

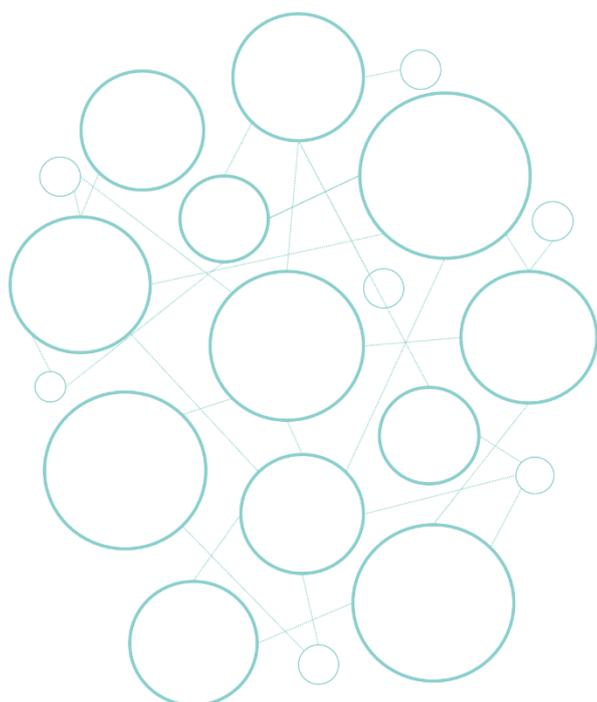
14-15 juin 2018, Paris
Salle Laroque, Ministère des Solidarités et de la Santé

AUDITION PUBLIQUE

AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES

Prévention, évaluation, prise en charge

RAPPORT GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE



III

CHAPITRE 4

« La prise en charge »



Cette audition publique est conduite par la **Fédération française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAVS)** avec le soutien du **Ministère des Solidarités et de la Santé** selon la méthodologie HAS (**Haute Autorité de la Santé**)

Table des matières

4.1. Quels sont les différents axes de prises en charge des auteurs de violences sexuelles ?	4
4.1.1. Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'ou aller ?	4
4.1.1.1 Contexte et enjeu de la question	4
4.1.1.2 Le champ judiciaire	5
4.1.1.3 Le champ sanitaire	7
4.1.1.4 Le champ social et la société civile	10
4.1.1.5. Problèmes pratiques et enjeux dans l'interaction des champs	10
Résumé.....	11
Annexes.....	12
4.1.2. Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ? .	21
4.1.2.1. Distinction entre obligation de soin, injonction de soin, et soins sous contrainte.....	21
4.1.2.2. Bilan du dispositif de l'injonction de soin.	24
4.2. Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ?	28
4.2.1. Les différentes approches thérapeutiques	28
4.2.2. Des différences dans le traitement des AVS selon les pays.....	29
4.2.2.1. Thérapies en Belgique, Suisse et France	29
4.2.2.2. Une évolution vers les pratiques canadiennes et américaines... ?	36
4.2.3. Quelle efficacité des approches ?	39
4.2.4. Prise en charge médicamenteuse des auteurs de violences sexuelles.....	44
4.2.4.1. Introduction	44
4.2.4.2. Prise en charge médicamenteuse des auteurs de violences sexuelles.....	44
4.3. Y a-t-il des spécificités de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles selon les situations : violences sexuelles sans contact, âges de la vie, handicap et milieu de vie?	55
4.3.1. Paraphilies.....	55
4.3.2. Adolescents auteurs de violences sexuelles	60
4.3.3. Inceste.....	62
4.3.4. Retard intellectuel et déficients mentaux	63
4.3.5. Femmes AVS	64
4.3.6. Autres.....	65

4.4. Quelle approche de la famille de l'auteur de violences sexuelles ?	68
4.4.1. L'auteur et sa famille	68
4.4.1.1. Quelles conséquences pour l'auteur et sa famille ?	68
4.4.1.2. Quelles ressources pour la famille ?	69
4.4.2. Quelles prises en charge ?	69
4.4.2.1. Quelle place de la famille ?	69
4.4.2.2. La thérapie familiale systémique	70
4.4.2.3. La thérapie familiale analytique.....	72
4.4.2.4. Les autres approches	73
4.4.3. La particularité des violences sexuelles intrafamiliales	73
4.4.3.1. L'inceste	74
4.4.3.2. Les violences sexuelles sur conjoint.....	78

4. Prise en charge

4.1. Quels sont les différents axes de prises en charge des auteurs de violences sexuelles ?

4.1.1. Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ?

Marie CHOLLIER et Cédric LE BODIC

4.1.1.1 Contexte et enjeu de la question

Le système français est un système de droit codifié où les champs¹ judiciaire, sanitaire et social sont régis par des dispositions législatives différentes. Au-delà de la diversité de missions parfois communes, le champ d'exercice et ses limites inhérentes permettent de caractériser le rôle des intervenants dans la prise en charge des auteurs de violence sexuelle. Ce document se centre sur les acteurs du suivi ou de la prise en charge et non les professionnels impliqués dans l'entièreté du parcours pénal et/ou du parcours de soin. Il résume les fonctions par champ et non par profession. Il convient de préciser que si certaines professions peuvent être retrouvées au sein de différents champs et institutions, les missions sont définies par champs tandis que les limites sont définies de fait par les professions (ex. code de déontologie, standards de pratiques professionnelles).

Pour rappel, il est important de noter que si les fonctions et champs déterminent l'action auprès des personnes auteures de violences sexuelles, le droit pénal vient encadrer, notamment par trois articles le secret professionnel, la dérogation au secret et la non-dénonciation de crime et enfin les responsabilités individuelles (voir [annexe 1](#)).

Dans la prise en charge des personnes auteures de violence sexuelle, les champs et enjeux peuvent différer. En milieu carcéral et pour le champ judiciaire se pose la question (en deçà ou au-delà de la prévention de la récidive) des violences sexuelles subies et/ou agies pendant la détention, les auteurs de violences sexuelles étant en bas de la hiérarchie carcérale, ils sont plus à risque de victimisation²³⁴⁵⁶⁷. Également, si le secret professionnel relève d'un état, profession, fonction ou mission, et si au niveau institutionnel diverses procédures sont mises en place (ex : signalement) la

¹ Salle G. Théorie des champs, prison et pénalité. Actes de la recherche en sciences sociales. 2016(3):4-19.

² Welzer-Lang D, Mathieu L, Faure M. *Sexualités et violences en prison*. 1996, Lyon, Aleas Éditeur.

³ Ricordeau G., , Enquêter sur l'homosexualité et les violences sexuelles en détention, *Déviance et Société*, 2004(28), 233-253.

⁴ Lacambre M, Courtet P. Violence et prison. *La Lettre du psychiatre*. 2012;8(5):124-7.

⁵ Thompson AC. What happens behind locked doors: The difficulty of addressing and eliminating rape in prison. *New Eng. J. on Crim. & Civ. Confinement*. 2009;35:119.

⁶ Jenness V, Maxson CL, Sumner JM, Matsuda KN. Accomplishing the difficult but not impossible: Collecting self-report data on inmate-on-inmate sexual assault in prison. *Criminal justice policy review*. 2010 Mar;21(1):3-0.

⁷ Ricordeau G. Sexualités féminines en prison: pratiques, discours et représentations. *Genre, sexualité & société*. 2009 Jun 29(1).

dérogation au secret médical peut s'avérer difficile voire problématique pour le professionnel du champ sanitaire⁸⁹.

