



CLINIQUE DE LA PÉDOPHILIE

- PRÉVENTION PRÉCOCE ET RISQUE PÉDOPHILE -

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT : PROFIL D'AVENIR ?

ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE

Thiery Favre

Formation en éducation thérapeutique du patient (Plateforme ETP Alsace)

Formation en psychothérapie ICV (AFICV)

Master en psychanalyse (Univ. Paris 8)

Diplôme de conseiller en santé sexuelle (Univ. Paris 7)

Diplômé en clinique et thérapeutique des auteurs d'infractions à caractère sexuel (Univ. Paris 5)

Diplôme de compétence en soins psychiatriques (Univ. Paris-Sud)

Diplômé en urgences psychiatriques (Univ. Paris 5)

Diplômé en psychiatrie criminelle et médico-légale (Univ. Poitiers)

REMERCIEMENTS

Au **Docteur Gilles Formet** pour l'acceptation de ce 6° article sur le site de la Société Française de Sexologie Clinique.

« La prévention est séduisante, elle est à l'ordre du jour. Cependant, force est de constater que quiconque s'emploie à traduire en mesures préventives les déclarations d'intention se heurte à une multiplicité d'obstacles et de questions ouvertes »¹.

1). Dr Franz Ziegler, psychologue à l'Association suisse pour la protection de l'enfant (ASPE), dans « Violence envers les enfants-Concept pour une prévention globale », revue « Famille et société », hors-série du bulletin « Questions familiales », Office fédéral des assurances sociales, n° 5/Septembre 2005, « chapitre 1. Modèles et pratiques de prévention-1. La prévention : une panacée ? », page n° 14.

INTRODUCTION

La prévention, notamment en matière de santé publique, est un terme et un thème de grande valeur car "*la prévention est porteuse d'espoir*"¹.

Quel que soit son domaine, la prévention se présente sous la forme d'une déclinaison tripartite :

- Prévention primaire
- Prévention secondaire
- Prévention tertiaire

En matière de santé, la prévention sera :

- **Primaire** pour "*agir en amont des troubles afin de réduire leur incidence : identifier les facteurs de risque et développer des stratégies ciblées*"².
- **Secondaire** pour "*agir au tout début des troubles afin d'empêcher la progression de la maladie : promouvoir le repérage, l'accès aux soins ainsi que des prises en charge spécifiques, personnalisées et précoces*"³.
- **Tertiaire** pour "*agir pour freiner l'aggravation des troubles lorsque la chronicité de la pathologie est avérée : soutenir l'innovation thérapeutique pour prévenir les rechutes et les handicaps*"⁴.

Un 4^e type de prévention, la prévention « *quaternaire* », non officielle, est proposé. C'est une "*action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins scientifiquement et médicalement acceptables*"⁵.

Le plan « **Psychiatrie et santé mentale 2011-2015** » indiquait que la prévention primaire est de première importance car "*La prévention en santé publique, c'est d'abord agir en amont des troubles afin d'en réduire l'incidence*"⁶.

Ce plan est arrivé à son terme en Décembre 2015 et cela fait 5 ans que la convention européenne de Lanzarote à l'encontre « **de la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels** » est entrée en vigueur en France.

En partant de l'exigence de cette convention européenne, cet article pose le questionnement suivant à l'égard du risque que présente l'orientation pédosexuelle de type pédophilie : La France a-t-elle répondu au contenu de cette convention notamment sur le plan de la prévention précoce pour l'attraction sexuelle des jeunes enfants ?

Car si l'orientation pédosexuelle de type pédophilie n'est pas une infraction dans notre droit interne et, selon le regard novateur et réformateur des rédacteurs du dernier DSM, le DSM-5, peut se vivre avec ou sans troubles et sans incidences, sa mise en exercice peut l'être⁷.

Il y a donc un risque de blessure du lien social. Le risque pédophile, c'est le risque de survenue d'une "*pédophilie pathologique*"⁸, c'est-à-dire l'apparition du "*trouble pédophilie*"⁹ qui reste présent dans sa potentialité pour cette "*sexualité orientée vers les enfants*"¹⁰ qualifiée "*[d'] orientation sexuelle pédophile*"¹¹ et de "*préférence pour cibles anormales*"¹², en l'occurrence les enfants d'âge pré-pubère.

