



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Pratiques sexuelles déviantes, paraphilies, perversions[☆]

Deviant sexual behaviors, paraphilias, perversions

P. Blachère^a, F. Cour^{b,*}

^a 3, avenue de Marlioz, 73100 Aix-les-Bains, France

^b Service d'urologie, hôpital Foch, université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

Reçu le 27 octobre 2012 ; accepté le 29 octobre 2012

MOTS CLÉS

Perversion ;
Perversité ;
Personnalité
perverse ;
Paraphilie ;
Déni

Résumé

Objectifs. — Connaître le nouveau concept des paraphilies, leur présentation clinique et leur lien avec un trouble de la personnalité de type pervers, la législation française les concernant, ainsi que les différentes options thérapeutiques.

Matériel et méthodes. — Revue des recommandations sur le sujet publiées dans la base de données Medline avec une réflexion à partir de notre expérience clinique, en particulier en expertise judiciaire.

Résultats. — Les pratiques sexuelles déviantes sont appelées dans la nomenclature actuelle des paraphilies. Cette entité clinique correspond à toute pratique sexuelle étiquetée « hors normes » par rapport aux critères concernant les actes sexuels de la société où vit le sujet. Elle répond à des signes précis, en premier lieu la souffrance induite par ce trouble ou une altération du fonctionnement social, professionnel, familial. Les paraphilies de type pédophile ont des critères stricts d'âge, la victime devant avoir moins de 16 ans, avec une différence d'au moins cinq ans avec l'auteur de l'acte. Les actes sexuels considérés comme illégaux sont des délits ou des crimes, selon leur gravité, sanctionnés par le Code pénal. En langage courant sont toujours utilisés les termes de pervers et perversion. Ce concept est différent de celui de paraphilie : un pervers pouvant, ou non, avoir un comportement sexuel paraphile. Pour faire le diagnostic d'un trouble de la personnalité de type pervers, il faut que tous les critères soient réunis : narcissisme, utilisation de l'autre comme objet pour son propre plaisir, avec au premier plan des mécanismes de déni et de clivage de la personnalité en double facette qui enlèvent tout sentiment de culpabilité au pervers.

[☆] Cet article fait partie intégrante du Rapport « Médecine Sexuelle » du 106^e congrès de l'Association française d'urologie rédigé sous la direction de Florence Cour, Stéphane Droupy et François Giuliano.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : f.cour@hopital-foch.org (F. Cour).

KEYWORDS

Perversion;
Perversity;
Perverted
personality;
Paraphilia;
Denial

Conclusion. – Le traitement médicamenteux des paraphilies est insuffisant à lui-seul, car les mécanismes de déni sont tels que seules les pulsions sexuelles y sont accessibles, avec un risque important de récurrence. Seule une prise en charge psychothérapique associée peut permettre de modifier les composantes pathologiques d'une personnalité perverse.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Objective. – To know the new concept of paraphilias, their clinical presentation and their link with a personality disorder as perversion, the French legislation concerning them and the different therapeutic options.

Material and methods. – Review of guidelines published on this subject in the Medline database and a reflexion from our own clinical experience, especially in the judicial expertise.

Results. – Deviant sexual behavior is, in current classifications, known as paraphilia. This clinical entity corresponds to any sexual behavior considered "abnormal" compared with sexual acts in the society where the person lives. It means precisely, firstly, suffering caused by this disorder or deterioration of social, professional, or family life. Paraphilia such as pedophilia have strict age limits. The victim must be aged below 16 years, with an age difference of at least 5 years with the author of the act. Sexual acts which are illegal are crimes or offences according to the degree, and are sanctioned by the law. In ordinary terms, they are known as pervers, committing perversions. This concept is different from that of paraphilia, a pervers can have, or not have, paraphiliac behavior. In order to diagnose a personality disorder such as perversion, all the criteria must be included: narcissism, use of a person as an object for pleasure, with, primarily, mechanisms of denial and a split personality which removes any feeling of guilt from the perpetrator.

Conclusion. – Medical treatment of paraphilia alone is not satisfactory for the denial mechanism is such that only the sex drive is affected with a high risk of recurrence. Only psychotherapy can modify the pathological element of a perverted personality.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

L'urologue est susceptible d'être confronté dans sa pratique quotidienne à des patients ayant des pratiques sexuelles déviantes, appelées maintenant paraphilies. Ceux-ci peuvent présenter un trouble de la personnalité de type pervers. L'urologue doit connaître les caractéristiques principales de ces différentes entités cliniques afin d'éviter des erreurs de prescription, notamment un traitement androgénique, et de proposer une prise en charge psychiatrique adaptée.

Urologie, urine, urètre, pratiques sexuelles déviantes et perversion

L'urologue est amené à prendre en charge, dans le cadre d'urgences, des patient(e)s s'étant introduit des objets dans les différents orifices périnéaux, essentiellement urinaires en pratique urologique.

La variété et les modalités d'introduction des corps étrangers dans le bas appareil urinaire soulèveront toujours une curiosité. Ces pratiques sont souvent liées à un acte sexuel ou érotique dans un contexte psychiatrique. Leurs prises en charge diagnostique et thérapeutique sont facilitées par la radiologie et l'endoscopie [1].

Si la découverte de corps étrangers dans le bas appareil urinaire reste peu fréquente, elle pose néanmoins la question de l'érotisation de l'urètre et plus généralement des pratiques sexuelles déviantes (Fig. 1).

L'urine elle-même peut être source de plaisir, certains patients jouent avec leurs excréments au cours des pratiques sexuelles.

Nosologie

Le mot « ondinisme » est utilisé par les « pratiquants » de jeux sexuels avec l'urine de préférence à urolagnie, terme médical plus culpabilisant, cette expression médicale renvoyant à la notion de perversion.

Parfois, certains adeptes des médecines parallèles nous interrogent sur l'amaroli. Cette pratique n'est pas à proprement parler une pratique sexuelle mais l'utilisation de l'urine sous forme de boisson et ce, aux fins de se soigner ou de se prémunir des maladies. . .

Historique

La relation qui existe entre l'urine, l'urètre et les pratiques sexuelles est connue depuis longtemps. Ainsi Freud lui-même, dans une préface à un livre de Bourke [2], écrivait :



Figure 1. Photographies de quelques « bijoux » d'urètre.

