

PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET PSYCHIATRIQUE DE LA PÉDOPHILIE : DONNÉES ACTUELLES

Alexandre Baratta, Alexandre Morali

John Libbey Eurotext | « L'information psychiatrique »

2011/2 Volume 87 | pages 133 à 140

ISSN 0020-0204

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-2-page-133.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

© John Libbey Eurotext. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Prise en charge médicale et psychiatrique de la pédophilie : données actuelles

Alexandre Baratta¹, Alexandre Morali²

RÉSUMÉ

L'évolution récente de la criminalité et la mise en exergue de la pédophilie ont amené la psychiatrie à élargir son champ d'action et de compétences. De l'analyse du discernement au moment des faits, l'attente du magistrat, sous l'impulsion législative, est devenue celle de l'appréciation du risque de récurrence et des moyens à employer pour le réduire. Les approches psychothérapeutiques classiques, majoritairement mises en œuvre, ne répondent pourtant pas à cette attente. D'autres méthodes, telles que les thérapies cognitivocomportementales et/ou la pharmacothérapie antihormonale apportent des éléments de réponse.

Mots clés : pédophilie, épidémiologie, définition, récurrence, prise en charge, soin psychiatrique, psychothérapie, thérapie médicamenteuse, revue de la littérature, hormone, obligation de soins, risque

ABSTRACT

Medical care and psychiatric paedophilia: current data. Recent developments in crime and the highlighting of paedophilia have prompted psychiatry to expand its scope and expertise. Analysis of psychiatric discernment at the time of occurrence, waiting for the magistrate to react under legislative guidance, has become one of assessing the risk of recurrence and means to be employed to reduce recurrence. The traditional psychotherapeutic approaches that are implemented in most cases do not, in fact, meet current expectations. Other methods, such as cognitive-behavioural and/or anti-hormonal drug therapy may provide some answers.

Key words: paedophilia, epidemiology, definition, recurrence, treatment management, psychiatric care, psychotherapy, drug therapy, literature review, hormone, care obligations, risk

RESUMEN

Atención médica y psiquiátrica de la pedofilia: datos actuales. La reciente evolución de la criminalidad y la puesta de manifiesto de la pedofilia han llevado la psiquiatría a ampliar su campo de acción y competencias. Del análisis del discernimiento en el momento de los hechos, lo que espera ahora el magistrado, a impulsos de lo legislativo, ha pasado a ser apreciación del riesgo de reincidencia y de los medios necesarios para reducirlo. Los enfoques psicoterápicos clásicos que se manejan en la mayoría de los casos, no responden sin embargo a dicha expectativa. Otros métodos, como son las terapias cognitivo-conductuales y/o la farmacoterapia antihormonal aportan ciertos elementos de respuesta.

Palabras claves : pedofilia, epidemiología, definición, reincidencia, atención, cuidado psiquiátrico, psicoterapia, terapéutica medicamentosa, repaso de la literatura, hormona, obligación legal de cuidados, riesgo

¹ Centre hospitalier spécialisé, unité malades difficiles, 1, rue Calmette, 57200 Sarreguemines, France
<alexandrebaratta@aol.com>

² Centre hospitalier spécialisé d'Ertstein, secteur de psychiatrie adulte, 67G11, Erstein, France

Tirés à part. : A. Baratta

Introduction

Le pédophile récidiviste est devenu, au fil des années, la nouvelle figure du fou dangereux. Avec cette personnalisation du Mal, les psychiatres se retrouvent face à des situations extrêmement complexes : qu'est-ce qu'un sujet pédophile ? En quoi les psychiatres sont-ils concernés par cette problématique ? Que peut attendre la justice d'un soin psychiatrique pour les sujets pédophiles ? Le risque zéro n'existant pas en matière de récidive sexuelle et comme le rappelait O. Wilde, « il n'existe qu'une certitude définitive sur la nature humaine, elle est changeante » (*Aphorismes*, 1904), nous revenons dans une première partie sur les acceptions du terme pédophile et en dressons un rapide panorama épidémiologique. Dans la seconde partie, nous nous interrogeons sur la base d'une revue de la littérature internationale sur l'impact des différentes modalités de soins proposés à cette population (psychothérapies, pharmacothérapie).

Définition de la pédophilie et données épidémiologiques

La pédophilie est actuellement définie selon des normes médicales telles que retrouvées dans la Classification Internationale des maladies 10^e version (CIM-10) ou le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR). 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-IV-TR, la pédophilie est classée dans les paraphilies. Le sujet doit être en proie à des pulsions sexuelles ou à des fantasmes imaginatifs sexuellement excitantes impliquant une activité sexuelle avec un enfant prépubère. Cette activité doit durer au moins six mois et l'enfant ne doit pas être âgé de plus de 13 ans.

À l'heure actuelle, nombre de psychiatres estiment que la pédophilie n'est pas une maladie mentale et ne relève donc pas de soins spécialisés. Pourtant, plusieurs travaux internationaux récents tendent à mettre en évidence un cortège d'anomalies neurobiologiques dans cette population [5].