LA CONVENTION EUROPÉENNE DE LANZAROTE

En 2007, Le Conseil de l'Europe, soucieux de la protection des enfants, s'est emparé du thème de la violence sexuelle à leur encontre et en a fait une priorité. Cette réflexion s'est traduite par l'établissement de « **La Convention sur la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels** ».

Cette Convention a été signée le 25 Octobre 2007 à Lanzarote (Espagne) par 23 pays dont la France.

L'article 7 du chapitre II « **Mesures préventives** » s'intitule « **Programmes ou mesures d'intervention préventive** ». Il stipule :

" Chaque Partie veille à ce que les personnes qui craignent pouvoir commettre l'une des infractions établies conformément à la présente Convention puissent accéder, le cas échéant, à des programmes ou mesures d'intervention efficaces destinées à évaluer et à prévenir les risques du passage à l'acte " .

Ces dispositions sont un objectif majeur du Conseil de l'Europe et elles s'adressent autant aux personnes qui ont déjà commis une infraction à caractère sexuel et qui ne veulent plus en commettre qu'à ceux qui n'en ont jamais commis mais ne souhaitent pas en commettre.

La convention de Lanzarote s'adresse aux enfants victimes dans sa globalité, sans distinction d'âge.

En France, dans cette perspective d'importance, la Haute Autorité de Santé (H.A.S) a, en Juillet 2009, formulé des **" Recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans "**¹³, mais ..., a formulé une extension d'importance !

En effet, parmi ces recommandations, la rubrique 1.2 **" Population concernée "** stipulent en ses deux premiers alinéas :

" Une grande hétérogénéité caractérise la population concernée, qui est essentiellement celle des auteurs d'infraction à caractère sexuel, mais qui peut comprendre des personnes qui ne font pas l'objet d'une procédure judiciaire, ce qui rend difficile la dénomination même de cette population.

Les personnes concernées peuvent être placées sous main de justice en milieu fermé (incitation au soin) ou en milieu ouvert (dans le cadre d'une obligation de soins ou d'une injonction de soins) ou venir spontanément en soins " .

Afin d'être en conformité avec les dispositions de la Convention de Lanzarote, La H.A.S élargit l'assiette de prise en charge afin d'accueillir toutes personnes non poursuivies judiciairement et demandeurs de soins en dehors de tout cadre contraignant.

Mais, contrairement à la convention de Lanzarote, la H.A.S restreint ses recommandations aux enfants victimes de moins de 15 ans.

Les personnes pédophiles, confrontées au vécu d'une attirance sexuelle envers les enfants d'âge pré-pubère, ne sont pas nommées ni celles, qui hétérophiles, éprouvent une attirance envers les enfants âgés de 13 à 15 ans.

Aucun de ces textes n'incrimine la pédophilie. D'ailleurs, comment pourraient-ils le faire ? L'orientation pédosexuelle de type pédophilie ou de type hétérophilie, comme toutes les orientations sexuelles, ne sont pas des incriminations. Seul, leur exercice peut constituer une infraction.

Le 27 Septembre 2010, la France a ratifié la Convention de Lanzarote et son entrée en vigueur a été effective au 01 Janvier 2011. À compter de cette date, elle est donc liée juridiquement et doit, dès lors, concrétiser son engagement par des actions.

Un Comité chargé d'une fonction de mécanisme de suivi de la mise en oeuvre de la Convention par les Etats Parties a été créé. Ces fonctions sont fixées par l'article n° 41 de la Convention de Lanzarote.

Dans ce but, un questionnaire d'aperçu général et un questionnaire thématique ont été élaborés. Le questionnaire d'aperçu général et le premier questionnaire thématique portant sur la mise en oeuvre de la Convention par les parties dans les situations **" d'abus sexuels commis sur des enfants dans le cercle de confiance "** ont été proposés afin de lancer le premier cycle de suivi et devaient être retournés avant le 31 Janvier 2014.

26 Etats Parties devaient répondre à ces deux questionnaires. Le 16 Septembre 2014, le premier rapport d'activités du Comité de Lanzarote couvrant la période du 20 Septembre 2011 au 11 Septembre 2014 indique que 23 Etats Parties ont répondu aux deux questionnaires sauf :

- ➔ **La France**
- ➔ Saint Marin
- ➔ L'Ex-République Yougoslave de Macédoine

Concernant les autres parties prenantes, seul L'Eurocef France (Le Comité Européen d'Action Spécialisée pour l'enfant et la famille dans leur milieu de vie est une OING créée en 1988 suite aux Assises nationales du carrefour national de l'action éducative en milieu ouvert) a répondu partiellement au seul questionnaire d'aperçu général mais sans traiter le volet prévention notamment.

