ce plan découle la circulaire du 13 avril 2006 qui définit le cadre de la création des CRIAVS (27). Ces Centres répondent aux missions suivantes :

- « **FORMATION** : Impulser la formation initiale et développer la formation continue auprès de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.
- **RECHERCHE** : Encourager, favoriser, initier le développement de nouvelles recherches et réflexions sur l'amélioration de l'évaluation, des traitements, et des suivis des auteurs de violences sexuelles.

- PREVENTION : Participer au développement des principes et actions de prévention des violences sexuelles aux niveaux primaire, secondaire, et tertiaire.
- ANIMATION DE RESEAU : Animer le réseau Santé-Justice, recenser les ressources et les compétences régionales, dans l'objectif d'une collaboration étroite entre acteurs des champs santé, justice, et social.
- ESPACE EXPERT : Fournir un espace de réflexion et d'élaboration autour des difficultés inhérentes aux pratiques professionnelles des intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles.
- DOCUMENTATION : Mise à disposition des documents de références, des avancées de la recherche, et de l'évolution des connaissances par l'intermédiaire d'une base de données documentaires nationale accessible en ligne » (28).

Le rôle des CRAIVS est donc d'aider les praticiens prenant en charge les auteurs de violences sexuelles, mais ils n'ont pas vocation à prendre eux-mêmes en charge ces patients. La particularité de certains CRIAVS est de pouvoir, par le biais d'un financement supplémentaire, adjoindre à ses missions, une offre de soins de deuxième ligne. C'est le cas du Nord-Pas-de-Calais, avec L'URSAVS.

Les CRIAVS ont donc été créés à l'origine avec un objectif de prévention tertiaire. Cette prévention consiste à améliorer l'accompagnement psychothérapeutique et la prise en charge sociale des auteurs de violences sexuelles après un passage à l'acte dans le but de soulager les souffrances des patients et de limiter la récurrence.

## IV. LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES

### A. EPIDÉMIOLOGIE

En France, les chiffres relatifs aux violences sexuelles sur mineurs sont extrêmement préoccupants.

On estime qu'un enfant est victime d'inceste, de viol ou d'agression sexuelle toutes les trois minutes, soit au moins 160 000 enfants chaque année. De plus, 5,4 millions de personnes adultes disent avoir subi des violences sexuelles avant 18 ans, ce qui

représente 13 % des femmes et 5,5 % des hommes. Parmi ces victimes, 4,6 % des femmes et 1,2 % des hommes disent avoir été victimes d'incestes (29,30).

## B. CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

Les violences sexuelles subies dans l'enfance peuvent avoir des conséquences délétères sur la santé mentale, la santé sexuelle et la santé physique des victimes.

Près de 100 % des enfants victimes de violences sexuelles, quels que soient leur âge, leur genre, leurs antécédents médicaux et leur mode de vie, souffrent de troubles psychotraumatiques.

Les symptômes qui peuvent alerter sont :

- des conduites d'évitement de lieux, de personnes, ou d'activités (sociales, sportives, éducatives) qui rappellent l'agression ou l'agresseur,
- des troubles du sommeil tels que des cauchemars,
- de l'hypervigilance,
- des signes de souffrance physique sans cause organique,
- des états de dissociation cognitive, corporelle et émotionnelle (31,32).

Ces troubles psychotraumatiques représentent un facteur de risque majeur de développer à plus ou moins long terme de nombreuses affections psychiatriques telles que :

- Troubles anxieux,
- Troubles dépressifs (33),
- Trouble du comportement,
- Troubles de personnalité,
- Troubles du sommeil (34),
- Troubles du comportement alimentaire,
- Troubles addictifs,
- Trouble de stress post traumatique,
- Trouble psychotique (31,35–38)...

On retrouve aussi des conséquences sur la santé sexuelle, avec pour certaines victimes la diminution de la libido, le renoncement à la vie sexuelle ou à l'inverse une hypersexualité.

De plus, avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance augmente le risque de subir des violences à l'âge adulte (39,40).

Les abus sexuels dans l'enfance auraient également des retentissements sur la santé physique des victimes et constitueraient un facteur de risque de développer de nombreuses maladies, dans tous les domaines de la médecine (41).

On estime aujourd'hui, en France, le coût global des violences sexuelles sur mineurs, qui comprend notamment la prise en charge médicale et sociale des enfants victimes et la prise en charge médicale et sociale des victimes à l'âge adulte, à 9 665 millions d'euros par an (42).

### C. MOYENS DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXUELLES SUR MINEURS

En France, le premier Plan de lutte contre les violences faites aux enfants : « Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants » a été promulgué en 2017. Il s'articule en 4 axes principaux :

- « Améliorer la connaissance et comprendre les mécanismes des violences,
- Sensibiliser et prévenir,
- Former pour mieux repérer,
- Accompagner les enfants victimes de violences (43) ».

Dans le deuxième « Plan de lutte contre les violences faites aux enfants », pour les années 2019 à 2022, articulé en six axes, est évoqué le numéro STOP : « Prévenir le passage à l'acte et éviter la récurrence avec l'expérimentation d'un numéro unique d'écoute et d'orientation pour les personnes attirées sexuellement par les enfants, numéro STOP » (44).

Dans l'actuel et troisième « Plan de lutte contre les violences faites aux enfants », pour les années 2023 à 2027, figure toujours le numéro STOP au sein de l'axe : « prévenir le passage à l'acte et éviter la récurrence : le numéro STOP (08 06 23 10 63) pour les personnes attirées sexuellement par des mineurs » (45).

# PRÉVENTION EN SANTÉ

## I. PRÉVENTION EN SANTÉ DANS LE MONDE

### A. LA SANTÉ GLOBALE

Avant de parler spécifiquement des moyens déployés en prévention des passages à l'acte pédo-criminels, il nous faut définir ce qu'est la prévention en santé.

L'OMS créée en 1945, définit en 1948 la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (46).

Ainsi, le rôle des soignants et des institutions de santé n'est pas uniquement de traiter et de soigner les maladies. Ils ont également un rôle de prévention, de promotion et d'éducation à la santé.

La prévention est définie comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » et se décline en 3 types de prévention :

- « la prévention primaire, 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 terme environnementaux et sociétaux ;
- la prévention secondaire, qui cherche 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 ;
- la prévention tertiaire où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie » (47).

Il ne peut y avoir de prévention en santé sans promotion de la santé auprès du grand public.

En 1986, la Charte d'Ottawa définit la promotion de la santé comme « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer » et se décline en 5 axes que sont « l'élaboration de politiques favorables à la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé » (48).

De même, l'éducation à la santé est un préambule indispensable à toute prévention. Selon l'OMS, l'éducation à la santé comprend « tous les moyens pédagogiques susceptibles de faciliter l'accès des individus, groupes, collectivités aux connaissances utiles pour leur santé et de permettre l'acquisition de savoir-faire permettant de la conserver et de la développer » (47).

La part du budget de la santé allouée à la prévention augmente chaque année en France, et représente 5,5 % du budget de la santé en 2021. Cependant, la France reste en dessous de la moyenne de l'UE 14 qui est de 6,1 % (49).

Elle est répartie en six catégories de soins : « programmes d'information, d'éducation et de conseil ; Programmes de vaccination ; Programmes de détection précoce des maladies ; Programmes de surveillance des conditions de santé ; surveillance épidémiologique ; Programmes d'intervention en cas de catastrophe ».

## B. LA SANTÉ MENTALE

On peut alors s'interroger sur la façon d'appliquer ces principes de prévention en santé mentale. L'OMS classe d'ailleurs la santé mentale à part en lui donnant sa propre définition.

Selon l'OMS, la santé mentale est « un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons. La santé mentale est un droit fondamental de tout être humain. C'est aussi un aspect essentiel du développement personnel, communautaire et socioéconomique » (50).

Tout au long de la vie, la santé mentale est sous l'influence de facteurs de risques ou de facteurs de protection qui sont définis par l'OMS comme « des déterminants de santé mentale ».

Les facteurs de risques d'altération de la santé mentale peuvent être classés en deux catégories :

- D'une part, les facteurs individuels psychologiques ou biologiques tels que des difficultés de régulation et de gestion des émotions, l'usage de substances toxiques ou bien les prédispositions génétiques.
- D'autre part, les facteurs extrinsèques tels que des facteurs sociaux, économiques, géopolitiques et environnementaux défavorables comme la pauvreté, la violence, les inégalités, la guerre, etc.

Ces déterminants peuvent être rencontrés et jouer un rôle à n'importe quel moment de la vie de l'individu, mais leur risque de compromettre la santé mentale est majoré à certains stades de développement, notamment pendant l'enfance.

À l'inverse, il existe des facteurs de protection de la santé mentale :

- D'une part, les facteurs intrinsèques psychologiques ou biologiques tels que de bonnes compétences sociales et émotionnelles, l'absence de consommation de substances toxiques, les prédispositions génétiques, etc.
- D'autre part, des facteurs extrinsèques tels que les facteurs sociaux, économiques, géopolitiques et environnementaux favorables comme l'accès à une éducation de qualité, à un travail décent, à la sécurité, etc (50).

Après l'identification de ces déterminants de santé, la prévention primaire en santé mentale a pour objectif de réduire les facteurs de risque et de promouvoir les facteurs de protection. Cette prévention ne repose pas uniquement sur le domaine de la santé, mais implique de nombreux domaines tels que la santé, l'éducation, le travail, la justice et de multiples disciplines sociales.

Bien que la prévention primaire soit fondamentale, l'OMS met aussi l'accent sur la prévention secondaire et tertiaire. En effet, la prise en charge des personnes souffrant déjà de troubles psychiques est un enjeu majeur de santé depuis quelques décennies. Les études et constats récents ont mis en lumière deux enjeux principaux :

- L'amélioration de l'accès aux soins pour réduire le nombre trop important de personnes souffrant de troubles psychiques mais ne faisant pas encore l'objet d'une prise en charge.
- L'amélioration des soins, par une prise en charge globale et complète. Celle-ci inclut les soins portés aux nombreuses comorbidités que peut présenter le patient, les soins psychosociaux et également des soins psychiatriques adaptés qui comprennent des soins spécialisés (50).

Tous les États membres ont adhéré au « Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 » (51) qui regroupe les problématiques actuelles majeures et des objectifs pour y faire face. Cependant, malgré l'intérêt récent porté aux problèmes de santé mentale, les moyens et les actions ne sont pas à la hauteur des objectifs, comme le montre une enquête réalisée en 2020 dans le cadre de « l'Atlas de la santé mentale » (52).

## II. LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE

### A. DONNÉES EPIDÉMIOLOGIQUES

Aujourd'hui en France, selon l'OMS, 13 millions de personnes souffrent d'une maladie mentale ou d'un trouble psychique. Parmi elles, 40 à 60 % ne seraient pas ou pas correctement prises en charge (53,54).

Un retard de prise en charge ou des soins incomplets entraînent, d'une part, la persistance de la souffrance propre à l'affection et peuvent, d'autre part, entraîner le développement d'affections psychiatriques comorbides telles que des troubles addictologiques, des troubles dépressifs, des troubles anxieux, des troubles du sommeil, etc. ainsi que le développement d'affections non psychiatriques. Cela peut avoir pour conséquence d'accentuer la discrimination et le rejet et donc augmenter la précarité et l'isolement déjà trop présents des personnes souffrant de troubles psychiques, ce qui rend les prises en charges bien plus longues et complexes.

## B. DONNÉES ÉCONOMIQUES

Les maladies mentales, qui touchent un habitant sur cinq, entraînent des coûts « directs » considérables. En 2020, la santé mentale représente le premier poste de dépense de l'Assurance Maladie. Elle représente 23 milliards d'euros par an, soit près de 14 % des dépenses devant le cancer qui représente 21 milliards d'euros et les maladies cardiovasculaires qui représentent 18 milliards d'euros.

La santé mentale totalise un coût global de 163 milliards d'euros en 2018 contre 109 milliards d'euros en 2007. Il inclut les coûts directs médicaux (14 %), les coûts sociaux (8 %), les coûts indirects, qui sont la somme exprimée en unité monétaire du travail potentiel qu'aurait pu effectuer le patient s'il n'avait pas été malade (27 %) et la perte de qualité de vie (51 %) (55).

Ces chiffres sont établis par des études réalisées avant la crise COVID-19 et ils pourraient être bien supérieurs si des études étaient faites aujourd'hui, en raison de l'impact négatif de la crise sur la santé mentale de la population.

## III. LA PRÉVENTION DE LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE

### A. GÉNÉRALITÉ

On constate depuis quelques années en France que les problèmes de santé mentale touchent un nombre considérable d'habitants ; que ces problèmes ne sont pas assez précocement et bien pris en charge ; que cela est un facteur de risque important de développer des comorbidités et des affections de longue durée ; et que les conséquences économiques sont majeures.

Il est devenu essentiel de penser des politiques de santé qui répondent à ce problème. Un Plan national de santé publique a alors été élaboré et s'intitule « Priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de sa vie » (56).

Le 28 juin 2018, le Ministère des Solidarités et de la Santé, met en place « la feuille de route santé mentale et psychiatrie » qui s'articule autour de trois axes prioritaires :

- « promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide ;

- garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique » (57).

De 2018 à 2021, 1,4 milliard d'euros a été alloué à ce projet et un budget supplémentaire de 1,9 milliard d'euros y a été ajouté jusqu'en 2026.

## B. PRÉVENTION PAR LES LIGNES D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE

Les lignes d'écoute peuvent répondre à certains besoins de prévention en santé mentale.

Le téléphone a vu le jour en 1876 et, en 1905, la première lignée d'écoute dédiée à la prévention du suicide est créée aux États-Unis.

En France, c'est en 1960 qu'a été créée la première ligne d'écoute « SOS amitié » avec comme objectif la prévention du risque suicidaire.

De 1960 à nos jours, de nombreuses lignes d'écoute et de soutien ont été créées partout dans le monde.

Aujourd'hui, en France, plus de 120 lignes d'écoute nationales, gratuites pour la grande majorité, sont à disposition de la population. Elles ont été pensées pour répondre à divers besoins.

Il existe des lignes dédiées à certaines professions : agriculteur, communicant, enseignant, marin, militaire, policier, soignant et professionnel de santé, travailleur social auprès des demandeurs d'asile, vétérinaire.

Il existe également des lignes dédiées à différentes problématiques : acouphène, addictions, aidants, Alzheimer, autisme, cancer, COVID, détention, deuil, diabète, étudiant, fin de vie, grand-parent, handicap, hépatites, homophobie-transphobie, Huntington, inceste, maladie de Crohn, myopathies, parents, Parkinson, prévention de la pédocriminalité, sclérose en plaque, sexualité, sida-VIH, suicide-pensées suicidaires, surdité, TDAH, violences familiales et dans le couple.

Enfin, il existe des lignes spécifiquement dédiées à des troubles de santé mentale : troubles addictifs, troubles bipolaires, troubles des conduites alimentaires, troubles dépressifs, troubles psychotiques, troubles schizophréniques.

### C. EXEMPLE DU SUICIDE

Parmi les nombreux problèmes de santé mentale constatés en France, un intérêt particulier a été porté au taux de suicide qui fait partie des plus élevés d'Europe au début du XXI<sup>e</sup> siècle. Comme vu précédemment, « la feuille de route santé mentale et psychiatrie » établie en 2018, place la prévention du suicide parmi ses objectifs principaux. Pour répondre à cet enjeu, le numéro français national pour la prévention du suicide « numéro 3114 » a été créé le premier octobre 2021 et dispose d'aides financières importantes pour sa mise en place et sa diffusion.

Le projet « numéro 3114 », sa mise en place et ses objectifs ont été expliqués dans l'article : *The 3114: A new professional helpline to swing the French suicide prevention in a new 1 paradigm* (58).

Ce projet correspond à une ligne d'écoute téléphonique accessible 24h/24 et 7j/7 depuis n'importe quel point du territoire national. Il possède un pôle national au centre hospitalier universitaire de Lille et une organisation décentralisée avec des centres régionaux dédiés pour qu'une bonne connaissance du territoire permette une meilleure orientation vers les soins.

Les objectifs prédéfinis de cette ligne d'écoute sont :

- « une écoute empathique et sans jugement, avec pour objectif de créer, renforcer et maintenir rapidement une alliance avec l'appelant ;
- une évaluation clinique ciblée, comprenant une estimation du risque suicidaire, l'identification des signes et symptômes psychopathologiques et une évaluation du contexte psychosocial ;
- une intervention stratégique, qui peut inclure des conseils, un renforcement motivationnel et/ou une résolution de problèmes. L'objectif est d'apporter un premier soulagement, d'engager l'appelant dans le processus de soins et de mobiliser ses ressources personnelles et externes.

- une orientation vers des ressources sanitaires adaptées (médecin généraliste, services psychiatriques ou service d'urgence), sociales ou associatives, avec la possibilité de programmer un suivi » (58).

L'atteinte de ces objectifs réside dans :

- « L'articulation étroite avec les services de santé pour assurer des réponses adaptées.
- La formation spécialisée des écoutants.
- La communication et la sensibilisation des professionnels et la population à la problématique du suicide » (58).

Comme nous le verrons ensuite, le projet « numéro STOP » possède de nombreuses similitudes avec le projet « numéro 3114 ». En effet, le dispositif est pensé avec une organisation décentralisée via chaque CRIAVS. Les objectifs d'appels sont quasiment identiques, notamment une écoute empathique et sans jugement pour créer une alliance afin de réaliser une bonne évaluation et de permettre une orientation vers les soins si nécessaire. Pour atteindre ces objectifs, la formation, la communication et la sensibilisation sont également primordiales.

# LE TROUBLE PÉDOPHILIQUE

## I. DEFINITION

Le terme « pédophilie érotique » est introduit en 1886 par le psychiatre Krafft-Ebing et défini comme « perversion psychosexuelle ». Depuis le DSM III de 1980, « perversion sexuelle » n'existe plus et est remplacé par le terme « paraphilie ». Il est retrouvé dans le chapitre des « troubles psychosexuels » où apparaît pour la première fois le terme « pédophilie ».

Depuis 1980, les définitions de « troubles psychosexuels », « paraphilie » et « pédophilie » ont subi de multiples évolutions, comme l'explique très bien le docteur Axel André dans sa thèse « Harmonisation des pratiques par la mise en place d'un guide d'entretien pour le service téléphonique d'orientation et de prévention (STOP) » (59).

Aujourd'hui, le DSM-5 définit les « paraphilies » comme :

- « des fantasmes imaginatives (fantasmes) sexuellement excitantes, des impulsions sexuelles ou des comportements,
- Survenant de façon répétée et intense,
- Et impliquant des objets inanimés, la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou du partenaire, des enfants ou d'autres personnes non consentantes,
- Ces comportements doivent s'étendre sur une période d'au moins 6 mois » (60).

Les personnes sont dites « exclusives » si ces fantasmes imaginatives ou stimuli paraphiliques sont obligatoires pour déclencher une excitation sexuelle ou dites « non exclusives » si ces fantasmes imaginatives ou stimuli paraphiliques ne sont pas obligatoires et n'apparaissent pas systématiquement au moment de l'excitation sexuelle. En pratique, on parle de « non exclusif » si d'autres stimuli peuvent déclencher l'excitation, en particulier si ces stimuli concernent des adultes.

De plus, cette dernière version DSM-5, distingue « paraphilie » de « trouble paraphilique ». On parle de « paraphilie » quand la personne présente des fantasmes imaginatives sexuellement excitantes, mais que celles-ci n'entraînent pas de comportements sexuels et ne sont pas source de souffrance. À l'inverse, on parle de « trouble paraphilique » lorsque ces fantasmes entraînent des comportements sexuels ou qu'ils sont source de souffrances ou de difficultés interpersonnelles, y compris des difficultés judiciaires. L'intervention du psychiatre n'est bien sûr nécessaire qu'en cas de « trouble paraphilique ».

Le DSM-5 décrit huit catégories de troubles paraphiliques :

- L'exhibitionnisme
- Le fétichisme
- Le frotteurisme
- La pédophilie
- Le masochisme et le sadisme sexuel
- Le voyeurisme
- Le transvestisme fétichiste

Dans la version révisée du DSM-5, le trouble pédophilique comprend comme critères cliniques de diagnostic :

- « A. Des fantasmes récurrents, intenses, sexuellement excitants, ou des comportements impliquant un enfant prépubère ou des enfants (généralement de  $\leq 13$  ans) ont été présents pendant  $\geq 6$  mois.
- B. La personne a agi sur une pulsion ou dans une grande détresse ou est handicapée par des pulsions et des fantasmes. L'expérience de la détresse provoquée par ces pulsions ou ces comportements n'est pas une exigence pour le diagnostic, car nombre de personnes atteintes par ce trouble nient toute détresse ou tout déficit.
- C. La personne a  $\geq 16$  ans et est  $\geq 5$  ans plus âgée que l'enfant qui est la cible des fantasmes ou des comportements (mais à l'exclusion d'un adolescent plus âgé qui est dans une relation continue avec un enfant de 12 ou 13 ans) » (60).

Le trouble hétérophilique comprend les mêmes critères diagnostiques, mais pour le critère A : les fantasmes ou les comportements impliquent des adolescents ou des adolescentes à différents stades de puberté.

En pratique, il n'est pas rare que les patients n'aient pas conscience de leur souffrance et que celle-ci se dévoile pendant les soins. Il y a par ailleurs des personnes atteintes de trouble pédophilique qui ne ressentiront jamais de souffrance liée de près ou de loin à cette pathologie. Dans ce cas, on prendra en compte la souffrance qu'ils infligent. En ce qui concerne l'âge du diagnostic, il est rare que l'on parle, en pratique, de trouble pédophilique à l'adolescence. Bien que les fantasmes et l'attirance sexuelle pour les enfants puissent être présents et envahissants à ces âges, une prise en charge adaptée permet bien souvent d'éviter que le trouble s'installe à l'âge adulte.

Le patient est dit « exclusif » s'il est uniquement attiré par les enfants et/ou adolescents prépubères et « non exclusif » s'il est attiré également par les adultes.

De plus, il est nécessaire de spécifier si le patient est :

- Attiré sexuellement par les garçons
- Attiré sexuellement par les filles
- Attiré sexuellement par les filles et par les garçons

Les termes inadéquats « pédophile hétérosexuel » ou « pédophile homosexuel » sont utilisés par certains soignants et dans certaines études, et entraînent une confusion malvenue avec l'orientation sexuelle.