Sur le plan pénal, la pédophilie n'est pas définie en tant que telle. Le Code pénal donne une définition des agressions sexuelles (article 222.22) et du viol (article 222.24). La commission de l'un ou l'autre acte sur un mineur de 15 ans est une circonstance aggravante dans la fixation de la peine. Par ailleurs, le Code pénal condamne également la « mise en péril des mineurs ». Toute relation sexuelle même consentie (excluant donc le viol ou l'agression sexuelle) avec un mineur de 15 ans est punie (article 227.25).

La pédophilie est donc définie selon des normes médicales, mais elle reste un trouble relevant à la fois du domaine judiciaire, lequel n'en donne aucune définition propre, et du champ psychiatrique. En effet, la principale préoccupation de la justice, en écho aux inquiétudes de la société, est le risque de récidive. Une solution médicale est donc attendue des psychiatres afin de limiter un tel risque ; psychiatres dont la plupart ne considèrent pas la pédophilie comme une maladie mentale. Ce paradoxe apparent n'est pas sans poser de question.

Selon des croyances populaires, les sujets pédophiles seraient exclusivement attirés par les enfants. Or, les études ont démontré que 7 % seulement des pédophiles le sont de façon exclusive. La grande majorité des pédophiles sont donc non exclusifs et ont des rapports sexuels avec des adultes dans 93 % des cas [2].

Par ailleurs, 50 à 70 % des populations pédophiles étudiées ont une paraphilie associée, telle que le frotteurisme, le voyeurisme ou le sadisme [10].

La pédophilie n'est pas un trouble uniforme et différents profils peuvent être distingués. La principale distinction pouvant être opérée est celle de l'orientation hétéro- ou homosexuelle. En effet, les études internationales démontrent clairement un risque de récidive plus élevé dans les cas de pédophilie homosexuelle. Proche d'un taux de récidive de 10 % à dix ans pour les pédophiles hétérosexuels, il peut s'élever jusqu'à 40 % à dix ans pour certains pédophiles homosexuels [20]. Par ailleurs, l'étude de Abel *et al.* révèle un nombre plus élevé de victimes chez les pédophiles homosexuels. Sur une population de 377 sujets étudiés, les pédophiles hétérosexuels avaient en moyenne 19,8 victimes par sujet ; le nombre de victimes moyen pour les pédophiles homosexuels s'élevait à 150, 2 [1].

À côté de la pédophilie, un autre trouble a pu être individualisé. Il s'agit de l'hébéphilie. Ce terme définit des individus engagés dans des activités sexuelles préférentielles avec des mineurs pubères entre 13 et 16 ans. Des caractéristiques similaires à la pédophilie sur le plan neuropsychologique et psychocriminologique ont été mises en évidence dans l'hébéphilie. L'hébéphilie devrait être inclus dans le chapitre des paraphilies dans le DSM-V [7].

La plupart des demandes de soins de patients pédophiles se déroulent dans un cadre de contrainte. En effet, les sujets s'engagent rarement dans une démarche de soins spontanée. En matière d'agression sexuelle, une condamnation pénale reste souvent à l'heure actuelle un préalable avant un premier contact avec la psychiatrie. Les soins sous contrainte peuvent dans ce cadre précis prendre deux formes [33] :
– l'obligation de soins, prévue par l'article 132-45 du Code pénal, est mise en œuvre sans procédure particulière. Il s'agit d'une mesure générale applicable avant ou après la condamnation pénale. Cette mesure est non spécifique à la délinquance sexuelle et aucune relation entre les autorités judiciaires et sanitaires n'est prévue. Aucune expertise

psychiatrique préalable n'est nécessaire pour la mettre en œuvre ;

– l'injonction de soins, créée par la loi du 17 juin 1998 relative au suivi sociojudiciaire, est applicable lorsque le suivi sociojudiciaire est encouru et lorsqu'une expertise médicale conclut à la possibilité de soins, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté. Elle fait intervenir le médecin coordonnateur en application des dispositions de l'article L. 3711-1 du code de la santé publique. L'expertise médicale préalable est nécessaire pour l'ordonner ou la prononcer et la supprimer.

Il s'agit donc d'une situation singulière. Des soins psychiatriques sont imposés à des patients non demandeurs. Et le bénéfice thérapeutique attendu doit se mesurer non pas selon des normes médicales mais judiciaires. En effet, dans ce cas précis un traitement jugé efficace doit entraîner une diminution de la récurrence. L'intérêt général de la protection de la société prévaut sur la recherche d'un bénéfice individuel pour le sujet pédophile. Il est cependant utile de souligner que l'un et l'autre ne sont pas nécessairement antinomiques.

La question que nous abordons dans cet article est de savoir si les traitements actuellement disponibles sont efficaces dans la prise en charge de la pédophilie. Les deux grandes options thérapeutiques sont, d'une part, les psychothérapies et, d'autre part, les traitements médicamenteux de type antihormonaux.

En France, seules deux molécules ont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication de la paraphilie : il s'agit de l'Androcur® et du Salvacyl LP®. L'AMM de l'Androcur® dans cette indication date de juillet 2005 et précise qu'il doit être prescrit pour la « réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies en association à une prise en charge psychothérapeutique ».

L'AMM du Salvacyl LP® est plus récente, puisque datant d'août 2007. Ce traitement est utilisé sous forme injectable. Il est « indiqué pour la réduction majeure et réversible des taux de testostérone afin de diminuer les pulsions sexuelles chez l'homme adulte ayant des déviances sexuelles sévères. Le traitement doit être associé à une psychothérapie dans le but de diminuer le comportement sexuel déviant ».