« Dans les toutes premières années de l'enfance, il n'y a encore trace ni de honte à l'égard des fonctions excrémentielles ni de dégoût à l'endroit de l'excrément. »

L'étude des civilisations disparues montre que la relation que l'homme primitif a entretenue avec l'urine n'a pas toujours été une réaction de dégoût bien au contraire :

« Les nehué firent de nouveau leur entrée... Cushing annonça en langue Zuni qu'un festin était préparé pour eux. Je refusai de croire à l'évidence de mes sens et demandai à Cushing si c'était vraiment de l'urine humaine. « Mais certainement » me répondit-il. Je me tenais prêt de la squaw pendant qu'elle offrait cet étrange et abominable rafraîchissement, elle faisait un geste de la main pour m'indiquer que c'était de l'urine [3]. »

Dans d'autres civilisations, l'urine était clairement associée à la sexualité :

« ... En manifestation d'hospitalité les Tchuktchi de Sibérie offrent leurs femmes aux voyageurs, mais ceux-ci, pour s'en rendre dignes, doivent se soumettre à une épreuve dégoûtante. La fille ou la femme qui doit passer la nuit avec son nouvel hôte présente une tasse pleine de son urine ; il faut qu'il s'en rince la bouche. S'il a ce courage il est regardé comme un ami sincère, sinon il est traité comme un ennemi de la famille [2]. »

En pratique urologique

Dans la pratique quotidienne, l'urologue n'est que peu concerné par ces pratiques sexuelles déviantes ou par la demande de patients faisant référence à des pratiques archaïques ou revendiquant l'ingestion d'urine comme thérapeutique.

La question de la déviance sexuelle n'est pourtant pas anecdotique en pratique urologique :

- ainsi, il est important pour l'urologue de pouvoir repérer ou du moins de s'interroger sur les antécédents paraphiliques et notamment pédophiles lorsque se pose la question d'une éventuelle prescription d'androgène ;
- de la même façon, l'urologue peut être amené à donner son point de vue sur la légitimité ou sur la prise en charge de complications d'un traitement anti-androgénique prescrit chez un auteur d'infractions à caractère sexuel ;
- enfin, certaines demandes de soins et notamment celles concernant l'esthétique peuvent mettre mal à l'aise le praticien. Une dysmorphophobie sous-jacente est souvent présente. Elle doit être diagnostiquée car, si c'est le cas, aucun geste chirurgical ne pourrait alors jamais satisfaire le patient et cette insatisfaction constante risquerait de faire multiplier les actes au chirurgien, en vain...

Il importe donc que l'urologue puisse bien distinguer ce qui est une fantaisie sexuelle, une pratique sexuelle déviante et une perversion.

Perversion, déviance ou fantaisie : la question de la norme

Nouvelle nosologie

Déviations sexuelle

Le terme générique de « déviation sexuelle » est certainement le plus pertinent [4]. Pourtant, il est le moins employé dans les publications scientifiques.

Ce terme de « déviation » a l'intérêt de renvoyer à la notion de normes. Hors, il existe plusieurs normes : statistique, légale, psychopathologique, morale ou religieuse. La norme n'est jamais universelle ; de plus, elle évolue avec le temps. . .

Dans le domaine de la sexualité, certaines pratiques ne sont pas légalement répréhensibles et sont pourtant considérées comme des perversions. C'est notamment le cas de l'ondinisme du moins s'il est pratiqué entre deux adultes consentants.

Certaines pratiques sexuelles peuvent être considérées comme anormales culturellement ou religieusement dans certains pays et tout à fait tolérées dans d'autres cultures. Par exemple, dans notre législation européenne, ni la masturbation, ni l'homosexualité, ni la pratique sodomitique ne sont considérées comme des pratiques illégales. Tel n'était pas le cas il y a à peine quelques décennies.

Perversion/Paraphilie

Longtemps, le terme « perversion » a désigné les pratiques sexuelles qui étaient considérées comme hors normes et en tout cas socialement réprochées. Ce terme était extrêmement ambigu car il désignait également la perversion morale.

C'est ainsi qu'est né le concept de paraphilie, dont l'intérêt est de ne pas se définir en référence à une culture ou à une morale, mais de décrire quelles sont les sexualités qui peuvent être considérées comme pathologiques : le terme de « paraphilie », correspondant à une pratique sexuelle déviante, a ainsi remplacé l'expression « perversion sexuelle », y compris dans le domaine de l'expertise judiciaire.

Il faut savoir également différencier l'acte de l'auteur : une personnalité pathologique perverse peut avoir, ou non, une sexualité paraphile [5]. À l'inverse, une paraphilie peut être commise par quelqu'un n'ayant pas une personnalité perverse : c'est le cas de sujets frustes, comme par exemple des déficients intellectuels où la paraphilie peut alors n'être que circonstancielle, ou de sujets, quelquefois psychopathes, mais pas toujours, sous emprise de l'alcool ou de différentes drogues comme l'ecstasy. . .

Le terme de « paraphilie » est aujourd'hui employé dans la plupart des classifications modernes notamment celle du DSM IV.R (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders) [6]. Une nouvelle version, le DSM V, étayant la classification des troubles de la personnalité, va paraître en 2013 [7,8].

Dans le DSM IV.R, la paraphilie désigne « un fantasme, une impulsion ou un comportement sexuel récidivant et sexuellement excitant, survenant depuis au moins six mois et provoquant un désarroi cliniquement significatif ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans

d'autres domaines importants ». Il s'agit donc bien d'une sexualité pathologique, qui entraîne une gêne, une souffrance chez le sujet en compromettant son insertion sociale.

Classification actuelle des paraphilies

Classification générale

Le DSM [6] reconnaît comme paraphilies les catégories suivantes [9,10] :

- l'exhibitionnisme : fait d'obtenir du plaisir sexuel en s'exhibant (surtout en public), notamment en montrant ses organes génitaux ou en s'affichant lors d'une relation sexuelle dans les lieux publics non prévus à cet effet ;
- le fétichisme : nécessité d'utiliser des objets non sexuels ou des parties du corps d'une personne (partialisme) pour obtenir une excitation sexuelle ;
- le frotteurisme : excitation sexuelle obtenue par frottement contre des personnes non consentantes (par exemple, toucher les seins ou les organes génitaux d'une autre personne de manière à ce que la chose paraisse accidentelle, dans une foule) ;
- la pédophilie : attirance sexuelle pour les enfants prépubères ou péripubères ;
- le masochisme sexuel : plaisir sexuel obtenu en subissant de la douleur ou des humiliations ;
- le sadisme sexuel : plaisir sexuel obtenu en infligeant de la douleur ou des humiliations ;
- le voyeurisme : plaisir sexuel obtenu en observant d'autres personnes, notamment dans leurs relations intimes, à leur insu dans un lieu privé ;
- le transvestisme fétichiste : attraction sexuelle pour des vêtements du sexe opposé ;
- les paraphilies non spécifiées comme la zoophilie où c'est un animal qui est l'objet du désir sexuel. . .