Il est également nécessaire de spécifier si le trouble est limité à l'inceste.

La dernière nomenclature de l'OMS, dans la CIM-11 fait également la distinction entre « pédophilie » et « trouble pédophilique ». Celui-ci est défini comme : « Trouble de pédophilie caractérisé 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 postpubères du même âge ou ayant un âge proche » (61,62).

## II. ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence estimée de l'intérêt sexuel pour les mineurs dans la population générale varie entre 2,08 % et 24,02 %. Un tel écart dans les estimations a été étudié et analysé dans une revue systématique de la littérature intitulée : *Prevalence and correlates of individuals with sexual interest in children : A systematic review* qui incluait 30 études (63). Cette revue met notamment en avant de grandes différences méthodologiques et suggère que de nouvelles études sont nécessaires pour estimer correctement la prévalence de ce trouble. Des études estimant la prévalence du trouble pédophilique en se basant sur les critères du DSM 5, réalisées dans la population générale et utilisant des autoquestionnaires pourraient donner des estimations plus précises et plus en accord avec la réalité.

Le trouble pédophilique toucherait majoritairement des hommes. Cependant, de nombreuses études récentes montrent qu'il existe également dans la population féminine. La proportion de femmes souffrant de pédophilie semblerait être largement minimisée et les critères cliniques pourraient être en partie différents (64,65). La réalisation de nouvelles études sur le trouble pédophilique chez les femmes est un des enjeux des prochaines années.

Plusieurs études retrouvent que les intérêts sexuels se manifesteraient à l'adolescence et resteraient le plus souvent inchangés, en l'absence de soins, au cours de la vie (66,67). Ainsi, ressentir des attirances sexuelles pour les enfants peut être source de souffrance et donc constituer un facteur de risque de présenter une santé mentale altérée et/ou de commettre des violences sexuelles des années durant.

## III. PÉDOPHILIE ET PÉDOCRIMINALITÉ

Comme vu dans les définitions DSM et CIM, le « trouble pédophilique » est un terme uniquement médical. Il n'est pas inscrit dans le Code pénal et ne constitue pas un crime ou un délit. En effet, souffrir d'un trouble pédophilique n'implique pas

nécessairement de commettre des violences sexuelles à l'encontre d'un ou plusieurs enfants. Ce qui est puni par la loi, ce sont les violences sexuelles ou les actes pédo-criminels, et non l'attirance sexuelle, pour les enfants et/ou les adolescents.

Les agresseurs sexuels d'enfants constituent un groupe hétérogène d'individus. Ils peuvent être de tous les genres et de toutes les orientations sexuelles ; en couple ou célibataire ; de tout groupe ethnique ; et de tous les statuts socio-économiques. L'attirance sexuelle pour les enfants et/ou les adolescents n'est pas systématiquement retrouvée chez les personnes autrices de violences sexuelles. En effet, il y a de nombreux auteurs de violences sexuelles qui agissent en grande partie pour des raisons opportunistes, pour des raisons de relations de pouvoir et de domination exercées par l'adulte sur sa victime, en raison d'un manque de repères et de limites dans le rapport à l'autre, des défauts de confiance en soi ou en l'autre, ou pour d'autres raisons sans lien avec l'attirance sexuelle. Ainsi, tous les auteurs de violences sexuelles sur mineurs ne souffrent pas de trouble pédophilique. L'estimation de la proportion de personnes souffrant d'attirance sexuelle pour les enfants parmi les pédo-criminels diffère selon les études et, reposant grandement sur l'autodéclaration, elle est difficile à évaluer précisément. Cependant, dans les études, la majorité des auteurs de violences sexuelles ne présenterait pas d'intérêt sexuel pour les enfants. (68–71).

Une part considérable, mais difficilement quantifiable, de personnes présentant un trouble pédophilique est abstinent et ne passe pas à l'acte. Ces personnes ont pour la plupart connaissance de la loi et des interdits définis par la société. Ils ont conscience des limites du corps de l'autre et du consentement. Ils peuvent souffrir de leurs attirances et lutter contre pour éviter un passage à l'acte (67,68).

Cependant, souffrir d'un trouble pédophilique représente un facteur de risque majeur de passage à l'acte pédo-criminel. Ce seul facteur, s'il est unique, ne suffit pas, la plupart du temps, à commettre des violences sexuelles. Il est montré dans plusieurs études que des facteurs de risques se superposant au trouble pédophilique, appelés « facteurs facilitant le passage à l'acte » ont été identifiés. On retrouve : l'abus de substance, le trouble de personnalité « antisociale », les difficultés d'autorégulation des émotions et de l'impulsivité et des facteurs émotionnels tels que la solitude, une faible estime de soi et le manque d'acceptation de soi (68,72).

Ces facteurs facilitants découlent parfois de la stigmatisation de la société, de l'auto stigmatisation et du manque de prise en charge des personnes souffrant d'un trouble pédophilique. En effet, ces facteurs peuvent majorer la souffrance, l'isolement et privilégier le développement d'affections comorbides qui sont autant de facteurs facilitateurs de passage à l'acte pédo-criminel.

#### IV. ÉVALUATION CLINIQUE D'UN PATIENT ATTIRÉ SEXUELLEMENT PAR DES ENFANTS

##### A. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Lorsqu'on est face à un auteur de violences sexuelles ou à une personne présentant des intérêts sexuels pour les enfants, il est indispensable de rechercher de façon systématique des diagnostics différentiels, tels que :

- Déficience intellectuelle,
- Trouble schizophrénique,
- Trouble bipolaire en phase maniaque,
- Intoxication à des substances,
- Troubles de personnalité, notamment antisociale et état limite,
- État de stress post-traumatique (68),

Chez les patients se présentant comme ayant des pensées sexuelles pour les enfants, il est également important de rechercher un trouble obsessionnel compulsif. Ces patients peuvent souffrir de pensées intrusives ou d'obsessions, source d'inquiétudes à l'idée de pouvoir être attiré sexuellement par des enfants, pouvant aller jusqu'à des phobies d'impulsion. Le risque de passage à l'acte est faible chez ces patients et il est important d'être très vigilant et rigoureux dans l'évaluation clinique pour ne pas délivrer un faux diagnostic (73,74).

Il est en pratique très difficile de faire un diagnostic de trouble pédophilique, comme le montre le Docteur Laurane LE PEN dans sa thèse *Validité exploratoire de la Screening Scale for Pedophilic Interests auprès d'auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineurs de moins de 15 ans incarcérés* (75), en partie parce que les comorbidités et les diagnostics différentiels sont souvent intriqués. Il est très difficile d'établir

clairement si les symptômes présents relèvent d'un diagnostic différentiel, d'antécédents présents avant les signes du trouble ou de comorbidités induites par le trouble et les souffrances qu'il provoque. De plus, le diagnostic est réalisé essentiellement grâce aux déclarations du patient qui peut ne pas dévoiler ces attirances sexuelles en entretien, notamment au début de la prise en charge.

## B. COMORBIDITÉS

Comme nous l'avons exposé, les personnes atteintes de trouble pédophilique seraient davantage sujettes à développer des troubles psychiatriques que la population générale. On retrouve notamment :

- Des troubles thymiques,
- Des troubles anxieux,
- Des troubles addictologiques,
- Des troubles de la personnalité,
- Des troubles paraphiliques (76,77),

Les idées suicidaires et le risque suicidaire sont également majorés dans cette population (78).

## V. PRISE EN CHARGE

Une prise en charge précoce et efficace avant tout passage à l'acte paraît essentielle autant pour aider les patients en souffrance que pour protéger les victimes potentielles. De plus, il semble primordial d'identifier et de soigner les personnes souffrant d'un trouble pédophilique après un passage à l'acte, car le risque de récurrence est majoré dans cette population par rapport aux autres auteurs de violences sexuelles (79).

Il existe aujourd'hui des preuves qu'une prise en charge adaptée permettrait de réduire la souffrance des patients et le risque de récurrence (80).

La majorité des études portant sur la prise en charge proposée aux patients souffrant de trouble pédophilique a été réalisée chez des hommes auteurs de violences sexuelles sur mineurs. Il n'existe pas de recommandations spécifiques pour les femmes ni pour les personnes abstinentes souffrant de trouble pédophilique (81).

La prise en charge des patients souffrant d'un trouble pédophilique, qu'ils soient auteurs ou non de violences, repose sur les mêmes principes éthiques et déontologiques que la prise en charge du reste de la population. Ainsi, les professionnels sont tenus au secret professionnel, sauf dans les cas où un signalement est nécessaire pour porter assistance à une personne en péril. Rappelons que le principe du signalement repose sur la protection d'une personne en danger et non sur la protection de la société dans son ensemble en signalant quelqu'un de supposément dangereux.

De plus, bien qu'il existe des mesures d'injonction de soins ou d'obligation de soins rendant obligatoire une prise en charge médicale et qui exposent le patient à des poursuites judiciaires s'il ne s'y soumet pas, aucun traitement, pas même médicamenteux, ne peut être imposé sans l'accord du patient. Le consentement du patient en injonction de soins est supposé fiable et libre de toute contrainte, bien que ceci soit difficilement évaluable en pratique.

Les objectifs thérapeutiques doivent être : la prise en charge de la souffrance du sujet et l'amélioration de sa qualité de vie par un soutien psychologique et une réhabilitation psychosociale. Cette prise en charge peut contribuer à limiter ou arrêter des comportements sexuels inappropriés et entraîner une diminution du risque de récurrence ou de passage à l'acte. Le changement de l'intérêt sexuel et, en particulier, la disparition de l'intérêt pédophilique reste bien sûr un objectif principal, mais est difficilement évaluable.

La prise en charge inclut toujours un soutien psychothérapeutique auquel peut s'ajouter une prise en charge médicamenteuse.

La prise en charge sexologique, en expansion ces dernières années, apporte des résultats extrêmement intéressants. Ainsi, ajouter des interventions de médecine sexuelle dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, représente une avancée majeure dans les soins apportés pour soulager les souffrances et réduire le risque de passage à l'acte. Cette médecine sexuelle, réalisée par des médecins, psychiatres ou non, et des psychologues dûment formés, a pour but de « soigner la sexualité » par une approche intégrative. Elle ne correspond pas à l'éducation sexuelle, qui a, quant à elle, tout son intérêt en prévention primaire des violences

sexuelles et dont le développement, notamment dans les établissements scolaires, est essentiel (82,83).

Les différentes psychothérapies et les indications pharmacologiques font l'objet de nombreux travaux et sont largement détaillées dans la thèse du Docteur Axel ANDRE *Harmonisation des pratiques par la mise en place d'un guide d'entretien pour le Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention (STOP)* (59) et celle du Docteur Victor PARMENTIER *Hormonothérapie dans le traitement des auteurs de violences sexuelles : état des lieux et perspectives* (84).

# LA STIGMATISATION

## I. GÉNÉRALITÉ

Le mot « stigmaté » apparaît à l'antiquité et dérive d'un mot grec qui signifie « marque profonde ». Il devient dans l'antiquité romaine une « marque faite au fer rouge sur un esclave » puis, au XVI<sup>e</sup> siècle, dans l'Ancien régime une « marque faite au fer rouge sur l'épaule des galériens, des voleurs ». Dans la religion chrétienne, les stigmatés font référence aux « cinq plaies de Jésus crucifié ». Le « stigmaté » est ensuite utilisé, en médecine, pour définir un « signe clinique de caractère permanent ayant une certaine valeur diagnostique ».

Ainsi, depuis l'Antiquité, le stigmaté correspond à une marque visible portée par l'individu et qui permet de le placer dans un groupe d'individus à part.

En 1963, dans son livre *Stigmaté*, le sociologue Erving Goffman, a introduit la notion de « stigmaté » qui correspond à « ce qui, lors d'une interaction, affecte, en le discréditant, l'identité sociale d'un individu ». Ce stigmaté scinde alors la population en deux groupes : celui des stigmatisés et celui des individus dits normaux (85,86).

Cette notion a été l'objet de nombreuses études sociologiques cherchant à définir la « stigmatisation » et sa façon d'impacter la vie des individus et les relations inter individuelles.

En 1997, Norbert Elias, dans son ouvrage *Logique de l'exclusion* met en avant que le phénomène de stigmatisation découle de groupes sociaux dominants qui ont le pouvoir d'instituer des normes aux individus. Le fait de transgresser ces normes constitue le stigmaté et appose à l'individu qui a transgressé une étiquette le plaçant dans un groupe de « déviants »(87).

En 2001, Link et Phelan théorisent le processus de stigmatisation. La première étape d' « étiquetage » fait référence au repère d'un stigmaté chez un individu ou groupe d'individus. Ces personnes étiquetées comme possédant le stigmaté subissent ensuite l'étape de « stéréotypage » qui consiste à leur associer des caractéristiques indésirables ou stéréotypes. Elles sont alors séparées du reste de la population et placées dans un groupe stigmatisé d'individus, ce qui a pour conséquence la perte ou la modification de leur statut social. Enfin, ces groupes « hors de la norme » peuvent

être l'objet de nombreuses discriminations avec des conséquences sur les relations interindividuelles, sur le logement, le revenu, la criminalité et sur la santé (88).

La stigmatisation serait, en grande partie, le résultat d'un mécanisme automatique et inconscient. L'individu, lorsqu'il observe le monde, reçoit énormément d'informations que le cerveau, par des processus inconscients, va rapidement catégoriser avec peu d'effort cognitif. De la même façon, pour interpréter et expliquer le « monde social », une série de processus automatiques et inconscients, possibles grâce aux représentations préétablies et aux croyances de l'individu, permet un jugement rapide et intuitif. Traiter toutes les informations transmises par le « monde réel » est impossible, ce qui rend les représentations et les stéréotypes absolument nécessaires pour ne pas être submergé d'informations (89). En conséquence, chaque personne n'a qu'une vision parcellaire du monde et des relations humaines et il existe autant de grilles de lectures du « monde réel » que d'individus.

La discrimination, quant à elle, est une action volontaire et consciente. Elle est, contrairement à la stigmatisation, punie par la loi et correspond à une différence de traitement basée sur un ou plusieurs des 25 critères législatifs, dont l'état de santé fait partie, entraînant une inégalité d'accès aux biens et aux services (90).

## II. LA STIGMATISATION EN SANTÉ MENTALE

L'intérêt récent porté aux représentations et à leurs impacts a permis de réfléchir à la stigmatisation dont sont victimes les personnes atteintes de troubles psychiques et qui altère grandement leur santé mentale. Certains patients disent parfois même souffrir davantage des représentations que des symptômes de leur maladie psychique (91).

Il existe, dans notre société, des représentations, des stéréotypes et des préjugés négatifs vis-à-vis de la santé mentale. Par exemple, les idées de dangerosité, de blâme et d'incompétence, sont encore très ancrées dans l'imaginaire collectif et sont facilement associées aux personnes souffrant de troubles psychiatriques. L'image sociale du patient et son statut social sont souvent dévalorisés. Cette stigmatisation peut avoir des conséquences directes via des actes discriminatoires comme le refus d'accès à un service, un droit ou un bien, mais également se manifester par des formes

de rejet et d'isolement. Cela peut toucher toutes les sphères sociales du patient, aussi bien les relations intimes que les relations amicales ou professionnelles (92,93).

De plus, ces stéréotypes peuvent être à l'origine d'auto stigmatisation. L'auto stigmatisation peut se mettre en place quand un patient grandit et évolue dans un environnement où des stéréotypes liés à son trouble existent et qu'il les intègre et y adhère, consciemment ou non. Le patient va ensuite appliquer ce stéréotype sur lui-même en se dévalorisant. Ce processus entraîne, entre autres, une baisse de l'estime de soi, ce qui peut aggraver la maladie, favoriser l'isolement et retarder ou empêcher le recours aux soins (94).

Une enquête de grande envergure intitulée *La santé mentale en population générale : images et réalités* a été réalisée, entre 1999 et 2003, par le Centre de Collaboration de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) de Lille, et la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère français de la Santé, sur un échantillon de 36 000 sujets français âgés de plus de 18 ans. Elle avait pour objectifs de décrire, dans la population générale, les représentations liées à la folie, à la maladie mentale et à la dépression, et les représentations liées aux soins (95,96).

Cette étude a permis de montrer la stigmatisation dont sont victimes les patients atteints de troubles de santé mentale et par quels moyens elle est créée.

Dans la population générale, les connaissances sur les maladies mentales sont partielles voire en partie erronées et les représentations sont souvent très négatives, ce qui laisse la place au développement de mythes auxquels une grande partie de la société adhère.

Des stéréotypes sont retrouvés, tels que l'idée que la « folie » et/ou la « maladie mentale » sont associés à la « violence » et la « dangerosité ».

De plus, il est également montré que certaines maladies sont moins l'objet de stéréotypes et qu'il existe des degrés d'acceptation différents selon les troubles. Par exemple, la dépression suscite moins le rejet que « la folie ».

Ces méconnaissances et stéréotypes semblent renforcés par certains médias qui mettent en lumière des affaires à scandales faisant le lien entre maladie mentale et criminalité. De plus, un mauvais usage de certains termes et l'apposition d'une étiquette de « malade mental » aux agresseurs sans diagnostic médical est encore

pratique courante. L'association entre criminalité et maladie mentale renforce l'idée que les patients souffrant d'un trouble psychiatrique créent de l'insécurité et est ainsi source de stigmatisation et de discrimination, entraînant notamment le rejet et l'isolement (92,95). C'est particulièrement le cas en ce qui concerne le trouble pédophilique car les auteurs de violences sexuelles sont très souvent et de façon abusive qualifiés de « pédophiles » sans que le diagnostic ne soit établi.

L'inclusion sociale, la réadaptation et la réinsertion sont, depuis plusieurs décennies présentées comme des principes fondamentaux de la psychiatrie moderne, mais ne peuvent s'appliquer convenablement dans une société stigmatisante. Ainsi, la lutte contre la stigmatisation est devenue un enjeu sociétal et de santé majeur et fait partie des objectifs des décennies à venir.

Le CCOMS de Lille, a d'ailleurs organisé, du 12 au 15 juin 2007, ses troisièmes rencontres internationales à Nice, sur cet enjeu avec comme thème principal : « Comment lutter contre la stigmatisation et les discriminations dans le domaine de la santé mentale ? »

Ces journées ont permis de réfléchir à des moyens d'améliorer les pratiques et de lutter contre les stéréotypes qui sont réunis en 3 axes principaux :

- « l'information des citoyens et des acteurs de santé sur la santé mentale, qui permet de déconstruire les mythes et les représentations sociales,
- l'adaptation du système de soins en psychiatrie en faveur du respect des droits fondamentaux des personnes : le consentement au soin, le choix des traitements....,
- l'implication des personnes concernées (patient, famille et soignants) par un problème de santé mentale pour défendre leurs droits et favoriser le développement d'une offre de soins basée sur les concepts de rétablissement et l'inclusion dans la société » (97).

### III. LA STIGMATISATION DE LA PÉDOPHILIE

#### A. GÉNÉRALITÉS

Au sein des troubles mentaux, qui sont soumis à de multiples représentations et stéréotypes négatifs, le cas de la pédophilie ferait l'objet d'une stigmatisation encore plus importante.

Comme pour les autres troubles psychiatriques, la stigmatisation du trouble pédophilique passe par des stéréotypes, des réactions émotionnelles négatives et des formes de discrimination (98).

Des études ont pu notamment mettre en évidence que les personnes atteintes de trouble pédophilique suscitaient des réactions émotionnelles plus négatives que les personnes souffrant d'alcoolisme, les personnes « sadiques sexuelles » ou les personnes ayant une personnalité « antisociale ». L'idée que les personnes atteintes de pédophilie devraient être décédées, même si elles n'ont jamais commis d'actes pédo-criminels est retrouvée dans une étude, regroupant deux groupes de répondants, chez 14 % des répondants d'un groupe et 28 % des répondants de l'autre groupe (99). De plus, le trouble pédophilique suscite du rejet et une volonté d'isolement, avec notamment la croyance encore très répandue que l'emprisonnement préventif serait nécessaire, même quand la personne n'est jamais passée à l'acte (100).

#### B. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Une revue systématique de la littérature comprenant 35 études, parue en 2021 dans l'International Journal of Sexual Health intitulée : *Understanding and Challenging Stigma Associated With Sexual Interest in Children : A Systematic Review*, avait pour objectifs de définir :

- « les facteurs contribuant à la stigmatisation à l'égard des personnes ayant un intérêt sexuel pour les enfants,
- Les effets de la stigmatisation sur les personnes ayant un intérêt sexuel pour les enfants,
- L'efficacité des interventions visant à lutter contre la stigmatisation » (78).

### *a. Les facteurs contribuant à la stigmatisation*

#### Les fausses croyances, mythes et stéréotypes

Parmi les facteurs contribuant à la stigmatisation, l'étude met en avant les fausses croyances et les stéréotypes.

La croyance selon laquelle l'attirance sexuelle pour les enfants est un choix serait encore très répandue, bien que désormais non majoritaire. L'idée que les pulsions sexuelles sont incontrôlables et entraînent quasiment inévitablement un passage à l'acte serait, quant à elle, majoritaire. On retrouve la confusion entre « pédophilie » et « pédocriminalité » et la plupart des répondants estiment que les termes « pédophile » et « délinquant sexuel » sont interchangeable. Enfin, l'idée de dangerosité est presque systématiquement associée aux personnes attirées sexuellement par des enfants.

Il est également montré que, bien que, les médias aient relayé ces dernières années des affaires de violences sexuelles sur mineurs par des hommes d'Église, des entraîneurs, des enseignants, des femmes, etc, le mythe du « vieil homme isolé » est encore ancré dans l'imaginaire collectif, même si certaines études montrent que cette idée serait en diminution par rapport aux études antérieures.

Toutes les études ont montré une adhésion aux stéréotypes moindre chez les professionnels formés au trouble pédophilique par rapport aux autres catégories de la population (78).

#### Les réactions émotionnelles

La stigmatisation est également le fruit de réactions émotionnelles négatives telles que la colère, la peur, le dégoût et la réduction de la pitié ou de l'empathie.

Dans les études réalisées sur le grand public, on retrouve des réactions émotionnelles à des niveaux d'intensité modérée à élevée lorsqu'il est question de trouble pédophilique même en l'absence de passage à l'acte.