4.1.1.2 Le champ judiciaire

Missions et institutions du champ judiciaire

Le Décret n° 2008-689 du 9 juillet 2008 relatif à l'organisation du ministère de la justice régit les institutions, procédures et actions des principaux corps judiciaires : le secrétariat général, la direction des services judiciaires, la direction des affaires civiles et du sceau, la direction des affaires criminelles et des grâces, la direction de l'administration pénitentiaire, la direction de la protection judiciaire de la jeunesse. La prise en charge judiciaire des personnes auteures de violences sexuelles implique principalement les deux dernières directions, l'administration pénitentiaire comprenant à la fois les établissements et personnels pénitentiaires et les services de probation et d'insertion professionnelle en milieu fermé (prison) et en milieu ouvert (hors détention). Les missions et fonctions sont régies par différents codes :

- La protection judiciaire de la jeunesse¹⁰ (PJJ) dont le texte fondateur (l'ordonnance du 2 Juillet 1945) soutient que le mineur délinquant ou criminel est aussi un mineur à protéger. Ainsi les missions de la PJJ sont doubles¹¹¹² car elles renvoient à la mise en place, au contrôle et au suivi des obligations de droit commun relatives aux mineurs et aux obligations, peines et mesures relatives à une sanction pénale¹³.
- L'administration pénitentiaire (AP) actuellement régie par la loi Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 et par le Code de déontologie du service public pénitentiaire (Décrets n° 2010-1711 du 30 décembre 2010 et n° 2016-155 du 15 février 2016). Ces réglementations intègrent les règles pénitentiaires européennes notamment concernant la dignité du traitement des personnes détenues. L'organisation, la structuration et les actions de l'administration pénitentiaire répondent aux politiques pénales en place¹⁴.
- Les services de probation et d'insertion professionnelle (SPIP) créés par le décret n° 99-276 du 13 avril 1999 se basent au départ sur une identité professionnelle de travail social¹⁵ (les missions des personnels des SPIP relèvent de l'accès et du maintien du droit des personnes détenues), la Circulaire du 8 novembre 2011 relative au Diagnostic à Visée Criminologique

⁸ Marcelli A. Le secret professionnel du médecin et son partage entre soignants et non soignants. Bulletin de l'Académie nationale de médecine. 2006;190(6):1247-60.

⁹ Marcelli A. Le secret professionnel du médecin et son partage entre soignants et non soignants. Bulletin de l'Académie nationale de médecine. 2006;190(6):1247-60.

¹⁰ Bourquin J, Robin M. De l'Éducation surveillée à la Protection judiciaire de la jeunesse. Quelques repères chronologiques, 1912-1995. Revue d'histoire de l'enfance «irrégulière». Le Temps de l'histoire. 2007 Jun 1(Hors-série):327-33.

¹¹ Sallée N. Les éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse à l'épreuve de l'évolution du traitement pénal des jeunes délinquants. Champ pénal/Pénal field. 2010 Jan 23;7.

¹² Sallée N. Les mineurs délinquants sous éducation contrainte. Déviance et société. 2014;38(1):77-101.

¹³ Bailleau F, Milburn P. Éduquer les mineurs en milieu carcéral en France. Déviance et société. 2014;38(2):133-56.

¹⁴ Froment JC. Légitimation et régulation de l'administration pénitentiaire et du corps du personnel de surveillance. Droit et société. 1994;28(1):637-47.

¹⁵ Chauvenet A, Gorgeon C, Mouhanna C, Orlic F. Entre social et judiciaire: quelle place pour le travail social de milieu ouvert?. Archives de politique criminelle. 2001(1):71-91.

(DAVC) et les Programmes de Prévention de la Récidive¹⁶¹⁷¹⁸ (PPR) marquent un tournant dans les missions et pratiques professionnelles¹⁹²⁰.

D'un point de vue structurel, le champ judiciaire recoupe trois missions principales : l'exécution des décisions et sentences pénales, le maintien de la sécurité publique, la favorisation de la réinsertion sociale des personnes.

1. **Exécutions des peines** : La répression des actes de violences sexuelles comprend la sanction pénale et les mesures postpénales. Les peines et mesures de peines²¹ peuvent être privatives de liberté (peine de prison ferme, rétention de sûreté) ou un ensemble de mesures postpénales (ex : suivi socio judiciaire comme peine principale ou complémentaire)
2. **Sécurité publique** : Le contrôle et la surveillance des personnes auteurs de violence sexuelle se traduit par différentes procédures et/ou dispositifs :
 - Surveillance pendant le temps de l'incarcération. Il convient de noter que la mission de surveillance peut s'entendre en termes de contrôle social mais également en terme de protection de la personne auteure de violence sexuelle (ex. : prévention suicide en milieu carcéral).
 - Fichage après l'incarcération : le fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJASV) a été créé par l'article 48 de la loi Perben II du 9 mars 2004 et la loi du 13 décembre 2005 sur la récidive des infractions pénales. Ce fichier recense pour une durée déterminée les personnes (mineures ou majeures) ayant été poursuivies (non-lieu, relaxe, acquittement ou responsabilisation), condamnées de façon définitive ou non, ou ayant fait l'objet de sanctions éducatives pour une infraction à caractère sexuel ou violent. Contrairement aux pays anglo-saxons où les fichiers sont accessibles selon diverses procédures aux citoyens lambda, l'accès et la consultation de ce fichier sont restreints (Article 706-53-7 du Code de Procédure Pénale modifié par LOI n°2016-731 du 3 juin 2016 - art. 78).
3. **Réinsertion** : la réinsertion est un concept flou qui peut être interprété comme le maintien ou le soutien au processus de résistance²²²³, la réduction des facteurs de risque (générique et spécifique ; psychiatriques et psychosociaux²⁴) ou enfin la prévention de la récidive²⁵. Dans le

¹⁶ Moulin V, Palaric R. Les groupes de parole de prévention de la récidive au sein des SPIP. Une évolution centrée sur la gestion du risque, entre théorie et adaptation pratique. Champ pénal/Penal field. 2014 Jan 21;11.

¹⁷ Palaric R. Les Groupes de parole de prévention de la récidive en France: observation des effets produits. Pratiques psychologiques. 2015 Sep 1;21(3):259-73.

¹⁸ Razac O, Gouriou F, Salle G. La «prévention de la récidive» ou les conflits de rationalités de la probation française. Champ pénal/Penal field. 2014 Jan 21;11.

¹⁹ Milburn P, Jamet L. Prévention de la récidive: les services de probation et d'insertion français dans la tourmente. Action publique et compétences professionnelles. Champ pénal/Penal field. 2014 Jan 21;11.

²⁰ Benbouriche M, Ventéjoux A, Lebourgault M, Hirschelmann A. L'évaluation du risque de récidive en France: Expérience et attitudes des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation. Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique. 2012;65(3):305-18.

²¹ Gautron V. Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité: la place des soins pénalement ordonnés. Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines. 2016 Mar 10.

²² Herzog-Evans M. Judicial rehabilitation in France: Helping with the desisting process and acknowledging achieved desistance. European Journal of Probation. 2011 Mar;3(1):4-19.

²³ Farrall S, Hunter B, Sharpe G, Calverley A. Criminal careers in transition: The social context of desistance from crime. Oxford University Press; 2014 Jan 6.

²⁴ Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. Journal of consulting and clinical psychology. 2005 Dec;73(6):1154.

²⁵ Coutanceau R. Dangerosité criminologique et prévention de la récidive: évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme. L'information psychiatrique. 2012;88(8):641-6.

champ judiciaire, cela se traduit principalement par des peines et/ou mesures de peines spécifiques qui visent à promouvoir la résistance et/ou limiter les facteurs de risques.