Le 09 Février 2012, le Congrès des pouvoirs locaux et régionaux du Conseil de l'Europe a organisé un séminaire au Palais de l'Europe à Strasbourg. Ce séminaire était intitulé " **Combattre l'exploitation sexuelle à l'encontre des enfants** ". Sa finalité se présentait ainsi :

" [...] sur la base des expériences présentées, le Congrès proposera des modèles de structures applicables aux niveaux local et régional pour prévenir l'exploitation sexuelle des enfants, ainsi que pour protéger et accompagner les victimes et leurs familles... "

Il n'y a aucune représentation Française à ce congrès et, par conséquent, aucune expérience n'est présentée !

Du 10 au 11 Décembre 2013, une conférence européenne s'est tenue à Madrid. Son objectif était notamment de :

" [...] Dresser un panorama de la problématique et à discuter des solutions pratiquées en Europe. Elle permettra aussi de reconnaître et promouvoir le rôle des différentes politiques (éducation, services sociaux, communication, justice, santé), des autorités nationales, régionales et locales, de la société civile, du secteur privé, des familles et des enfants dans le développement et la mise en oeuvre des actions et politiques de prévention "

La France, hormis le Président du Comité de la convention de Lanzarote, était totalement absente !

À ce jour, 09 Janvier 2016, **plus de cinq ans** se sont écoulés depuis l'entrée en vigueur de la Convention Européenne sur la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels, et la France n'a pas encore tenu ses engagements, notamment ceux contenus dans l'article 7, destinés à une action préventive !

LE PROJET DE LOI RELATIF À LA PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE ET À L'INDIVIDUALISATION DES PEINES : L'OPPORTUNITÉ MANQUÉE D'UN RENDEZ-VOUS AVEC LA PRÉVENTION PRIMAIRE

Durant l'année 2014, un projet de loi sur la prévention de la récidive a été discuté en France. Dans cette perspective, a été préalablement installé, le 18 Septembre 2012, le " **Comité indépendant d'organisation de la Conférence de consensus de la prévention de la récidive** " sous la présidence de Madame Nicole Maestracci.

Le rapport du jury de la conférence de consensus a été remis le 20 Février 2013 au Premier Ministre. Dans son introduction, le jury présente la prévention de la récidive comme :

" un enjeu humain et social majeur "¹⁴ et qu'il s'agit d'un " défi "¹⁵ pour " définir des principes d'action pour une nouvelle politique publique de prévention de la récidive "¹⁶.

Un enjeu majeur, certes, et il l'est d'autant plus lorsque le lien social est à nouveau endommagé, par la même personne, toujours installée dans une trajectoire de dérive crimino-victimologique !

Mais, parler de la prévention de la récidive, c'est d'abord et avant tout parler et **insister** sur la prévention primaire, c'est-à-dire en amont du premier acte infractionnel !

Mais, ce volet d'importance est un grand absent des recommandations de la Conférence de consensus de Février 2013, du projet de loi qui en a découlé et de la loi qui a été adoptée.

Force est de comprendre et d'admettre que la précocité de l'action préventive en amont ne peut qu'avoir une incidence positive, en termes d'allègements victimologique, donc au bénéfice du lien social !

La loi n° 2014-896 du 15 Août 2014 a donc été votée avec cette lacune majeure ! Aucune préconisation n'apparaît dans ce sens ! Le discours actuel se porte toujours sur l'aval de l'acte.

Il convient de remarquer que le projet de cette loi s'intitulait " **Projet de loi relatif à la prévention de la récidive et à l'individualisation des peines " . Son objectif était d'améliorer la sécurité et de diminuer le nombre des victimes.**

Mais la loi du 15 Août 2014 qui en est issue, quant à elle, s'intitule " **Loi relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales** " .

La prévention de la récidive n'apparaît plus dans la dénomination de la loi. L'opportunité offerte par ce rendez-vous important avec le Législateur pour qu'il puisse positionner la France en accord avec la Convention de Lanzarote, notamment avec son article 7, a été manquée.