Comme pour les stéréotypes, les professionnels formés auraient des réactions émotionnelles négatives d'intensité moins importante que les autres catégories de répondants.

Le niveau d'intensité des réactions émotionnelles serait également différent en fonction de certaines catégories de population. Les femmes seraient plus susceptibles de ressentir de la peur et du dégoût que les hommes et souhaiteraient des punitions plus sévères. Il en va de même pour les parents d'enfants de moins de quatorze ans, comparativement aux participants sans enfants ou avec des enfants plus âgés (78).

### La discrimination

Les études auprès du grand public ont révélé des attitudes discriminatoires avec une volonté de rejeter socialement et de punir les personnes ayant un intérêt sexuel pour les enfants. De nombreuses études montrent que ce n'est pas seulement la confusion entre les termes « pédophilie » et « pédocriminalité » qui entraîne le rejet. En effet, l'attirance sexuelle pour les enfants prise isolément sans criminalité supposée, entraînerait tout de même un désir d'isolement et de punition.

On retrouve également un « effet d'étiquetage » car le terme « pédophile » susciterait plus d'attitudes de rejet que la désignation « personne attirée sexuellement par des enfants ».

Comme pour les représentations et les réactions émotionnelles, les professionnels expérimentés et formés auraient moins d'attitudes discriminatoires que les autres catégories de population (78).

Cependant, cette revue met aussi en évidence que certains professionnels de santé refuseraient de prendre en charge des patients souffrant de trouble pédophilique. Les raisons évoquées pour justifier ce choix sont : une incapacité à se mettre à distance des croyances et stéréotypes négatifs, la peur d'être impliquée dans des situations juridiques, des préoccupations concernant leur propre sécurité et la croyance que ces patients ne peuvent pas être aidés (78).

*b. Les effets de la stigmatisation sur les personnes ayant un intérêt sexuel pour les enfants*

Impact sur la santé mentale

Toutes les études qui ont exploré les effets de la stigmatisation chez les patients atteints de trouble pédophile ont montré un retentissement négatif sur leur santé mentale. Ils pourraient présenter des symptômes tels que la colère, l'anxiété, le désespoir, la honte, le chagrin, la culpabilité, la dévalorisation et souffrir de solitude, et d'isolement. Ils ressentiraient un profond sentiment de perte d'espoir en l'avenir, en ce qui concerne les relations interindividuelles, notamment les relations sociales, amoureuses et professionnelles. L'intensité de ces symptômes serait équivalente chez les patients, qu'ils aient commis des violences sexuelles sur mineurs ou non.

Il est aussi retrouvé davantage d'idées suicidaires et des capacités de régulation émotionnelle altérées chez les personnes souffrant de trouble pédophile comparativement à la population générale.

L'autostigmatisation serait aussi très présente et de nombreuses personnes attirées sexuellement par des enfants adhèrent notamment au mythe « du monstre » incapable de contrôler ses pulsions et donc destiné à passer à l'acte (78).

Impact sur la recherche d'aide

Dans les études qui étudiaient les comportements de recherche d'aide, la peur d'être discriminé est évoquée comme frein à la demande de soutien.

Parmi ceux qui disent avoir cherché de l'aide auprès de leurs proches, beaucoup rapportent des conséquences négatives sur leurs relations familiales et professionnelles. Ils auraient perdu leur statut social et auraient subi de la discrimination dans plusieurs domaines.

Parmi ceux qui disent avoir cherché de l'aide d'un professionnel de la santé mentale, certains déclarent avoir souffert de jugement, de rejet ou de négligence (78).

*c. L'efficacité des interventions visant à lutter contre la stigmatisation*

Les études s'intéressant aux stratégies de lutte contre la stigmatisation mettent en avant deux aspects qui sont : l'éducation et la formation d'une part et les récits d'humanisation d'autre part.

Ainsi, les interventions éducatives et les formations auraient pour effet d'atténuer les réactions émotionnelles négatives et permettraient de diminuer la volonté de punir et d'isoler les personnes présentant un intérêt sexuel pour les enfants.

De plus, donner la parole à des personnes souffrant d'attirance sexuelle pour les enfants mais n'ayant pas commis de passage à l'acte pédocriminel, permettrait d'humaniser ces patients, ce qui augmenterait l'empathie et diminuerait la discrimination (78,100,101).

# LA PRÉVENTION SECONDAIRE DU TROUBLE PÉDOPHILIQUE

## I. LA PRÉVENTION SECONDAIRE DU TROUBLE PÉDOPHILIQUE DANS LE MONDE

### A. CONSTATS

Comme nous l'avons dit précédemment, la prévention secondaire cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population et recouvre les actions en tout début d'apparition visant à faire disparaître les facteurs de risques.

Pour le trouble pédophilique, la prévention secondaire s'adresse aux personnes souffrant d'une attirance sexuelle pour les enfants, ne faisant pas l'objet d'une prise en charge, avant un potentiel passage à l'acte pédocriminel.

La prévention secondaire est devenue un enjeu majeur de santé publique partout dans le monde. Des études récentes ont permis de faire de nombreux constats montrant l'intérêt et les bénéfices potentiels de développer, à grande échelle, des moyens de prévention du trouble.

Le premier constat réside dans les chiffres alarmants de victimes de violences sexuelles. On estime en effet qu'environ un mineur sur douze a été victime de violences sexuelles dans le monde. Une étude réalisée sur 10 groupes de populations en provenance d'Europe et des États-Unis, estime qu'environ 20 % des femmes et 10 % des hommes ont été victimes de violences sexuelles pendant l'enfance (102).

Jusqu'à très récemment, la prise en charge des personnes attirées sexuellement par les enfants survenait quasiment toujours uniquement après un passage à l'acte pédocriminel condamné par la justice, ce qui était très loin de permettre une prise en charge de toutes les personnes qui pourraient en avoir besoin. En effet, les personnes ayant commis des violences sexuelles à l'encontre des mineurs ne font pas toutes l'objet d'une mesure de justice. De plus nombreuses personnes souffrant d'une

attirance sexuelle pour les enfants ne sont jamais passées à l'acte et n'ont malheureusement pas recours aux soins.

Comme nous l'avons constaté précédemment, les intérêts sexuels et la préférence sexuelle se manifesteraient à l'adolescence et resteraient inchangés au cours de la vie, ce qui constituerait un facteur de risque de passage à l'acte pédocriminel depuis l'âge d'apparition des attirances sexuelles pour les enfants jusqu'à la fin de la vie de l'individu (60).

Le risque de récidive chez les personnes présentant un trouble pédophilique serait plus important que chez les personnes ayant commis des violences sexuelles sur mineurs mais ne ressentant pas d'attirance sexuelle pour les enfants (103).

Enfin, bien que cela aille à l'encontre des représentations, des mythes et des stéréotypes partagés massivement par la collectivité, qui veulent que les personnes attirées sexuellement par les enfants ne demandent pas d'aide, les recherches récentes sur le trouble montreraient que celui-ci retentit fortement sur la santé mentale ce qui laisse supposer que les personnes atteintes de troubles pédophiliques sont susceptibles de rechercher une prise en charge pour soulager leurs souffrances (104,105).

## B. LES LIGNES D'ÉCOUTE

Pour combler cette lacune dans l'offre de soins, de nombreux pays dans le monde ont fait le choix de développer des lignes d'écoute et d'orientation adressées aux personnes ressentant une attirance sexuelle pour les enfants pour les amener vers les soins et initier une prise en charge. En effet, ce choix est basé sur les preuves d'efficacité retrouvées dans les études qui évaluent l'écoute téléphonique comme moyen de prévention, notamment du suicide (106–108).

Dans le monde, on recense de nombreuses lignes d'écoute mises en place ces dernières années :

- Aux États-Unis : STOP IT NOW ! US en 1992
- Au Royaume-Uni et en Irlande : : Stop It Now!.UK en 2002

- En Allemagne : DUNKELFELD Project 2005
- En Belgique : stop it now ! Bruxelles 2022 et séOS, Belgique 2022
- Au Canada : Ça suffit, Québec 2021
- En Inde : Don't offend, Inde 2019
- En Suisse : Dis No, Suisse 2014
- En Nouvelle-Zélande : Stop it now, Nouvelle-Zélande 2022

### C. L'EXEMPLE DE L'ALLEMAGNE : DUNKELFELD PROJET

L'initiative « Dunkelfeld Project » a vu le jour en Allemagne en 2005. Elle a pour ambition de proposer une évaluation et potentiellement des soins aux personnes attirées sexuellement par des enfants qui ne font pas partie du HELLD FELD « champ clair ». Les personnes appartenant au HELLD FELD sont les personnes ayant commis des actes pédocriminels et faisant l'objet d'une procédure ou d'une condamnation judiciaire. Les populations cibles appartiennent donc au DUNKELFELD « champ sombre » qui regroupe, d'une part, les personnes autrices de violences mais n'ayant pas été condamnées ni interpellées par la justice et, d'autre part, les « agresseurs potentiels » n'ayant jamais commis d'infraction d'ordre sexuel mais souffrant d'attirance sexuelle pour les enfants (69).

Pour mener à bien le projet, les instigateurs ont imaginé une large campagne médiatique dans le but de diffuser le numéro au plus grand nombre et donc d'atteindre la population cible. Pour que cette campagne soit efficace, des personnes souffrant de troubles pédophiliques déjà connus ont été interrogées sur le contenu d'une campagne à laquelle ils auraient été sensibles et auraient pu répondre. Cela a permis d'identifier les critères jugés indispensables suivants :

- « Montrer de l'empathie et une compréhension de leur situation,
- Ne pas faire preuve de discrimination à cause de leurs préférences sexuelles,
- Réduire la peur d'une sanction judiciaire,
- Garantir la confidentialité et l'anonymat,
- Réduire les sentiments de culpabilité et de honte, »

À l'issue de cette étude, un titre interpellant a été choisi : « *aimez-vous les enfants plus qu'ils ne vous aiment ?* » ; ainsi qu'un message déstigmatisant, en distinguant la

pédophilie de la pédocriminalité, et déculpabilisant, en montrant que l'attirance sexuelle n'est pas un choix : « *Vous n'êtes pas coupable à cause de votre désir sexuel, mais vous êtes responsable de votre comportement sexuel. Il y a de l'aide ! Ne devenez pas un délinquant !* (105) »

La campagne médiatique a alors été lancée en 2004 et a bénéficié d'un soutien financier important des instances publiques, ce qui a permis qu'elle soit largement diffusée au grand public via des posters dans la presse écrite, des panneaux d'affichage en ville ainsi qu'un spot télévisé diffusé sur plusieurs chaînes de télévision allemandes et dans les cinémas (105).

Une étude a été réalisée à l'issue des 38 premiers mois suivant la mise en place du projet, pour savoir si les objectifs avaient été atteints.

En 3 ans, 808 répondants ont contacté la plateforme et 45 % d'entre eux, soit 358 personnes, ont reçu une évaluation complète.

Parmi eux :

- 12,3 % n'ont pas répondu aux critères diagnostiques du trouble pédophilique ou du trouble hébéphilique,
- 60,1 % ont reçu le diagnostic de trouble pédophilique,
- 27,7 % celui de trouble hébéphilique.

Concernant l'évaluation des comportements de recherche d'aide, les résultats ont montré que sur un échantillon de 247 participants, 85,7 % déclarent avoir parlé de leur préférence sexuelle à un proche (ami, famille, partenaire). De plus, sur un échantillon de 273 souffrants de pédophilie ou d'hébéphilie :

- 46,5 % disent avoir vu un médecin généraliste ou professionnel de la santé mentale au cours des 6 mois précédant l'appel, et seulement 18,1 % n'auraient pas parlé de leur attirance lors de cet entretien,
- Parmi les 53,5 % restants, 26 % ont déclaré qu'ils souhaitaient contacter un professionnel mais seulement 8,2 % se seraient renseignés en ce sens.

Concernant l'historique criminel des répondants, sur les 314 personnes souffrant de trouble pédophilique ou hébéphilique : 74,5 % ont avoué avoir commis des violences sexuelles sur un ou des enfants ou avoir commis des actes répréhensibles tels que le visionnage de pédopornographie. Parmi eux, 34 % ont déclaré qu'ils faisaient l'objet

d'une enquête ou qu'ils avaient été inculpés. En somme, 41 % des répondants appartiendraient au « dunkelfeld » et 25,5 % seraient abstinents (105).

Par cette étude, on peut constater que la cible du projet pourrait être atteinte, c'est-à-dire que les personnes souffrant de troubles pédophiliques ou hétérophiliques sont susceptibles de demander de l'aide. Il est aussi montré que des financements et des moyens de communication à grande échelle semblent indispensables pour une diffusion large qui pourra toucher les personnes concernées. L'intérêt d'une couverture médiatique adaptée a été étudié dans d'autres études allemandes et celle-ci pourrait jouer un rôle clé et influencer les comportements de demande d'aide (109).

## II. LA PRÉVENTION SECONDAIRE DU TROUBLE PÉDOPHILIQUE EN FRANCE

### A. AUDITION PUBLIQUE DE 2018

Les 14 et 15 juin 2018, a eu lieu au Ministère des Solidarités et de la Santé, une audition publique, organisée par La Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAUS) et réunissant les principales structures concernées par la problématique des violences sexuelles. Ces quelques jours ont permis la rédaction d'un rapport d'orientation constitué de 35 propositions concernant la prévention, l'évaluation et la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

Parmi ces recommandations, on retrouve pour la prévention et spécifiquement pour la prévention secondaire, la proposition numéro 14, relative au dispositif STOP :

« L'expérience de réseaux d'écoute devrait être évaluée et développée au niveau national en vue de proposer un numéro d'appel unique » (110,111).

### B. CRÉATION DU NUMÉRO STOP

À la suite de cette audition, le 20 novembre 2019, le Plan de lutte contre les violences faites aux enfants, soutenu également par le Ministère des Solidarités et de la Santé, intègre alors une mesure de prévention des violences sexuelles sur mineurs avec

l'expérimentation d'un service téléphonique d'évaluation et d'orientation vers les soins pour les personnes attirées sexuellement par les enfants.

La FFCRIAVS en collaboration avec les associations d'aides aux victimes (France victime), ont donc conçu, pour répondre à cette mesure, le dispositif STOP : Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention.

### C. EXPERIMENTATION

En novembre 2019 a été lancée une expérimentation d'un an sur cinq territoires : Occitanie, Aquitaine, Centre Val-de-Loire, PACA, Auvergne.

En mars-avril 2020, le COVID créant une situation inédite et entraînant une hausse des besoins, de grandes métropoles comme Paris (Île-de-France) et Lyon (Rhône-Alpes) et des territoires durement frappés par le COVID tels que la Lorraine ont été intégrés à la phase d'expérimentation.

Ce dispositif est composé d'un numéro d'appel national, confidentiel et non surtaxé : 0 806 23 10 63 et d'un site internet : [dispositifstop.fr](http://dispositifstop.fr). Une organisation décentralisée a été pensée via des centres régionaux : les CRIAVS, dans le but qu'une meilleure connaissance de l'offre de soins au niveau régional, permette une orientation de l'appelant vers des soins adaptés.

Le lancement national a eu lieu le 29 janvier 2021 et a été réalisé par la Dr. Anne-Hélène MONCANY, Présidente de la FFCRIAVS, soutenu par Adrien TAQUET, Secrétaire d'État à la Protection de l'Enfance et de Jérôme BERTIN, Président de France Victime.

La généralisation du dispositif à l'ensemble du territoire s'est accompagnée d'une campagne de sensibilisation. Celle-ci repose sur :

- « Une série de visuels reconnaissables, basés sur des situations quotidiennes qui parlent aux pédophiles.
- Un large choix de supports de communication pour une diffusion large
- Un accompagnement sur le long terme pour informer, sensibiliser et prévenir » (112).

Pour évaluer le dispositif, une étude a été réalisée du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2022 : *Dispositif téléphonique national STOP destiné aux personnes attirées*

*sexuellement par les enfants : données quantitatives après 24 mois de fonctionnement (113).*

Durant cette période, 5442 appels ont été émis vers le dispositif et 56,3 % d'entre eux (n= 3062) ont abouti à une mise en communication avec un CRIAVS. Sur ces appels aboutis, 79,4 % ont été exclus car la communication avait duré moins de 5 minutes ou car le motif d'appel était en inadéquation avec l'objectif du dispositif. Ainsi, 20,6 % soit 628 des appels, ont permis, à l'issue de l'entretien téléphonique, la rédaction de 369 fiches (58,8 % des 628 appels) qui ont pu être analysées dans cette étude et ont fourni les résultats suivants :

- Sur les 369 appels, 81,8 % (n=302) décrivaient une attirance pour les enfants.
- Parmi eux :
  - o l'âge moyen était de 34,5 ans. Un seul appelant était mineur (17 ans).
  - o Ils étaient 93,4 % d'hommes et 6,6 % de femmes.
  - o 46,7 % (n=126) de ces appelants ont été orientés vers des soins.
- Sur un échantillon de 215 appelants, 72,6 % avaient eu connaissance du dispositif par le biais de la radio et des médias (113).

Ainsi, cette étude montre que la population cible de ce dispositif a été atteinte, c'est-à-dire les personnes attirées sexuellement par des enfants, car elle concernait 81,8 % des appelants. De plus, le dispositif a permis l'orientation vers des soins de 46,7 % des appelants. Il est à noter une part de femmes non négligeable car elle représentait 6,6 % des appelants.

Il a été constaté une diminution significative du nombre moyen d'appels au cours du temps, ce qui pourrait être, en partie, la conséquence de la médiatisation de moins en moins importante à distance du lancement du dispositif. Ces résultats rappellent la nécessité que la communication du numéro, aux échelles nationale et régionale soit maintenue dans le temps pour que le dispositif atteigne sa cible (113).

Les résultats de l'expérimentation du dispositif sont sensiblement les mêmes que ceux obtenus en Allemagne avec le « Dunkelfled Project ». Une campagne de communication efficace, à grande échelle et pérenne semble être une condition absolument indispensable à la réussite de ces lignes d'écoute.

Cette mission est devenue un enjeu majeur pour tous les CRIAVS de France.

Au sein de l'URSAVS de Lille, nous avons décidé de sensibiliser les professionnels de santé, notamment de la santé mentale, pouvant recevoir des personnes souffrant d'attirance pour les enfants, mais aussi tous les professionnels d'autres domaines pouvant être concernés par cette problématique, tels que les domaines : sociaux, éducatif et judiciaire. Pour penser au mieux cette campagne, il nous paraissait indispensable d'identifier les difficultés que nous pourrions rencontrer, de définir les axes essentiels d'éducation et de prévention afin d'optimiser la campagne et de toucher le plus de professionnels possible.

# ÉTUDE DES CONNAISSANCES, DES REPRÉSENTATIONS ET DES MOYENS DE PRISE EN CHARGE CONNUS ET UTILISÉS DES PROFESSIONNELS SUSCEPTIBLES DE RENCONTRER DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES PÉDOPHILIQUES DANS LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE.

## I. ÉTAT DES LIEUX DES CAMPAGNES DE COMMUNICATION DU NUMÉRO STOP EN FRANCE

En préambule de notre étude, nous avons réalisé une enquête via un questionnaire s'adressant à tous les CRIAVS de France dans le but de faire un état des lieux des campagnes de communication du numéro STOP réalisées dans chaque région. Nous souhaitons identifier les dispositifs fructueux ainsi que les difficultés rencontrées.

Le questionnaire a été réalisé sur Google Forms (*cf. Annexe 1*) et envoyé par e-mail à tous les CRIAVS de France. Sur l'ensemble des 27 CRIAVS contactés, huit ont répondu au questionnaire.

Les huit répondants disent avoir réalisé leur communication sans plan préétabli, mais plutôt en fonction des opportunités et des possibilités. Parmi eux, une structure a eu l'appui du conseil départemental.

Deux CRIAVS ont une personne dédiée à la communication. Pour les six autres, toute l'équipe est chargée de la communication.

Pour cinq CRIAVS, la communication s'adressait aux professionnels de santé du domaine de la santé mentale. Ils se sont adressés aux Centres médico-Psychologiques (CMP), aux services intra-hospitaliers, aux urgences, aux Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) et aux médecins généralistes.

Pour deux CRIAVS, la campagne s'est aussi adressée aux professionnels du médico-social susceptibles d'être confrontés à des personnes ayant des attirances sexuelles pour des enfants.

Enfin, deux CRIAVS se sont directement adressés au grand public.

Tous les CRIAVS ont utilisé les supports de communication nationaux que l'on peut trouver sur le site Internet de la FFCRIAVS.

Les campagnes ont toutes été bien reçues par les professionnels et ont suscité de l'intérêt. Finalement, les seules difficultés rencontrées étaient d'ordre organisationnel et de moyens.

Pour le moment, l'efficacité de ces campagnes n'a pas pu être évaluée.

Parmi les projets que les CRIAVS souhaitent mener par la suite, on retrouve :

- Organiser la communication lors d'événements, de formations, de conférences.
- Réaliser des formations spécifiques sur le trouble pédophile pour accompagner les professionnels qui prennent en charge ces patients et qui ne sont pas formés.
- Sensibiliser le grand public par des affiches dans la ville.

## II. MATERIEL ET METHODE

### A. SUJET

Au sein de l'URSAVS, nous avons décidé de penser la campagne de communication en sensibilisant d'abord les professionnels des domaines de la santé mentale, du social, de l'éducation et de la justice pour ensuite penser une sensibilisation du grand public.

Nous nous sommes alors demandé : comment rendre cette campagne de sensibilisation la plus efficace possible ?

### B. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

La campagne de sensibilisation, réalisée par l'URSAVS, a dans un premier temps pour cible les professionnels susceptibles de rencontrer les personnes attirées

sexuellement par des enfants dans leur pratique. Une sensibilisation du grand public est l'objectif à terme, mais cette campagne demandera plus de moyens et la coopération des médias et des instances publiques.

La prise en charge des patients atteints de ce trouble étant pluridisciplinaire et incluant le domaine de la santé, de la justice, de l'éducation et du social, nous avons réalisé une enquête auprès de ces professionnels avec pour objectifs de :

- Faire un état des lieux, des connaissances et des représentations sur le trouble pédophilique,
- Connaître l'impact d'un diagnostic de trouble pédophilique sur la prise en charge,
- Connaître la place accordée à la recherche de signes cliniques du trouble en entretien,
- Connaître les moyens connus et utilisés par les professionnels pour prendre en charge les patients présentant une attirance sexuelle pour les enfants.