Les modalités de soin

Les psychothérapies

Les psychothérapies simples

Il s'agit des psychothérapies dites classiques, telles que pratiquées dans les cabinets privés ou les centres ambulatoires des hôpitaux de secteur.

Plusieurs études portant sur l'efficacité des traitements psychologiques non spécialisés auprès d'agresseurs sexuels

ont été effectuées. Il s'agit de comparer l'évolution d'un groupe de sujets traités selon cette modalité par rapport à un groupe témoin de sujets non traités. La plupart des études ont permis un suivi sur une période comprise entre un et cinq ans, période permettant d'évaluer le risque de récurrence avec un recul suffisant.

Toutes les études réalisées ont abouti aux mêmes résultats : aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les groupes de sujets traités et non traités en termes de récurrence. Le taux de récurrence, générale et sexuelle, est donc identique que le sujet bénéficie ou non d'un suivi psychothérapeutique classique [13, 16-18, 30, 38].

L'inefficacité des psychothérapies classiques dans la réduction de la récurrence criminelle est donc une donnée connue depuis maintenant une vingtaine d'années au niveau international. La nécessité de développer des prises en charge spécialisées était donc une nécessité dans le but de réduire les passages à l'acte des patients pédophiles.

Les psychothérapies spécialisées

Des efforts considérables ont été faits pour promouvoir le développement de nombreuses méthodes visant à pallier à l'inefficacité des psychothérapies classiques en matière de récurrence pédophilique. La plupart des thérapies font appel aux techniques dites cognitivo-comportementales (TCC). Les résultats en termes de réduction de la récurrence en matière de pédophilie sont plus contrastés qu'avec les psychothérapies simples. L'équipe de Rice a ainsi comparé l'efficacité des TCC sur un groupe de pédophiles, comparé à un groupe témoin non traité. La répartition par groupe se faisait sur le mode de la « convenance » : les sujets refusant le traitement étaient automatiquement inclus dans le groupe témoin [40]. Les pédophiles traités par TCC présentaient un taux de récurrence sexuelle statistiquement similaire à celui des pédophiles non traités. Toutefois, un problème méthodologique complique l'interprétation de ces résultats. En effet, les sujets traités souffraient le plus souvent de troubles mentaux associés (retard mental, psychose chronique), ce qui n'était pas le cas du groupe témoin.

Selon une méthodologie similaire (répartition de convenance), Marshall *et al.* ont étudié l'impact des TCC sur la récurrence des sujets pédophiles. Le biais méthodologique précédent a été supprimé et les patients bénéficiant de la TCC ne présentaient pas de surreprésentation en pathologie mentale. La récurrence non officielle était étudiée (passages à l'acte rapportés par le sujet). Le taux de récurrence non officielle des pédophiles non traités s'élevait à 34,5 % alors que celui des sujets traités était de 13,2 % [31]. La différence était bien statistiquement significative. Toutefois persistait un biais méthodologique, celui de l'assignation par convenance. En effet, les sujets refusant la TCC peuvent être appréhendés comme présentant d'office un risque de récurrence plus élevé du fait du refus des soins.

Afin de surmonter ce problème, l'équipe de Pellerin a inclus l'ensemble d'une population de sujets pédophiles

dans un protocole de soins par TCC. L'étude, réalisée au centre Philippe Pinel de Montréal, portait sur 382 sujets traités pour certains sur une période de 13 ans. L'étude comparait le taux de récurrence des sujets interrompant le traitement précocement (après moins d'un an) par rapport à ceux le poursuivant au long cours (au moins deux ans) [37].

Le taux de récurrence des pédophiles sortis de l'étude avant une année était de 20,5 %, alors que ceux qui l'ont poursuivi au moins deux ans récidivaient à hauteur de 21,4 %. La différence n'est pas statistiquement significative, conduisant à l'absence d'efficacité du maintien sur deux années au lieu d'une de la thérapie mise en œuvre.

Enfin, Marques *et al.* ont réalisé une étude selon l'assignation aléatoire. La répartition en groupe traité ou non ne se faisait plus sur la base du volontariat, mais selon une procédure aléatoire. Cette étude portait sur une population de pédophiles et de violeurs d'adultes. Les résultats étaient statistiquement significatifs : le taux de récurrence était de seulement 4 % pour les pédophiles traités contre 12,8 % pour les pédophiles non traités. En revanche, aucune efficacité de la TCC n'a été démontrée auprès des sujets violeurs [29].

Afin de confirmer l'efficacité des thérapies spécialisées dans la réduction du taux de récurrence, deux méta-analyses ont été réalisées. La première, réalisée par Hanson *et al.* en 2002 portait sur 43 études, correspondant à 9454 patients [22]. Le taux de récurrence sexuel moyen pour un sujet pédophile était de 12,3 % à dix ans. Cette méta-analyse a confirmé l'absence d'efficacité des psychothérapies classiques (à orientation analytique ou de soutien) s'agissant du taux de récurrence : celui-ci restait stable à 17,4 %. En revanche, le taux de récurrence ne s'élevait qu'à 9,9 % dans le groupe de patients traités par TCC.