Toutes ces paraphilies doivent impérativement remplir deux critères A et B :

- le critère A correspond à la nature de la paraphilie, qui peut être soit une fantaisie imaginative sexuellement excitante, soit une impulsion sexuelle ou un comportement répété et intense apparaissant depuis au moins six mois ;
- le critère B est lui aussi obligatoire : pour qu'une paraphilie soit reconnue comme telle par le DSM, il faut que cette fantaisie, cette impulsion ou ce comportement soit à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération d'un fonctionnement social professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Cas particulier de la pédophilie

En ce qui concerne la pédophilie, les critères sont un peu différents puisqu'il faut, pour reconnaître l'existence d'une « paraphilie pédophile » l'association de trois critères.

Aux deux critères précédant A et B, le critère A impliquant dans ce cas une activité sexuelle avec un enfant ou des enfants prépubères (âgés de moins de 13 ans en général), s'ajoute un critère d'âge : le sujet devant être âgé de 16 ans au moins et devant avoir au minimum cinq ans de plus que l'enfant.

Trois précisions supplémentaires doivent être apportées :

- le type du genre sexuel de l'attirance du sujet :

- attiré sexuellement par les garçons,
- attiré sexuellement par les filles,
- attiré sexuellement par les filles et par les garçons ;
- le lien familial avec les victimes :
 - actes limités à l'inceste,
 - actes en dehors de liens familiaux ;
- le type d'activité sexuelle :
 - type exclusif (attiré uniquement par les enfants),
 - type non exclusif.

Les paraphilies non spécifiées

Cette catégorie a été incluse dans le DSM afin de classer les paraphilies qui ne répondent aux critères d'aucune des catégories spécifiques.

Il existe ainsi de nombreuses paraphilies non spécifiques comme la scatologie téléphonique (appels téléphoniques obscènes), la nécrophilie (cadavre), le partialisme (focalisation exclusive sur une partie du corps), la zoophilie (animaux), la coprophilie, la clystérophilie (lavement), l'urophilie...

Cette catégorie diagnostique est utile au clinicien dans la mesure où elle laisse la possibilité d'élargir le champ des paraphilies à des pratiques variées qui n'auraient pas été initialement individualisées dans le DSM : à ce titre, toutes les pratiques sexuelles déviantes peuvent donc être classées dans les paraphilies [11]. Elle permet d'adapter le concept de paraphilie à des cultures où certaines pratiques sexuelles acceptées ailleurs sont considérées comme déviantes, une pratique sexuelle étant définie comme pathologique si elle est gênante socialement. Le caractère pathologique est donc retenu par rapport à la société dans laquelle vit le sujet et à sa tolérance en matière de comportements sexuels : ainsi, le concept de paraphilie, même s'il est moins connoté moralement que celui de perversion, ne permet pas de s'affranchir complètement de toute référence culturelle, sociale ou religieuse.

Relation entre paraphilie et infraction à caractère sexuel

Dans chaque législation, le Code pénal sanctionne les pratiques sexuelles considérées comme illégales.

On distingue, suivant la gravité de l'infraction, les simples contraventions, les délits et les crimes. En France, il existe différentes juridictions pénales : un délit est passible du Tribunal correctionnel et un crime de la Cour d'assises.

Jadis, les termes d'agresseurs sexuels, de violences sexuelles ou de délinquance sexuelle étaient utilisés confusément.

Aujourd'hui, il est admis de préférer l'expression « auteurs d'infractions à caractère sexuel » pour désigner tous les sujets qui peuvent être mis en cause pour n'avoir pas respecté le Code pénal en matière de pratiques sexuelles. Cette terminologie, qui fait consensus actuellement, englobe les sujets ayant une sexualité paraphile, mais aussi les auteurs de violences sexuelles, conjugales ou non.

Il est important de distinguer parmi les paraphilies celles dont le passage à l'acte constitue nécessairement une atteinte à l'intégrité d'autrui, comme la pédophilie par exemple, entraînant une sanction pénale, de celles qui

n'entravent pas l'intégrité de l'objet du désir (fétichisme par exemple), non considérée comme une infraction.

Tous les auteurs d'infractions à caractère sexuel n'ont pas de pratiques sexuelles paraphiles [12]. Ainsi, la liste des infractions à caractère sexuel d'un point de vue juridique n'est pas superposable à celle des paraphilies, définie par le DSM. Par exemple, le mot pédophilie est absent du Code pénal, le crime est qualifié « d'agression et crime sexuel commis sur des mineurs de moins de 15 ans » : de nombreux violeurs d'enfant ne remplissent pas les critères exigés par le DSM pour rentrer dans la catégorie « paraphilie pédophile ».

Un certain nombre de délits sexuels échappent à la justice. Ainsi, des auteurs de violences sexuelles sur des enfants de sexe masculin font état, en moyenne, d'au moins cinq délits sexuels antérieurs restés impunis [13].

Le risque de récurrence est élevé [14,15] : il augmenterait de 15 % à cinq ans à 27 % après 20 ans de suivi en l'absence de traitement. Le type de paraphilie est un élément majeur à prendre en compte dans le risque de récurrence : les pédophiles attirés sexuellement par les garçons présentent un risque de récurrence plus élevé (35 % à 15 ans) que ceux exclusivement intéressés par les filles (16 % à 15 ans).

Une des raisons du risque de récurrence est la fréquence de l'hyperactivité sexuelle, sur un mode addictif, chez les paraphiles. Dans l'étude de Kafka, sur 120 patients paraphiles recherchant un traitement, plus de 70 % d'entre eux étaient hyperactifs sexuellement [16].

Présentation clinique des sujets paraphiles

En pratique, le sujet présentant une paraphilie ne consulte pas spontanément pour son trouble.

Les deux situations cliniques auxquelles peut être confronté le praticien sont :

- l'évocation par la (le) patient(e) d'une pratique sexuelle déviante chez le (la) partenaire ;
- le cas de l'obligation de soins ou de l'expertise judiciaire, lorsque le sujet est sous le coup de la justice.

Le problème commun aux magistrats et aux médecins experts est de savoir si l'auteur de l'acte paraphile présente une pathologie mentale ou une personnalité pathologique : ainsi, il convient de différencier l'acte qualifié de « paraphilie » du sujet qui l'a commis. Cela est fondamental pour une prise en charge correcte du sujet si une pathologie mentale est diagnostiquée, et pour essayer d'établir un pronostic en termes de récurrence, essentiel pour les magistrats : un même type d'acte peut être commis par des sujets présentant une problématique psychopathologique très variée.