### C. COLLECTE DES DONNÉES

Nous avons réalisé une étude observationnelle via un questionnaire créé sur Google Forms et envoyé par e-mail. (*cf. Annexe 2*)

Il s'adressait à tous les professionnels et bénévoles des domaines suivants : social, médical, paramédical, judiciaire, éducatif ; pouvant prendre en charge, dans leur pratique, des personnes souffrant de troubles pédophiliques.

Pour cela, un grand nombre de structures de la région Hauts-de-France ont été contactées :

- Le questionnaire a été envoyé à 77 CMP. Parmi eux, 28 ont donné une réponse favorable à la diffusion du questionnaire, les autres n'ont pas répondu.
- Le questionnaire a été diffusé à sept services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Parmi eux, trois ont donné une réponse favorable à la diffusion du questionnaire, les autres n'ont pas répondu.
- Le questionnaire a été envoyé à cinq associations « France Victime ». Parmi elles, une a donné une réponse favorable à la diffusion, les autres n'ont pas répondu.
- Le questionnaire a été envoyé à huit « maisons des ados ». Parmi elles, une a envoyé une réponse favorable pour la diffusion, deux ont envoyé une réponse

défavorable en évoquant le fait qu'ils ne seraient pas concernés par cette problématique, les autres n'ont pas répondu.

- Le questionnaire a été envoyé à 54 Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP). Parmi eux, quatre ont donné une réponse favorable pour la diffusion, deux ont envoyé une réponse défavorable en évoquant qu'ils ne seraient pas concernés par cette problématique, les autres n'ont pas répondu.
- Le questionnaire a été envoyé à 33 Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Parmi eux, quatre ont donné une réponse favorable pour la diffusion, les autres n'ont pas répondu.
- Le questionnaire a été diffusé à l'ensemble des internes de psychiatrie de Lille.
- Les CLSM de Roubaix, de Douai, de Bethune, Maubeuge ont été contactés et ont diffusé le questionnaire aux professionnels de la santé mentale de leur territoire.

Le questionnaire a été diffusé du 17 novembre 2023 au 17 février 2024. La collecte des réponses s'est arrêtée le 2 mars 2024.

#### D. METHODOLOGIE STATISTIQUE

Cette étude observationnelle a été réalisée avec l'aide de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM Psy Hauts-de-France).

Dans un premier temps, nous avons réalisé des analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et des écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.

Dans un second temps, nous nous sommes demandé si des facteurs pouvaient être liés à certains résultats obtenus. Pour tester l'hypothèse que les connaissances, les représentations, la recherche d'un diagnostic et l'impact de celui-ci pouvaient être associés à des variables telles que l'âge, le genre, la profession et la structure d'exercice des répondants, nous avons réalisé des analyses comparatives. Nous avons fait des analyses bivariées pour lesquelles :

- Les proportions sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les effectifs théoriques sont < 5).
- Les moyennes sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student (Lorsque les groupes sont  $\geq 30$  ind/groupe, que leur distribution suit une loi Normale et que les variances sont égales) ou à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon (Lorsque les conditions d'utilisation d'un test de Student n'étaient pas réunies).
- Les résultats sont significatifs lorsque «  $p$  » est < 0.05.

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel, R Studio et R version 4.3.

### III. RÉSULTATS

#### A. ANALYSES UNIVARIÉES

##### a. *LES RÉPONDANTS*

##### Taille de l'échantillon

Notre enquête, largement diffusée dans la région Hauts-de-France, semble avoir suscité l'intérêt des professionnels, car 642 personnes ont répondu au questionnaire.

Il nous est malheureusement impossible de connaître le nombre de personnes ayant reçu le questionnaire. En effet, pour que la diffusion touche le plus de répondants possible, les structures contactées pouvaient librement diffuser ou non le questionnaire aux professionnels. Certaines structures nous ont confirmé la diffusion et d'autres semblent l'avoir diffusé sans nous le confirmer. De plus, les CLSM l'ont diffusé à des structures qui l'ont elles-mêmes diffusé ou non aux professionnels.

##### Âge et genre

Parmi les répondants, 19,5 % (n=125) sont des hommes, 75,2 % (n=483) sont des femmes et 5,3 % (n=34) n'ont pas dévoilé leur genre.

L'âge moyen est de 39,7 ans avec un minimum à 19 ans et un maximum à 70 ans et une médiane à 39 ans.

### Profession

Pour harmoniser les résultats, les répondants ont été classés par catégorie professionnelle. Ainsi, 33,3 % des répondants (n=214) sont des Infirmiers Diplômés d'État (IDE), 13,2 % (n=85) travaillent dans le domaine du social, 12,8 % (n=82) sont des docteurs en médecine ayant terminé l'internat, 10,6 % (n=68) sont psychologues, 10,1 % (n=65) travaillent dans le domaine de l'éducation, 8,26 % (n=53) sont internes en psychiatrie (internes et docteurs juniors), 6,07 % (n=39) exercent d'autres professions paramédicales que celles citées, 1,87 % (n=12) ont un emploi administratif, 1,09 % (n=7) travaillent dans le domaine de la justice, 1,87 % (n=12) exercent une autre profession et 0,78 % (n=5) personnes n'ont pas répondu à la question.

### Structure d'exercice

Les répondants ont également été regroupés par structures d'exercice. 71,8 % des répondants (n=461) exercent dans des structures de soins psychiatriques ou addictologiques, 15,6 % (n=100) exercent dans des services sociaux, 7,48 % (n=48) exercent dans d'autres structures de santé telles que les PMI ou service non psychiatrique, 1,87 % (n=12) exercent dans les structures judiciaires, 1,87 % (n=12) n'ont pas pu être classés dans une de ces catégories et 1,4 % (n=9) n'ont pas répondu. (Table 1)

Table 1 : Données socio-démographiques des répondants

	N	642
<b>Données socio-démographiques</b>		
<b>Genre, n(%)</b>		
	Homme	125 (19.5)
	Femme	483 (75.2)
	NA	34 (5.3)
<b>Age, moy (sd)</b>		39.7

<i>Min : 19 ; Max : 70 ; Médiane : 39</i>		
<b>Profession, n(%)</b>		
	IDE	214 (33.3)
	Métier dans le domaine du social	85 (13.2)
	Docteur en médecine	82 (12.8)
	Psychologue	68 (10.6)
	Métier éducatif	65 (10.1)
	Interne psychiatrie	53 (8.26)
	Autres métiers paramédicaux	39 (6.07)
	Autre	12 (1.87)
	Emploi administratif	12 (1.87)
	Métier dans le domaine de la justice	7 (1.09)
	NA	5 (0.78)
<b>Structure d'exercice, n(%)</b>		
	Structure de soins psychiatriques ou addictologiques	461 (71.8)
	Service social	100 (15.6)
	Autre structure de santé	48 (7.48)
	Autre	12 (1.87)
	Service judiciaire	12 (1.87)
	NA	9 (1.4)

### *b. CONNAISSANCES ET REPRÉSENTATIONS*

Dans la population générale, comme nous l'avons décrit précédemment, il existe des stigmatisations et des préjugés très enracinés autour des personnes dites pédophiles, souvent qualifiées de monstres. Ce sujet fait partie des plus tabous, suscite souvent des réactions émotionnelles négatives et est responsable de fortes discriminations. Ces représentations peuvent entraîner ou renforcer des problématiques sociales (isolement, précarité) et déclencher ou aggraver des comorbidités psychiatriques ou addictologiques, ce qui majore le risque de passage à l'acte et limite la recherche d'aide.

Ainsi, il paraissait essentiel de savoir si la population de notre étude, regroupant des professionnels susceptibles de prendre en charge les personnes souffrant de trouble pédophilique, adhèrent eux aussi à ces mythes et comment ces derniers impactent leurs prises en charge. (*Table 2*)

#### Définition de la « paraphilie »

Dans cette étude, 60,4 % des répondants (n=388) déclarent connaître le terme de paraphilie. Parmi eux, 47,2 % (n=183) le définissent comme un trouble mental, 71,6 % (n=278) comme un trouble sexuel, 13,9 % (n=54) comme une maladie et 3,35 % (n=13) pensent que c'est un vice.

#### Définition de la « pédophilie »

On retrouve des connaissances en accord avec le DSM 5 car, parmi les 642 répondants, 64,3 % (n=413) définissent une « personne pédophile » comme une personne malade et 51,7 % (n=332) pensent que ce trouble est source de souffrance.

On retrouve également des représentations négatives, car 25,9 % des répondants (n=166) définissent le trouble pédophilique comme une perversion et 44,5 % des répondants (n=286), associent une « personne pédophile » à « une personne dangereuse ». De plus, presque la moitié des répondants, soit 49,7 % (n=319), définissent « une personne pédophile » comme un « agresseur sexuel » donc comme une personne étant passée à l'acte pédocriminel. (*Figure 1*)

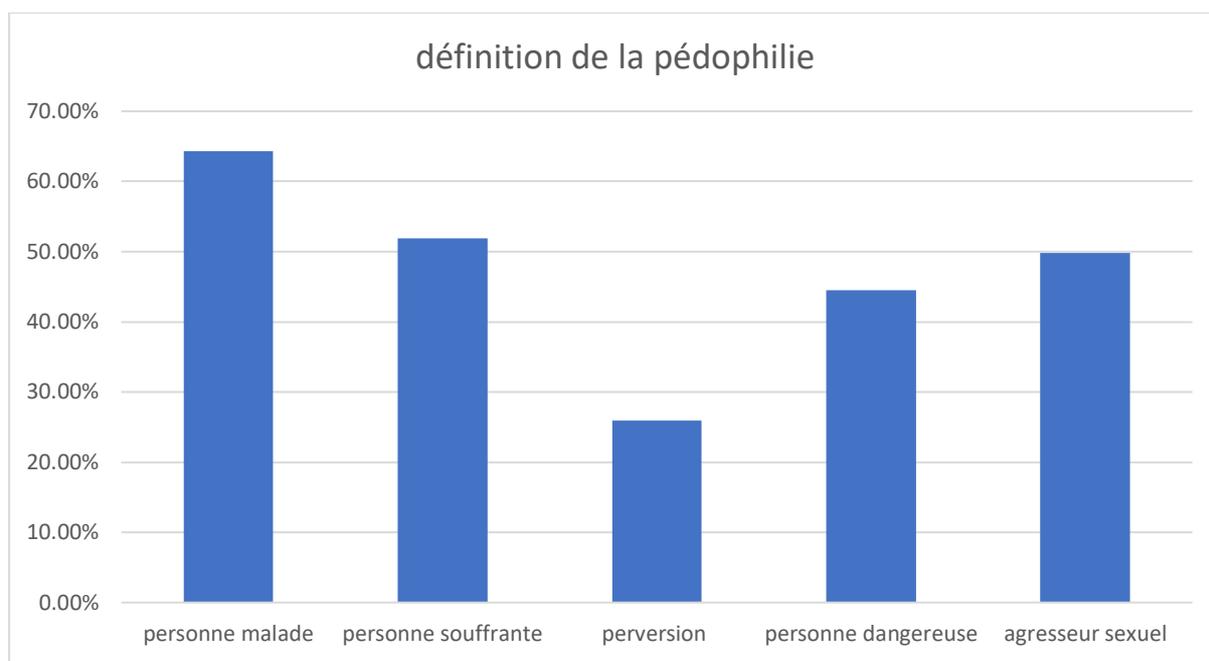


Figure 1 : Définition de la pédophilie selon les répondants

### Population concernée par le trouble pédophilique

#### Exclusives ou non exclusives

Parmi les répondants, 53,3 % (n=342) pensent que les personnes pédophiles peuvent être attirées par des enfants et des adultes et donc être « non exclusives ». Presque la moitié, 46,7 %, des répondants semblent donc penser que les personnes pédophiles sont « exclusives », donc attirées uniquement par les enfants ou adolescents prépubères.

#### Âge d'apparition des premiers signes du trouble

À la question, à choix multiples, « À quel âge peut-on présenter des signes de ce trouble ? », on obtient les résultats suivants : Pour 8,72 % des répondants (n= 56), les premiers signes du trouble peuvent apparaître dès l'âge de 5 à 10 ans. 47,0 % (n=302) pensent qu'ils peuvent survenir entre 10 et 16 ans, 74,1 % (n=476) pensent qu'ils peuvent survenir après 16 ans et 36,9 % (n=237) disent qu'ils peuvent survenir après 25 ans.

Les répondants ayant uniquement sélectionné les réponses : « après 16 ans » ; « après 25 ans » ou les deux réponses simultanément ont été regroupés et

représentent 48,8 % des répondants. Ainsi, on estime que 51,2 % des répondants pensent que les premiers signes de trouble ne peuvent pas apparaître avant 16 ans.

### Genre concerné par le trouble

Enfin, pour quasiment l'unanimité, soit 97,2 % des répondants (n=624), le trouble n'est pas exclusivement masculin.

Table 2 : Connaissances et représentations du trouble pédophilique

<b>Paraphilie</b>	
<b>Connaissance du terme "paraphilie", n(%)</b>	N = 642
Oui	388 (60.4)
Non	254 (39.6)
<b>Définition du terme "paraphilie", n(%)</b>	N = 388
Trouble mental	183 (47.2)
Maladie	54 (13.9)
Trouble sexuel	278 (71.6)
Vice	13 (3.35)
<b>Pédophilie</b>	
<b>Définition "pédophile", n(%)</b>	N = 642
Personne malade	413 (64.3)
Personne perverse	166 (25.9)
Personne dangereuse	286 (44.5)
Personne souffrante	332 (51.7)
Agresser sexuel	319 (49.7)
Autre	48 (7.5)
<b>Pour vous, une personne pédophile peut être attirée sexuellement par, n(%)</b>	N = 642
Jeunes garçons uniquement	105 (16.4)
Jeunes filles uniquement	104 (16.2)
Deux genres	539 (84)
Enfants et adultes	342 (53.3)
<b>Pour vous, à quel âge peut-on présenter des signes de ce trouble ? n(%)</b>	N = 642
5 à 10 ans	56 (8.72)
10 à 16 ans	302 (47)

	Après 16 ans	476 (74.1)
	Après 25 ans	237 (36.9)
<b>Le trouble est-il exclusivement masculin ?</b>		
		N = 642
	Oui	18 (2.8)
	Non	624 (97.2)

### c. ATTITUDES DES PROFESSIONNELS

Dans un second temps, nous souhaitons définir comment les professionnels réagissent lorsqu'ils sont face à des personnes attirées sexuellement par des enfants ou comment ils réagiraient s'ils devaient y être confrontés.

#### Place de la sexualité en entretien

Nous avons voulu connaître la place accordée aux questions de sexualité dans les entretiens menés par les interrogés.

Parmi les répondants, 4,36 % (n=28) déclarent toujours interroger leurs patients/usagers sur leur sexualité lors de leur entretien et 14,8 % (n=95) déclarent ne jamais le faire. De plus, 45,3 % (n=291) disent le faire « parfois » et 49,2 % (n=316) déclarent le faire quand le patient ou usager aborde la question.

En ce qui concerne la recherche de sexualité déviante, seulement 1,1 % (n=7) des professionnels disent toujours interroger leurs patients sur ce sujet, 26,2 % (n=168) disent le faire « parfois » et 56,7 % (n=364) quand le patient ou usager aborde la question. Enfin, 23,5 % (n=151) déclarent ne jamais le faire, sous-entendu même quand le patient ou usager cherche à aborder le sujet. (*Table 3*)

*Table 3 : Place accordée aux questions relatives à la sexualité dans les entretiens*

Sexualité	
<b>Interrogez-vous les patients/usagers sur leur sexualité lors de vos entretiens ?</b>	N = 642
	A chaque fois 28 (4.36)
	Parfois 291 (45.3)
	Quand le patient/usager aborde la question 316 (49.2)
	Jamais 95 (14.8)

<b>Interrogez-vous les patients/usagers sur une potentielle sexualité déviante lors de vos entretiens ?</b>		N = 642
	A chaque fois	7 (1.1)
	Parfois	168 (26.2)
	Quand le patient/usager aborde la question	364 (56.7)
	Jamais	151 (23.5)

La façon dont est posée cette question, en choix multiples, peut biaiser les résultats. Estimons que la réponse « parfois » sous-entend que le professionnel questionne la sexualité spontanément, et que la réponse « quand le patient ou usager aborde la question » sous-entend qu'au contraire, ce professionnel attend une sollicitation explicite de l'utilisateur. Le fait que certains répondants aient coché les réponses « parfois » et « quand le patient/usager aborde la question » nous empêche de déduire directement la part des répondants qui posent la question spontanément. On peut tenter de se rapprocher de ce chiffre en faisant l'hypothèse que les personnes ayant répondu simultanément « parfois » et « quand le patient/usager aborde la question » abordent parfois le sujet spontanément sans que le patient ou l'utilisateur n'amène le sujet.

Nous avons de nouveau analysé cette question en incluant les personnes ayant donné les réponses « parfois » et « quand le patient/usager aborde la question » au groupe de répondants ayant répondu uniquement « parfois ». De plus, les doubles réponses « à chaque fois » et « parfois » ont été incluses au groupe « à chaque fois » et les doubles réponses « quand le patient/usager aborde la question » et « jamais » ont été incluses dans le groupe « quand le patient/usager aborde la question ».

En ce qui concerne la question : « Interrogez-vous les patients/usagers sur leur sexualité lors de vos entretiens ? » on obtient avec ces nouveaux groupes, les résultats suivants :

- 4,4 % (n=28) des répondants disent aborder le sujet à chaque fois,
- 45,0 % (n=289) des répondants disent aborder parfois le sujet,
- 36,3 % (n=233) des répondants disent les interroger uniquement quand le patient ou usager aborde le sujet,
- 14,3 % (n=92) des répondants disent ne jamais aborder le sujet.

Ainsi, presque la moitié, 49,4 % des répondants, pourrait aborder les questions de sexualité spontanément lors de leur entretien. (Table 4)

En ce qui concerne la question : « Interrogez-vous les patients/usagers sur une potentielle sexualité déviante lors de vos entretiens ? », on obtient les résultats suivants :

- 1,1 % (n=7) des répondants disent aborder le sujet à chaque fois,
- 26,0 % (n=167) des répondants disent aborder parfois le sujet,
- 50,6 % (n=325) des répondants disent les interroger uniquement quand le patient ou usager aborde le sujet,
- 22,3 % (n=143) des répondants disent ne jamais aborder le sujet.

Ainsi, la majorité, 72,9 % des répondants, n'aborderait pas du tout ou pas spontanément les sexualités déviantes en entretien. (Table 4)

Table 4 : Place accordée aux questions relatives à la sexualité dans les entretiens

Sexualité	
<b>Interrogez-vous les patients/usagers sur leur sexualité lors de vos entretiens ?</b>	N = 642
A chaque fois	28 (4.36)
Parfois	289 (45,0)
Quand le patient/usager aborde la question	233 (36,3)
Jamais	92 (14.3)
<b>Interrogez-vous les patients/usagers sur une potentielle sexualité déviante lors de vos entretiens ?</b>	N = 642
A chaque fois	7 (1.1)
Parfois	167 (26.0)
Quand le patient/usager aborde la question	325 (50.6)
Jamais	143 (22,3)

#### En ce qui concerne spécifiquement les médecins

Nous nous sommes ensuite intéressés spécifiquement à la place accordée aux questions de sexualité chez les médecins de cette étude. Ce groupe incluait 135 répondants et comprenait les docteurs en médecine et les internes en médecine.

Les réponses ont été regroupées de la même façon que l'analyse précédente. C'est-à-dire que la réponse « A chaque fois » et les doubles réponses « à chaque fois » et

« parfois » ont été regroupées dans la réponses « à chaque fois », que la réponse « parfois » et les doubles réponses « parfois » et « quand le patient/usager aborde la question » ont été regroupées dans la réponse « parfois », les réponses « quand le patient usager aborde la question » et les doubles réponses « quand le patient/usager aborde la question » et « jamais » ont été regroupées sous la réponse « quand le patient/usager aborde la question ».

Ainsi, à la question relative à l'abord de la sexualité en entretien, on retrouve les résultats suivants :

- 6,7 % (n=9) des médecins de cette étude disent aborder la question à chaque fois,
- 67,4 % (n=91) disent le faire parfois,
- 23,7 % (n=32) disent le faire quand le patient aborde la question,
- 2,2 % (n=3) disent ne jamais le faire.

On peut donc supposer que 74,1 % des répondants médecins aborderaient toujours ou parfois de façon spontanée le sujet de la sexualité, sans que cela soit à l'initiative du patient. (*Table 5*)

En ce qui concerne les questions relatives à la sexualité déviante :

- 0,7 % (n=1) des médecins de cette étude disent interroger leur patient à chaque fois,
- 38,5 % (n=52) disent le faire parfois,
- 46,7 % (n=63) disent le faire quand le patient aborde la question,
- 14,1 % (n=19) disent ne jamais le faire.

Ces résultats laissent entendre que la majorité des médecins de cette étude, soit 60,8 %, n'aborderait pas spontanément le sujet des sexualités déviantes en entretien. Presque la moitié, soit 46,7 % des médecins répondants, ne le ferait qu'après sollicitation explicite du patient et 14,1 % des répondants ne le feraient pas même si le patient amène le sujet. (*Table 5*)

Table 5 : Place accordée aux questions relatives à la sexualité dans les entretiens chez les médecins

Sexualité	
<b>Interrogez-vous les patients/usagers sur leur sexualité lors de vos entretiens ?</b>	N = 135
A chaque fois	9 (6,7)
Parfois	91 (67,4)
Quand le patient/usager aborde la question	32 (23,7)
Jamais	3 (2,2)
<b>Interrogez-vous les patients/usagers sur une potentielle sexualité déviante lors de vos entretiens ?</b>	N = 135
A chaque fois	1 (0,7)
Parfois	52 (38,5)
Quand le patient/usager aborde la question	63 (46,7)
Jamais	19 (14,1)

### Expérience des professionnels face au trouble

Dans cette étude, 55,6 % (n=357) des répondants disent avoir déjà pris en charge une personne avec un diagnostic de trouble pédophilique établi et 71 % (n=456) pensent avoir déjà rencontré un patient pouvant potentiellement souffrir d'un trouble pédophilique. Il est à noter que, parmi ces 456 professionnels, à la question « si oui, avez-vous réussi à aborder le sujet ? » pour laquelle plusieurs réponses pouvaient être données :

- Seulement 58,3 % (n=266) déclarent avoir réussi à aborder le sujet de la sexualité déviante lorsqu'ils ont eu un doute.
- 2,4 % (n=11) des interrogés n'ont pas répondu à cette question.
- 14,9 % (n=68) disent qu'ils n'ont pas abordé le sujet car ils ne savaient pas comment le faire,
- 15,4 % (n=70) disent qu'ils ne l'ont pas fait car ça ne serait pas leur rôle,
- 16,9 % (n=77) disent ne pas l'avoir fait car ils ne sauraient pas comment prendre en charge le patient/usager,
- 4,61 % (n=21) déclarent ne pas avoir eu envie d'aborder le sujet. (Table 6)

En somme, 58,3 % (n=266) disent avoir réussi à aborder le sujet, 39,3 % (n=179) disent ne pas avoir réussi à aborder le sujet et 2,4 % (n=11) n'ont pas répondu à cette question.