Moyens et limites du champ judiciaire

Les moyens et limites du champ judiciaire sont doubles car relatifs au contrôle et à l'exécution de mesures en cours et également au droit des personnes qu'elles soient prévenues, détenues, ou placées sous main de justice. Cependant, l'introduction de la criminologie, notamment par le DAVC, en l'absence d'existence institutionnalisée et universitaire de la discipline vient pointer le manque de définitions et de connaissances²⁶ de la criminologie^{27,28,29}. Ainsi, si les dispositifs et procédures existants sont appliqués ou mis en place, des pratiques dites consensuelles ne sont pas identifiées. La diversité des pratiques et leur faible comparabilité rend leur évaluation et celle des missions (exécution des peines, surveillance, réinsertion) difficiles (qu'elle soit de processus, d'effectivité ou d'efficacité). En l'absence de pratiques standardisées et au vu de la définition de la récidive légale et de la réitération il est également difficile d'évaluer la réalité de la réinsertion et la récidive, la plupart des études sur (le risque de) la récidive étant publiées par des professionnels de santé^{30,31,32}

4.1.1.3 Le champ sanitaire

Les professions médicales et paramédicales sont définies par le Code de Santé Publique, quatrième partie, qui comprend la définition et les missions des professionnels de santé. Sont retrouvées :

- Les professions médicales (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme),
- Les professions de la pharmacie (pharmacien et préparateur en pharmacie),
- Les auxiliaires médicaux (aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute/psychomotricien, orthophoniste et d'orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, diététicien, auxiliaires de puériculture et ambulanciers).

Concernant les psychologues, la formation et la reconnaissance des titres d'exercice sont régies par le Décret n°90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue. Il convient de préciser que le code de déontologie des psychologues n'a aucune valeur juridique. Le psychologue est donc tenu aux obligations relatives à l'exercice de sa profession et au lieu (institution / champ) d'exercice.

²⁶ Herzog-Evans M. Desisting in France: What probation officers know and do. A first approach. *European Journal of Probation*. 2011 Aug;3(2):29-46.

²⁷ Mucchielli L. L'impossible constitution d'une discipline criminologique en France: cadres institutionnels, enjeux normatifs et développements de la recherche des années 1880 à nos jours. *Criminologie*. 2004;37(1):13-42.

²⁸ Mucchielli L. De la criminologie comme science appliquée et des discours mythiques sur la «multidisciplinarité» et «l'exception française». *Champ pénal/Pénal field*, 2010 ;7.

²⁹ Mucchielli L. Une «nouvelle criminologie» française? Pourquoi et pour qui. *Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé*, 2008 ;4, 795-803.

³⁰ Guay JP, Benbouriche M, Parent G. L'évaluation structurée du risque de récidive des personnes placées sous main de justice: méthodes et enjeux. *Pratiques psychologiques*. 2015 Sep 1;21(3):235-57.

³¹ Dubourg É, Gautron V. La rationalisation des méthodes d'évaluation des risques de récidive. Entre promotion institutionnelle, réticences professionnelles et prudence interprétative. *Champ pénal/Pénal field*. 2014 Jan 21;11.

³² Milgrom E, Bouchard P, Olié JP. La prévention médicale de la récidive chez les délinquants sexuels. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. 2010 Jun;194:1033-44.

Le champ sanitaire regroupe donc des professions diverses régies par des codes de déontologie et pour certaines des conseils de l'ordre.

Missions et institutions du champ sanitaire

Le champ sanitaire impliqué dans la prise en charge des personnes auteures de violences sexuelles est à la fois contingent (parcours de santé et parcours de soin générique) et spécifique. Les missions génériques du champ sanitaire sont relatives au maintien ou à la restauration de l'état de santé par des interventions préventives et curatives. Concernant le champ sanitaire spécifique, et plus particulièrement celui de la santé mentale, il peut se décliner selon trois modalités :

1. Une modalité de prises en charge sanitaire spécifiques pouvant inclure des soins sous contraintes, dans le cadre d'une pathologie psychiatrique lourde et chronique.
 - a. Modalité de soins sous contraintes en psychiatrie pour les personnes détenues³³ suivant les modalités prévues à l'article D398 du Code de procédure pénale³⁴ (UMD³⁵³⁶, UHSA³⁷), ou en milieu psychiatrique général (SDRE).
 - b. Modalité de soins libres ambulatoires ou en milieu ferme.
2. Une modalité de prise en charge sanitaire dans le cadre des soins pénalement ordonnés (voir question 4.1.2) pouvant regrouper différentes situation, de l'absence de pathologie ou troubles à la présence de pathologies lourdes ou troubles). D'un point de vue structurel, les soins pénalement ordonnés³⁸³⁹ (injonction thérapeutiques, obligation de soins et injonction de soins) déterminent un dispositif de soin et non un contenu du soin et s'appuient donc sur le dispositif de psychiatrie de secteur⁴⁰ souvent saturé et mal préparé (voire réfractaire) au

³³ Beloncle M, Demeillers T, Garnier G, Giron O. L'hospitalisation psychiatrique des patients détenus: historique, enjeux et perspectives. *L'Information Psychiatrique*. 2004 Apr 1;80(4):281-4.

³⁴ Panfili JM. L'hospitalisation sans consentement des détenus atteints de troubles mentaux: un dispositif incertain et controversé. *Droit, Déontologie & Soins*. 2013 Mar 1;13(1):9-15.

³⁵ Baratta A, Senninger JL, Aroudj S. Les auteurs de violences sexuelles en unité pour malades difficiles. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2013 Sep 1 (Vol. 171, No. 8, pp. 513-517). Elsevier Masson.

³⁶ Velpy L, Eyraud B. Confinement and psychiatric care: a comparison between high-security units for prisoners and for difficult patients in France. *Culture, medicine, and psychiatry*. 2014 Dec 1;38(4):550-77.

³⁷ Fovet T, Thomas P, Adins C, Amad A. France's forensic psychiatry provision: the long and winding road. *The Lancet Psychiatry*. 2015 Aug 1;2(8):e20.

³⁸ Ciavaldini A. Sanctionner et soigner: du soin pénalement obligé au processus civilisateur. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*. 2004(3):23-30.

³⁹ Baron-Laforet S. Guide des nouvelles obligations de soin. *L'information psychiatrique*. 2009;85(8):753-7.

⁴⁰ Di Rocco V, Ravit M. La psychiatrie de secteur confrontée aux soins pénalement ordonnés. *Psychothérapies*. 2014;34(2):75-83.

soin dans un cadre pénalement ordonné⁴¹. À noter, le nombre croissant d'unités spécialisées proposant une offre de soins spécifique et des professionnels formés⁴²⁴³⁴⁴⁴⁵⁴⁶.

3. Une modalité de prise en charge sanitaire hors soins pénalement ordonnés et plus rarement hors procédure judiciaire, par exemple dans le cas de faits prescrits ou d'un travail sur l'auto-dénonciation.

La prise en charge sanitaire peut être hospitalière, libérale ou mixte. Les professionnels impliqués dans la prise en charge peuvent être divers (aide-soignant, éducateurs, infirmiers, médecin, personnel administratif, psychologue, psychomotricien, travailleurs sociaux), chaque profession ayant un cadre d'exercice propre (actes (para)médicaux autorisés, format et modalités d'intervention).

Moyens et limites du champ sanitaire

La population des auteurs de violence sexuelle est une population hétérogène (voir chapitre 1) dont les besoins en termes de santé et de prise en charge sanitaire sont variés⁴⁷⁴⁸. Le dispositif d'injonction de soin et plus généralement les soins pénalement ordonnés ont initié un nouveau cadre d'intervention sanitaire où les missions et objectifs⁴⁹ de chacun sont définis (voir question 3.1.1 et 4.1.2). Cependant, se posent les questions des modalités de prise en charge, du contenu de la prise en charge prodiguée⁵⁰ (voir questions 4.2, 4.3 et 4.4), de l'efficacité de la prise en charge, de l'évaluation (et critères d'évaluation) de la réduction symptomatique (si maladie ou trouble identifié) (voir chapitre 3). Entre obligation de moyens et volonté de résultats, le champ sanitaire se trouve en tension entre préoccupations sociales et judiciaires⁵¹⁵².