La violence physique avec laquelle est commis l'acte paraphile sur la victime est variable, fonction du type de paraphilie et du degré d'emprise et de soumission de celle-ci. Ainsi, chez les sadiques, une étude récente avec groupe témoin a rapporté une propension statistiquement significative à une violence physique dans l'acte sexuel chez ceux-ci [17].

Les cliniciens distinguent les paraphilies « optionnelles » où le sujet commet un acte sexuel paraphile de temps en temps pour intensifier son excitation sexuelle (porter des sous-vêtements féminins par exemple) et les paraphilies « préférentielles », où le sujet préfère la paraphilie aux

activités sexuelles « normales », mais s'engage quand même dans des relations sexuelles non paraphiles. Dans les paraphilies « exclusives », le sujet est incapable d'être excité en l'absence d'acte paraphile [6].

Une typologie variée

Il n'existe pas de caractéristiques sémiologiques spécifiques communes aux sujets ayant des comportements paraphiles ; il en est de même pour les agresseurs sexuels désignés par la justice. S'il n'existe pas un profil type des délinquants sexuels, il est cependant possible d'évoquer certains profils, bien qu'aucune typologie ne soit actuellement reconnue de façon consensuelle. Les premiers travaux sur le sujet ont été réalisés au siècle dernier par Balier [18]. Celui-ci a mis en évidence trois types d'agresseurs sexuels en fonction de leur personnalité :

- un sujet très carencé sur le plan affectif, avec parfois une déficience intellectuelle. Le passage à l'acte sera souvent violent ;
- un sujet très fragile, avec un sentiment d'identité mal assuré, rentrant dans la catégorie des états limites ou borderline, susceptible de violence, d'hyperexcitation sexuelle, de besoin impérieux de séduction... ;
- un sujet intelligent, au psychisme bien organisé, agissant par narcissisme et besoin de séduction : c'est le classique pervers.

Le diagnostic de paraphilie

Le diagnostic de paraphilie repose essentiellement sur la sémiologie clinique, qui s'appuie sur les critères définis par le DSM.

Certains auteurs se sont intéressés plus récemment à la mesure des mouvements oculaires et ont rapporté, de façon statistiquement significative par rapport à un groupe témoin, un temps de captation vers l'image plus rapide et une fixation sur celle-ci plus longue pour une image d'enfant en comparaison avec une photographie d'adulte chez les sujets pédophiles (sensibilité 86,4 %, spécificité 90 %). Cette méthode pourrait permettre une classification des pédophiles, sur leur préférence d'âge des victimes et du sexe de celles-ci, en fonction des images proposées, en accord avec les caractéristiques du DSM précédemment exposées. Un intérêt supplémentaire de cette méthode pourrait être l'évaluation de l'efficacité des thérapies proposées [19].

Le concept de perversion

La perversion n'est pas reconnue comme un trouble psychique, elle est absente des classifications modernes des troubles mentaux, de même que le trouble de personnalité de type pervers.

Dans les nouvelles définitions, comme on l'a vu, seul le terme « paraphilie » est reconnu. Cette nouvelle dénomination est intéressante en clinique : elle permet de distinguer la perversion sexuelle de la perversion psychique (perversité). Le terme « paraphilie » est cependant encore peu employé ; ainsi, dans le langage commun comme dans le langage médical, il est fait encore souvent référence à des sujets pervers, une personnalité perverse, voire à des

notions plus complexes : aménagement pervers, fonctionnement pervers... .

Dans le domaine particulier des expertises psychiatriques, et surtout en matière de criminalité sexuelle, le terme « pervers », lorsqu'il est utilisé par les experts, renvoie souvent à une notion d'incurabilité, le sujet reconnu comme pervers étant par ailleurs considéré par ces mêmes experts comme pleinement responsable de ses actes. L'utilisation de ce qualificatif est donc lourde de conséquences.

À partir de notre expérience pratique en expertise judiciaire une réflexion sur ce que pourrait être une définition consensuelle des différents termes employés en clinique : perversion, personnalité perverse, perversité et fonctionnement pervers.

L'acte pervers

Il faut savoir différencier l'auteur de l'acte, sa personnalité, de l'acte commis.

Un acte étiqueté « pervers » n'existe pas que dans le domaine de la sexualité. Au niveau individuel, c'est le cas également dans le domaine affectif et sentimental lorsque, par exemple, un sujet est manipulé, abusé par un autre.

Au niveau sociétal, aussi bien dans le domaine de la politique, de la religion, que du commerce ou de l'éducation, un sujet peut en manipuler d'autres, à des fins personnelles.

La relation perverse

Pour pouvoir caractériser un acte de pervers, la nature de la relation qui lie l'auteur à la victime doit être de l'ordre de l'emprise à des fins personnelles, en déniait l'altérité de la victime et en prenant du plaisir soit par le profit résultant de la relation, soit par la jubilation devant la souffrance ou la destruction psychique ou physique de l'autre.

L'emprise d'un groupe de sujets sur un individu ou un autre groupe peut également être définie comme perverse si elle satisfait la jouissance des uns aux dépens de la souffrance des autres : c'est le cas par exemple des « boucs émissaires » des cours de récréations. L'humiliation des victimes amène la jouissance des auteurs et des spectateurs passifs.

Inversement, un même sujet peut exercer son emprise sur une multitude de sujets soit séparément (c'est le cas des escrocs), soit collectivement (c'est le cas des « gourous » à la tête des sectes).

Le trouble de personnalité de type pervers

Il est parfois tentant d'étiqueter pervers l'auteur d'un acte pervers à partir des dires de la victime. Or, on l'a vu, l'acte pervers n'est pas toujours l'œuvre d'un pervers.

Pour certains auteurs, c'est la description du vécu de la victime qui leur permet de porter un diagnostic de pervers pour le criminel (l'auteur) sans que celui-ci ait fait l'objet du moindre examen. Cette pratique est assez fréquente, notamment dans le domaine du harcèlement et du harcèlement sexuel, ainsi que dans celui des expertises familiales, qui traite des différends pour la garde des enfants [20].

Cette méthodologie est source d'erreurs, car les victimes de faits pervers ont toutes en commun le même vécu, celui

d'avoir été sous emprise (séduite, manipulée) pour être utilisée, parfois détruite psychologiquement, par celui qu'elles reconnaissent comme pervers, alors que leur agresseur peut avoir une pathologie psychiatrique autre, une schizophrénie par exemple.