LA CONVENTION ONUSIENNE RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

Pour la France, se conformer aux dispositions de l'article 7 de la Convention de Lanzarote, c'est aussi se conformer à la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée le 20 Novembre 1989 par les Nations-Unies, entrée en vigueur le 02 Septembre 1990 sur notre territoire, notamment au regard de l'article 19 stipulant :

" Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.

Ces mesures de protection doivent comprendre, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus, et comprendre également, selon qu'il conviendra, des procédures d'intervention judiciaire. "

Rappelons que La Convention relative aux droits de l'enfant est le premier instrument juridique international qui a force obligatoire. Les Etats-Parties doivent proposer et mettre en place des politiques dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

La France a ratifié les deux protocoles suivants additionnels facultatifs le 05 Février 2003. Elle a signé le troisième protocole le 20 Novembre 2014, protocole qui devra être ratifié par le Parlement afin d'entrer en vigueur.

La Convention est dotée d'un organe de contrôle, le Comité des droits de l'enfant des Nations-Unies. Ce Comité constitue le surveillant de l'application et de la mise en oeuvre de la Convention et de ses protocoles additionnels.

Chaque Etat-Partie doit remettre régulièrement un rapport sur les mesures mises en place. Cinq rapports ont été remis par la France, le dernier en Mai 2009. En France, Le Défenseur des droits, Jacques Toubon, et la Défenseure des enfants, Geneviève Avenard, ont la charge actuellement d'assurer le suivi de la mise en oeuvre des dispositions de la Convention. Dans ce cadre, cette institution recense les mesures appliquées et émet des préconisations.

Bien que le **20 Novembre 2015**, la Convention relative aux droits de l'enfant connaît **vingt six ans d'existence**, aucune mesure Française n'a été présentée, ni préconisée sur le volet de la prévention précoce envers les violences sexuelles.

Dans son rapport du 27 Février 2015, le Défenseur des droits souligne "*la persistance d'une certaine méconnaissance globale de la convention dans notre pays et d'une insuffisance prise en compte de ses principes fondamentaux dans les politiques publiques et les pratiques*"¹⁷.

Pourtant la première et meilleure protection de l'enfant contre les violences sexuelles commence par l'action en amont, ce qui est indiscutable !

Alors, combien de temps encore la France va-t-elle se rendre coupable d'intentionnalité de malvoyance et de surdité sur cette question prioritaire ? Jusqu'à quand ce silence...assourdissant ?

À l'heure où il est question d'intelligence collective, c'est aussi l'occasion, pour la France, de sortir de ce silence d'Etat trop ostentatoire et d'encourager toutes les initiatives dans le domaine de la prévention en amont du premier acte infractionnel, ceci afin de montrer sa détermination à mieux vouloir protéger nos enfants.

CONCLUSION

En 2011, la France, par la ratification de la convention européenne de Lanzarote, s'est engagée dans le champ de la prévention des violences et abus sexuels à l'égard des enfants.

S'engager sur ce terrain, c'est notamment répondre à l'article 7 « **Programmes et mesures d'intervention préventive** » car la prévention de ces violences envers les enfants, notamment les plus jeunes, ne peut s'envisager sans une action précoce de prévention à l'égard de l'orientation pédosexuelle de type pédophilie, laquelle est à haut risque pathologique.

Risque pour cette inclinaison sexuelle car le « *trouble pédophilie* » peut survenir. Ce risque pédophile est bien réel et ne peut être ignoré, ce qui doit alerter et inciter à créer une offre de prise en charge adaptée.

Dans cette démarche innovante, il s'agit de proposer, à toute personne concernée, un espace thérapeutique permettant une évaluation, une information, une éducation et un accompagnement destinés à gérer l'attirance sexuelle pour ne pas en souffrir ni faire souffrir et ne pas endosser un statut d'infracteur.

La démarche préventive, exigence européenne et recommandation de la H.A.S, a été placée au coeur du plan « **Psychiatrie et santé mentale 2011-2015** ».

Mais, malgré la volonté de Marisol Touraine, Ministre de la santé, de "*généraliser le réflexe prévention*"¹⁸, rien n'a été proposé à ce jour pour le secteur public à l'égard du risque pédophile, ceci en amont de tout acte transgressif du lien social.

En effet, il n'y a aucun accès à un programme d'action préventive dans cette indication pour ceux qui craignent pouvoir commettre une infraction à caractère sexuel à l'égard des jeunes enfants.