⁴¹ Moral

i A, Baratta A, Halleguen O, Lefevre H. Étude sur la prise en charge des auteurs de violence sexuelle auprès d'une cohorte de psychiatres hospitaliers en France en 2011. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2011 Nov 1 (Vol. 169, No. 9, pp. 578-580). Elsevier Masson.

⁴² Cagnoli S, Laroche P, Pitteri F. pratique soignante Une consultation spécialisée pour les auteurs de violences sexuelles. *Soins. Psychiatrie.* 2010(267):36-7.

⁴³ Le Bodic C, Michelot M, Robin D. Les soins pénalement ordonnés (II). Mise en place d'un dispositif d'accueil de patients sous main de justice au sein d'un service de psychiatrie de secteur. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2015 Mar 1 (Vol. 173, No. 2, pp. 203-210). Elsevier Masson.

⁴⁴ Smaniotto B, Schillinger A, Réveillaud M, Felicier M. Un dispositif de soins pour les adolescents auteurs de violences sexuelles. In *Violences sexuelles d'adolescents 2015* (pp. 159-174). ERES.

⁴⁵ Saetta S. Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner. *Ethnographie d'un établissement pénitentiaire et d'un service de soins spécialisés. Champ pénal/Pénal field.* 2016 Feb 29;13.

⁴⁶ Estano N, Arena G, Bouvry E, Brochet S. Pourquoi une consultation spécifique pour auteurs d'infractions à caractère sexuel: regard sur six années à l'Unité de Psychiatrie et Psychologie légales de Ville-Evrard. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2018 Mar 28. Elsevier Masson.

⁴⁷ Delavenne H, Garcia F, Lamy S, Thibaut F. Quelle prise en charge thérapeutique pour les patients paraphiles auteurs de violence sexuelle?. *PSN.* 2014;12(1):15-29.

⁴⁸ Baratta A, Morali A, Halleguen O, Milosescu GA. Prise en charge médicojudiciaire des auteurs d'infractions sexuelles. *Médecine & Droit.* 2011 Mar 1;2011(107):114-23.

⁴⁹ Ventéjoux A, Hirschelmann A. Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels: des pratiques au carrefour de la Santé et de la Justice. *Pratiques psychologiques.* 2014 Jun 1;20(2):95-110.

⁵⁰ Orsat M, Auffret E, Brunetière C, Decamps-Mini D, Canet J, Olié JP, Richard-Devantoy S. Les soins pénalement ordonnés: analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature. *L'Encéphale.* 2015 Oct 1;41(5):420-8.

⁵¹ Bajos N, Bozon M, Prudhomme A. Les agressions sexuelles en France: résignation, réprobation, révolte. In *Enquête sur la sexualité en France 2008* (pp. 381-407). La Découverte.

⁵² Benbouriche M, Parent G. La coercition sexuelle et les violences sexuelles dans la population générale: définition, données disponibles et implications. *Sexologies.* 2018 Feb 25.

4.1.1.4 Le champ social et la société civile

Le champ social regroupe la société civile, le champ de l'insertion sociale au sens large, ainsi que les groupements et associations⁵³ dont les usagers sont possiblement des personnes auteures de violence sexuelle. Trois principaux contextes de prise en charge sont retrouvés :

- Une prise en charge dans le cadre de mission de service public et de mandatement, ayant par la même un cadre juridique défini⁵⁴ (convention et application du code de sante publique dans le champ médico-social). Il peut également s'agir d'associations habilités à effectuer le suivi et aider à la réinsertion de personnes condamnées.
- une prise en charge en partenariat avec une institution judiciaire ou sanitaire dans lequel les rôles et missions sont définis. Il s'agit, par exemple, d'initiatives comme les cercles de soutien⁵⁵ qui font appel à la société civile et/ou associations dans le cadre d'un projet structuré et supervisé par les services de probation.
- Une prise en charge autre et dont le cadre juridique d'intervention n'est en soi pas prédéterminé. Cela peut regrouper des situations où la personne auteure de violence sexuelle prend part à des activités ou est prise en charge pour d'autres raisons, cela pourrait également inclure les associations de patients ou d'usagers de service (de sante mais également de justice).

4.1.1.5. Problèmes pratiques et enjeux dans l'interaction des champs

Les objectifs, rôles, modalités et limites de chaque champ et professionnel au sein de ce secteur sont, d'un point de vue théorique clairs et simples. Cependant, le champ judiciaire s'appuie sur l'expertise psychiatrique pénale et les dispositifs psychiatriques, menant par voie de conséquence le champ sanitaire à travailler d'une certaine façon sur ordonnance judiciaire⁵⁸. Se posent dès lors deux principales difficultés, le flou ou le possible transfert des missions de chaque champ⁵⁹ et par conséquent, les responsabilités incombant à chaque professionnel⁶⁰.

Si le dialogue et le partage d'information entre équipes de soins permet une continuité de la prise en charge, l'articulation entre parcours de soins générique (médecin généraliste etc.) et parcours de soins spécifiques reste peu exploré. Cependant la question du partage d'information entre les acteurs des

⁵³ Herzog-Evans M. French third sector participation in probation and reentry: Complementary or competitive?. *European Journal of Probation*. 2014 Apr;6(1):42-56.

⁵⁴ Thierry MM, Bodon A, Dichene R. Mission relative à la prise en compte des spécificités des services d'intérêt général dans la transposition de la directive" services" et l'application du droit communautaire des aides d'état. IGA-IGAS-IGF; 2009 Jan. <http://www.cnape.fr/files/rapports/322.pdf>

⁵⁵ Rosenczveig JP, Verdier P, Daadouch C. Le secret professionnel en travail social et médico-social-6e éd. Dunod; 2016 Sep 14.

⁵⁶ Höing M, Bates A, Caspers J, Goei K, Hanvey S, Pasmans V, Vogelvang B. Traduction du Guide européen des Cercles de Soutien et de Responsabilité (CSR). <http://www.circles4.eu/wp-content/uploads/COSA-European-Handbook-F-2010.pdf>

⁵⁷ Cochez F, Delage A. Étude de faisabilité, étude d'adaptation et plan d'adoption pour l'implantation de Cercles de soutien et de responsabilité (CSR) en France.

⁵⁸ Senon JL, Manzanera C. Psychiatrie et justice: de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté. *AJ pénal*. 2008 Apr;4:176-80.

⁵⁹ Milgrom E, Bouchard P, Olié JP. La prévention médicale de la récidive chez les délinquants sexuels. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. 2010 Jun;194:1033-44

⁶⁰ Sautereau M, Leca H, Vittoz A, Meunier F, Lamothe P. Les évolutions législatives françaises: un pas de plus vers la confusion justice psychiatrie: À propos de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. *Psychiatrie et violence*. 2009;9(1).

différents champs reste un point sensible (secret professionnel⁶¹ et dérogation au secret professionnel⁶², secret partagé et partage d'information, voir [annexe 2](#) et question 3.1.5). D'un point de vue structurel, deux entités/dispositifs ont été créés pour lubrifier les relations inter-champs :

- La fonction de médecin coordonnateur⁶³ dans le cadre de l'injonction de soin⁶⁴ (voir question 3.1.3),
- Les fonctions de réseau et de soutien aux professionnels des Centres Ressources pour Intervenants auprès des Auteurs de Violence Sexuelle (CRIAVS)⁶⁶.

Résumé

D'un point de vue procédural et théorique, les missions de chaque professionnel sont définies par le champ d'exercice et les codes professionnels. En cela, il y a peu d'ambiguïté quant aux rôles et limites de l'action (possiblement) menée par les professionnels. Néanmoins, l'introduction de concepts caducs (au sens de leur reconnaissance et institutionnalisation en France) dans certains textes de loi vient flouter ces démarcations. Enfin, le double mouvement soin et sanction⁶⁸ s'exprime par une tendance à la médicalisation de la sanction pénale⁶⁹. En pratique, et en l'absence d'une criminologie française, cela mène à un modèle mixte basé sur les modèles étrangers (ex : *Good life model*, PPR, modèle risque-besoin-réceptivité et groupes psychoéducatifs⁷⁰) et les procédures et moyens français.