Pour faire le diagnostic de trouble de la personnalité de type pervers chez un agresseur, il faut que celui-ci présente des caractéristiques précises.

Un narcissisme exacerbé

Celui-ci est entretenu par son charisme et sa capacité de séduction.

Un bon niveau intellectuel

Le niveau intellectuel des sujets pervers est souvent décrit comme supérieur à la normale. Mais là aussi, notre pratique en expertise nous oblige à nuancer cette affirmation.

En effet, certains sujets pervers au niveau d'intelligence très moyen peuvent très bien exercer une emprise perverse, notamment dans deux situations différentes : soit avec des sujets vulnérables, en particulier les vieillards et les enfants, soit dans des espaces confinés à l'abri des regards de tiers pouvant porter secours à la victime (internats et casernes [bizutages], cellules de prison, mais aussi... à l'intérieur d'un couple).

Un but précis : l'utilisation de l'autre

Quel que soit le domaine où le pervers exerce son art, le pervers n'est animé du souci que de son propre plaisir, de sa satisfaction personnelle. La manipulation persuasive du pervers peut convaincre la victime de rester dans son statut d'objet, le désir de celle-ci étant réduit à la satisfaction des besoins du pervers.

C'est le cas dans les sectes où les disciples sous l'emprise du gourou conditionnent d'autres personnes, ou chez les pédophiles pervers qui réussissent parfois à convaincre la victime qu'elle a « besoin » de lui, celle-ci pouvant se rendre d'elle-même au domicile du pervers, quelquefois jusqu'à l'âge adulte.

Ce type de réaction renforce la position du pervers qui affirme alors que la victime était consentante : dans un tel contexte, il peut être très difficile à un expert d'expliquer à un jury d'assises que la victime était non consentante.

Les mécanismes de déni et de clivage

Il existe deux mécanismes principaux « de défense » chez les pervers : le déni et le clivage.

Le mécanisme de déni

Le mécanisme de déni est souvent reconnu comme étant ce qui permet au pervers de conserver son équilibre psychique. Grâce à lui, il échappe totalement au sentiment de culpabilité et à la honte.

Le pervers est dans le déni constant de la souffrance de la victime. Il est même parfois dans le déni du fait qu'il est lui-même à l'initiative de la relation avec la victime.

Le déni est parfois encore plus massif : c'est le cas par exemple de ces « énormités » énoncées par des sujets pédophiles :

« Il y a une chose que je ne supporte pas, c'est que l'on fasse du mal aux enfants. Ces gens-là, on devrait les condamner à mort ».

Le mécanisme de clivage

Par le clivage de la personnalité, les pervers ont la capacité à faire coexister une image d'eux-mêmes extrêmement flatteuse, en donnant l'impression qu'ils sont à l'écoute de l'autre, extrêmement respectueux des règles sociales, en apparaissant souvent comme les meilleurs éducateurs, les meilleurs parents, tout en étant dans le même temps capables de dénier l'altérité de la victime, utilisant celle-ci comme un véritable objet.

Malheureusement, ces mécanismes de clivage ne sont mis en lumière que lorsque les faits sont connus. Ils sont extrêmement difficiles à mettre en évidence et peuvent être également déniés par la victime elle-même.

Le clivage est parfois tel que, aveuglées par la facette séductrice de la personnalité des sujets pervers, certaines victimes continuent à entretenir des relations avec les auteurs des faits pervers après leur condamnation, allant parfois leur rendre visite en prison, voire à les accueillir chez eux à l'issue de la peine.

Il arrive que le clivage soit même caricatural : un auteur de viol sur son propre fils âgé de huit ans regardait avec lui des cassettes pornographiques en demandant à celui-ci de lui pratiquer des fellations. Mais il précisait :

« Vous savez, Docteur, je lui masque les yeux avec un bandeau pour ne pas qu'il regarde le film pornographique car ce n'est pas de son âge. »

Les différents domaines où peut s'exercer la perversion

Toute activité humaine peut être « pervertie », c'est-à-dire détournée de sa fonction primaire par un pervers pour sa seule satisfaction. Le « terrain de chasse » du pervers, s'il est caricatural dans la pédophilie où le besoin de câlins et de tendresse de l'enfant est utilisé pour amener l'enfant à une génitalité à laquelle il n'est pas prêt, peut s'étendre à tous les domaines d'activité humaine où il peut y avoir un exercice de pouvoir : la fonction éducative, les activités commerciales, la politique ou la religion (les sectes)... Certains sujets développent des modes de relations perverses dans l'ensemble de leurs activités sociales et familiales (professionnelles, familiales, intime...). Il n'est pas rare de voir un sujet pervers renoncer après condamnation à un type de perversité (pédophilie par exemple) pour devenir escroc, ou leader d'une secte. Ce type d'évolution doit être redouté au cours des suivis de sujets en obligations de soin. Ainsi, il ne suffit pas d'encourager l'éducateur pédophile à se « recycler », il faut continuer à le suivre dans sa nouvelle activité.

Les différents degrés de perversité

À partir de l'approche psychanalytique, et en s'appuyant sur l'expérience acquise en expertise, peut être défini le degré de perversité du sujet :

- au plus bas d'une « échelle » de perversité se situeraient des sujets chez lesquels les interdits sont intériorisés de façon très ancrée et qui sont incapables, même sur commande, de commettre un fait pervers [21] ;
- se positionnent ensuite la plupart des sujets (chacun d'entre nous peut-être), qui présentent souvent un certain degré d'intérêt ou de fascination pour la perversion : enfants, nous pouvions humilier un camarade en se moquant de lui, pratiquer des jeux « pervers », par exemple avec les animaux (arracher les pattes d'une sauterelle...), adultes, certains livres ou films où sont exposées des scènes de tortures, d'humiliation peuvent nous séduire...
Mais pour la majorité d'entre nous, la perversité est vécue sous forme symbolique (humour, plaisanterie), le respect de l'autre et la constatation de sa souffrance nous servant de garde-fou, ce dont le sujet pervers est complètement dénué ;
- toujours en remontant sur cette échelle, et en abandonnant le champ du symbolique, on retrouve les sujets capables de commettre des faits pervers et présentant les caractéristiques psychologiques d'une personnalité pathologique de type pervers, exposées au paragraphe précédent ;
- au sommet de l'échelle se trouvent les sujets présentant des troubles pervers, véritable trouble mental et non une « simple » personnalité pathologique : ce sont les grands pervers ou pervers narcissiques. Ces sujets fonctionnent en permanence avec un mode de relation perverse, et ce, quelle que soit la nature de la relation (éducative, commerciale, sexuelle ou autres).