Seul le secteur privé présente une action portée par Latifa Bennari, Présidente de l'association L'Ange Bleu¹⁹, laquelle accomplit un travail remarquable qui doit être salué et encouragé.

Intervenir dans le champ de la pédophilie est un exercice périlleux. Le Professeur Antoine Pelissolo rappelle que "*la prévention primaire reste peu développée en psychiatrie, avec deux questions encore mal résolues : qui protéger et comment le faire ?*"²⁰.

Mieux protéger nos enfants, notamment les plus jeunes, constitue un enjeu majeur certain. Le futur plan « **Psychiatrie et santé mentale** » permettra-t-il d'encourager une action pour répondre à cette question :

« **Comment faire pour mieux protéger nos enfants ?** »

L'orientation pédosexuelle de type pédophilie, que peut présenter une personne, peut selon le DSM-5 se vivre avec ou sans troubles, ce qui n'est pas la position actuelle de l'OMS qui, par la CIM 10, considère la pédophilie comme un tout pathologique et ne tient pas compte d'une valeur moïque de type égodynamique, qui peut écarter le risque pédophile.

Cependant, il ne faut pas banaliser ce type d'attirance même si son titulaire est porteur d'une valeur d'égodynamie. En effet, car concernant la valeur moïque de l'orientation pédosexuelle de type pédophilie, celle-ci peut se présenter selon 2 pôles :

- Pôle moïque d'égodynamie si la personne est en accord avec son orientation sexuelle.
- Pôle moïque d'égodynamie si la personne est en désaccord avec son orientation sexuelle.

Ces 2 pôles se subdivisent chacun en deux déclinaisons : **positive ou négative**.

Pour la valeur moïque d'égodynamie :

- Égodynamie **positive** si la personne est **en accord** avec son orientation sexuelle et **en accord** avec l'interdit social de mise en pratique. Ici, il y a convergence totale et absence de trouble pédophilie.
- Égodynamie **négative** si la personne est **en accord** avec son orientation sexuelle et **en désaccord** avec l'interdit social. Ici, il y a convergence partielle et présence de trouble.

Pour la valeur moïque d'égodynamie :

- Égodynamie **positive** si la personne est **en désaccord** avec son orientation sexuelle et **en accord** avec l'interdit social. Ici, il y a divergence partielle et présence de trouble.
- Égodynamie **négative** si la personne est **en désaccord** avec son orientation sexuelle et **en désaccord** avec l'interdit social. Ici, il y a divergence totale et présence de trouble.

De là, l'importance d'une évaluation précoce de cette orientation sexuelle, notamment de sa valeur moïque et de proposer à son porteur un programme thérapeutique adapté qui pourra être :

- ➔ de prévention primaire du **risque pédophile** pour une égodynamie positive afin de réduire la survenue du trouble pédophilie.
- ➔ de prévention secondaire du **trouble pédophilie** pour une égodynamie négative afin de réduire ici le trouble pédophilie.
- ➔ de prévention secondaire du **trouble pédophilie** pour une égodynamie positive dans un but de réduction de ce trouble.
- ➔ de prévention secondaire du **trouble pédophilie** pour une égodynamie négative également dans un but de réduction.

En présence d'**égosyntonie négative**, il peut y avoir passage à l'acte infractionnel de type consultations d'images pornographiques se rapportant aux mineurs, donc entachées d'illégalité, et ou d'atteintes sexuelles avec ou sans violence, contrainte, menace ou surprise sur des mineurs âgés de moins de 15 ans, en l'occurrence, envers les enfants d'âge pré-pubère.

En présence d'**égodystonie positive**, il peut y avoir l'entrée dans un épisode dépressif évoluant vers le suicide, du moins sa tentative.

En présence d'**égodystonie négative**, il peut y avoir cette entrée, majorée du risque de suicide, mais également un passage à l'acte infractionnel selon les deux modes précédemment évoqués envers un jeune public.

Le mérite du regard novateur porté par les inspirateurs et rédacteurs du DSM-5 sur la pédophilie, c'est de permettre le dégagement d'une notion de risque, risque qui se doit d'être évalué précocement, ceci en incitant toute personne confrontée à cette orientation sexuelle à se rapprocher le plus tôt possible d'une structure spécialisée.

Mais, pour intervenir sur ce terrain particulier lourd de renvois signifiants à haute portée déstabilisante, il convient de reprendre les affirmations du Professeur Jean-Claude Etienne :

"Dans le champ de la psychiatrie, cela impose de relever plusieurs défis :

*1. S'attaquer aux peurs, à la stigmatisation, à la méconnaissance et aux stéréotypes, qui ont des conséquences délétères"*²¹.