*Table 6 : Recherche des signes cliniques de trouble pédophilique en entretien*

<b>Avez-vous déjà rencontré dans votre pratique des personnes souffrant d'un trouble pédophilique diagnostiqué ?</b>	
Oui	357 (55.6)
Non	285 (44.4)
<b>Avez-vous déjà rencontré, dans votre pratique, des personnes pouvant potentiellement souffrir de trouble pédophilique, à votre avis ?</b>	
Oui	456 (71)
Non	186 (29)
<b>Si oui, avez-vous réussi à aborder le sujet ?</b>	
	<b>N = 456</b>
Oui	266 (58.3)
Non, je ne savais pas comment aborder le sujet	68 (14.9)
Non, je n'en avais pas envie	21 (4.61)
Non, ce n'est pas mon rôle	70 (15.4)
Non car je ne saurai pas comment le prendre en charge	77 (16.9)
Données manquantes	11 (2.41)
<b>Si oui, avez-vous réussi à aborder le sujet ?</b>	
	<b>N = 456</b>
NA	11 (2,41)
Oui	266 (58.3)
non	179 (39,3)

### Impact du diagnostic sur la prise en charge

Nous avons évoqué un nombre important de mythes et de représentations, pouvant être un obstacle dans la prise en charge des personnes souffrant de trouble pédophilique. Il nous paraissait important de savoir comment ces stéréotypes impactent ou pourraient impacter la prise en charge proposée par les professionnels de cette étude.

Moins de la moitié des répondants, soit 48,8 % (n=313), déclare que recevoir un patient ou usager présentant un potentiel trouble pédophilique n'aurait pas d'impact négatif sur leur prise en charge. À l'inverse, pour 51,2 % (n=328) des répondants, le diagnostic aurait un impact négatif. Parmi eux :

- 33,2 % (n=213) maintiendraient leur prise en charge malgré l'impact négatif,
- 17,1 % (n=110) demanderaient le relais par un confrère.sœur,
- 0,78 % (n=5) auraient recours à une rupture de contact sans relais. (Table 7)

*Table 7 : Impact du diagnostic de trouble pédophilique sur la prise en charge*

<b>Un patient/usager présentant un potentiel trouble pédophilique a-t-il un impact sur le devenir de votre prise en charge ?</b>		N = 642
Aucun impact et maintien de prise en charge	313 (48.8)	
Impact négatif mais maintien de prise en charge	213 (33.2)	
Demande de relais par un confrère-sœur ou collègue	110 (17.1)	
Rupture de contact sans relais	5 (0.78)	
NA	1 (0.16)	

#### *d. MOYENS ET OUTILS DE PRISE EN CHARGE CONNUS PAR LES PROFESSIONNELS*

Seulement 31 % (n=199) des répondants disent avoir des ressources à leur disposition lorsqu'ils sont confrontés à des personnes souffrant potentiellement de trouble pédophilique.

À la question ouverte « lesquels ? » ; parmi ces 199 répondants :

- 61,5 % (n=123) évoquent l'URSAVS ou le CRIAVS,
- 40,5 % (n=81) demanderaient l'avis d'un confrère ou d'une consœur,
- 3,5 % (n=7) évoquent le numéro STOP.

Bien que seulement 3,5 % des 199 personnes déclarant avoir des ressources parlent spontanément du numéro STOP, ce qui correspond à 1,1 % des 642 répondants totaux, davantage de professionnels déclarent le connaître quand la question est explicitement posée. Ainsi, 14,2 % (n=91) déclarent connaître un numéro spécifique d'appel pour les personnes attirées sexuellement par les enfants (numéro STOP). (Table 8)

Table 8 : Connaissances des moyens de prise en charge du trouble pédophilique

<b>Avez-vous, à votre disposition, des ressources spécifiques pour la prise en charge des personnes présentant un trouble ou un potentiel trouble pédophilique ?</b>	
Oui	199 (31)
Non	443 (69)
<b>Si oui, lesquelles ?</b>	<b>N = 199</b>
URSAVS/CRIAVS	123 (61.5)
N°Stop	7 (3.5)
documentations	14 (7)
avis confrère/soeur	81 (40.5)
formations	18 (9)
autre	13 (6.5)
<b>Connaissez-vous un numéro spécifique d'appel pour les personnes souffrant de trouble pédophilique ?</b>	
Oui	91 (14.2)
Non	551 (85.8)

e. VISION DU DISPOSITIF PAR LES RÉPONDANTS

Les résultats obtenus, notamment la présence de stéréotypes négatifs chez les professionnels interrogés ainsi que la déclaration consciente de l'impact négatif du diagnostic sur leur prise en charge, pourraient nous laisser croire que le nouveau dispositif STOP recevrait un accueil mitigé au sein de ces professionnels.

Cependant, dans cette étude, seule une minorité juge la création du numéro STOP inutile, pour plusieurs raisons. En effet, sur l'ensemble des répondants :

- 3,12 % (n=20) disent que personne n'appellera,
- 0,47 % (n=3) évoquent l'idée qu'on ne peut pas aider ces personnes,
- 2,49 % (n=16) évoquent l'idée que les personnes présentant ce trouble ne souhaitent pas être aidées.

Seulement 0,94 % (n=6) des répondants considèrent que le dispositif est une perte de temps et d'argent publique et 2,02 % (n=16) se disent mal à l'aise vis-à-vis de ce dispositif.

À l'inverse, la majorité, soit 67 % (n=430) des répondants, jugent le dispositif nécessaire, et 77,4 % (n=497) pensent que c'est un moyen pertinent d'accès aux soins.

De plus, ils se disent quasiment à l'unanimité, 96 % (n=616), prêts à l'utiliser. Pour cela, plusieurs moyens sont évoqués : majoritairement la communication verbale pour 70,8 % (n=436) des répondants, puis la remise de cartes d'information en main propre pour 64,8 % (n=299), puis la mise à disposition de cartes d'information sur le lieu de travail pour 57,5 % (n=354). Cependant, moins de la moitié, soit 49,5 % (n=305) des répondants se disent prêts à afficher des pancartes de prévention sur leur lieu de travail.

Enfin, 91,1 % (n=585) des répondants pensent avoir besoin de formations sur le trouble pédophilique et 95,5 % (n=613) se disent prêts à accueillir des intervenants de l'URSAVS pour aborder ce sujet. (Table 9)

Table 9 : Vision du numéro STOP par les professionnels

Dispositif	
<b>Que pensez-vous de ce dispositif ?</b>	<b>N = 642</b>
Inutile car on ne peut pas aider ces personnes	3 (0.47)
Inutile car personne n'appellera	20 (3.12)
Inutile car les personnes présentant un trouble pédophilique ne souhaitent pas être aidées	16 (2.49)
Représente une perte de temps et d'argent public	6 (0.94)
Me met mal à l'aise	13 (2.02)
Semble nécessaire	430 (67)
Est un moyen pertinent d'accès aux soins	497 (77.4)
N'est pas un moyen pertinent d'accès aux soins	12 (1.87)
autre	60 (9.3)
<b>Seriez-vous prêt à le communiquer à vos patients/usagers ?</b>	<b>N = 642</b>

	Oui	616 (96)
	Non	26 (4)
<b>Si non, pourquoi ?</b>		<b>N = 26</b>
	Cela me mettrait mal à l'aise	3 (11.5)
	J'ai peur de choquer les patients	1 (3.85)
	J'ai peur de perdre le lien avec mes patients	2 (7.69)
	Cela ne correspond pas à mon travail	18 (69.2)
	Autre	5 (19.25)
<b>Si oui, par quel moyen ?</b>		<b>N = 616</b>
	Remise d'une carte d'information en main propre	399 (64.8)
	Affichage de pancarte de prévention dans votre lieu de travail	305 (49.5)
	Communication verbale	436 (70.8)
	Mise à disposition de cartes d'information sur mon lieu de travail	354 (57.5)
	Autre	13 (2.1)
<b>Jugez-vous nécessaire d'avoir des formations pour vous aider à prendre en charge les personnes souffrant de trouble pédophilique ?</b>		<b>N = 642</b>
	Oui	585 (91.1)
	Non	57 (8.88)
<b>Seriez-vous prêts à accueillir des professionnels pour vous présenter le trouble et le dispositif ?</b>		<b>N = 642</b>
	Oui	613 (95.5)
	Non	29 4.52)

## B. LES ANALYSES BIVARIÉES

À l'issue de ces analyses descriptives, certaines réponses nous ont interpellés ou ont été jugées particulièrement intéressantes. Nous avons souhaité savoir si, au sein de cette population, des facteurs pouvaient être liés aux réponses données.

Nous avons émis l'hypothèse que des paramètres tels que l'âge, le genre, la profession et la structure d'exercice des répondants pouvaient être associés à la façon de répondre aux questions :

- « Pour vous, qu'est-ce qu'un pédophile ? »
- « Un patient/usager présentant un potentiel trouble pédophilique a-t-il un impact sur le devenir de votre prise en charge ? »

- « Avez-vous réussi à aborder le sujet ? »; s'ils avaient répondu favorablement à la question « Avez-vous déjà rencontré, dans votre pratique, des personnes pouvant potentiellement souffrir de trouble pédophilique, à votre avis ? »
- « Connaissez-vous un numéro spécifique d'appel pour les personnes souffrant de trouble pédophilique ? »;

La variable « profession » a été répartie en 3 groupes :

- Profession médicale
- Profession paramédicale
- Autre profession

De même, la variable « structure d'exercice » englobait les groupes :

- Structure de soins psychiatriques ou addictologiques
- Autre structure de santé
- Service social
- Service judiciaire
- Autre structure

Les tests utilisés nous ont permis d'identifier s'il existe des associations significatives entre les variables, c'est-à-dire de savoir si la répartition est globalement différente entre les groupes. Cependant, ils ne nous permettent pas de conclure à des différences significatives entre deux groupes. Nous manquons de puissance statistique pour que la comparaison des groupes deux à deux soit possible.

#### *a. CONNAISSANCES ET REPRÉSENTATIONS*

Comme vu plus haut, à la question, « Pour vous, qu'est-ce qu'un pédophile ? », question à choix multiples, 64,3 % (n=413) des répondants évoquent « une personne malade », 25,9 % (n=166) « une personne perverse », 44,5 % (n=286) « une personne dangereuse », 51,7 % (n=332) « une personne souffrante » et 49,7 % (n= 319) « un agresseur sexuel ».

Pour cette question, nous avons retenu les variables « agresseur sexuel » et « personne souffrante ». Pour chacune, les réponses « oui » et « non » étaient

possibles. Par ce test, nous avons cherché à montrer s'il existait une association statistiquement significative entre ces réponses et les variables : « âge », « genre », « profession » et « structure d'exercice ».

#### En ce qui concerne la variable « personne souffrante »

Ce test ne montre pas d'association significative entre la variable étudiée et les variables « âge » et « genre ». Le fait de considérer qu'une personne présentant un trouble pédophilique peut être en souffrance face à ses attirances sexuelles pour les enfants, ne varie pas en fonction de l'âge et du genre du répondant dans cette étude.

À l'inverse, il existe une association statistiquement significative entre la variable « personne souffrante » et les variables « profession » et « structure d'exercice ».

Ainsi, chez les professionnels étudiés, associer ou non la notion de souffrance au trouble pédophilique varie en fonction de la profession et du lieu où exerce le répondant. (*Table 10*)

#### En ce qui concerne la variable « agresseur sexuel »

Ce test montre une association statistiquement significative entre la variable « agresseur sexuel » et les variables « âge », « genre », « profession » et « structure d'exercice ». Ainsi, dans notre étude, faire la confusion ou non entre « pédophilie » et « pédocriminel » varie en fonction de l'âge et du genre du répondant. De plus, cette confusion n'est pas retrouvée de façon homogène entre les groupes de professions et les différentes structures d'exercice des répondants de cette étude. (*Table 10*)

La représentation d'une « personne souffrante » et celle du « pédocriminel » seraient plus ou moins présentes en fonction de la profession et du lieu d'exercice des répondants. On peut alors supposer que les stéréotypes, les mythes et les croyances, auxquels adhèrent ou non les personnes, pourraient être modulés par la formation reçue dans les études ou au cours de la pratique, ainsi que par un environnement de travail adapté et sensibilisé.

Table 10 : Lien entre les représentations et l'âge, le genre, la profession et la structure d'exercice.

<b>Analyses descriptives bivariées</b>						
<b>Définition du terme "pédophilie"</b>						
	<b>Personne souffrante</b>			<b>Agresseur sexuel</b>		
	<b>Oui (N=332)</b>	<b>Non (N=310)</b>	<b>p</b>	<b>Oui (N=319)</b>	<b>Non (N=323)</b>	<b>p</b>
Age, moy (sd)	39.1 (10.6)	40.2 (11)	0.21	41.4 (10.3)	38 (11)	<b>&lt;0.001*</b>
Min ; Mediane ; Max	21 ; 38 ; 68	19 ; 40 ; 70		20 ; 41 ; 70	19 ; 36 ; 68	
Genre, n (%)			0.1			<b>0.03*</b>
Femme	242 (72.9)	241 (77.7)		249 (78)	234 (72.4)	
Homme	73 (22)	52 (16.8)		51 (16)	74 (22.9)	
Données manquantes	17 (5.1)	17 (5.5)		19 (6)	15 (4.6)	
Profession, n (%)			<b>&lt;0.001*</b>			<b>&lt;0.001*</b>
Professions médicales	89 (26.8)	46 (14.8)		24 (7.5)	111 (34.4)	
Professions paramédicales	170 (51.2)	151 (48.7)		180 (56.4)	141 (43.7)	
Professions autres	71 (21.4)	110 (35.5)		112 (35.1)	69 (21.4)	
Données manquantes	2 (0.6)	3 (1)		3 (0.9)	2 (0.6)	
Structure, n (%)			<b>&lt;0.001*</b>			<b>&lt;0.001*</b>
Structure de soins psychiatriques ou addictologiques	264 (79.5)	197 (63.5)		208 (65.2)	253 (78.3)	
Autre structure de santé	21 (6.3)	27 (8.7)		29 (9.1)	19 (5.9)	
Service social	34 (10.2)	66 (21.3)		66 (20.7)	34 (10.5)	
Service judiciaire	2 (0.6)	10 (3.2)		3 (0.9)	9 (2.8)	
Autre	6 (1.8)	6 (1.9)		9 (2.8)	3 (0.9)	
Données manquantes	5 (1.5)	4 (1.3)		4 (1.3)	5 (1.5)	

### *b. ATTITUDES DES PROFESSIONNELS*

Comme vu plus haut, 71 % (n=456) des répondants pensent avoir rencontré au moins une personne pouvant potentiellement souffrir d'un trouble pédophilique et parmi eux,

seulement 58,3 % (n=266) déclarent avoir réussi à aborder le sujet de la sexualité déviante lorsqu'ils ont eu un doute et 39,3 % (n=179) disent ne pas avoir réussi à le faire.

Ce chiffre très élevé de professionnels qui sont face à un problème de santé potentiel mais qui n'arrivent pas à en parler à l'utilisateur ou au patient est interpellant. C'est pourquoi nous avons cherché à définir si la variable « Réussir à aborder le sujet » pouvait être liée à l'âge, au genre, à la profession et au lieu d'exercice des répondants.

Ces résultats ne montrent pas d'association entre cette variable et l'âge du répondant. La capacité des professionnels de cette étude à aborder le sujet de la sexualité déviante en entretien n'est donc pas liée à leur âge.

Le genre, quant à lui, est lié significativement au fait de réussir à aborder ou non le sujet.

On retrouve une association statistiquement significative entre l'abord ou non du sujet de la sexualité déviante en entretien et la profession, ainsi, qu'avec la structure d'exercice. (Table 11)

Les professionnels n'arrivent pas tous à questionner les usagers sur un potentiel trouble pédophilique lorsqu'ils ont un doute, et l'abord ou non de ces questions varie en fonction du genre, de la profession du répondant et de l'endroit où il exerce.

*Table 11 : Lien entre l'abord ou non du sujet de la sexualité déviante et l'âge, le genre, la profession, et la structure d'exercice.*

#### Analyses descriptives bivariées

##### réussir à aborder le sujet

		Oui (N=266)	Non (N=179)	p
Age, moy (sd)		40.7 (10.4)	39.2 (10.8)	0.137
Min ; Mediane ; Max		22 ; 40 ; 70	19 ; 38 ; 63	
Genre, n (%)				0.006*
	Femme	183 (68.8)	143 (79.9)	
	Homme	71 (26.7)	28 (15.6)	

	Données manquantes	12 (4.5)	8 (4.5)	
<b>Profession, n (%)</b>				
	Professions médicales	83 (31.2)	13 (7.3)	<b>&lt;0.001*</b>
	Professions paramédicales	131 (49.2)	93 (52)	
	Professions autres	48 (18)	72 (40.2)	
	Données manquantes	4 (1.5)	1 (0.6)	
<b>Structure, n (%)</b>				
	Structure de soins psychiatriques ou addictologiques	218 (82)	117 (65.4)	<b>&lt;0.001*</b>
	Autre structure de santé	7 (2.6)	20 (11.2)	
	Service social	29 (10.9)	32 (17.9)	
	Service judiciaire	6 (2.3)	3 (1.7)	
	Autre	1 (0.4)	5 (2.8)	
	Données manquantes	5 (1.9)	2 (1.1)	

### c. STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Comme vu précédemment, le diagnostic ou le potentiel diagnostic de trouble pédophilique a un impact trop souvent négatif sur le devenir de la prise en charge.

Pour la question « le diagnostic d'un trouble pédophilique a-t-il un impact sur le devenir de votre prise en charge ? » la variable « impact négatif sur la prise en charge » a été retenue. La réponse « oui », s'il y a un impact négatif, englobait les réponses « impact négatif mais maintien de la prise en charge », « demande de relais par un confrère.sœur » et « rupture de contact sans relais » et la réponse « non » correspondait à la réponse « aucun impact et maintien de la prise en charge ».

On ne retrouve pas d'association statistiquement significative entre la variable « impact négatif sur la prise en charge » et les variables « âge » et « genre ».

Cependant, ce test montre un lien statistiquement significatif entre la variable « impact négatif sur la prise en charge » et les variables « profession » et « structure d'exercice ». (Table 12)

Ainsi, pour les répondants de cette étude, la connaissance d'un diagnostic de trouble pédophile chez le patient ou usager semble avoir un impact plus ou moins négatif en fonction de la profession et de la structure d'exercice du professionnel.

L'âge et le genre, quant à eux, ne semblent pas influencer sur l'impact du diagnostic des répondants de cette étude.

*Table 12 : Lien entre l'impact du diagnostic et l'âge, le genre, la profession et la structure d'exercice*

<b>Analyses descriptives bivariées</b>			
<b>Impact négatif sur la prise en charge</b>			
	<b>Oui (N=328)</b>	<b>Non (N=313)</b>	<b>p</b>
Age, moy (sd)	40.1 (10.9)	39.2 (10.7)	0.352
Min ; Mediane ; Max	20 ; 39.5 ; 64	19 ; 38.5 ; 70	
Genre, n (%)			0.056
Femme	257 (78.4)	226 (72.2)	
Homme	54 (16.5)	71 (22.7)	
Données manquantes	17 (5.2)	16 (5.1)	
Profession, n (%)			<b>0.007*</b>
Professions médicales	54 (16.5)	81 (25.9)	
Professions paramédicales	170 (51.8)	150 (47.9)	
Professions autres	102 (31.1)	79 (25.2)	
Données manquantes	2 (0.6)	3 (1)	
Structure, n (%)			<b>&lt;0.001*</b>
Structure de soins psychiatriques ou addictologiques	218 (66.5)	242 (77.3)	
Autre structure de santé	34 (10.4)	14 (4.5)	
Service social	62 (18.9)	38 (12.1)	
Service judiciaire	1 (0.3)	11 (3.5)	
Autre	9 (2.7)	3 (1)	
Données manquantes	4 (1.2)	5. (1.6)	

#### d. CONNAISSANCE DU DISPOSITIF : NUMÉRO STOP

Dans cette étude, 14,2 % des répondants déclarent connaître un numéro spécifique d'appel pour les personnes attirées sexuellement par les enfants (numéro STOP).

Nous avons fait l'hypothèse que la connaissance ou non du dispositif peut être liée à différents facteurs. Ainsi, la variable « connaissance du numéro STOP » a été analysée en fonction des variables : « âge », « genre », « profession » et « structure d'exercice ».

Nous ne retrouvons pas d'association statistiquement significative entre la « connaissance du numéro STOP » et la variable « âge ». À l'inverse, il existe un lien significatif entre la connaissance et la variable « genre ».

On constate aussi une association statistiquement significative entre la connaissance du numéro et la profession, mais on ne constate pas d'association, comme nous aurions pu nous y attendre, entre la connaissance du numéro et la structure d'exercice. (Table 13)

Dans cette étude, la connaissance ou non du numéro varie en fonction du genre et de la profession.