⁶¹ Verdier P. Secret professionnel et partage des informations. *Journal du droit des jeunes*. 2007(9):8-21.

⁶² Duval, S. (2014). Maltraitements, secret, dénonciation et assistance. *Droit, Déontologie & Soins*, 14(1), 87-96.

⁶³ Goumilloux R. Médecin coordonnateur de suivis socio-judiciaires: une nouvelle fonction. *L'information psychiatrique*. 2014;90(3):213-9.

⁶⁴ Aghababian V, Lançon C, Giocanti D, Glezer D, Leonetti G. Les décrets d'application de la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des auteurs d'infractions sexuelles: aspects législatifs et cliniques. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2001 Jul 1 (Vol. 159, No. 6, pp. 424-430). Elsevier Masson.

⁶⁵ Baratta A, Morali A, Halleguen O, Milosescu GA. Prise en charge médicojudiciaire des auteurs d'infractions sexuelles. *Médecine & Droit*. 2011 Mar 1;2011(107):114-23.

⁶⁶ Lacambre, M. (2014). Les centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS). *La Lettre du psychiatre*, 10(4-5), 136-138.

⁶⁷ Miele C, Lambrinidis C, Lacambre M. The CRIAVS: public service structures for professionals confronted with support for perpetrators of sexual violence. In *European Psychiatry* 2014 Nov 1, 29(8):625-625.

⁶⁸ Doron CO. La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales. In *La philosophie du soin* 2010 (pp. 283-300). Presses Universitaires de France.

⁶⁹ Kazanchi C. *La médicalisation de la sanction pénale* (Doctoral dissertation, Aix-Marseille).

⁷⁰ Benbouchie M, Vanderstukken O, Guay JP. Les principes d'une prévention de la récidive efficace: le modèle Risque-Besoins-Réceptivité. *Pratiques psychologiques*. 2015 Sep 1;21(3):219-34.

⁷¹ Alvarez J, Gourmelon N. La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles: un objet révélateur d'évolutions institutionnelles et professionnelles. ENAP-CIRAP, Rapport 2009.

Annexes

Annexe 1 – Code Pénal, articles 226-13, 226-14 et 434-1

<p>Article 226-13</p> <p>Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002</p>	<p>La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.</p>
<p>Article 226-14</p> <p>Modifié par LOI n°2015-1402 du 5 novembre 2015 - art. 1)</p>	<p>L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :</p> <ul style="list-style-type: none">- 1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées 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 ;- 2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;- 3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une. <p>Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.</p>
<p>Article 434-1</p> <p>Modifié par LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 45 (V)</p>	<p>Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.</p>

	<p>Sont exceptés des dispositions qui précèdent, sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs :</p> <ul style="list-style-type: none">- 1° Les parents en ligne directe et leurs conjoints, ainsi que les frères et sœurs et leurs conjoints, de l'auteur ou du complice du crime ;- 2° Le conjoint de l'auteur ou du complice du crime, ou la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui. <p>Sont également exceptées des dispositions du premier alinéa les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13.</p>
--	---

Annexe 2 – Code de sante publique, Art. L1110-4 Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2

I.-Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II.-Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.-Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

III bis.-Un professionnel de santé, exerçant au sein du service de santé des armées ou dans le cadre d'une contribution au soutien sanitaire des forces armées prévue à l'article L. 6147-10, ou un professionnel du secteur médico-social ou social relevant du ministre de la défense peuvent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, échanger avec une ou plusieurs personnes, relevant du ministre de la défense ou de la tutelle du ministre chargé des anciens combattants, et ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés, des informations relatives à ce militaire ou à cet ancien militaire pris en charge, à condition que ces informations soient strictement nécessaires à son accompagnement. Le secret prévu au I s'impose à ces personnes. Un décret en Conseil d'Etat définit la liste des structures dans lesquelles exercent les personnes ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés.

IV.-La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

V.-Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les

informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

VI.-Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé, non-professionnels de santé du champ social et médico-social et personnes ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés sont définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Champ / Institution		Profession	Modalités Dispositions législatives relatives aux missions	Objectifs
JUSTICE	Protection judiciaire de la jeunesse	Éducateur/Assistant de service social Psychologue RU/fonction cadre	Code de procédure pénal Code penal	Protection du mineur Prévention de la récidive
	Service de Probation et d'Insertion Professionnelle	CPIP		Exécution des mesures de peine Prévention de la récidive
	Administration pénitentiaire	Surveillant Psychologue PEP		Surveillance et sécurité de la personne détenue Prévention de la récidive
SANTÉ	Champ médical non lié aux actes de violences sexuelles	Professionnels médicaux	Droit de la santé	Approche curative ou préventive des maladies
	Champ médical lié aux actes de violence sexuelle	Champ de la psychiatrie relevant de pathologies lourdes et/ou chroniques	Professionnels paramédicaux	Résolution symptomatique
		Champ de la psychiatrie ne relevant pas de pathologies lourdes et/ou chroniques	Psychologues	Code de santé publique Code penal
SOCIAL	Société civile		Dépend du cadre d'exercice initial et du projet	

	Association avec missions de services public (medio social) ou (socio-judiciaire)	Tutelle mixte		
	Association et/ou société civile associée à des projets auprès des auteurs de violence sexuelle	Cadre juridique en fonction du projet et des partenaires du champ de la sante et/ou de la justice.		