Il est nécessaire de relever ces défis et d'innover pour une prise en charge précoce de la pédophilie. Le plan précédent de psychiatrie et santé mentale qui vient de s'achever, préconisait :

*" Il s'agit de promouvoir et d'encourager [...] des actions qui soient proposées avant l'apparition des troubles mentaux ou psychiques afin de prévenir leur survenue "*²², et *"cela passera par la mise en oeuvre d'actions de promotion de la santé mentale [...] qui semblent prometteuses telles que : [...] des programmes de prévention liées à des situations à risque [...]"*²³.

Ce qui s'adresse, notamment, à l'orientation pédosexuelle de type pédophilie dont le risque de développement du « **trouble pédophilie** » est réel.

Auparavant, le rapport du Pr Marc Brodin, rédigé en 2000 à l'issue de la Conférence nationale de santé tenue à Paris, adoptait notamment une proposition n° 9 :

*« La CNS souhaite. Déterminer parmi les problèmes de santé évitables les plus fréquents en France, ceux qui sont le plus accessibles à des stratégies d'actions en amont des soins ou à des prises en charge précoces avant toute manifestation symptomatique ... »*²⁴.

Ces propositions et encouragements auraient pu être rapportées au champ du risque pédophile.

*"Dans 10 ans, aurons-nous gagné le pari de la prévention ? "*²⁵ demande Marisol Touraine.

Encouragements, pari et défis, dès lors une trajectoire est désignée ! Et l'espoir d'une réponse affirmative pour mieux protéger nos enfants est permis.

Le 19 Juin 2014, dans sa présentation des orientations du projet de la future loi de santé, la Ministre de la santé appuyait sur la *" place déterminante de la prévention et de l'éducation en santé dans nos politiques "*²⁶ et poursuivait par *"la première orientation stratégique du projet de loi est d'inscrire la prévention comme un des socles de notre politique de santé "*²⁷ et *" c'est affirmer dans la loi que la responsabilité de l'Etat, en matière de de santé, commence par la prévention "*²⁸ puis par *" engager une politique de prévention résolue, c'est évidemment n'oublier personne, en particulier ceux qui sont le plus éloignés des soins "*²⁹.

Et en effet, c'est ne pas oublier **toutes** les personnes, même celles qui sont porteuses d'une attirance sexuelle envers les enfants pré-pubères. Oubli qui n'est pas conforme à une démarche éthique.

La prévention est donc bien placée au centre de la préoccupation politique. "**Si [la] troisième orientation stratégique, c'est de faire le pari de l'innovation**"³⁰, il est nécessaire de répondre à l'appel de notre Ministre de la santé et donc d'innover pour que la France soit en conformité avec l'exigence de la convention européenne de Lanzarote et, également, qu'elle solutionne le problème d'éthique médicale actuel qui est de ne pas proposer un programme de prévention précoce du risque pédophile.

Innover est possible en proposant un programme d'éducation thérapeutique du patient pédophile, ce qui est inédit en France. Mais, "**[L'éducation thérapeutique du patient] pourtant généralisée dans la prise en charge de nombreuses pathologies chroniques, reste anecdotique en psychiatrie en France ...**"³¹.

L'éducation thérapeutique du patient " **vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique**"³². L'éducation thérapeutique du patient pédophile, n'existe pas dans cette indication et, pourtant, l'orientation pédosexuelle de type pédophilie est une chronicité car elle est installée à vie et elle expose son porteur au « **trouble pédophilie** ».

Évoquer le "**trouble pédophilie**", c'est se rapprocher du DSM-5 et, pour ce concept novateur, l'éducation thérapeutique du patient pédophile se situera sur l'angle de la prévention primaire pour une orientation à valeur d'égosyntonie positive et de la prévention secondaire en matière d'égosyntonie négative et d'égodystonie quelle que soit la qualité de cette dernière.

À l'opposé, pour la CIM-10, l'éducation thérapeutique de ce même patient pédophile se portera au niveau de la prévention secondaire.

Mais, au-delà des querelles de classifications à retenir et à utiliser, l'éducation thérapeutique du patient doit élargir son assiette d'indication à la pédophilie, ceci en amont de tous les troubles et se présenter, non plus en terme de prévention primaire ou secondaire, mais, selon ce que propose le Pr Jean-Louis San Marco et Christine Ferron.