Table 13 : Lien entre la connaissance du numéro et l'âge, le genre, la profession et la structure d'exercice

Analyses descriptives bivariées			
Connaissance du numéro STOP			
	Oui (N=91)	Non (N=551)	p
Age, moy (sd)	38.7 (10.8)	39.8 (10.8)	0.32
Min ; Mediane ; Max	23 ; 35.5 ; 64	19 ; 40 ; 70	
Genre, n (%)			<b>0.004*</b>
Femme	57 (62.6)	426 (77.3)	
Homme	28 (30.8)	97 (17.6)	
Profession, n (%)			<b>&lt;0.001*</b>
Professions médicales	43 (47.3)	92 (16.7)	

Professions paramédicales	32 (35.2)	289 (52.5)	
Professions autres	14 (15.4)	167 (30.3)	
Données manquantes	2 (2.2)	3 (0.5)	
<b>Structure, n (%)</b>			
Structure de soins psychiatriques ou addictologiques	75 (82.4)	386 (70.1)	0.08
Autre structure de santé	4 (4.4)	44 (8)	
Service social	8 (8.8)	92 (16.7)	
Service judiciaire	0 (0)	12 (2.2)	
Autre	2 (2.2)	10 (1.8)	
Données manquantes	2 (2.2)	6 (1.3)	

*e. DIFFÉRENCES ENTRE PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES*

Nous nous sommes ensuite intéressés plus spécifiquement aux différences qui pouvaient exister entre les professions médicales, qui incluent les « docteurs en médecine » et les « internes », et les professions paramédicales, qui incluent les « IDE », les « psychologues » et les « autres métiers paramédicaux », en termes de connaissances, de représentations et de prises en charge.

Nous avons recherché s'il existe une association statistiquement significative entre le type de profession et les réponses aux questions :

- « Connaissez-vous un numéro spécifique d'appel pour les personnes souffrant de trouble pédophilique ? »
- « Pour vous, qu'est-ce qu'un pédophile ? »
- « Un patient/usager présentant un potentiel trouble pédophilique a-t-il un impact sur le devenir de votre prise en charge ? »
- « Avez-vous réussi à aborder le sujet ? » ; s'ils avaient répondu favorablement à la question « Avez-vous déjà rencontré, dans votre pratique, des personnes pouvant potentiellement souffrir de trouble pédophilique, à votre avis ? »

Les variables retenues étaient :

- « Connaissance du numéro STOP »
- « Définition d'une personne pédophile comme une "personne souffrante" »

- « Définition d'une personne pédophile comme un "agresseur sexuel" »
- « Impact négatif sur la prise en charge »
- « Réussir à aborder le sujet »

Les résultats de ce test nous montrent une association statistiquement significative entre la profession et les variables :

- « Connaissance du dispositif STOP »,
- « Définition d'une personne pédophilie comme une « personne souffrante ».
- « Définition d'une personne pédophilie comme « un agresseur sexuel ».
- « Impact négatif sur la prise en charge »,

Il existe également un lien significatif entre le type de profession et le fait de réussir à aborder le sujet de la sexualité lorsqu'un doute sur un potentiel trouble pédophilique s'était fait ressentir en entretien. (Table 14)

Ainsi, dans la population étudiée, les professions médicale et paramédicale diffèrent en termes de connaissances et de représentations. De plus, la profession influencerait la prise en charge, que ça soit par l'impact du diagnostic sur celle-ci ou par le contenu de l'entretien avec un abord plus ou moins aisé des questions de sexualités déviantes.

Table 14: Lien entre la profession et les connaissances, les représentations et l'impact du diagnostic

### Analyses descriptives bivariées

#### Comparaison selon le type de profession

	Profession médicale (N=135)	Profession paramédicale (N=321)	p	Profession autre (N=181)
			Attention : ces tests ne concernent QUE la comparaison entre professions médicale et paramédicale	
Age, moy (sd)	35.9 (10.9)	41.6 (10.4)	<0.001*	39.1 (10.7)
Min ; Médiane ; Max	24 ; 31.5 ; 64	23 ; 42 ; 68		19 ; 38 ; 70
Genre, n (%)			<0.001*	

	Femme	82 (60.7)	246 (76.6)		153 (84.5)
	Homme	49 (36.3)	59 (18.4)		16 (8.8)
	Données manquantes	4 (3)	16 (5)		12 (6.6)
Connaissance du numéro STOP, n (%)				<b>&lt;0.001*</b>	
	Oui	43 (31.9)	32 (10)		14 (7.7)
	Non	92 (68.1)	289 (90)		167 (92.3)
Définition de la pédophilie comme "personne souffrante", n (%)				<b>0.013*</b>	
	Oui	89 (65.9)	170 (53)		71 (39.2)
	Non	46 (34.1)	151 (47)		110 (60.8)
Définition de la pédophilie comme "agresseur sexuel", n (%)				<b>&lt;0.001*</b>	
	Oui	24 (17.8)	180 (56.1)		112 (61.9)
	Non	111 (82.2)	141 (43.9)		69 (38.1)
Impact négatif sur la prise en charge, n (%)				<b>0.014*</b>	
	Oui	54 (40)	170 (53)		102 (56.4)
	Non	81 (60)	150 (46.7)		79 (43.6)
	Données manquantes	0 (0)	1 (0.3)		0 (0)
<b>Si les interrogés ont répondu "oui" à "Avez-vous déjà rencontré, dans votre pratique, des personnes pouvant potentiellement souffrir de trouble pédophilique, à votre avis ? "</b>					
Réussir à aborder le sujet n (%)		<b>N=99</b>	<b>N=230</b>	<b>&lt;0.001*</b>	<b>N=122</b>
	Oui	83 (83.8)	131 (57)		48 (39.3)
	Non	13 (13.1)	93 (40.4)		72 (59)
	Données manquantes	3 (3)	6 (2.6)		2 (1.6)

On retrouve que les médecins ayant répondu au questionnaire semblent avoir moins tendance à faire la confusion entre pédophile et pédocriminel que l'ensemble des professionnels interrogés. En effet, 17,8 % des médecins considèrent les « pédophiles » comme des « agresseurs sexuels » alors que 49,8 % de l'ensemble

des répondants font la confusion. De plus, 56,1 % des professionnels paramédicaux et 61,9 % des professionnels exerçant d'autres professions (éducatif, judiciaire, autres) définissent une personne pédophile comme un agresseur sexuel.

De plus, l'impact qu'aurait un diagnostic de trouble pédophilique sur la suite de la prise en charge, semble moins négatif, en moyenne, chez les médecins que chez les autres professionnels. On retrouve un impact négatif chez 40 % des médecins, alors que l'impact est négatif pour 51,2 % des répondants de cette étude. Il est également négatif chez 53 % des professionnels paramédicaux et chez 56,4 % des professionnels exerçant d'autres professions.

On observe également que, 73,3 % des médecins, 71,7 % des professionnels paramédicaux et 67,4 % des professionnels exerçant d'autres professions, répondent avoir déjà rencontré des personnes pouvant potentiellement souffrir d'un trouble pédophilique. Parmi eux, 83,8 % des médecins disent avoir réussi à aborder le sujet, contre 57 % des professionnels paramédicaux et 39,3 % des professionnels exerçant d'autres professions.

Enfin, la proportion de répondants qui déclarent connaître le numéro STOP est différente entre les professions et s'élève à 31,9 % pour les médecins, 10 % pour les professionnels du paramédical et 7,7 % pour les autres professionnels. (*Figure 2*)

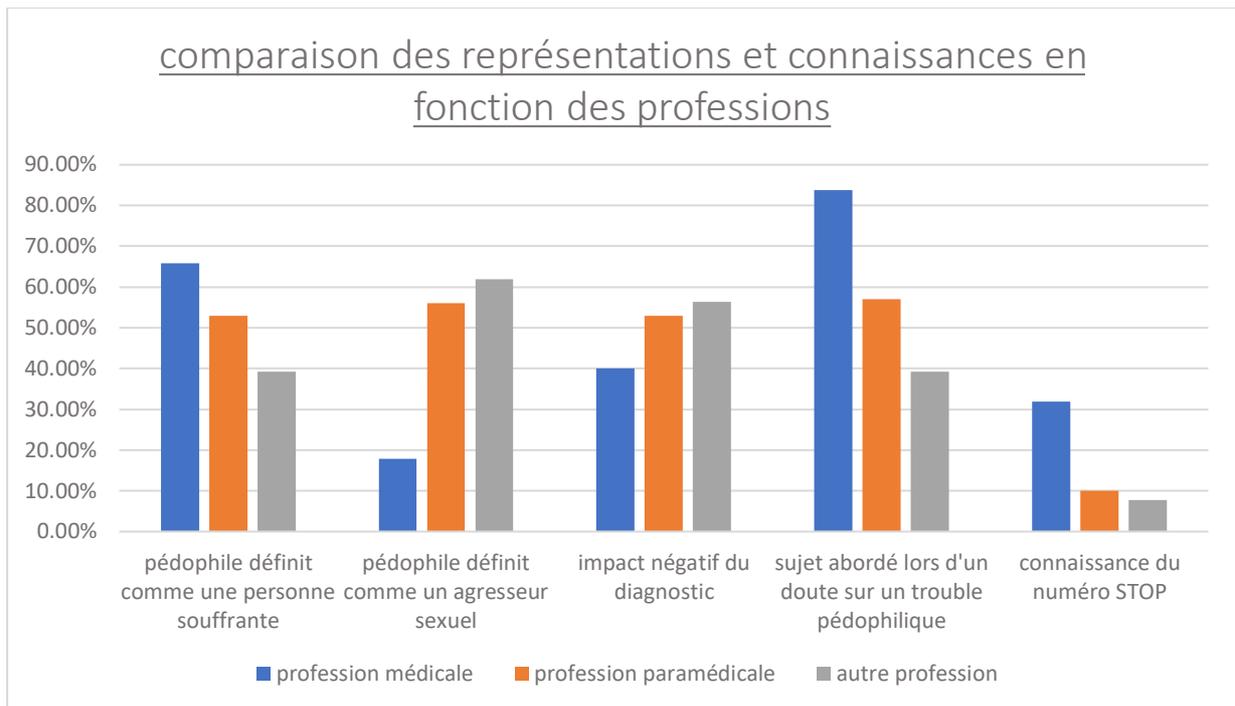


Figure 2 : comparaison des réponses en fonction des différentes professions

#### IV. DISCUSSION

##### A. POPULATION ÉTUDIÉE

Le nombre important des réponses obtenues à ce questionnaire est rassurant et montre l'intérêt porté à cette thématique. La grande majorité des répondants appartient à la population ciblée et exercent des professions dans lesquelles ils sont susceptibles de rencontrer des personnes atteintes de trouble pédophilique. Ils exercent quasiment tous dans un des domaines souhaités et définis au préalable de cette étude : santé, social, éducation et justice.

##### B. AXES DE PRÉVENTION

Par cette étude, nous avons pu identifier des axes qui nous paraissent essentiels et qui devraient être au cœur de notre campagne de sensibilisation.

###### a. LUTTER CONTRE LES MYTHES ET LES REPRÉSENTATIONS

Dans cette enquête, adressée à des professionnels susceptibles de recevoir des patients souffrant de trouble pédophilique, presque la moitié des répondants déclarent

que recevoir une personne avec un tel diagnostic aura un impact négatif sur leur prise en charge, ce qui peut avoir des conséquences néfastes sur la relation « soignant-soigné » ou « professionnel-usager », et altérer la prise en charge. En ce qui concerne le sujet de notre étude, le dispositif STOP, des réactions émotionnelles négatives face à un patient attiré sexuellement par les enfants pourraient potentiellement empêcher celui-ci de recevoir les informations nécessaires sur le trouble et d'avoir accès aux moyens de prévention tels que le numéro.

Plusieurs raisons ont pu être identifiées et pourraient expliquer en partie ce phénomène.

Certaines connaissances actuelles sur le trouble sont connues par une partie des répondants, notamment le fait que le trouble pédophilique, comme défini dans le DSM 5, peut être une maladie et causer des difficultés interpersonnelles ou des souffrances (60). Cependant, elles ne sont pas partagées par tous, car seulement un peu plus de la moitié des répondants pensent que le trouble peut être source de souffrance.

Les mythes, stéréotypes et représentations négatives largement répandus dans l'imaginaire collectif sont également retrouvés chez ces professionnels. Comme dans la littérature actuelle (78), on retrouve chez de nombreux répondants le préjugé qui associe trouble pédophilique et l'idée de dangerosité ainsi que la confusion entre pédophile et pédocriminel. De plus, la qualification de « perversion », désuète depuis le DSM III de 1980, semble persister. Plus de 40 ans plus tard, cette dénomination faisant écho à des représentations très négatives, est encore utilisée par plus d'un quart des professionnels interrogés.

Pour quasiment la moitié des interrogés, les personnes souffrant de trouble pédophilique sont exclusivement attirées par les enfants. Bien que cela soit possible, les connaissances actuelles semblent montrer que les patients dits « exclusifs » sont minoritaires (114). L'idée d'exclusivité entretient le mythe d'une personne pédophilie, isolée et recluse. Cela invisibilise le problème, le marginalisant, alors que les personnes souffrant de ce trouble, peuvent être insérées dans la société et appartenir à tous les milieux socio-économiques. Étant pour beaucoup « non exclusifs », ils peuvent mener une vie dite normale et répondre aux codes sociétaux traditionnels.

Ces représentations et ces mythes sont souvent source de stigmatisation et peuvent modifier l'attitude des professionnels et entraîner de la discrimination et du rejet, même au sein des secteurs censés être parmi les plus sensibilisés à ces problématiques. Il est difficile de prendre conscience de nos propres représentations qui sont souvent le fruit de mécanismes inconscients, d'autant plus quand elles sont partagées par la majeure partie de la société et régulièrement relayées par les médias.

Un point intéressant dans cette étude, et qui nous permet de penser que la sensibilisation des professionnels a un réel intérêt, réside dans les résultats montrant que la présence ou non de ces stéréotypes pourrait être influencée par la profession ainsi que par la structure d'exercice. La profession et la structure joueraient aussi un rôle chez nos répondants sur l'impact qu'a le diagnostic sur leur prise en charge. Ces données laissent penser qu'avoir accès à des informations et des connaissances adaptées par des formations ou par un environnement de travail favorable peut modifier les représentations, réduire les stéréotypes ou au moins changer l'attitude des professionnels, permettant de fait, une relation plus neutre laissant place à une alliance de qualité. Cependant, ces analyses ne nous permettent pas de conclure à un lien de causalité, mais seulement d'émettre des hypothèses qui seront des axes à inclure dans la campagne de sensibilisation. D'autres études pourraient être nécessaires pour confirmer ou infirmer nos hypothèses.

Enfin, certaines observations, laissent penser que les médecins seraient moins sujets aux représentations négatives. Cela pourrait être expliqué en partie par l'enseignement délivré aux étudiants en psychiatrie et les plus longues années d'étude reçues, ainsi que par l'accès à l'information plus important dans les établissements ou structures sensibilisées à ces problématiques. L'intérêt porté à ce sujet semble croissant chez les médecins et suscite beaucoup de questionnements et de réflexions. À la Faculté de médecine de Lille, on peut voir une augmentation des thèses de médecine réalisées sur cette thématique. De plus, les études et articles sur ce sujet sont de plus en plus nombreux.

Cependant, ces observations sont à nuancer, car encore 40 % des médecins déclarent que ce diagnostic aurait un impact négatif sur le devenir de leur prise en charge. Ainsi, l'éducation et la sensibilisation au trouble semblent bien trop peu importantes, même

chez les professionnels qui sont considérés comme les plus informés et qui sont attendus comme « sachants » par le grand public.

Ces résultats semblent en accord avec la littérature actuelle qui montre, comme nous l'avons discuté dans la partie « Stigmatisation », que les stéréotypes et préjugés sont encore très présents dans toutes les franges de la population et que cela suscite de fortes réactions émotionnelles et de rejet. Dans les études publiées, ces réactions seraient moins intenses chez les professionnels formés au trouble (78). Des études, réalisées auprès de professionnels de santé mentale, mettent également en évidence une diminution des représentations négatives et du poids de la stigmatisation chez des professionnels de santé mentale, après une intervention de sensibilisation et d'éducation (115).

#### *b. PARLER DES FEMMES*

Pour quasiment l'unanimité des répondants (97,2 %), le trouble n'est pas exclusivement masculin. Et pourtant, il existe très peu de chiffres et d'études permettant de connaître la proportion de femmes atteintes par le trouble. Bien qu'il semble toucher majoritairement la population masculine, la part des femmes souffrant de ce trouble semble largement sous-estimée et des études sont nécessaires pour estimer la prévalence, les critères diagnostiques cliniques et les facteurs de risque spécifiques de cette population afin d'affiner les connaissances et les modalités de prise en charge. En effet, très peu de femmes sont condamnées pour violences sexuelles directes sur mineurs (moins de 3 % des condamnés en 2019 (116)). Cependant, certaines peuvent souffrir du trouble, comme le laisse percevoir l'étude réalisée lors de la phase d'expérimentation du dispositif, dont les résultats sont présentés dans un précédent chapitre, qui montre une part non négligeable de femmes ayant composé le numéro (113). Il sera donc important de ne pas omettre cet aspect lors de nos campagnes de sensibilisation et d'actualiser les connaissances qui seront, espérons-le, nombreuses ces prochaines années.

#### *c. NORMALISER LES QUESTIONS DE SEXUALITÉ*

On peut noter que les professionnels de cette étude, quand il s'agit de questionner la sexualité au sens large, ont souvent des difficultés à aborder le sujet en entretien. Cette remarque est d'autant plus vraie pour les questions de sexualité déviante. Cette

observation se retrouve également chez les médecins de cette étude, car, bien que la majorité questionne soit toujours, soit parfois spontanément, leurs patients sur leur sexualité en entretien, les sexualités déviantes, quant à elles, ne sont majoritairement pas abordées en entretien. En effet, plus de 60 % des médecins de notre étude, soit n'abordent jamais cette question, soit le font quand ils sont sollicités explicitement par le patient. Ainsi, ne jamais questionner les patients/usagers ou laisser la charge au patient d'aborder ces sujets peut être un frein majeur à l'accès aux soins spécialisés, d'autant plus qu'il peut être délicat pour le patient d'en parler spontanément.

Normaliser l'abord de la sexualité en entretien paraît essentiel. En effet, la sexualité fait partie des fonctions instinctuelles au même titre que le sommeil et les troubles de l'appétit, qui sont classiquement interrogées et qui peuvent être altérées dans la plupart des troubles rencontrés en santé mentale. Il est très fréquent que les patients souffrant de trouble psychiatrique rencontrent des problématiques d'ordre sexuel, que ce soit un symptôme ou une conséquence des thérapeutiques (117).

La gêne et la réticence des professionnels à aborder les questions de la sexualité de façon générale, pourraient largement altérer l'accès et la qualité des soins des personnes souffrant de trouble pédophilique. En effet, comme décrit précédemment, ces patients sont plus susceptibles de souffrir d'affections comorbides, notamment psychiatriques et addictologiques. La paraphilie n'étant quasiment jamais le motif principal de consultation, ne pas questionner les usagers et patients peut masquer des pathologies duelles. De plus, le patient n'étant pas pris en charge dans sa globalité, le soin apporté pour le motif principal de consultation peut également être rendu moins ou inefficace et ainsi expliquer des échecs thérapeutiques.

Un des résultats interpellants de notre étude est que 39,3 % des professionnels interrogés, lorsqu'ils ont un doute sur un potentiel trouble pédophilique ne questionnent volontairement pas les attirances sexuelles du patient. En ce qui concerne les médecins, 83,8 % disent avoir réussi à questionner leur patient sur une potentielle sexualité déviante lorsqu'ils ont eu un doute. Ainsi, 16,2 %, bien qu'ils soient largement minoritaires, n'auraient pas réussi à aborder la question. Il aurait été intéressant de comparer ce pourcentage avec celui qu'on aurait obtenu avec des questions posées de façon identique, mais relatives au suicide, à une addiction, à un trouble anxieux ou dépressif. Ce chiffre pourrait alors sans doute paraître très important.

Comme cela a été fait pour les questions relatives aux idées suicidaires, normaliser l'abord de la sexualité dans les entretiens de santé mentale, semble être un enjeu pour la prévention des troubles paraphiliques, mais aussi pour tous les problèmes de santé mentale.

#### *d. PRÉSENTER LE NUMÉRO ET LES MISSIONS DES CRIAVS*

Une des autres raisons qui pourrait expliquer la difficulté des professionnels à questionner leur usager ou patient quand ils ont un doute sur un potentiel trouble pédophilique pourrait venir de la méconnaissance des moyens dont disposent les professionnels pour les aider dans leur prise en charge. En effet, seulement 31 % des répondants disent avoir des ressources à leur disposition. Parmi eux, 61,5 % évoquent les CRIAVS.

En ce qui concerne spécifiquement le numéro STOP, les résultats de cette étude, comme cela pouvait être attendu, nous montrent que très peu de répondants connaissent le dispositif. Cependant, la grande majorité de ceux-ci le jugent nécessaire et pertinent et la quasi-unanimité des répondants se dit prête à l'utiliser. De plus, la quasi-unanimité pense avoir besoin de formation et accepterait de recevoir une équipe de l'URSAVS pour cela.

Ces résultats sont source d'espoir. Ils semblent montrer que, bien qu'on retrouve des préjugés et des représentations négatives, les professionnels de cette étude demandent à être formés et sensibilisés. Ils semblent donc disposés à lutter contre leurs propres stéréotypes et à réfléchir autour de questions jusqu'à aujourd'hui extrêmement taboues.

Cet optimisme est à nuancer et, bien que les professionnels soient enclins à utiliser le numéro et accueillent favorablement le dispositif, mettre de la visibilité sur le trouble semble encore difficile. En effet, les moyens majoritairement évoqués pour communiquer le numéro sont la communication verbale et la remise de carte d'information en mains propres, moyens qui restent dans l'intimité de la relation « soignant-soigné » ou « professionnel-usager ». Arrive ensuite la mise à disposition de cartes d'information sur le lieu de travail qui est acceptée par plus de la moitié des interrogés, mais moins de la moitié se disent prêtes à afficher des pancartes de

prévention sur leur lieu de travail. Une des hypothèses qui pourrait expliquer partiellement ce résultat serait la peur de « choquer » les patients ou de perdre le lien avec leur patientèle. Faire adhérer les professionnels à l’affichage de pancarte de prévention dans leur lieu de travail, notamment les halls d’établissement ou les salles d’attente, est un enjeu de la campagne. Cette initiative pourrait permettre de toucher les accompagnants susceptibles d’être concernés, mais aussi les patients souffrant d’attirances pour les enfants qu’ils ne dévoilent pas toujours, car, comme nous l’avons vu au chapitre « stéréotypes », ils peuvent souffrir d’autostigmatisation et/ou peuvent être inquiets de potentielles conséquences judiciaires ou de rejet.