Une nouvelle méta-analyse réalisée en 2008, portant sur un total de 22 181 sujets répartis au travers de 80 études a confirmé les résultats précédents [43]. Schmucker *et al.* confirment que seule la TCC a démontré un impact positif sur la réduction du taux de récurrence sexuelle des pédophiles par rapport aux psychothérapies dites classiques.

La pharmacothérapie

Traitements par progestatifs de synthèse

La question du traitement par castration des auteurs d'agression sexuelle s'est posée très tôt. La castration chirurgicale permettait une diminution notable du nombre de récurrence. Celui-ci passait de 60 % pour les sujets non traités à 3 % pour les sujets orchidectomisés [45]. Mais ce traitement a été abandonné dans de nombreux pays pour des raisons éthiques évidentes. Le premier traitement pharmacologique anti-androgénique testé était l'œstrogène [4]. Malgré une efficacité clinique reconnue, ce traitement a rapidement été abandonné du fait d'effets indésirables fréquents (nausées, féminisation, phlébites).

Les dérivés progestatifs se sont révélés plus efficaces et mieux tolérés. Les deux molécules de référence sont l'acétate de medroxyprogestérone (MPA) et l'acétate de cyprotérone (CPA). Ces deux molécules exercent leur action en réduisant la testostéronémie.

En France, seul le CPA a reçu l'autorisation de mise sur le marché (Androcur[®], 50 mg en comprimés) dans l'indication « réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies en association à une prise en charge psychothérapique ». Cette extension d'indication est récente puisque datant de juillet 2005.

Acétate de medroxyprogestérone

Cette molécule est essentiellement utilisée aux États-Unis sous forme orale ou injectable (Depo Provera). Le MPA n'a jamais eu l'AMM dans une telle indication en France. Ses indications françaises y sont restreintes au traitement de l'endométriose et à visée contraceptive chez la femme.

Aucune étude portant sur l'efficacité de cette molécule dans le cas précis de patients pédophiles n'a été réalisée. Toutes les études portaient sur des sujets auteurs de violences sexuelles en général.

L'équipe de Kravitz [24] a pu retrouver une bonne efficacité du MPA chez des patients atteints de paraphilie. L'étude portait sur une cohorte de 29 sujets traités pendant cinq ans. Le taux de récurrence sous MPA était mesuré à 3 % seulement. Dans cette étude, la définition de récurrence correspondait à une arrestation policière pour violence sexuelle. Il convient cependant de souligner l'absence de groupe témoins dans cette étude. Ce qui ne permet finalement aucune conclusion en termes d'efficacité.

Federoff *et al.* ont évalué l'efficacité du MPA sur un effectif plus important de 45 sujets [15]. Deux groupes de patients étaient suivis sur une période de cinq ans. La définition de récurrence retenue était tout comportement sexuel inadapté rapporté par le patient, des proches ou la justice. Le taux de récurrence du groupe traité par MPA était de 15 %. Celui-ci s'élevait à 68 % pour le groupe traité par psychothérapie classique seule.

L'étude de Meyer [33] présente l'avantage de s'étendre sur une durée comprise entre deux et 12 ans. L'échantillon de patients suivis s'élevait à 61 sujets inclus. La définition de récurrence correspondait à des arrestations pour violences sexuelles et auto-dénonciation par le sujet. Seuls 18 % des sujets traités par MPA ont présenté une récurrence, alors que 58 % des patients traités par psychothérapie seule ont récidivé.

Un résultat plus tranché en faveur du MPA a été retrouvé par l'équipe de Maletzky [28]. L'étude portait sur deux groupes de 100 patients chacun, l'un traité par le MPA et l'autre exclusivement par une psychothérapie. La récurrence était définie par une arrestation policière pour violence sexuelle ou par auto-dénonciation du sujet. Le taux de récurrence pour le groupe sous psychothérapie

seule était six fois plus élevé par rapport au groupe traité par MPA.

Toutefois, Mc Conaghy retrouve quant à lui une efficacité beaucoup moins flagrante du MPA [31]. Le taux de récurrence du groupe sous MPA était de 15 % tandis que le taux de récurrence des sujets sous psychothérapie seule était de 20 %. Un résultat similaire est retrouvé par Langevin [26]. Cependant, il est nécessaire de souligner le faible effectif des patients inclus dans ces deux études (30 et 37 respectivement) ainsi que leur faible durée (un et deux ans respectivement).

Enfin, une autre étude intéressante est fournie par Berlin [6]. Il s'agissait pour l'équipe de mesurer le taux de récurrence sous MPA, puis après l'arrêt de ce traitement. La durée de l'étude était comprise entre un et 13 ans selon la durée de la prescription et portait sur un effectif de 20 patients. La récurrence était définie par des poursuites pénales (avec ou sans condamnation) et par auto-dénonciation du sujet. Le taux de récurrence sous MPA était de 15 %, s'élevant à 65 % après l'arrêt de ce traitement pour la même population.

À ce jour, seule une étude contrôlée en double insu versus placebo a été réalisée par l'équipe de Kiersch [23]. Il est nécessaire de rappeler qu'il s'agit de la méthode de référence pouvant valider l'efficacité d'un traitement pharmacologique avant d'obtenir son AMM.