Ces auteurs contestent le modèle de prévention actuelle fondée sur le tryptique « primaire-secondaire-tertiaire » et font évoluer la triade de RS-Gordon (1982) basée sur la prévention « universelle-orientée-ciblée » en insistant sur la nécessaire implication de la personne.

La prévention selon eux, " **Il lui faut pourtant, pour s'appliquer à des pathologies dans la genèse desquelles le comportement de l'individu est impliqué, reposer sur une participation active du sujet ou de la population, favorisant chez ces derniers l'appropriation de l'attitude préventive**"³³.

- La prévention « universelle » devient l'éducation à la santé.
- La prévention « orientée » devient la prévention de la maladie.
- La prévention « ciblée » qui selon ces deux auteurs, "**s'adresse aux malades pour leur apprendre à gérer leur affection et son traitement : elle correspond à l'éducation thérapeutique**"³⁴.

Ce nouveau regard, préconisé dans le rapport Flajolet de 2008³⁵, renforce l'indication d'éducation thérapeutique pour le patient à orientation sexuelle pédophile, dans laquelle le comportement s'avère le point cardinal.

Comportement qui intéresse, au premier plan, l'éducation thérapeutique du patient, ici pour gérer le risque pédophile, car "**La gestion du risque clinique a surtout mis l'accent sur la sécurité liée à l'environnement et aux pratiques de soins, beaucoup moins sur la participation active et éclairée du patient. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) peut renforcer la gestion du risque clinique en s'appuyant sur les compétences de compréhension et d'analyse ainsi que sur les compétences d'auto-soins et d'adaptation à la maladie du patient et de son entourage**"³⁶.

C'est donc un devoir éthique de répondre à cette orientation pédosexuelle, car comme le précise le Docteur Mathieu Lacambe, "*On est dans un modèle de maladie, au sens d'un trouble psychiatrique qui est chronique et invalidant, qui suscite et fabrique de la souffrance*"³⁷ et qui peut endommager fortement le lien social par la survenue du « *trouble pédophilie* ».

La Fondation FondaMental a mis en place 34 Centres-Experts en France et sa Présidente, le Professeur Marion Leboyer demande que ce dispositif d'avenir " *soit labellisé, déployé sur le territoire, et étendu à d'autres pathologies...*"³⁸.

En effet, l'appel est entendu pour un 35° Centre-Expert qui pourrait s'inspirer du modèle allemand « **Projet Dunkelfeld** »³⁹ et permettre de prévenir le risque pédophile et de réduire le trouble pédophilie s'il est installé.

La prévention contre les infractions à caractère sexuel dirigées vers les enfants s'avère un bel édifice, mais, à son ciment initial, il est nécessaire d'ajouter un liant supplémentaire : celui de la prévention précoce, pour consolider et achever l'articulation de cette oeuvre.

En effet, dans leur intérêt, les enfants ont le droit d'être protégés contre toute les formes de violences, mais dans leur intérêt **supérieur**, notre devoir d'adultes est d'agir rapidement et le plus précocement possible pour mieux les protéger.

L'absence de programme d'éducation thérapeutique pour l'indication pédophile est à résoudre car elle constitue un préjudice qui porte atteinte à **l'éthique médicale** et malmène la valeur des actions entreprises sur le terrain de la prévention.

Pour Mars 2016, le Comité de Lanzarote a planifié l'examen des réponses apportées au volet de l'article 7 de la Convention qui porte sur les programmes d'intervention préventive.

C'est l'occasion pour la France d'être présente à ce rendez-vous d'importance pour combler ce retard et se mettre en conformité avec l'exigence européenne.