*e. FAIRE DE LA PRÉVENTION DU TROUBLE, UN OBJECTIF PARTAGÉ PAR TOUS*

Lors de la diffusion du questionnaire, nous avons parfois rencontré des difficultés. En effet, certains de nos e-mails et appels sont restés sans réponse, certaines structures n’ont pas pu diffuser sans certains accords, etc. Cependant, les structures prenant en charge des adultes avec lesquelles nous avons pu échanger n’ont pas évoqué le sujet ou le contenu du questionnaire comme raison à sa non diffusion, bien que certaines l’aient peut-être fait sans nous en faire part. Les seules structures qui nous ont dit refuser la diffusion, car elles ne se sentaient pas concernées par le sujet, correspondaient toutes à des structures de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent. Comme nous l’avons évoqué, le diagnostic de trouble pédophile n’est jamais posé avant 16 ans. Après 16 ans, il est souvent peu posé en pratique, car bien souvent, une prise en charge adaptée permet l’arrêt des fantasmes sexuels impliquant des enfants. Cependant, l’intérêt sexuel pour les enfants peut se manifester très tôt pendant l’enfance et se manifeste très souvent à l’adolescence. Il est donc essentiel que les structures pédopsychiatriques s’emparent elles aussi du problème, surtout que l’on sait d’expérience qu’une prise en charge précoce peut éviter de pérenniser le trouble à l’âge adulte.

De plus, les enfants suivis en pédopsychiatrie sont bien souvent accompagnés d’adultes. Ces accompagnants, s’ils sont des membres de la famille, peuvent souffrir d’attirance sexuelle pour les enfants. En outre, les jeunes suivis en pédopsychiatrie vivent parfois en foyers et leurs accompagnants adultes peuvent être des enseignants, des éducateurs, des professionnels sociaux, etc. qui sont issus de populations plus à risque de commettre des violences sexuelles sur des mineurs. En effet, le rapport

CIIVISE montre que lorsque les agressions ont lieu au sein d'une institution, les professionnels de l'éducation seraient auteurs de 19 % des violences. De plus, parmi les agresseurs intra-familiaux, 27 % sont en contact avec des enfants à titre professionnel (40). Il semble alors évident que rendre visible le numéro dans ces structures, par des affiches, par la mise à disposition de cartes de visite ou tout autre moyen permettrait d'interpeller les enfants et adolescents, victimes d'une part ou potentiels auteurs d'autre part, ainsi que leurs adultes accompagnants éventuellement atteints de troubles pédophiliques.

La sensibilisation de ces structures est donc un des enjeux de la campagne de communication.

Nous avons également cherché à diffuser le questionnaire aux médecins généralistes de la région. En effet, sensibiliser ces praticiens est absolument indispensable et imaginer que des affiches de prévention puissent être retrouvées dans toutes les salles d'attente de la région serait une aubaine pour la réussite du dispositif STOP. Cependant, la diffusion du questionnaire a été refusée en raison du risque que ce travail s'attarde sur l'évaluation des pratiques des médecins généralistes et juge négativement leurs connaissances.

## V. LIMITES

### A. BIAIS DE SÉLECTION DE LA POPULATION

Une des limites principales de notre étude réside dans le fait qu'il nous est impossible de connaître précisément le nombre de personnes ayant reçu le questionnaire. En effet, pour toucher le plus grand nombre, de nombreuses structures ont été contactées. Tous ceux qui nous ont donné un accord téléphonique ont reçu le questionnaire. Certains l'ont diffusé d'emblée à l'ensemble des professionnels. D'autres nous ont expliqué qu'il devait présenter le projet en réunion pluridisciplinaire ou demander l'accord du ou de la chef.fe de pôle. Parmi eux, certains nous ont répondu favorablement et ont par la suite diffusé le questionnaire aux professionnels, d'autres ont sûrement diffusé le questionnaire sans nous faire un retour par e-mail et d'autres ont pris la décision de ne pas le diffuser. De plus, les CLSM qui ont été contactés ont diffusé le questionnaire à leurs partenaires, qui l'ont eux-mêmes diffusé

ou non aux professionnels de leur structure. De plus, toutes les personnes contactées ont pu diffuser le questionnaire à des collègues ou structures partenaires. Ainsi, bien que l'on puisse supposer grâce aux réponses données, que la population de cette étude appartienne à la population cible, nous ne pouvons pas savoir si cet échantillon est représentatif de la population ciblée.

Bien que le questionnaire ait obtenu beaucoup de réponses, ce qui nous conforte dans l'idée que le sujet intéresse les professionnels et qu'ils pourront être sensibles à la campagne de communication, nous ne pouvons pas connaître le taux de répondants de cette étude.

Un biais de réponse pourrait également apparaître dans cette étude, car il est possible que les personnes ayant répondu aux questionnaires l'aient fait par intérêt pour le sujet, parce qu'elles avaient des opinions ou avaient eu des expériences impliquant des patients atteints de trouble pédophilique, ce qui pourrait rendre cet échantillon non représentatif de notre population cible.

De ce fait, l'échantillon de cette étude risquant de ne pas être représentatif, nous ne pouvons pas généraliser les résultats à toute la population cible. Cependant, les résultats obtenus sur un gros échantillon, nous permettent tout de même d'ouvrir des pistes de réflexion pour améliorer la campagne de sensibilisation.

## B. MODE DE COLLECTE DES DONNÉES

Enfin, le recueil des données par auto-questionnaire a pu être à l'origine de réponses inexactes pour des raisons de malentendu en cas de questions mal comprises ou mal formulées, pour des raisons de retour en arrière parfois permis avec la possibilité de modifier les réponses ou pour des raisons de désirabilité sociale où des répondants ont pu donner des réponses qu'ils supposaient être attendues. Cela peut, peut-être en partie, expliquer le faible pourcentage de répondants jugeant le dispositif inutile, qui est une réponse non superposable à la littérature actuelle où l'idée que les personnes souffrant de trouble pédophilique ne veulent pas ou ne peuvent pas être aidées est fréquemment retrouvée (78). De plus, on a constaté qu'à la question ouverte « lesquels ? », les personnes ayant répondu avoir des ressources ont très peu cité le numéro STOP. En effet, seulement 1,1 % des répondants de notre étude évoquent

spontanément le numéro, alors que 14,2 % disent le connaître lorsque la question est clairement posée. Cet écart peut, peut-être, s'expliquer en partie par ce biais de désirabilité.

Le questionnaire a été diffusé sur une période de 3 mois et tous les répondants n'ont pas reçu le questionnaire en même temps. Ainsi, cette étude ne fait pas un état des lieux des connaissances et des représentations à un moment précis et certains répondants ont peut-être été informés sur le numéro ou sur le trouble dans cet intervalle de temps.

### C. FORMULATION DES QUESTIONS

Certaines questions permettaient plusieurs réponses possibles, ce qui a pu biaiser certains résultats. Les questions sur la place de la sexualité dans les entretiens des professionnels auraient pu être posées différemment pour rendre des résultats plus lisibles. En effet, beaucoup de répondants ont répondu simultanément « parfois » et « quand le patient/usager aborde la question ». Cela ne nous permet pas de comparer précisément le pourcentage de personnes qui abordent les questions de sexualité « parfois spontanément » au pourcentage de personnes qui ne le font que quand le patient décide d'aborder le sujet. Nous avons alors fait des hypothèses et fait de nouveaux groupes de réponses en regroupant certaines. Ces résultats sont donc moins fiables que si la question n'avait autorisé qu'une seule réponse.

Pour certaines questions, les réponses étaient peut-être induites, ce qui a pu biaiser les résultats. La question relative à ce que pensent les professionnels du dispositif aurait pu faire l'objet de deux questions distinctes. On aurait pu poser des questions comme « pensez-vous que l'on peut aider ces patients ? » ; « pensez-vous qu'ils souhaitent être aidés ? » dans une question indépendante et ne pas inclure ces items dans la question « que pensez-vous de ce dispositif ? ». Les professionnels de notre étude auraient peut-être davantage répondu positivement à ces questions, ce qui aurait été plus en accord avec la littérature actuelle qui constate que l'idée que les personnes souffrant de trouble pédophilique ne peuvent pas être aidées, est encore très répandue (78).

Une question nous permettait de savoir si les professionnels interrogent leurs patients ou usagers quand ils ont un doute sur un potentiel trouble pédophilique. Le

pourcentage de répondants qui déclarent ne pas le faire nous a semblé très élevé, notamment chez les médecins. Nous avons alors supposé qu'à une question similaire sur des idées suicidaires, le pourcentage de réponses favorables aurait pu être plus important. Il aurait sans doute été intéressant, pour comparer, que cette question soit posée.

#### D. RÉPARTITION DES EFFECTIFS

Les effectifs des différents genres étaient très inégaux, ce qui peut biaiser les résultats. Si l'on pense que les stéréotypes et les comportements peuvent être influencés par le genre, le fait que la part de femmes soit nettement supérieure dans cette étude a pu rendre les résultats non représentatifs. La répartition des genres dans chacune des professions était également différente, ce qui a pu être à l'origine de biais d'échantillonnage avec des effets de confusion. Certains des résultats des analyses bivariées concluant que le genre pouvait avoir une influence sur la réponse doivent donc tenir compte de ce paramètre.

De plus, la répartition inégale des effectifs a parfois pu diminuer la puissance, entraînant de faux positifs ou de faux négatifs. C'est le cas notamment pour la question cherchant à déterminer si la structure d'exercice avait un impact ou non sur la connaissance du numéro. Un faible nombre de répondants qui connaissent le numéro a entraîné une répartition très inégale des effectifs avec notamment de très petits effectifs pour les différentes « structures d'exercice » rendant les résultats peu fiables et le risque de faux négatifs important.

#### E. DONNÉES MANQUANTES

Il existe des données manquantes pour certaines questions de cette étude. Elles ont été conservées et incluses dans les analyses sans être supprimées ni modifiées.

### VI. PERSPECTIVES

Par l'envoi de ce questionnaire par e-mail, nous avons pu faire connaître le numéro STOP à un échantillon de professionnels des domaines concernés par le trouble pédophilique, ce qui a peut-être permis qu'ils se questionnent sur leurs connaissances,

leurs représentations, les moyens par lesquels ils pourraient améliorer leur pratique, etc.

De plus, l'analyse des résultats obtenus nous a permis d'identifier des éléments essentiels pour optimiser notre campagne de communication, que ce soit par des mythes à déconstruire, par l'éducation à certains signes cliniques ou par la présentation de certains outils.

Notre objectif désormais est la poursuite de la campagne de communication déjà en place, en continuant de proposer des moments d'échanges et des formations et en communiquant via les médias le dispositif STOP.

Pour cela, nous avons proposé aux structures de soins qui nous ont répondu favorablement d'organiser une rencontre entre une équipe de l'URSAVS et les professionnels. Ainsi, nous avons pu intervenir dans les CMP de RONCHIN, de FACHES, de PONT À MARCQ, et le CSAPA Le Cèdre de LOMME.

De plus, les CLSM contactés nous ont permis d'organiser des rencontres sur des formats d'une demi-journée et ouvertes à tous leurs partenaires. Ainsi, nous sommes intervenus au sein des CLSM de BETHUNE et de DOUAI.

D'autres rencontres sont prévues, notamment au CLSM de ROUBAIX ainsi que dans des CMP de la région.

Nous avons également pu rencontrer l'équipe de communication du CHU par le biais de Mme STANEK Audrey, adjointe à la communication.

Grâce à son équipe, une sensibilisation des médecins généralistes a pu être réalisée en mars 2024, via la newsletter « les news du CHU » dans laquelle figurait le dispositif STOP et les missions de l'URSAVS.

Une large sensibilisation auprès de tous les professionnels du CHU devrait prochainement être effectuée par e-mail et, de façon inédite, un webinaire interne, pour présenter les missions de l'URSAVS et le dispositif STOP à tous les professionnels qui le souhaitent, devrait avoir lieu en mai 2025.

Un poster résumant les principaux résultats a aussi été réalisé avec la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France et a été

soumis à candidature pour le prochain Congrès Français de Psychiatrie à Rennes en novembre 2024.

Pour que le dispositif soit une réussite et qu'il soit connu de la population cible, une large diffusion est indispensable. Dans cette campagne, l'étape suivante, et essentielle, consistera en la sensibilisation du grand public. Celle-ci ne pourra se faire qu'avec le soutien des médias, des élus locaux, et des pouvoirs publics. Si l'on souhaite, comme chez nos homologues européens, que des affiches soient placardées en ville, dans le métro, que des spots soient diffusés et que des experts ainsi que des patients soient interviewés dans des émissions de radio ou de télévision, il faudra des moyens financiers plus importants. Pour le moment, le Ministère de la Santé n'a pas apporté son soutien financier au projet, qui repose uniquement sur le budget de la FFCRIAVS et donc de l'adhésion des structures hébergeant les CRIAVS.

Il pourrait être intéressant dans un second temps, d'interroger de nouveau les professionnels sur leurs représentations et connaissances et d'évaluer si la campagne de sensibilisation a eu un impact positif sur leur pratique professionnelle. Il serait intéressant de savoir si les professionnels ont utilisé le dispositif, par quel moyen et de les interroger sur des difficultés potentiellement rencontrées.

## CONCLUSION

Ce travail, mené pour valider la fin des études médicales, avait pour objectif d'évaluer les connaissances qu'a la communauté médicale du dispositif et de son public cible : les patients attirés sexuellement par les enfants. Cependant, cette problématique n'impliquant pas uniquement le domaine médical, nous avons pu toucher un public plus large et en tirer les conséquences sur la future campagne de communication du numéro STOP dans les structures de soins psychiatriques et médico-sociales.

La campagne de communication du numéro STOP devra dans un premier temps s'attarder à présenter le dispositif en expliquant à qui il s'adresse, comment il fonctionne et comment l'utiliser. Pour démontrer son utilité, nous pourrions nous référer aux résultats déjà effectifs dans certains pays et exposer, grâce à l'expérimentation réalisée à son lancement, l'intérêt que cette ligne d'appel peut avoir en France. Il répond à une lacune dans l'offre de soins et pourrait permettre à de nombreux patients d'accéder à une prise en charge, ce qui pourrait avoir pour effet de réduire leurs souffrances et d'éviter un éventuel passage à l'acte pédocriminel.

Cependant, pour que le dispositif STOP soit une réussite et qu'il touche le plus grand nombre, l'adhésion des professionnels susceptibles de l'utiliser est essentielle. Par ce travail, nous avons cherché les axes qui nous paraissaient indispensables pour sensibiliser ces professionnels à l'utilisation de ce dispositif et pour lutter contre les freins à une prise en charge optimale.

Le trouble pédophilique est un sujet à manier avec prudence tant il souffre encore de préjugés, stéréotypes et représentations très négatives qui sont source de réactions émotionnelles fortes pouvant modifier l'attitude des professionnels et avoir des conséquences lourdes sur les prises en charge. En effet, le diagnostic de trouble pédophilique et la stigmatisation qui en découle peuvent être un frein à l'orientation vers des soins spécialisés et à l'utilisation du dispositif STOP, au lieu d'être un moteur vers les soins.

On constate dans cette étude, que toutes les catégories professionnelles et tous les environnements professionnels sont encore imprégnés, à des niveaux différents, de ces représentations. On les retrouve au sein même des milieux censés être les plus

enclins à accueillir ces problématiques, comme les structures de soins psychiatriques, mais aussi dans les lieux où les professionnels pourraient croiser d'éventuels porteurs de troubles pédophiliques, telles que les structures pédopsychiatriques, addictologiques ou de santé et les structures sociales.

Il nous semble nécessaire d'informer et de sensibiliser les psychiatres, les autres médecins et les professionnels paramédicaux exerçant en psychiatrie et addictologie afin que les personnes souffrant d'attirance sexuelle pour les enfants, consultant pour un motif clairement défini de paraphilie ou pour toute autre comorbidité psychiatrique ou addictologique, puissent avoir une prise en charge adaptée. Il sera pertinent, dans la campagne de communication, d'essayer de normaliser l'abord des questions relatives à la sexualité en entretien mais aussi de promouvoir l'orientation des patients vers des médecins sexologues ou psychologues sexologues. Ces professionnels de la santé sexuelle devront également être sensibilisés, car, l'abord des sexualités déviantes dans leurs entretiens, serait loin d'être systématique.

Cependant, les personnes souffrant de ces troubles n'ayant pas toujours recours à des soins psychiatriques ou de santé mentale, il est indispensable d'informer les autres professionnels susceptibles de rencontrer ces patients, notamment les professionnels de santé d'autres domaines, comme les médecins généralistes, les professionnels des domaines sociaux, éducatifs et judiciaires, d'une part, pour que les stéréotypes n'altèrent pas l'accès à leurs besoins, d'autre part, pour qu'ils soient orientés correctement vers des prises en charge adaptées si cela est nécessaire.

Enfin, l'objectif principal sera d'informer le grand public, pour que les personnes attirées sexuellement par les enfants aient connaissance du dispositif, mais aussi pour que la société ne stigmatise ni ne rejette plus ces personnes, de sorte qu'elles puissent librement et sans crainte demander de l'aide. Il est important de rappeler que cet objectif ne pourra être réalisé qu'avec un appui financier conséquent et des moyens de communication à grande échelle. Il est donc primordial que les pouvoirs publics se saisissent, le plus rapidement possible, de cette problématique.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Chaire UNESCO. Santé sexuelle [Internet]. 2020 [cité 25 août 2024]. Disponible à: <https://santesexuelle-droitshumains.org/sante-sexuelle-definitions/>
2. Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
3. Arrêtons les violences [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Violences sexuelles. Disponible à: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-sexuelles>
4. Article 226-14 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000049532171](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000049532171)
5. LOI n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste [Internet]. 2021 [cité 31 août 2024]. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000043032513/>
6. Service-Publique.fr [Internet]. [cité 25 août 2024]. Mineur victime d'infraction sexuelle. Disponible à: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2274>
7. Article L11-1 - Code de la justice pénale des mineurs - Légifrance [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043203791](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043203791)
8. Article 227-25 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043409095](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409095)
9. Article 227-27 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043409082](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409082)
10. Article 227-22 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043409063](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409063)
11. Article 222-32 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043409377](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409377)
12. Article 227-23-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043405758](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043405758)
13. Article 227-22-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043409180](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409180)
14. Article 227-22-2 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043405753](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043405753)
15. Article 222-22 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043409030](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409030)
16. Article 222-22-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043409058](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409058)
17. Article 222-23 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043409305](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409305)

18. Article 222-22-3 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043405007](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043405007)
19. Debauche A. Quelles données sur les violences sexuelles en France et quelle lecture en faire ? *La santé en action*. 2019;(448):13-5.
20. Ministère de la justice. [justice.gouv.fr](https://www.justice.gouv.fr). 2023 [cité 24 août 2024]. Les violences sexuelles. Disponible à : <https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/violences-sexuelles>
21. Bernard E, Belanger A, Brun H, Fausser H, Gall V, Goupil M, et al. Les CRIAVS : les centres de ressources pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. 2007 [cité 25 août 2024]; Disponible à : [https://documentation.ehesp.fr/memoires/2007/mip/groupe\\_4.pdf](https://documentation.ehesp.fr/memoires/2007/mip/groupe_4.pdf)
22. LOI n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs [Internet]. 1998 [cité 15 août 2024]. Disponible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000556901>
23. Article 131-36-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006417315](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417315)
24. Article 131-36-4 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006417320](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417320)
25. Boutet G. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle (22 et 23 novembre 2001). *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 déc 2002;30(12):1005-13.
26. plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf)
27. CIRCULAIRE N°DHOS/DGS/O2/6C/2006/168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/16120>
28. FFCRIAVS. FFCRIAVS. 2014 [cité 31 août 2024]. Qu'est-ce qu'un CRIAVS ? Disponible à : <https://www.ffcriavs.org/la-federation/criavs/>
29. UNICEF [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Violences et agressions sexuelles des enfants. Disponible à : <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/protection/violences-et-agressions-sexuelles/>
30. [info.gouv.fr](https://www.info.gouv.fr) [Internet]. [cité 25 août 2024]. Plan 2023-2027 contre les violences faites aux enfants : 22 actions pour agir. Disponible à : <https://www.info.gouv.fr/actualite/plan-2023-2027-contre-les-violences-faites-aux-enfants-22-actions-pour-agir>
31. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*. 1 nov 2009;29(7):647-57.
32. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Campagne de lutte contre les violences sexuelles faites aux enfants [Internet]. 2023 [cité 25 août 2024]. Disponible à : <https://solidarites.gouv.fr/campagne-de-lutte-contre-les-violences-sexuelles-faites-aux-enfants>
33. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord*. 15 oct 2004;82(2):217-25.
34. Chapman DP, Wheaton AG, Anda RF, Croft JB, Edwards VJ, Liu Y, et al. Adverse childhood experiences and sleep disturbances in adults. *Sleep Medicine*. 1

sept 2011;12(8):773-9.