La perversion est-elle un phénomène de société ?

On a vu qu'un certain degré de perversion était souvent retrouvé sur un plan individuel, dans l'enfance, puis à l'âge adulte. Cela est illustré par l'exemple de la plaisanterie, de l'humour, où le rire est souvent provoqué par l'humiliation « liée à la bêtise de la réponse » de l'interlocuteur, ou bien celui des jeux de société, comme le Poker, fondé sur l'emprise sur ses adversaires et la ruse, ou le Monopoly, jeu où l'on se réjouit de la ruine de l'autre... .

La relation sexuelle [21], où chacun des deux partenaires se prête à l'autre comme objet (de plaisir), n'est pas une relation de type perverse si l'on respecte l'altérité du partenaire, son désir [22].

De même, certains peuvent jouer à des jeux et mettre en scène des fantasmes classiquement reconnus dans le langage commun comme pervers (se menotter, se fesser...). Ces pratiques, si elles n'étaient pas librement consenties par les deux partenaires, pourraient être considérées comme de véritables mises en scènes perverses.

Mais, là encore, ce qui distingue ces jeux sexuels de la perversité, c'est le souci que chacun des partenaires a du désir de l'autre. À tout moment, le but n'est pas d'humilier l'autre et le jeu s'arrêtera si l'un des deux sujets le souhaite.

Sur le plan sociétal, nous avons vu qu'un certain degré de perversion peut être retrouvé dans tous les domaines. Cette tendance perverse tend à se banaliser dans les médias, pour

preuve le succès des émissions télévisées mettant en scène des sujets victimes d'humiliation... .

Diagnostic différentiel

Violences conjugales

Le plus souvent, les violences conjugales ne mettent pas en évidence la perversité de l'auteur mais uniquement sa violence [23]. C'est l'existence ou l'absence de honte après les faits qui permettent de dire si l'auteur est pervers, celle-ci étant toujours absente chez les sujets pervers, le déni les mettant à l'abri de la honte.

Personnalités mal structurées

Ces sujets, soit du fait d'une composante très impulsive de leur personnalité, soit du fait de la désinhibition liée à l'abus de toxique ou à l'appartenance à un groupe, sont alors capables de commettre un acte pervers [24]. Mais, à la différence du pervers, c'est un sentiment de honte, parfois lui-même à l'origine d'un passage à l'acte suicidaire, qui va envahir le sujet.

Après la réalisation d'un acte pervers :

- le sentiment de honte caractérise la nature non perverse, mais fragile, de l'organisation de la personnalité du sujet ;
- le déni signe une personnalité perverse.

On voit que le concept de trouble de la personnalité oscille entre pathologie sociale et vulnérabilité à une maladie mentale. Cela rend compte de la difficulté à étiqueter des états pathologiques intermédiaires.

Étiologies des paraphilies

À ce jour, aucune corrélation n'a été établie par des travaux de bonne méthodologie entre les pratiques sexuelles déviantes et une quelconque anomalie génétique ou biologique [22].

La physiologie de la réponse sexuelle masculine et les modalités d'action de la testostérone, en particulier au niveau cérébral, étant encore l'objet de nombreuses études, la relation entre le taux de la testostérone et la violence sexuelle dans les pratiques sexuelles déviantes est toujours sujette à controverse, bien que les traitements visant à diminuer la testostéronémie par castration chimique soient préconisés chez certains types d'agresseurs sexuels. De nombreux autres neurotransmetteurs sont également impliqués [25]. Des modèles d'études avec groupe témoin sont nécessaires, les études publiées à ce jour étant très insuffisantes dans leur méthodologie [26].

Même s'il n'existe pas d'études consensuelles, la prudence impose de ne pas prescrire d'androgènes chez les hommes ayants des antécédents de violences ou d'agressions sexuelles [5].

Diagnostic différentiel des paraphilies

Les compulsions sexuelles, ou addiction sexuelle, sont à distinguer des paraphilies.

Pour Kafka, cette hypersexualité fait partie intégrante des troubles obsessionnels compulsifs [27] alors que pour d'autres auteurs, comme Coleman, l'existence d'une addiction sexuelle n'exclut pas la possibilité d'une paraphilie concomitante, avec une définition plus large : activité sexuelle récurrente et intense, normophile ou paraphilique, avec des fantasmes, des urgences sexuelles, ou des comportements sexuels causant significativement une détresse sociale et entravant le fonctionnement normal de l'individu [28]. Cette définition semble plus réaliste, une étude chez 120 patients avait d'ailleurs rapporté l'existence d'une paraphilie chez plus de 70 % des sujets présentant une hyperactivité sexuelle [16].

En pratique, dans cette hypersexualité, on retrouve :

- des idées obsédantes et une masturbation compulsive à l'aide de fantasmes, de films, de revue, de lignes téléphoniques ou de sites internet pornographiques, ou parfois même en utilisant certains objets non sexuels, comme des sous-vêtements ;
- un recours fréquent aux services de prostitués (hommes, femmes ou travestis) ;
- des relations sexuelles anonymes avec de multiples partenaires ;
- des aventures en série, même si la personne est déjà engagée dans une relation stable ;
- une fréquentation assidue de bar de danseuses nues, de studios de massages érotiques ou de librairies pour adultes.

On comprend que ces activités puissent « basculer » assez facilement vers des actes paraphiles et que la frontière est assez ténue entre ces deux types de comportements sexuels.

Retrouver une addiction sexuelle chez un paraphile est très important pour l'adaptation du traitement, l'addiction ayant des traitements spécifiques.

Les armes thérapeutiques

Dans le domaine particulier des agressions sexuelles commises par des sujets pervers, certains traitements sont proposés [29,30]. Deux classes médicamenteuses principales sont utilisées pour traiter les paraphilies : les antidépresseurs de type sérotoninergique et les antiandrogènes [31]. Les premières recommandations internationales sur le traitement pharmacologique des paraphilies ont été publiées en 2010 [32]. Récemment, en France, deux antiandrogènes ont obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour leur utilisation chez les délinquants sexuels : l'acétate de cyprotérone (Androcur®) et la triptoréline, analogue de la LH-RH (Salvacyl LP®). Mais ces traitements sont prescrits pour abaisser les pulsions et non pour modifier les traits de personnalité du sujet. Le risque de récurrence est important [33,34]. Le problème le plus difficile est celui de l'évaluation du risque de récurrence et de la dangerosité. Il existe différents types d'échelles actuarielles [35] ou cliniques [36] qui peuvent aider à cette évaluation, mais un score global ne peut se substituer à l'analyse clinique d'un

acte commis, dans sa complexité. Seule une prise en charge psychothérapeutique pourrait a priori permettre à un sujet de modifier les composantes pathologiques de sa personnalité, seule l'empathie du thérapeute vis-à-vis de l'agresseur, considéré le plus souvent par tous comme un « monstre », peut lui redonner l'humanité nécessaire à l'abandon de ses mécanismes de déni.