Le 09 Janvier 2016

Thierry Favre

NOTES

- (1). Franz Ziegler, « Violence envers les enfants. Concept pour une prévention globale », Septembre 2005, page n° 14.
- (2). Actes du colloque « Prévention en psychiatrie : les clés de l'efficacité », Fondation FondaMental, 12/06/2014, page n° 3.
- (3). Ouvrage déjà cité en (2), page n° 3.
- (4). Ouvrage déjà cité en (2), page n° 3.
- (5). Dr Marc Jamouille Janvier 1998), www.ulb.ac.be/esp/mfsp/prev4-fr.html, consulté le 14 Décembre 2015
- (6). Plan « Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 », Ministère chargé de la santé, Ministère chargé des solidarités, page n° 8.
- (7). Thierry Favre, « Pédophilie-D'un DSM à l'autre-Du pathologique total au trouble pédophilie-Réforme vers un mouvement de dé-psychiatisation ? », publié le 27 Août 2015 sur le site de la Société Française de Sexologie Clinique.
- (8). DSM-5, Elsevier Masson 2015, page n° 29.
- (9). DSM-5, ouvrage déjà cité en (8), page n° 807.
- (10). DSM-5, ouvrage déjà cité en (8), page n° 807.
- (11). DSM-5, ouvrage déjà cité en (8), page n° 823.
- (12). DSM-5, ouvrage déjà cité en (8), page n° 807.
- (13). H.A.S, « Recommandations de bonne pratique-Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans », Juillet 2009.
- (14). Conférence de consensus-Pour une nouvelle politique publique de la prévention de la récidive, rapport du jury de la conférence de consensus du 20 Février 2013, page n° 6.

- (15). Ouvrage déjà cité en (14), page n° 6.
- (16). Ouvrage déjà cité en (14), page n° 6.
- (17). Rapport du Défenseur des droits au comité des droits de l'enfant des Nations Unies, 27 Février 2015, page n° 3.
- (18). Marisol Touraine, Ministre de la santé, intervention du 23 Septembre 2013 pour la présentation de la stratégie nationale de santé, page n° 11.
- (19). Latifa Bennari, Présidente de l'association l'Ange Bleu, www.ange-bleu.com
- (20). Professeur Antoine Pelissolo, ouvrage déjà cité en (2), page n° 18.
- (21). Professeur Jean-Claude Etienne, ouvrage déjà cité en (2), page n° 23.
- (22). Ouvrage déjà cité en (6), page n° 17.
- (23). Ouvrage déjà cité en (6), page n° 17 et 18.
- (24). Conférence nationale de santé tenue à Paris du 21 au 23 Mars 2000, rapport 2000 du Pr Marc Brodin, page n° 52.
- (25). Marisol Touraine, déjà citée en (18), page n° 29.
- (26). Marisol Touraine, intervention pour la présentation des orientations du projet de loi santé, le 19 Juin 2014, page n° 3 et 4.
- (27). Marisol Touraine, déjà citée en (26), page n° 5.
- (28). Marisol Touraine, déjà citée en (26), page n° 5 et 6.
- (29). Marisol Touraine, déjà citée en (26), page n° 10.
- (30). Marisol Touraine, déjà citée en (26), page n° 26.
- (31). Professeur Marion Leboyer, ouvrage déjà cité en (2), page n° 33.
- (32). H.A.S, « Education thérapeutique du patient-Définition, finalités et organisation », Juin 2007, page n° 1.
- (33). Pr Jean-Louis San Marco et Christine Ferron, « Fiche2-Prévention » dans « Agences régionales de santé-Promotion, prévention et programmes de santé », sous la direction de François Bourdillon, dossiers Varia, INPES éditions, 2009, page n° 61.
- (34). Auteurs déjà cités en (33), page n° 62.
- (35). Rapport du Député André Flajolet sur « Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », remis le 28 Avril 2008 à Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé, annexe 1, « La prévention, : définition, notions générales sur l'approche française et comparaisons internationales », page n° 3/17.
- (36). Marcolongo R., Bonadiman L. et Gagnayre R., « Gérer le risque clinique du patient-Une contribution possible de l'éducation thérapeutique du patient », revue Gestions hospitalières, Juin/Juillet 2008, page n° 417.
- (37). Docteur Mathieu Lacambe, article d'Amandine Deroubaix, le MAG n° 40/2013, « Enquête de santé-Pédophilie, crime et maladie »,
www.france5.fr/et-vous/France-5-et-vous/Les-programmes/LE-MAG-N-40-2013/articles/p-18969-Pedophilie-crime-et-maladie.htm
- (38). Professeur Marion Leboyer, déjà citée en (2), page n° 35.
- (39). Camille Le Tallec, « En Allemagne, le projet Dunkelfeld fait le pari de la prévention », article du 28 Avril 2015,
www.la-croix.com/Ethique/Sciences-Ethique/Sciences/En-Allemagne-le-projet-Dunkelfeld-fait-le-pari-de-la-prevention-2015-04-28-1307086