35. Maniglio R. Significance, Nature, and Direction of the Association Between Child Sexual Abuse and Conduct Disorder: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. juill 2015;16(3):241-57.
36. Chou KL. Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in middle-aged and older adults: evidence from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *J Clin Psychiatry*. nov 2012;73(11):e1365-1371.
37. Safren SA, Gershuny BS, Marzol P, Otto MW, Pollack MH. History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis*. juill 2002;190(7):453-6.
38. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. juill 2010;85(7):618-29.
39. Humphrey JA, White JW. Women's vulnerability to sexual assault from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health*. 1 déc 2000;27(6):419-24.
40. CIIVISE. CIIVISE. [cité 25 août 2024]. Le rapport public de la CIIVISE - CIIVISE Commission Inceste. Disponible à: <https://www.ciivise.fr/le-rapport-public-de-la-ciivise/>
41. Wegman HL, Stetler C. A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosom Med*. oct 2009;71(8):805-12.
42. CIIVISE. CIIVISE. [cité 25 août 2024]. Le coût du déni - CIIVISE Commission Inceste. Disponible à: <https://www.ciivise.fr/le-cout-du-deni/>
43. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Plan interministeriel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019. [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/violences\\_plan17-19\\_dp.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/violences_plan17-19_dp.pdf)
44. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. solidarites.gouv.fr. 2019 [cité 15 août 2024]. Plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2019-2022. Disponible à: <https://solidarites.gouv.fr/plan-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants-2019-2022>
45. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. solidarites.gouv.fr. 2023 [cité 25 août 2024]. Plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2023-2027. Disponible à: <https://solidarites.gouv.fr/plan-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants-2023-2027>
46. Organisation Mondiale de la Santé. Organisation Mondiale de la Santé. [cité 25 août 2024]. Constitution. Disponible à: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
47. HAS. Présentation générale [Internet]. 2018 mars. Disponible à: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation\\_generale\\_rbpp\\_sante\\_mineurs\\_jeunes\\_majeurs.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf)
48. Promotion de la santé : Charte d'Ottawa [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: <https://iris.who.int/handle/10665/349653>
49. France. Ministère des affaires sociales et de la santé . Direction de la recherche des études, éditeur. Les dépenses de santé en 2022 : résultats des comptes de la santé [Internet]. Paris, France: Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2023 [cité 28 août 2024]. 286 p. (Panoramas de la DREES). Disponible à: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees>

50. Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale : renforcer notre action [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
51. Organisation Mondiale de la Santé. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
52. Organisation Mondiale de la Santé. Mental Health ATLAS 2020 [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
53. Santé Publique France. Santé mentale [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
54. Agence nationale de la recherche. Agence nationale de la recherche. [cité 25 août 2024]. La santé mentale est un droit humain fondamental. Disponible à: <https://anr.fr/fr/actualites-de-lanr/details/news/la-sante-mentale-est-un-droit-humain-fondamental/>
55. Laidi C, Blampain-Segar L, Godin O, de Danne A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental health: Where do we stand in France? *Eur Neuropsychopharmacol.* avr 2023;69:87-95.
56. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2019 [cité 25 août 2024]. Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie. Disponible à: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/>
57. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. *santé.gouv.* 2021 [cité 25 août 2024]. Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie. Disponible à: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/>
58. Notredame CE, Wathelet M, Morgiève M, Grandgenèvre P, Debien C, Mannoni C, et al. The 3114: A new professional helpline to swing the French suicide prevention in a new paradigm. *Eur Psychiatry.* 2022;1-11.
59. Andre A. Harmonisation des pratiques par la mise en place d'un guide d'entretien pour le service téléphonique d'orientation et de prévention (STOP) [Internet] [thèse d'exercice]. [Lille]: Université de Lille (2022-...); 2023. Disponible à: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2023/2023ULILM384.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2023/2023ULILM384.pdf)
60. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. 2013.
61. Favre T. Société Française de Sexologie Clinique. La pédophilie sous le regard de la CIM-11. Disponible à: <https://www.sfsc.fr/pdf/CIM-11%20et%20p%C3%A9dophilie.pdf>
62. Organisation mondiale de la santé (OMS). Classification internationale des maladies, onzième révision (CIM-11) [Internet]. 2019. Disponible à: <https://icd.who.int/browse11>
63. Savoie V, Quayle E, Flynn E. Prevalence and correlates of individuals with sexual interest in children: A systematic review. *Child Abuse Negl.* mai 2021;115:105005.
64. Wurtele SK, Simons DA, Moreno T. Sexual interest in children among an online sample of men and women: prevalence and correlates. *Sex Abuse.* déc 2014;26(6):546-68.
65. Tozdan S, Briken P, Schröder J. Women with Sexual Interest in Children - Results from an Online Survey Among a Non-Forensic Female Sample. *J Sex Marital*

Ther. 2022;48(5):444-60.

66. Beier KM. Differential typology and prognosis for dissexual behavior--a follow-up study of previously expert-appraised child molesters. *Int J Legal Med.* 1998;111(3):133-41.
67. 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.* 2010;33(3):154-63.
68. Seto MC. Pedophilia. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;5:391-407.
69. Beier KM. Preventing Child Sexual Abuse-The Prevention Project Dunkelfeld. *J Sex Med.* août 2018;15(8):1065-6.
70. Kesicky D, Andre I, Kesicka M. EPA-0284 – Pedophiles and (or) child molesters. *European Psychiatry.* 1 janv 2014;29:1.
71. Seto MC, Lalumière ML. A Brief Screening Scale to Identify Pedophilic Interests Among Child Molesters. *Sex Abuse.* 1 janv 2001;13(1):15-25.
72. Fagan PJ, Wise TN, Schmidt J Chester W, Berlin FS. Pedophilia. *JAMA.* 20 nov 2002;288(19):2458-65.
73. Moulding R, Aardema F, O'Connor KP. Repugnant obsessions: A review of the phenomenology, theoretical models, and treatment of sexual and aggressive obsessional themes in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* 1 avr 2014;3(2):161-8.
74. 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.
75. Le Pen L. Validité exploratoire de la Screening Scale for Pedophilic Interests auprès d'auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineurs de moins de 15 ans incarcérés [Internet] [thèse d'exercice]. [Lille]: Université Lille 2 Droit et Santé; 2016. Disponible à: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2016/2016LIL2M362.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M362.pdf)
76. Stevens E, Wood J. « I Despise Myself for Thinking about Them. » A Thematic Analysis of the Mental Health Implications and Employed Coping Mechanisms of Self-Reported Non-Offending Minor Attracted Persons. *J Child Sex Abus.* 2019;28(8):968-89.
77. Fromberger P, Jordan K, Müller JL. Pädophilie. *Nervenarzt.* 1 sept 2013;84(9):1123-35.
78. Lawrence AL, Willis GM. Understanding and Challenging Stigma Associated With Sexual Interest in Children: A Systematic Review. *Int J Sex Health.* 33(2):144-62.
79. 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.
80. Holper L, Mokros A, Habermeyer E. Moderators of Sexual Recidivism as Indicator of Treatment Effectiveness in Persons With Sexual Offense Histories: An Updated Meta-analysis. *Sex Abuse.* avr 2024;36(3):255-91.
81. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible à: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_930913/fr/prise-en-charge-des-auteurs-d-agression-sexuelle-a-l-encontre-de-mineurs-de-moins-de-15-ans](https://www.has-sante.fr/jcms/c_930913/fr/prise-en-charge-des-auteurs-d-agression-sexuelle-a-l-encontre-de-mineurs-de-moins-de-15-ans)
82. Gamet ML. Quelle mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé en matière de violences sexuelles ? [Internet]. Paris: fédération française des criavs; 2018. Disponible à:

[https://www.ffcriavs.org/media/filer\\_public/e3/58/e35866bb-0fa9-4a91-82bd-2bfea32d764b/volume\\_2.pdf](https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/e3/58/e35866bb-0fa9-4a91-82bd-2bfea32d764b/volume_2.pdf)

83. Chollier M, Maquigneau A, Miele C. La sexologie dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Dans: Sexualités et transgressions. Paris: Dunod; 2019. p. 137-49.
84. Parmentier V. Hormonothérapie dans le traitement des auteurs de violences sexuelles : état des lieux et perspectives [Internet] [thèse d'exercice]. [Lille]: Université Lille 2 Droit et Santé; 2016. Disponible à: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2016/2016LIL2M212.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M212.pdf)
85. Plumauzille C, Rossigneux-Méheust M. Le stigmaté ou « La différence comme catégorie utile d'analyse historique ». Hypothèses. 2014;17(1):215-28.
86. Goffman E. Stigmaté : les usages sociaux des handicaps. Paris: les Éditions de Minuit; 1975. 175 p.
87. Elias N, Scotson JL, Dausat PE, Wieviorka MP. Logiques de l'exclusion: enquête sociologique au coeur des problèmes d'une communauté. Paris: Fayard; 1997. 278 p.
88. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology. 2001;27:363-85.
89. Vanderstukken O, Pham T, Benbouriche M. Le discours de l'Auteur d'Aggression Sexuelle : analyse psychologique au travers des représentations sociales et du déni. Dans: La loi pénale et le sexe. Presses Universitaires de Nancy. 2014. p. 83-97.
90. Section 1 : Des discriminations (Articles 225-1 à 225-4) - Légifrance [Internet]. [cité 31 août 2024]. Disponible à: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165298/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165298/)
91. Lacaze L. Le stigmaté : une « seconde maladie » ? : Empan. 2012;87(3):121-31.
92. Daumerie N, Vasseur Baclet S, Giordana JY, Bourdais Mannone C, Caria A, Roelandt JL. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. Encephale. juin 2012;38(3):224-31.
93. Hamilton S, Pinfold V, Cotney J, Couperthwaite L, Matthews J, Barret K, et al. Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. Acta Psychiatr Scand. août 2016;134 Suppl 446(Suppl Suppl 446):14-22.
94. Corrigan P, Larson J, Rusch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatry. juin 2009;8(2):75-81.
95. Ruiz C, Kurkdjian L. La santé mentale en population générale : images et réalités. Premiers résultats en région PACA. L'information psychiatrique. 2007;83(10):821-6.
96. Caria A, Roelandt JL, Bellamy V, Vandeborre A. « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) » : Présentation de La méthodologie d'enquête. L'Encéphale. 1 janv 2010;36(3, Supplement 1):1-6.
97. Roelandt JL, Caria A. Stigma ! Vaincre les discriminations en santé mentale. L'information psychiatrique. 2007;83(8):645-8.
98. Glina F, Carvalho J, Barroso R, Cardoso D. Lay People's Myths Regarding Pedophilia and Child Sexual Abuse: A Systematic Review. Sex Med Rev. oct 2022;10(4):596-619.
99. Jahnke S, Imhoff R, Hoyer J. Stigmatization of People with Pedophilia: Two

- Comparative Surveys. *Arch Sex Behav.* 1 janv 2015;44(1):21-34.
100. Harper CA, Bartels RM, Hogue TE. Reducing Stigma and Punitive Attitudes Toward Pedophiles Through Narrative Humanization. *Sex Abuse.* août 2018;30(5):533-55.
101. Harper CA, Lievesley R, Blagden NJ, Hocken K. Humanizing Pedophilia as Stigma Reduction: A Large-Scale Intervention Study. *Arch Sex Behav.* févr 2022;51(2):945-60.
102. Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl.* juin 2009;33(6):331-42.
103. Beier KM. Differential typology and prognosis for dissexual behavior - a follow-up study of previously expert-appraised child molesters. *International Journal of Legal Medicine.* 9 avr 1998;111(3):133-41.
104. Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. Psychiatric Comorbidity in Pedophilic Sex Offenders. *AJP.* mai 1999;156(5):786-8.
105. 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 & Neglect.* 1 août 2009;33(8):545-9.
106. Hoffberg AS, Stearns-Yoder KA, Brenner LA. The Effectiveness of Crisis Line Services: A Systematic Review. *Front Public Health.* 17 janv 2020;7:399.
107. Zabelski S, Kaniuka AR, Robertson R, Cramer RJ. Crisis Lines: Current Status and Recommendations for Research and Policy. *Psychiatr Serv.* 1 mai 2023;74(5):505-12.
108. Shaw FFT, Chiang WH. An evaluation of suicide prevention hotline results in Taiwan: Caller profiles and the effect on emotional distress and suicide risk. *J Affect Disord.* 1 févr 2019;244:16-20.
109. 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.
110. rapport\_du\_17\_juin\_2018.Fédération Française des CRIAVS [Internet]. [cité 13 août 2024]. Disponible à: [https://www.ffcriavs.org/media/filer\\_public/01/2d/012d3270-9129-4689-8e79-ed456fd28ecf/rapport\\_du\\_17\\_juin\\_2018.pdf](https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/01/2d/012d3270-9129-4689-8e79-ed456fd28ecf/rapport_du_17_juin_2018.pdf)
111. FFCRIAVS. FFCRIAVS. 2017 [cité 13 août 2024]. L'Audition publique 2018. Disponible à: <https://www.ffcriavs.org/nos-actions/audition-publique/>
112. FFCRIAVS. FFCRIAVS. 2019 [cité 25 août 2024]. S.T.O.P. Disponible à: <https://www.ffcriavs.org/nos-actions/numero-unique/>
113. bellis A, Bertsch I, Januel D. (In press) Dispositif téléphonique national STOP destiné aux personnes attirées sexuellement par les enfants : données quantitatives après 24 mois de fonctionnement. *L'Encephale.*
114. Abel GG, Harlow N. The Abel and Harlow child molestation prevention study. Dans: *The Stop Child Molestation Book.* 2001. p. 14. (Xlibris Corporation).
115. Christophersen L, Brotto G. The Effectiveness of Educational Interventions for Mental Health Professionals in Reducing Stigmatization Toward People with Pedophilia: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2 août 2024;15248380241262286.
116. statista. Statista. [cité 28 août 2024]. Sexe des auteurs de violences sexuelles sur mineurs en France 2019. Disponible à: <https://fr.statista.com/statistiques/1227800/infractions-sexuelles-enfants-auteurs->

france-sexe/

117. Herder T, Spoelstra SK, Peters AWM, Kneegting H. Sexual dysfunction related to psychiatric disorders: a systematic review. *J Sex Med.* 2023 Jun 28;20(7):965-976. doi: 10.1093/jsxmed/qdad074. PMID: 37279603.

## ANNEXE 1

# Questionnaire CRIAVS : campagne de communication du numéro STOP

### 1. Comment avez-vous communiqué autour du numéro stop?

- Réalisations d'une campagne avec une équipe dédiée et un plan de campagne pré établi
- Communication sans plan préétabli mais réalisée en fonction des opportunités/possibilités
- Autre ?

### 2. Qui se charge de la communication au sein de votre criavs ?

### 3. A qui s'adressait cette communication ?

- Professionnels de santé du domaine de la santé mentale : CMP, service d'hospitalisation, HDJ, urgences
- Autres pro de santé. Lesquels ?
- Professionnels du médico-social susceptibles d'être confrontés à des personnes ayant des désirs sexuels pour des enfants. Lesquels ?
- Grand public

### 4 Quels moyens avez-vous utilisés ?

- Interventions dédiées au sein d'établissements
- Interventions lors de séminaires/conférences
- Distributions de plaquettes/cartes/affiches
- Autre?

### 5. En cas d'intervention, quels professionnels sont intervenus ?

### 6. Quels supports avez-vous utilisés ?

- Supports de la communication nationale
- Vos propres supports
- Autre ?

### 7. Comment vos campagnes ont-elles été reçues ?

### 8. Avez-vous rencontrés des difficultés ? Lesquelles ?

### 9. Avez-vous eu des résultats ? Lesquels ?

### 10. Quels sont vos projets de communication futurs ? Qu'aimeriez-vous mettre en place par la suite ?

## ANNEXE 2

### PRISE EN CHARGE DES « PERSONNES PEDOPHILES »

#### SECTION 1

##### En tête

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse de fin d'études de médecine, spécialité psychiatrie, je réalise, en collaboration avec l'URSAVS (unité régionale de soins aux auteurs de violence sexuelle), une enquête auprès des professionnels et des bénévoles susceptibles d'être confrontés à des « personnes pédophiles » dans leur pratique.

Cette étude a pour but de faire, d'une part, un état des lieux des connaissances sur « la pédophilie » chez les professionnels et bénévoles, et, dans un second temps, d'identifier comment ils réagissent ou réagiraient s'ils y étaient confrontée.

Si vous pouviez m'accorder entre 5 et 10 minutes de votre temps pour répondre à ce questionnaire, cela me serait d'une grande aide.

Je vous remercie par avance de votre temps accordé et de vos réponses.

Si vous souhaitez échanger avec moi sur le sujet, je me tiens à votre disposition à l'adresse mail suivante : [anouk.court@outlook.fr](mailto:anouk.court@outlook.fr)

Cordialement,

Anouk Court

Question 1 :

Quelle est votre profession ?

réponse écrite courte

Question 2 :

Dans quelle structure travaillez-vous/ou êtes-vous bénévole ?

réponse écrite courte

Question 3 :

Quel est votre âge ?

réponse écrite courte

Question 4 :

Quel est votre genre ?

réponse écrite courte

Question 5 : obligatoire

Connaissez-vous le terme de paraphilie ?

Réponse unique :

- OUI
- NON

Question 6 :

Comment le définissez-vous ?

Choix multiples, plusieurs réponses possibles :

- Un trouble mental
- Une maladie
- Un trouble sexuel
- Un vice
- Autre : ...

Question 7 : obligatoire

Qu'est ce qu'un pédophile ?

Choix multiples, plusieurs réponses possibles :

- Une personne malade

- Une personne perverse
- Une personne dangereuse
- Une personne souffrante
- Un agresseur sexuel
- Autre :

Question 8 : obligatoire

Pour vous, une personne pédophile peut être attirée sexuellement par :

Choix multiples, plusieurs réponses possibles :

- Les jeunes garçons uniquement
- Les jeunes filles uniquement
- Les deux genres en même temps
- Les enfants et les adultes

Question 9 : obligatoire

Pour vous à quel âge peut-on présenter des signes de ce trouble ?

Choix multiples, plusieurs réponses possibles

- De 5 a 10 ans
- De 10 à 16 ans
- après 16 ans
- après 25 ans

Question 10 : obligatoire

Le trouble est-il exclusivement masculin ?

Réponse unique :

- OUI
- NON

**2EME SECTION (pas de retour possible)**

Définition du trouble pédophilique :

Dans la CIM-10 : la pédophilie est classée parmi les troubles de la préférence sexuelle ; elle y est définie comme une « préférence sexuelle pour les enfants, qu'il s'agisse de garçons, de filles, ou de sujets de l'un ou l'autre sexe, généralement d'âge prépubère ou au début de la puberté ».

Dans le DSM 5 : la pédophilie est classée dans les paraphilies. Le trouble pédophile est caractérisé par des fantasmes intenses, sexuellement excitants, récurrents, des pulsions ou des comportements impliquant des adolescents prépubères ou de jeunes adolescents (généralement de 13 ans ou moins); il n'est diagnostiqué que si les sujets ont au moins 16 ans et s'ils sont âgés de 5 ans ou plus que l'enfant qui est la cible des fantasmes ou des comportements.

#### Question 1 : Obligatoire

Avez-vous déjà rencontré dans votre pratique des personnes souffrant d'un trouble pédophilique diagnostiqué ?

Réponse unique :

- OUI
- NON

#### Question 2 : obligatoire

Avez-vous déjà rencontré, dans votre pratique, des personnes pouvant potentiellement souffrir de trouble pédophilique, à votre avis ?

Réponse unique :

- OUI
- NON

#### Question 3 :

Si oui, avez-vous réussi à aborder le sujet ?

Choix multiples, plusieurs réponses possibles :

- Oui
- Non, je ne savais pas comment aborder le sujet

- Non, je n'en avais pas envie
- Non, ce n'est pas mon rôle
- Non car je ne saurai pas comment le prendre en charge

Question 4 : **obligatoire**

Interrogez-vous les patients/usagers sur leur sexualité lors de vos entretiens ?

**Choix multiples, plusieurs réponses possibles :**

- A chaque fois
- Parfois
- Quand le patient/usager aborde la question
- Jamais

Question 5 : **obligatoire**

Interrogez-vous les patients/usagers sur une potentielle sexualité déviante lors de vos entretiens ?

**Choix multiples, plusieurs réponses possibles :**

- A chaque fois
- Parfois
- Quand le patient/usager aborde la question
- Jamais

Question 6 : **obligatoire**

Un patient/usager présentant un potentiel trouble pédophilique a-t'il un impact sur le devenir de votre prise en charge ?

**Choix multiples, une seule réponse possible :**

- Aucun impact et maintien de prise en charge
- Impact négatif mais maintien de prise en charge
- Demande de relais par un confrère-sœur ou collègue
- Rupture de contact sans relais

Question 7 : obligatoire

Avez-vous, à votre disposition, des ressources spécifiques pour la prise en charge des personnes présentant un trouble ou un potentiel trouble pédophile ?

Réponse unique :

- Oui
- Non

Question 8 :

Si oui, lesquelles ?

Réponse écrite courte

**SECTION 3 (pas de retour possible en arrière)**

Question 1 : obligatoire

Connaissez-vous un numéro spécifique d'appel pour les personnes souffrants de trouble pédophile ?

Réponse unique :

- Oui
- Non

Numéro STOP : 08 06 23 10 63

Le dispositif STOP est un Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention à destination des personnes attirées sexuellement par les enfants, pour prévenir les éventuels passages à l'acte et soulager la souffrance.

Lorsque les personnes (femmes, hommes) appellent ce numéro (confidentiel et gratuit), ils sont mis en communication avec des professionnels de santé formés pour les orienter de manière bienveillante, si nécessaire, vers une aide adaptée.

Question 2 : obligatoire

Que pensez-vous de ce dispositif ?

Choix multiples, plusieurs réponses possibles :

- Inutile car on ne peut pas aider ces personnes
- Inutile car personne n'appellera
- Inutile car les personnes présentant un trouble pédophilique ne souhaitent pas être aidées
- Représente une perte de temps et d'argent public
- Me met mal à l'aise
- Semble nécessaire
- Est un moyen pertinent d'accès aux soins
- N'est pas un moyen pertinent d'accès aux soins
- Autre : ...

Question 3 : obligatoire

Seriez-vous prêt à le communiquer à vos patients/usagers ?

Réponse unique :

- Oui
- Non

Question 4 :

Si non, pourquoi ?

Réponses multiples, plusieurs choix possibles :

- Cela me mettrait mal à l'aise
- J'ai peur de choquer les patients
- J'ai peur de perdre le lien avec mes patients
- Cela ne correspond pas à mon travail
- Autre : ...

Question 5 :

Si oui, par quel moyen ?

Réponses multiples, plusieurs choix possibles :

- Remise de carte d'information en main propre
- Affichage de pancarte de prévention dans votre lieu de travail
- Communication verbale
- Mise à disposition de cartes d'information sur mon lieu de travail
- Autre :...

Question 6 : **obligatoire**

Jugez-vous nécessaire d'avoir des formations pour vous aider à prendre en charge les personnes souffrant de trouble pédophilique ?

Réponse unique :

- Oui
- Non

Question 7 : **obligatoire**

Seriez-vous prêts à accueillir des professionnels pour vous présenter le trouble et le dispositif ?

Réponse unique :

- Oui
- Non