BIBLIOGRAPHIE

- Salle G. Théorie des champs, prison et pénalité. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2016(3):4-19.
- Welzer-Lang D, Mathieu L, Faure M. Sexualités et violences en prison. 1996, Lyon, Ales Éditions.
 - Ricordeau G., , Enquêteur sur l'homosexualité et les violences sexuelles en détention, *Déviance et Société*, 2004(28), 233-253.
 - Lacambre M, Courtet P. Violence et prison. *La Lettre du psychiatre*. 2012;8(5):124-7.
 - Thompson AC. What happens behind locked doors: The difficulty of addressing and eliminating rape in prison. *New Eng. J. on Crim. & Civ. Confinement*. 2009;35:119.
 - Jenness V, Maxson CL, Sumner JM, Matsuda KN. Accomplishing the difficult but not impossible: Collecting self-report data on inmate-on-inmate sexual assault in prison. *Criminal justice policy review*. 2010 Mar;21(1):3-0.
 - Ricordeau G. Sexualités féminines en prison: pratiques, discours et représentations. *Genre, sexualité & société*. 2009 Jun 29(1).
 - Marcelli A. Le secret professionnel du médecin et son partage entre soignants et non soignants. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. 2006;190(6):1247-60.
 - Marcelli A. Le secret professionnel du médecin et son partage entre soignants et non soignants. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. 2006;190(6):1247-60.
 - Bourquin J, Robin M. De l'Éducation surveillée à la Protection judiciaire de la jeunesse. Quelques repères chronologiques, 1912-1995. *Revue d'histoire de l'enfance «irrégulière»*. *Le Temps de l'histoire*. 2007 Jun 1(Hors-série):327-33.
 - Sallée N. Les éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse à l'épreuve de l'évolution du traitement pénal des jeunes délinquants. *Champ pénal/Pénal field*. 2010 Jan 23;7.
 - Sallée N. Les mineurs délinquants sous éducation contrainte. *Déviance et société*. 2014;38(1):77-101.
 - Bailleau F, Milburn P. Éduquer les mineurs en milieu carcéral en France. *Déviance et société*. 2014;38(2):133-56.
 - Froment JC. Légitimation et régulation de l'administration pénitentiaire et du corps du personnel de surveillance. *Droit et société*. 1994;28(1):637-47.
 - Chauvenet A, Gorgeon C, Mouhanna C, Orlic F. Entre social et judiciaire: quelle place pour le travail social de milieu ouvert?. *Archives de politique criminelle*. 2001(1):71-91.
 - Moulin V, Palaric R. Les groupes de parole de prévention de la récidive au sein des SPIP. Une évolution centrée sur la gestion du risque, entre théorie et adaptation pratique. *Champ pénal/Pénal field*. 2014 Jan 21;11.
 - Palaric R. Les Groupes de parole de prévention de la récidive en France: observation des effets produits. *Pratiques psychologiques*. 2015 Sep 1;21(3):259-73.
 - Razac O, Gouriou F, Salle G. La «prévention de la récidive» ou les conflits de rationalités de la probation française. *Champ pénal/Pénal field*. 2014 Jan 21;11.
 - Milburn P, Jamet L. Prévention de la récidive: les services de probation et d'insertion français dans la tourmente. *Action publique et compétences professionnelles*. *Champ pénal/Pénal field*. 2014 Jan 21;11.
 - Benbouriche M, Ventéjoux A, Lebougault M, Hirschelmann A. L'évaluation du risque de récidive en France: Expérience et attitudes des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*. 2012;65(3):305-18.
 - Gautron V. Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité: la place des soins pénalement ordonnés. *Criminocorpus*. *Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*. 2016 Mar 10.
 - Herzog-Evans M. Judicial rehabilitation in France: Helping with the desisting process and acknowledging achieved desistance. *European Journal of Probation*. 2011 Mar;3(1):4-19.
 - Farrall S, Hunter B, Sharpe G, Calverley A. Criminal careers in transition: The social context of desistance from crime. Oxford University Press; 2014 Jan 6.
 - Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2005 Dec;73(6):1154.
 - Coutanceau R. Dangerosité criminologique et prévention de la récidive: évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme. *L'information psychiatrique*. 2012;88(8):641-6.
 - Herzog-Evans M. Desisting in France: What probation officers know and do. A first approach. *European Journal of Probation*. 2011 Aug;3(2):29-46.
 - Mucchielli L. L'impossible constitution d'une discipline criminologique en France: cadres institutionnels, enjeux normatifs et développements de la recherche des années 1880 à nos jours. *Criminologie*. 2004;37(1):13-42.
 - Mucchielli L. De la criminologie comme science appliquée et des discours mythiques sur la «multidisciplinarité» et «l'exception française». *Champ pénal/Pénal field*, 2010 ;7.
 - Mucchielli L. Une «nouvelle criminologie» française? Pourquoi et pour qui. *Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé*, 2008 ;4, 795-803.
 - Guay JP, Benbouriche M, Parent G. L'évaluation structurée du risque de récidive des personnes placées sous main de justice: méthodes et enjeux. *Pratiques psychologiques*. 2015 Sep 1;21(3):235-57.
 - Dubourg É, Gautron V. La rationalisation des méthodes d'évaluation des risques de récidive. Entre promotion institutionnelle, réticences professionnelles et prudence interprétative. *Champ pénal/Pénal field*. 2014 Jan 21;11.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

- Milgrom E, Bouchard P, Olié JP. La prévention médicale de la récidive chez les délinquants sexuels. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. 2010 Jun;194:1033-44.
- Beloncle M, Demeillers T, Garnier G, Giron O. L'hospitalisation psychiatrique des patients détenus: historique, enjeux et perspectives. *L'Information Psychiatrique*. 2004 Apr 1;80(4):281-4.
- Panfili JM. L'hospitalisation sans consentement des détenus atteints de troubles mentaux: un dispositif incertain et controversé. *Droit, Déontologie & Soins*. 2013 Mar 1;13(1):9-15.
- Baratta A, Senninger JL, Aroudj S. Les auteurs de violences sexuelles en unité pour malades difficiles. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2013 Sep 1 (Vol. 171, No. 8, pp. 513-517). Elsevier Masson.
- Velpy L, Eyraud B. Confinement and psychiatric care: a comparison between high-security units for prisoners and for difficult patients in France. *Culture, medicine, and psychiatry*. 2014 Dec 1;38(4):550-77.
- Fovet T, Thomas P, Adins C, Amad A. France's forensic psychiatry provision: the long and winding road. *The Lancet Psychiatry*. 2015 Aug 1;2(8):e20.
- Ciavaldini A. Sanctionner et soigner: du soin pénalement obligé au processus civilisateur. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*. 2004(3):23-30.
- Baron-Laforet S. Guide des nouvelles obligations de soin. *L'information psychiatrique*. 2009;85(8):753-7.
- Di Rocco V, Ravit M. La psychiatrie de secteur confrontée aux soins pénalement ordonnés. *Psychothérapies*. 2014;34(2):75-83.
- Moral i A, Baratta A, Halleguen O, Lefevre H. Étude sur la prise en charge des auteurs de violence sexuelle auprès d'une cohorte de psychiatres hospitaliers en France en 2011. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2011 Nov 1 (Vol. 169, No. 9, pp. 578-580). Elsevier Masson.
- Cagnoli S, Laroche P, Pitteri F. pratique soignante Une consultation spécialisée pour les auteurs de violences sexuelles. *Soins. Psychiatrie*. 2010(267):36-7.
- Le Bodic C, Michelot M, Robin D. Les soins pénalement ordonnés (II). Mise en place d'un dispositif d'accueil de patients sous main de justice au sein d'un service de psychiatrie de secteur. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2015 Mar 1 (Vol. 173, No. 2, pp. 203-210). Elsevier Masson.
- Smaniotto B, Schillinger A, Réveillaud M, Felicier M. Un dispositif de soins pour les adolescents auteurs de violences sexuelles. In *Violences sexuelles d'adolescents* 2015 (pp. 159-174). ERES.
- Saetta S. Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner. *Ethnographie d'un établissement pénitentiaire et d'un service de soins spécialisés*. *Champ pénal/Pénal field*. 2016 Feb 29;13.
- Estano N, Arena G, Bouvry E, Brochet S. Pourquoi une consultation spécifique pour auteurs d'infractions à caractère sexuel: regard sur six années à l'Unité de Psychiatrie et Psychologie légales de Ville-Evrard. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2018 Mar 28. Elsevier Masson.
- Delavenne H, Garcia F, Lamy S, Thibaut F. Quelle prise en charge thérapeutique pour les patients paraphiles auteurs de violence sexuelle?. *PSN*. 2014;12(1):15-29.
- Baratta A, Morali A, Halleguen O, Milosescu GA. Prise en charge médicojudiciaire des auteurs d'infractions sexuelles. *Médecine & Droit*. 2011 Mar 1;2011(107):114-23.
- Ventéjoux A, Hirschelmann A. Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels: des pratiques au carrefour de la Santé et de la Justice. *Pratiques psychologiques*. 2014 Jun 1;20(2):95-110.
- Orsat M, Auffret E, Brunetière C, Decamps-Mini D, Canet J, Olié JP, Richard-Devantoy S. Les soins pénalement ordonnés: analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature. *L'Encéphale*. 2015 Oct 1;41(5):420-8.
- Bajos N, Bozon M, Prudhomme A. Les agressions sexuelles en France: résignation, réprobation, révolte. In *Enquête sur la sexualité en France 2008* (pp. 381-407). La Découverte.
- Benbouriche M, Parent G. La coercition sexuelle et les violences sexuelles dans la population générale: définition, données disponibles et implications. *Sexologies*. 2018 Feb 25.
- Herzog-Evans M. French third sector participation in probation and reentry: Complementary or competitive?. *European Journal of Probation*. 2014 Apr;6(1):42-56.
- Thierry MM, Bodon A, Dichene R. Mission relative à la prise en compte des spécificités des services d'intérêt général dans la transposition de la directive " services" et l'application du droit communautaire des aides d'état. IGA-IGAS-IGF; 2009 Jan. <http://www.cnape.fr/files/rapports/322.pdf>
- Rosenczweig JP, Verdier P, Daadouch C. Le secret professionnel en travail social et médico-social-6e éd. Dunod; 2016 Sep 14.
- Höing M, Bates A, Caspers J, Goei K, Hanvey S, Pasmans V, Vogelvang B. Traduction du Guide européen des Cercles de Soutien et de Responsabilité (CSR). <http://www.circles4.eu/wp-content/uploads/COSA-European-Handbook-F-2010.pdf>
- Cochez F, Delage A. Étude de faisabilité, étude d'adaptation et plan d'adoption pour l'implantation de Cercles de soutien et de responsabilité (CSR) en France.
- Senon JL, Manzanera C. Psychiatrie et justice: de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté. *AJ pénal*. 2008 Apr;4:176-80.
- Milgrom E, Bouchard P, Olié JP. La prévention médicale de la récidive chez les délinquants sexuels. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. 2010 Jun;194:1033-44
- Sautereau M, Leca H, Vittoz A, Meunier F, Lamothe P. Les évolutions législatives françaises: un pas de plus vers la confusion justice psychiatrie: À propos de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention sûreté et à la