L'étude portait sur un échantillon de six patients souffrant de paraphilie. Chaque sujet recevait successivement un traitement par MPA puis par placebo alternativement sur 16 semaines.

L'efficacité du traitement était évaluée non plus en termes de récurrence, mais sur entretiens cliniques et par pletysmographie. Une diminution franche des épisodes de masturbation et de pensées sexuelles déviantes a pu être constatée pour les six patients. Néanmoins, le faible effectif de sujets n'a pas permis de réaliser de test statistique pour démontrer une différence significative entre les deux traitements.

Acétate de cyprotérone

L'efficacité du traitement par CPA n'a jamais été évaluée en termes de réduction du taux de récurrence des patients traités, mais en fonction d'éléments cliniques, biochimiques et physiologiques. La méthodologie mise en œuvre ici est donc considérablement différente de celle utilisée pour valider l'efficacité des TCC ou du traitement hormonal par MPA.

Deux études princeps menées en Allemagne au début des années 1970 sont venues étayer l'efficacité de cette molécule dans la réduction des pulsions sexuelles. Il s'agit d'études observationnelles ouvertes qui présentent l'intérêt d'avoir porté sur de nombreux sujets. L'équipe de Lashet [27] a mesuré la réduction des pulsions sexuelles du CPA sur une population de 110 délinquants sexuels pendant une durée de quatre à 50 mois. Les doses de CPA administrées variaient entre 50 et 200 mg/j. Dans 80 % des cas, une dose

de 100 mg/j réduisait les pulsions sexuelles avec diminution de la libido et de la fréquence des érections. L'autre étude, menée par Mothes *et al.* [35] concernait 350 patients traités par du CPA pendant trois ans. Les posologies utilisées variaient entre 50 et 100 mg de CPA par jour. La réduction des pulsions sexuelles était de 74 % de la population à un an et à 89 % à trois ans.

Plus récemment, une autre étude non comparative menée par Bradford [8] a livré des données en faveur d'une efficacité du CPA. Cette étude, d'une durée de 12 semaines portait sur 20 patients pédophiles traités par du CPA à des posologies variant entre 50 et 200 mg/j. Une réduction de la testostéronémie et des pulsions sexuelles a pu être observée chez les sujets traités par CPA. Mais la méthodologie de l'étude, de type ouverte avec de faibles effectifs n'a pas permis de conclure à une réelle efficacité statistiquement significative.

Seules quatre études contrôlées en double insu versus placebo ont permis d'évaluer l'efficacité du CPA. La première étude était pilotée par Bancroft [4] et portait sur un faible échantillon de 12 patients. Cette étude comparait l'efficacité des estrogènes (Ethinyl œstradiol dosé à 0,01 mg/j), du CPA (dosé à 50 mg/j) et du placebo. La durée de l'étude était de six semaines. Au final, les deux molécules testées sont révélées d'une efficacité similaire sur la réduction des pulsions sexuelles. En revanche, seule le CPA a démontré une efficacité sur la réduction des érections lors de l'exposition des sujets à des films à connotation érotique.

La première étude réalisée par l'équipe de Cooper [11] a été menée pendant 20 semaines mais ne portait que sur un échantillon de neuf déviants sexuels. L'étude était divisée en cinq phases de quatre semaines chacune, alternant entre un traitement (CPA à la dose de 100 mg/j ou placebo) et sans traitement. Une diminution des pulsions sexuelles a pu être constatée pour les sujets traités par CPA. Cependant, aucune différence statistiquement significative n'a pu être démontrée entre le CPA et le placebo du fait du faible nombre de patients inclus dans l'étude.

La seconde étude menée par la même équipe [12] portait sur sept patients pédophiles. Son objectif était de comparer l'efficacité du MPA, du CPA et du placebo dans la réduction des pulsions sexuelles. Cette étude a duré 28 semaines, se découpant en sept périodes de quatre semaines. Chaque sujet a été son propre témoin, avec alternance de périodes de placebo et de traitement actif (MPA puis CPA). Une réduction des pulsions sexuelles a pu être constatée pour les deux molécules avec une réduction des taux de testostérone, LH et FSH. Cependant, le nombre de patients étant fortement restreint cette différence n'était pas statistiquement significative.

Enfin, l'équipe de Bradford [9] a réalisé une étude de 12 mois portant sur 19 délinquants sexuels. Les doses de CPA administrées étaient comprises entre 50 et 200 mg/j, avec adaptation posologique mensuelle. L'étude a été divisée en quatre périodes de trois mois alternant traitement par

CPA puis placebo. Il s'agit de la seule étude à ce jour à avoir démontré une diminution statistiquement significative des pulsions sexuelles et des concentrations en testostérone et FSH chez les sujets traités par CPA.

Les analogues de la gonadolibérine

Malgré les résultats encourageants de ces études, certaines équipes ont rapporté des cas de sujet pédophiles résistants au MPA et au CPA [14, 19]. De nouvelles thérapies hormonales ont alors été testées. Il s'agit des analogues de la gonadolibérine, ou GnRH de son acronyme anglais (*Gonadotropin-releasing hormone*). Ces molécules inhibent la sécrétion des hormones LH et FSH avec pour conséquence un effondrement des taux de testostérone et une chute de la libido.