Plus récemment, certaines équipes ont cherché des alternatives pharmacologiques à la castration chimique. Une revue récente de la littérature sur la place des antidépresseurs de type inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRSS) dans le traitement des auteurs d'infractions sexuelles a mis en évidence que ceux-ci n'étaient une aide thérapeutique que dans les troubles sexuels addictifs et n'avaient aucune efficacité dans les paraphilies [37] : cependant, il n'y avait aucune étude randomisée versus placebo ni versus castration chimique dans ce groupe.

Les IRSS peuvent être indiqués, hors AMM, chez les sujets paraphiles en cas de contre-indication à la castration chimique :

- jeunes auteurs n'ayant pas terminé leur puberté ;
- psychose chronique ;
- risque thromboembolique ;
- antécédents d'épilepsie ;
- ostéoporose importante.

Ils semblent efficaces, à des doses élevées, si la paraphilie est à forte tendance compulsive ou en cas de paraphilie de faible dangerosité, c'est-à-dire à faible risque de passage à l'acte, l'exhibitionnisme par exemple.

La sexologie a certainement une place dans la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel, que ce soit chez les mineurs ou les adultes [38]. Les sexologues sont pour le moment plus présents dans les soins aux victimes que dans l'approche expertale ou curative des auteurs.

Les recommandations de l'HAS pour la prise en charge des sujets pédophiles (actes paraphiles sur des mineurs de moins de 15 ans) ont été publiées en 2009 [39].

Six niveaux ont été individualisés en fonction du profil du sujet paraphile, allant d'un risque très faible de passage à l'acte pour le niveau 1, où une psychothérapie est recommandée, à une paraphilie de dangerosité criminologique élevée correspondant au niveau 6, où une castration chimique par Androcur® et analogue de la LH-RH (Salvacyl®) est indiquée en première intention parallèlement à une psychothérapie.

Les différentes situations cliniques

La prise en charge des sujets présentant une paraphilie dépend du contexte. Il faut distinguer les cas où c'est le patient qui consulte spontanément (cas rare), ou plus fréquemment à la demande de leur partenaire, et les cas où c'est sur demande de la justice, dans le cadre des obligations de soins.

Il convient d'informer le patient des limites du secret médical : dans le cas de paraphilie pouvant constituer une infraction à caractère sexuel, le médecin peut avoir obligation de signalement, il doit pour cela se référer au Code pénal.

Patient consultant dans le cadre des obligations de soins

Si le paraphile est un agresseur sexuel, le clinicien doit se référer au cadre juridique. En France, ce cadre est défini par la loi Guigou du 18 juin 1998. La Fédération française de psychiatrie a émis des recommandations de prise en charge des auteurs d'agression sexuelle dans une conférence de consensus en 2001 [40] que le thérapeute doit respecter de façon stricte. Le sujet soumis à une injonction de soins choisit un thérapeute, qu'il doit faire connaître à un médecin coordinateur des soins, celui-ci étant en relation avec le juge d'application des peines. Tout autre médecin consulté par le patient, y compris l'urologue, doit se mettre en relation avec le thérapeute choisi par le sujet.

Patient consultant de lui-même

Un patient présentant un fantasme obsédant, avec peur de passer à l'acte, peut consulter pour chercher de l'aide, notamment en cas de fantasme pédophile.

Le clinicien doit respecter un cadre médico-légal strict, en particulier en matière de protection de l'enfance. Si l'urologue est consulté en première intention, confier le patient au psychiatre correspondant est recommandé, de façon active : c'est-à-dire en s'assurant que le patient ira bien consulter (prendre rendez-vous directement, prendre l'avis du psychiatre pendant la consultation pour la conduite à tenir, afin d'éviter que le patient ne reparte avec son problème, sans suivi). L'aveu d'un acte grave peut obliger à informer directement la justice, patient prévenu des limites du secret professionnel dans ce cas, s'il s'agit d'actes infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (article 226-14 du code pénal).

Cas où c'est la conjointe du sujet paraphile qui consulte

« Dois-je accepter, Docteur, que mon mari se travestisse? »...

De multiples questions sont possibles. La présence du partenaire, si elle est obtenue, est essentielle :

- il convient de rester dans un cadre médical strict en donnant des informations aux deux partenaires sur les dangers physiques et psychiques de certaines pratiques, sur leur caractère licite ou non (les lois différant selon les pays, les religions) ;
- il faut les informer également de la nécessité d'évaluer leurs capacités psychiques et physiques à vivre ces fantasmes ;
- rechercher un trouble de la personnalité de type pervers chez le (la) partenaire est important, car la « victime » peut déjà être sous l'emprise de son conjoint et peut de ce fait minimiser les actes.

Cette prise en charge, très complexe, nécessite un thérapeute très spécialisé dans ce domaine.

Conclusion

L'urologue, s'il est confronté à une demande de ce type, doit confier le couple à ce spécialiste.

L'urologue peut, comme tout médecin, être confronté à des patients ayant des déviations sexuelles, mais aussi à des personnalités perverses.

Le concept des paraphilies permet de différencier ce qui est de l'ordre de la fantaisie, non répréhensible, des pratiques sexuelles problématiques pour le sujet lui-même, pour un tiers ou pour la société.

Le concept de perversion est plus difficile à définir, d'autant que les classifications modernes des maladies mentales l'ont abandonné. Cependant, il existe des caractéristiques très précises permettant de diagnostiquer un trouble de personnalité de type pervers.

Reconnaître un mode de fonctionnement de type pervers chez les patients peut éviter au praticien de s'engager dans une prise en charge « sous emprise ». La tendance aux multiples avis, les exigences possibles de patients surinformés, notamment par l'accès au net, peuvent parfois être assimilées à une certaine manipulation exercée sur le praticien.