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

- déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. *Psychiatrie et violence*. 2009;9(1).
- Verdier P. Secret professionnel et partage des informations. *Journal du droit des jeunes*. 2007(9):8-21.
 - Duval, S. (2014). Maltraitements, secret, dénonciation et assistance. *Droit, Déontologie & Soins*, 14(1), 87-96.
 - Goumilloux R. Médecin coordonnateur de suivis socio-judiciaires: une nouvelle fonction. *L'information psychiatrique*. 2014;90(3):213-9.
 - Aghababian V, Lançon C, Giocanti D, Glezer D, Leonetti G. Les décrets d'application de la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des auteurs d'infractions sexuelles: aspects législatifs et cliniques. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2001 Jul 1 (Vol. 159, No. 6, pp. 424-430). Elsevier Masson.
 - Baratta A, Morali A, Halleguen O, Milosescu GA. Prise en charge médicojudiciaire des auteurs d'infractions sexuelles. *Médecine & Droit*. 2011 Mar 1;2011(107):114-23.
 - Lacambre, M. (2014). Les centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAIVS). *La Lettre du psychiatre*, 10(4-5), 136-138.
 - Miele C, Lambrinidis C, Lacambre M. The CRIAIVS: public service structures for professionals confronted with support for perpetrators of sexual violence. In *European Psychiatry* 2014 Nov 1, 29(8):625-625.
 - Doron CO. La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales. In *La philosophie du soin* 2010 (pp. 283-300). Presses Universitaires de France.
 - Kazanchi C. La médicalisation de la sanction pénale (Doctoral dissertation, Aix-Marseille).
 - Benbouriche M, Vanderstukken O, Guay JP. Les principes d'une prévention de la récurrence efficace: le modèle Risque-Besoins-Réceptivité. *Pratiques psychologiques*. 2015 Sep 1;21(3):219-34.
 - Alvarez J, Gourmelon N. La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles: un objet révélateur d'évolutions institutionnelles et professionnelles. ENAP-CIRAP, Rapport 2009.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

4.1.2. Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ?

Olivier PLANCADE

Le groupe bibliographique constate l'absence de données dans la littérature scientifique, les données citées proviennent de la littérature grise (base de données Théséas).

4.1.2.1. Distinction entre obligation de soin, injonction de soin, et soins sous contrainte.

Il existe deux cadres à distinguer : le soin sans consentement dans le cadre d'un programme de soin, milieu sanitaire ; et les soins pénalement ordonnés, prononcée par une juridiction. (1)

Concernant le soin sans consentement, une première loi est votée en 1838, pour encadrer l'hospitalisation des personnes : la modalité est dite d'office ou sans consentement. La loi du 27 juin 1990 « a pour objectif de promouvoir le droit des malades hospitalisés librement, d'apporter des garanties – conformément aux recommandations du Conseil de l'Europe – aux patients hospitalisés sans leur consentement et d'instaurer un contrôle effectif des conditions d'hospitalisation » (2). Elle se décline les trois modalités suivantes : l'hospitalisation libre, l'hospitalisation à la demande d'un tiers, et l'hospitalisation d'office.

La loi du 5 juillet 2011 définit une nouvelle mesure sous contrainte : le programme de soin. Il s'agit d'imposer non plus une hospitalisation mais des soins. Cette mesure de soins sans consentement est alors encadrée par le programme de soin, le médecin devant produire deux documents, que le code de santé publique régule et encadre légalement : une demande de modification du mode de prise en charge motivant un programme de soin en dehors de l'hospitalisation complète et le programme de soins, du même nom que la mesure. Les deux procédures de contrainte sont l'admission en soin psychiatrique à la demande d'un tiers, ou l'admission en soin psychiatrique à la demande d'un représentant de l'état.

On observe ainsi un renforcement droit du patient (1), notamment à-travers l'obligation du psychiatre d'informer et d'associer le patient aux décisions et aux soins. Mais aussi par le contrôle systématique de l'internement par le juge des libertés et de la détention (2).

Cette meilleure régulation n'est pas constatée chez la personne en injonction de soin : « *Le législateur et les différentes formes de régulation n'ont pas encouragé, comme cela est le cas dans le cadre du programme de soins, la création et la vérification de documents locaux supposés garantir ces droits. Aucune instance, aucun acteur ne vérifie non plus s'ils ont été appliqués, comme cela est le cas dans le programme de soins avec la possibilité de saisine du JDL. La personne concernée par une injonction de soins est avant tout un PPSMJ, et, secondairement, un patient* » (1).

Voyons maintenant les différentes mesures de soin pénalement ordonnés. L'idée d'ordonner pénalement des soins est introduite en 1954, pour les alcooliques dangereux. Cela consiste à remplacer la peine par un soin pour la personne ayant une addiction (1).

L'injonction thérapeutique est une mesure prévue par la loi n°70-1320 (1970), actualisée par la loi du 5 mars 2007. Etendue à tous les stades de la procédure, ainsi qu'aux infractions liées à l'abus d'alcool,

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

elle peut être décidée dans le cadre d'alternative aux poursuites et de la composition pénale. La prise en charge est effectuée par un médecin relais, inscrit à l'ARS, relai entre institutions judiciaires et sanitaires. Cela peut-être une modalité particulière de l'obligation de soin (3)

L'obligation de soin est prononcée avant ou après la condamnation. Il n'est pas nécessaire qu'une expertise ait lieu pour être prononcée. Elle ne prévoit pas de dispositif ni d'acteur particulier contrairement à l'injonction thérapeutique ou l'injonction de soin. Avant déclaration de culpabilité, c'est une modalité du contrôle judiciaire (« *se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation* ». Après déclaration de culpabilité, elle peut être déclinée en : ajournement avec mise à l'épreuve, emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve (et parfois avec obligation d'accomplir un TIG), ou bien un aménagement de peine. Le seul lien entre le juge et le praticien traitant est l'attestation remise directement au patient par le praticien (3). Cette mesure est peu encadrée par le droit (1).

Enfin, la loi du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, vient définir le recours à l'injonction de soin. (1). Le cadre juridique de l'injonction de soin est posé par les différentes lois suivantes (4) :

- loi n° 1998-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ;
- loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive ;
- loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance ;
- loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs ;
- loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

« Elle est applicable lorsque le suivi socio-judiciaire 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 (...) Le dénominateur commun à toutes ces mesures est la nécessité d'avoir été condamné pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, après qu'une expertise médicale a déterminé que la personne condamnée était susceptible de faire l'objet d'un traitement » (4).