En France, le Salvacyl LP® (triptoréline) est la seule molécule appartenant à cette catégorie ayant reçu l'AMM dans l'indication « [...] réduction majeure et réversible des taux de testostérone afin de diminuer les pulsions sexuelles chez l'homme adulte ayant des déviations sexuelles sévères. Le traitement doit être associé à une psychothérapie dans le but de diminuer le comportement sexuel déviant ». Cette AMM est récente puisque datant d'août 2007.

Dickey [14] a ainsi décrit le cas d'un patient souffrant de multiples paraphilies traité par leuprolide 7,5 mg par mois après échec du MPA (550 mg par semaine) puis du CPA (500 mg par semaine). La réponse clinique au leuprolide a rapidement été satisfaisante avec une disparition des troubles sexuels.

La première étude ouverte vient de France et a été menée par l'équipe de Thibaut [46]. L'étude rapporte le cas de six patients atteints de paraphilie traités par triptoréline 3,75 mg par mois. Ce traitement s'est révélé efficace sur le comportement sexuel déviant dès le deuxième mois de traitement, avec une diminution du taux de testostérone plasmatique. Seul un patient a interrompu le traitement avant la fin de l'étude. Cet arrêt prématuré s'est accompagné d'une récurrence du comportement paraphile dix semaines après l'interruption du traitement.

Rosler a effectué une étude similaire portant sur 30 patients [41]. Pendant 42 mois, une population de sujets présentant des paraphilies était traitée par la triptoréline 3,75 mg par mois. Une réduction importante des symptômes ont été rapportées pour la totalité des patients, allant jusqu'à une impossibilité d'obtenir une érection chez 21 sujets. Le principal effet indésirable constaté était une ostéopénie chez 11 patients, confirmée à l'ostéodensitométrie.

Un autre agoniste GnRH a été testé par Krueger *et al.* [25]. Au total, 12 patients atteints de paraphilie ont été traités par leuprolide à la dose de 7,5 mg par mois. Tous les patients ont rapporté une diminution voir un arrêt des déviations sexuelles. Plusieurs effets indésirables ont été constatés : gynécomasties, troubles de l'érection et de l'éjaculation. Seuls trois patients ont présentés une ostéo-

pénie et un patient a développé un tableau de syndrome dépressif sévère.

Saleh rapporte également le cas de six jeunes patients souffrant de paraphilies sévères avec comorbidités psychiatriques [42]. Ces sujets étaient caractérisés par de multiples récurrences sexuelles malgré un traitement bien conduit avec le MPA à forte dose. Chaque patient a bénéficié d'un traitement par leuprolide à la posologie de 7,5 mg par mois pendant au moins 12 mois. Ce traitement s'est révélé efficace sur les pensées sexuelles et sur la fréquence des épisodes de masturbation et d'éjaculation. Aucun effet indésirable n'a été rapporté.

Enfin, une récente étude a comparé deux groupes de pédophiles, l'un traité par TCC seule, et l'autre traité par association TCC-leuprolide. Afin d'exploiter au mieux les résultats, il s'agissait d'une étude en double insu (le groupe en TCC seul recevait un placebo) [44]. L'association TCC-leuprolide diminuait de façon plus importante les fantasmes pédophiliques, les pulsions sexuelles et les masturbations.

Il est utile de souligner que dans l'ensemble, les agonistes GnRH seuls ou en association avec la TCC diminuent bien l'intensité des pulsions sexuelles. Mais toutes les études confirment la même donnée : l'orientation sexuelle de type pédophile n'a jamais été modifiée par le traitement.

Discussion

La synthèse des études précédentes permet de confirmer que des traitements psychothérapeutiques et médicamenteux existent pour traiter la pédophilie. Leur mise en œuvre est problématique pour la communauté médicale. En effet, le soin est rarement demandé par le sujet lui-même. Ces soins s'inscrivent pour la plupart dans l'exécution d'une peine complémentaire faisant suite à une peine privative de liberté. Ainsi, les patients sont adressés par la justice dans le cadre d'une obligation de soins voire une injonction de soins. La demande implicite de la justice est la réduction du risque de récurrence via des mesures médicales. Demande pouvant être mal accueillie par les équipes médicales qui ne considèrent pas la pédophilie comme une maladie mentale.

En France, deux études ont été publiées sur les patients en obligation ou en injonction de soins [3, 20]. Dans l'un des articles [3], 19 % des patients adressés par la justice le sont pour infraction sexuelle. Le traitement de ces patients en particulier n'est pas spécifié (le suivi se faisant essentiellement en CMP). Seule une infime fraction d'entre eux (1,9 %) a été orientée vers un centre spécialisé dans les troubles des conduites sexuelles. Le second article [19] révèle que 33 % des patients adressés par la justice le sont pour infraction sexuelle. Six patients correspondent au diagnostic de pédophilie. Aucune mention n'est faite sur la mise en place d'un traitement spécifique dans leur cas précis. Enfin, une méconnaissance du cadre juridique

se dessine dans ces deux études avec un amalgame fait entre obligation de soins et injonction de soins, chacun des deux termes étant utilisé indifféremment.