CE QU'IL FAUT RETENIR

- Les paraphilies sont des pratiques sexuelles déviantes, c'est-à-dire des fantasmes, des impulsions ou des comportements de nature sexuelle considérés comme pathologiques.
- Situations cliniques en urologie nécessitant la connaissance de ce problème :
 - avant la prescription d'androgènes,
 - avant une chirurgie « cosmétique » des organes génitaux,
 - pendant le traitement anti-androgénique d'un auteur d'infractions sexuelles,
 - dans la gestion en urgence d'intromission d'objets urétraux.
- Si une paraphilie est suspectée chez un patient, le praticien doit le confier à un thérapeute spécialisé dans ce domaine.
- En cas de paraphilie constituant une infraction à caractère sexuel de type pédophilie, le médecin a obligation d'en référer à la justice, en levant le secret médical.
- Les actes paraphiles sont souvent commis par une personne ayant un trouble de la personnalité de type pervers, mais d'autres situations sont possibles (personnalités peu structurées, fragilisées, emprise de drogues...)
- Un sujet ayant une personnalité pathologique de type pervers peut, ou non, avoir une sexualité paraphile.
- Dans un cadre législatif, deux molécules ont l'AMM dans le traitement des paraphilies de type pédophiles : l'Androcur® et le Salvacyl® (analogue de la LH-RH).

- Parallèlement aux traitements pharmacologiques, seule une psychothérapie, d'inspiration cognitivo-comportementale, peut venir à bout des mécanismes de déni, ancrés profondément chez les sujets paraphiles pervers et source de récurrence.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Dahami Z. Corps étrangers de la vessie et de l'urètre, circonstances de découverte et prise en charge chez cinq patients. *J Maroc Urol* 2007;7:719–23.
- [2] Bourke JG. Les rites scatologiques. PUF, Philosophie d'aujourd'hui, réédition; 1981.
- [3] Brenot P, Blachère P. L'incessante réinvention des pervers. Les troubles mentaux. *Rev Sci Hum* 2010;20:64–5.
- [4] Saleh FM, Berlin FS. Sexual deviancy: diagnostic and neurobiological considerations. *J Child Sex Abus* 2003;12:53–76.
- [5] Blachère P. Les paraphilies, manuel de sexologie. In: Poudat FR, Lopes P, editors. Masson; 2007. p. 254–64.
- [6] *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed, revised. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- [7] Zimmerman M, Chelminski I, Young D, Dalrymple K, Martinez J. Does DSM-IV already capture the dimensional nature of personality disorders. *J Clin Psychiatry* 2011;72:1333–9.
- [8] Kafka MP. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav* 2010;39:377–400.
- [9] Hinderliter AC. Disregarding science, clinical utility, and the DSM's definition of mental disorder: the case of exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Arch Sex Behav* 2010;39:1235–7.
- [10] Kafka MP. The DSM diagnostic criteria for fetishism. *Arch Sex Behav* 2010;39:357–62.
- [11] Kafka MP. The DSM diagnostic criteria for paraphilia not otherwise specified. *Arch Sex Behav* 2010;39:373–6.
- [12] Firestone P, Bradford JM, Greenberg DM, Serran GA. The relationship of deviant sexual arousal and psychopathy in incest offenders, extrafamilial child molesters, and rapists. *J Am Acad Psychiatry Law* 2000;28:303–8.
- [13] Elliott M, Browne K, Kilcoyne J. Child sexual abuse prevention: what offenders tell us. *Child Abuse Negl* 1995;19:579–94.
- [14] Hanson RK, Morton KE, Harris AJ. Sexual offender recidivism risk: what we know and what we need to know. *Ann N Y Acad Sci* 2003;989:154–66.
- [15] Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:1154–63.
- [16] Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males ($n = 120$) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex Abuse* 2002;14:349–66.
- [17] Seto MC, Lalumière ML, Harris GT, Chivers ML. The sexual responses of sexual sadists. *J Abnorm Psychol* 2012;121:739–53.
- [18] Balier C. *Psychanalyse des comportements violents*. PUF: Paris; 1988.
- [19] Fromberger P, Jordan K, Steinkrauss H, von Herder J, Witzel J, Stolpmann G, et al. Diagnostic accuracy of eye movements in assessing pedophilia. *J Sex Med* 2012;9:1868–82.
- [20] Ferenczi S. *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*. Paris: Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot; 2004.
- [21] Freud S. (1919). «Un enfant est battu», contribution à la connaissance de la genèse des perversions sexuelles. *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF; 1973, p. 219–24.
- [22] Lohr BA, Adams HE, Davis JM. Sexual arousal to erotic and aggressive stimuli in sexually coercive and noncoercive men. *J Abnorm Psychol* 1997;106:230–42.
- [23] Fischbach RL, Herbert B. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Soc Sci Med* 1997;45:1161–76.
- [24] Bachrach N, Croon MA, Bekker MH. Factor structure of self-reported clinical disorders and personality disorders: a review of the existing literature and a factor analytical study. *J Clin Psychol* 2012;68:645–60.
- [25] Jordan K, Fromberger P, Stolpmann G, Müller JL. The role of testosterone in sexuality and paraphilia—a neurobiological approach. Part I: testosterone and sexuality. *J Sex Med* 2011;8:2993–3007.
- [26] Jordan K, Fromberger P, Stolpmann G, Müller JL. The role of testosterone in sexuality and paraphilia—a neurobiological approach. Part II: testosterone and paraphilia. *J Sex Med* 2011;8:3008–29.
- [27] Kafka MP. Hypersexual desire in males: an operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Arch Sex Behav* 1997;26:505–26.
- [28] Coleman E, Raymond N, McBean A. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. *Minn Med* 2003;86:42–7.
- [29] Briken P, Kafka MP. Pharmacological treatments for paraphilic patients and sexual offenders. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:609–13.
- [30] Guay DR. Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Clin Ther* 2009;31:1–31.
- [31] Thibaut F. Pharmacological treatment of sex offenders. *Sexologies* 2011;20:166–8.
- [32] Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JM. WFSBP Task Force on Sexual Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry* 2010;11:604–55.
- [33] Hall RC, Hall RC. A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clin Proc* 2007;82:457–71.
- [34] Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: a meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychol Assess* 2009;21:1–21.
- [35] Hanson R, Harris A. A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sex Abuse* 2001;13:105–22.
- [36] Gravier B. De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence. In: Senon JL, Lopez G, Cario R, editors. *Psychocriminologie, clinique, prise en charge, expertise*. Paris: Dunod; 2008. p. 51–65.
- [37] Baratta A, Javelot H, Morali A, Halleguen O, Weiner L. The role of antidepressants in treating sex offenders. *Sexologies* 2012;21:106–8.
- [38] Blachère P. Sex offences: perpetrators and victims. What role can sexology play. *Sexologies* 2012;21:101–2.
- [39] www.has-sante.fr
- [40] Allilaire JF, Thurin JM. *Psychopathologie et traitement actuel des auteurs d'agression sexuelle*. Paris: John Libbey éditeur; 2001.