La principale modalité de traitement des pédophiles dans notre pays reste la psychothérapie simple. Cela pour plusieurs raisons : premièrement, les équipes de secteur (en Centre médico-psychologique ou CMP), les psychiatres et les psychologues libéraux se sentent encore peu concernés par cette question ; deuxièmement, peu de praticiens sont formés à aux techniques spécifiques de prise en charge. Les outils classiques (psychothérapie de soutien, à orientation analytique) sont donc mis en œuvre par défaut. Or, la présente revue de la littérature démontre clairement l'absence d'impact des psychothérapies classiques sur le taux de récurrence des pédophiles. Un suivi psychothérapeutique au long cours, qu'il soit imposé ou demandé par le patient, ne réduit pas sa dangerosité criminologique.

À ce jour, seules des thérapies spécialisées de type TCC permettent une diminution du taux de récurrence. Mais leur mise en œuvre nécessite une formation préalable qui n'est dispensée que dans certains centres spécialisés européens, voire français. Le recours à de telles méthodes reste en France le fait de structures bien précises et concerne donc une fraction infime des pédophiles en obligation ou en injonction de soins. Les études confirment que la meilleure prise en charge en termes de diminution du risque de récurrence consiste en une association psychothérapie spécialisée par TCC et traitement anti-androgénique par analogue GnRH (en France, le Salvacyl LP®). Mais ces traitements ont leurs limites. Les pulsions sexuelles sont certes diminuées, mais l'orientation sexuelle déviante n'est pas modifiée par le traitement antihormonal. Et si le risque de récurrence peut être considérablement réduit, il n'est jamais supprimé. Ce qui signifie qu'une récurrence est toujours possible sous traitement correctement conduit.

Conclusion

En matière de récurrence sexuelle des sujets pédophiles, le psychiatre est mis en position de mettre en œuvre des soins qui pourraient réduire ce risque. Pour ne pas tomber dans le piège du suivi factice et pour s'extraire de la position inconfortable de témoin « impuissant », éventuellement pointé du doigt par la société en cas de récurrence du sujet, le soignant se doit de s'appuyer sur des données issues de la littérature internationale. Celles-ci démontrent clairement que les psychothérapies simples ne permettent pas la réduction du risque de récurrence. En revanche, les psychothérapies de type TCC et, encore plus, l'association TCC-pharmacothérapie à visée hormonale réduit significativement le risque de récurrence. À l'heure actuelle, ces méthodes sont peu utilisées en France. Pour combien de temps encore ?

Conflits d'intérêts : aucun.

Références

1. Abel GG, Becker JV, Mittelman M, *et al.* Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphilics. *J Interpers Violence* 1987 ; 2 : 3-25.
2. Abel GG, Harlow N. *The Abel and Harlow child molestation prevention study. Excerpted from The Stop Child Molestation Book.* Philadelphia, Pa : Xlibris, 2001 (Available at: www.childmolestationprevention.org/pdfs/study.pdf. Accès en date du 19 janvier 2010).
3. Arena G, Marette F. Enquête sur les obligations de soins en Seine-Saint-Denis EPS de Ville-Évrard. *Inf Psychiatr* 2007 ; 83 : 23-8.
4. Bancroft J, Tennent G, Loucas K, *et al.* The control of deviant sexual behaviour by drug I. Behavioural changes following oestrogens and anti-androgens. *Br J Psychiatry* 1974 ; 125 : 310-5.
5. Baratta A, Weiner L, Di Santi C, *et al.* Pédophilie et anomalies neurobiologiques. État des connaissances en 2009. *J Med Leg Droit Med* 2009 ; 52 : 59-64.
6. Berlin FS, Meinecke CF. Treatment of sex offenders with antiandrogenic medication: conceptualization, review of treatment modalities, an preliminary findings. *Am J Psychiatry* 1981 ; 138 : 601-7.
7. Blanchard R, Lykins AD, Wherrett D, *et al.* Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Arch Sex Behav* 2009 ; 38 : 335-50.
8. Bradford JMW, Pawlak A. Effets of cyproterone acetate on sexual arousal patterns of pedophiles. *Arch Sex Behav* 1993 ; 22 : 629-41.
9. Bradford JMW, Pawlak A. Double-Blind Placebo crossover study of cyproterone acetate in the treatment of the paraphilias. *Arch Sex Behav* 1993 ; 22 : 383-402.
10. Cohen LJ, Galyunker II. Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *J Psychiatr Pract* 2002 ; 8 : 276-89.
11. Cooper AJ. A placebo controlled trial of the antiandrogen cyproterone acetate in deviant hypersexuality. *Comp Psychiatry* 1981 ; 22 : 458-65.
12. Cooper AJ, Sandhu S, Losztyn S, *et al.* A double-blind placebo controlled trial medroxyprogesterone acetate with seven pedophiles. *Can J Psychiatry* 1992 ; 37 : 687-93.
13. Davidson P. Outcome data for a penitentiary-based treatment program for sex offenders. Conference on the assessment and treatment of the sex offender, Kingston, Ontario.
14. Dickey R. The management of a case treatment-resistant paraphilia with a long-acting LHRH agonist. *Can J Psychiatry* 1992 ; 37 : 567-9.
15. Federoff JP, Wisner CR, Dean S, *et al.* Medroxyprogesterone acetate in the treatment of paraphilic sexual disorders: rate of relapse in paraphilic men treated in long-term group psychotherapy with or without medroxyprogesterone acetate. *J Offender Rehabil* 1992 ; 37 : 567-9.
16. Florida department of health and rehabilitative services. Status of the sex offender treatment programs, fiscal year 1983-84, Annual report to the Florida Legislature, alcohol, drug abuse and mental health program office. Tampa, 1984.

17. Frisbie LV. Another look at sex offenders in California, 1969, Mental health research monograph N° 12, Sacramento, CA, Californie, Department of mental Hygiene.
18. Furby L, Weinrott MR, Blackshaw L. Sex offender recidivism. *Psychol Bull* 1989 ; 105 : 3-30.
19. Gagné P. Treatment of sex offenders with medroxyprogesterone acetate. *Am J Psychiatry* 1981 ; 138 : 644-6.
20. Gaillard-Janin N. Enquête sur les sujets ayant été suivis en obligation de soins durant l'année 2005 au centre Philippe-Paumelle. *Inf Psychiatr* 2007 ; 83 : 29-34.
21. Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: A metaanalysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol* 1998 ; 66 : 348362.
22. Hanson KR, Gordon A, Harris AJ, *et al.* First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002 ; 14 : 195-7.
23. Kiersch TA. Treatment of sex offenders with Depo-Povera. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1990 ; 18 : 179-87.
24. Kravitz HM, Haywood TW, Kelly JR, *et al.* Medroxyprogesterone treatment for paraphiliacs. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995 ; 23 : 19-33.
25. Krueger RB, Kaplan MS. Depot-leuprolide acetate for treatment of paraphilias: a report of twelve cases. *Arch Sex Behav* 2001 ; 30 : 409-22.
26. Langevin R, Paitich D, Hucker SJ, *et al.* The effects of assertiveness training, Provera, and sex of therapist in the treatment of genital exhibitionism. *J Behav Ther Exp Psychol* 1979 ; 10 : 275-82.
27. Laschet U, Laschet T. Psychopharmacotherapy of sex offenders with cyproterone acetate. *Neuro-psycho-pharmakologie* 1971 ; 2 : 99-104.
28. Maletzky BM. Treating the sexual offender. Newbury Park, Calif, Sage, 1991.
29. Marques JK, Day DM, Nelson C, *et al.* Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism: Preliminary results of a longitudinal study. *Crim Justice Behav* 1994 ; 21 : 28-54.
30. Marshall WL, Jones R, Ward T, *et al.* Treatment outcome with sex offenders. *Clin Psychol Rev* 1991 ; 11 : 465-85.
31. Marshall WL, Barbaree HE. The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. *Behav Res Ther* 1988 ; 26 : 499-511.
32. Mc Conaghy N, Blaszezynski A, Kidson W. Treatment of sex offenders with imaginal desensitization and/or medroxyprogesterone. *Acta Psychiatr Scand* 1988 ; 77 : 199-206.
33. Meyer WJ, Cole C, Emory LE. Depo Provera treatment for sex offending behavior: an evaluation of outcome. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1992 ; 20 : 249-59.
34. Ministère de la Justice. *Guide de l'injonction de soins*, http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf.
35. Mothes B, Lehnert J, Samimi F, *et al.* « Klinische Prüfung von Cyproteronacetat bei Sexualdeviationen-Gesamtauswertung ». In: Raspé G (ed.). *Schering Symposium über Sexualdeviationen und ihre medikamentöse Behandlung*. Berlin, Live Sci Monogr, 1971, p. 65-87.
36. Murray JB. Psychological profile of pedophiles and child molesters. *J Psychol* 2000 ; 134 : 211-24.
37. Pellerin B, Proulx J, Ouimet M, *et al.* Étude de la récurrence post traitement chez des agresseurs sexuels judiciairisés. *Criminologie* 1996 ; 29 : 85-108.
38. Peters JJ, Roether HA. *Success and failure of sex offenders*. Philadelphie : American Association for the Advancement of Science, 1971.
39. Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, *et al.* Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 1999 ; 156 : 786-8.
40. Rice ME, Quinsey VL, Harris GT. Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatric institution. *J Consult Clin Psychol* 1991 ; 59 : 381-6.
41. Rosler A, Witztum E. Treatment of men with a long-lasting analogue of gonadotrophin-releasing hormone. *New Engl J Med* 1998 ; 338 : 416-22.
42. Saleh FM, Niel T, Fishman M. Treatment of juvenile paraphilia with leuprolide acetate: a preliminary case report series. *J Forensic Sci* 2004 ; 49 : 1343-8.
43. Schmucker M, Losel F. Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema* 2008 ; 20 : 10-9.
44. Schober JM, Kuhn PJ, Kovacs PG, *et al.* Leuprolide acetate suppresses pedophilic urges and arousability. *Arch Sex Behav* 2005 ; 34 : 691-705.
45. Sturup GK (edited by Resnik HPL, Wolfgang ME.). *Castration: the total treatment, in sexual behaviors: social, clinical, and legal aspects*. Boston : Little Brown, 1972, p. 361-382.
46. Thibaut F, Cordier B, Kuhn JM. Effect of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing agonist in sex cases of severe male paraphilia. *Acta Psychiatr Scand* 1993 ; 87 : 445-50.