Bien que la liste des infractions pour lesquelles l'injonction de soin est encourue ait été allongée, cela n'a pas eu d'impact sur le dispositif : la grande majorité des suivis en SSJ concernent principalement les AICS (3).

Ce qui la distingue des précédentes mesures de soins pénalement ordonnés est qu'elle dispose d'un important dispositif de régulation : *« Alors que, dans l'injonction thérapeutique et l'obligation de soins, la majeure partie des pratiques sont laissées à la discrétion des acteurs, elles sont, dans l'injonction de soins, encadrées par différentes parties du Code pénal, du Code de procédure pénale et du Code de Santé Publique, ainsi que par des recommandations énoncées entre 2001 et 2009 à l'occasion d'une conférence de consensus, d'auditions publiques ou de recommandations de bonnes pratiques. » (1).*

De plus, elle se distingue aussi par l'émergence de nouveaux acteurs spécifiques : médecin coordonnateur, médecin/psychologue traitant, expert psychiatre.

Tableau comparatif entre obligation de soin et injonction de soin (4-5).

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Nature de la mesure	Cadre légal	Modalité
Obligation de soin	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle judiciaire - Ajournement avec mise à l'épreuve - Sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un T.I.G. - Mesure d'aménagement de peine 	<ul style="list-style-type: none"> - Expertise préalable pas nécessaire pour ordonner ou supprimer la mesure - Elle peut être ordonnée ou supprimée par ordonnance du JAP à tout moment de la mise en œuvre de la mesure - Le dispositif repose sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé ; la concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé reste à la discrétion des acteurs de terrain
Injonction de soin	<p>La loi du 10 août 2007 a posé le principe de l'injonction de soins, sauf décision contraire de la juridiction, dès lors que la personne est condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru et qu'une expertise médicale conclut à la possibilité d'un traitement.</p> <p>Ces dispositions s'appliquent dans le cadre des mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi socio-judiciaire - Surveillance judiciaire - Libération conditionnelle - Sursis avec mise à l'épreuve - Surveillance de sûreté - Rétenion de sûreté 	<ul style="list-style-type: none"> - L'expertise médicale préalable est nécessaire pour l'ordonner ou la prononcer et la supprimer, le cas échéant après débat contradictoire - Elle peut être ajoutée à tout moment de la peine par le juge d'application des peines - Le médecin coordonnateur sert d'interface entre le médecin traitant, le psychologue traitant et le juge d'application des peines.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

4.1.2.2. Bilan du dispositif de l'injonction de soin.

Afin de synthétiser les données et avoir une visibilité sur le bilan du dispositif de l'injonction de soin, le tableau suivant se propose de regrouper les conclusions de différents travaux, issus de la littérature dite « grise ». Il s'agit principalement d'articles et de rapports n'ayant pas un niveau de preuve spécifique, hormis une analyse qualitative.

Auteurs	Méthodologie	Niveau de preuve	Points positifs	Point à améliorer
Boucharde, J.P., Brulin-Solignac, D., Lodetti, C. 2017 (5) France	Revue de la littérature et du cadre juridique. Analyse critique.	Inclassable	Dispositif efficace en matière de prévention de la récidive	Le manque de moyen humain pour mettre en œuvre cette mesure, tant chez les médecins coordonnateurs que chez les praticiens traitants.
Auger, G. ; El Hage, W. ; Bouyssy, M. Cano, J. ; Camus, V ; Gaillard, P. 2010 (6) France	Evaluation de la prise en charge de pédophiles extrafamiliaux en injonction de soin (n = 16)	Niveau 4 (séries de cas)		Rareté des interactions entre intervenants du judiciaire et du médical. Manque de spécialisation des praticiens traitants. Peu d'accès aux informations judiciaires. Manque de moyen, plus que rejet du dispositif.
Beau, P. ; Gallier, P. ; Jeanneney-Joseph, B ; Lecoq, G. 2011 (7)	Audit de processus	Inclassable	Renforcement des équipes de psychiatrie implantées dans les établissements pour peines spécialisées.	Aucun moyen judiciaire supplémentaire n'a été déployé pour la mise en place de l'injonction de soin. La mission du médecin coordonnateur est exécutée de manière disparate, avec difficultés de positionnement avec le médecin/psychologue traitant. Grande disparité dans la répartition géographique des médecins coordonnateurs.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

				<p>Désaccords et débats sur les modalités de prises en charge thérapeutiques. Manque de recherche dans le domaine.</p> <p>Manque important de statistiques pour apprécier l'évolution du nombre de prononcé de l'injonction de soin mais aussi l'efficacité du dispositif.</p> <p>Communication partielle et aléatoire des informations médicales, à la sortie de prison.</p> <p>Pratique des conseillers d'insertion et de probation hétérogène.</p> <p>Pas de moyens supplémentaires dégagés pour la prise en charge par la psychiatrie publique.</p> <p>Aucune priorité clairement édictée par les pouvoirs publics en faveur d'un soin obligé pénalement.</p>
Iragnes, F. 2017 (8)	Revue de la littérature et du cadre juridique. Analyse critique.	Inclassable	Organiser de manière claire et cohérente les relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, et de protéger au mieux leurs intérêts respectifs	Cela ne fonctionne dans la réalité des procédures judiciaires et des suivis médicaux des personnes qu'en la présence d'un nombre suffisant de médecins coordonnateurs sur le terrain et parfaitement informés de l'injonction de soin
Baron-Laforet, S. 2010 (9)	Analyse critique	Inclassable	Permettre un accès au soin, sans lequel la personne PPSMJ ne serait jamais venue. Organiser une modalité de rencontre, avec	L'injonction de soin n'est pas toujours un soin : c'est avant tout une proposition d'accès au soin. Parfois, il n'y aura pas possibilité de faire une thérapie, seulement un accompagnement, et la mise en place d'un cadre.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

			<p>des temps plus ou moins « séquencés ».</p> <p>Permettre l'emboîtement de cadres différents : « <i>l'emboîtement des cadres, thérapeutiques et judiciaires, en tant qu'il va étayer les personnalités fragiles, pourra participer à limiter le recours à des fonctionnements archaïques</i> ».</p>	<p>Le temps judiciaire n'est pas le temps psychique : différence de temporalité chez les magistrats et les soignants. Ainsi la mesure de soin obligé peut apparaître par moment inadéquate ou décalée par rapport où on en est la personne dans son cheminement.</p> <p>Contrairement au soin « classique », le soin obligé ne peut se cloisonner, notamment entre les acteurs : un lien entre équipe judiciaire et équipe soignante est incontournable, notamment au regard des défenses psychiques souvent mobilisés par les personnes sous soin obligé, qui visent à couper ou détruire le lien.</p> <p>La prévention de la récidive ne peut être le seul objectif, ou un élément de validation ou vérification de l'efficacité : « <i>L'insupportable de la récidive ne peut être un instrument de validation et surtout de disqualification du professionnel recherché comme responsable</i> ».</p>
Gautron, V. (2015) 10	Revue de la littérature et du cadre juridique. Analyse critique	Inclassable	Volonté du législateur à associer le soin et le sanitaire à la prévention de la récidive	<p>Modèle de soin pénalement ordonné « <i>virtuel</i> » qui souffre sur le terrain d'une asphyxie dans le dispositif de prise en charge : manque numérique de médecins coordonnateurs, expert, relais, traitant...</p> <p>Difficulté de collaboration entre les acteurs du judiciaire et du sanitaire, les objectifs, missions, idéaux différant souvent, alors qu'une collaboration est nécessaire.</p>

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

				<p>Mise en avant de la doctrine de la défense sociale et de la protection de la société récemment, devant la réinsertion de la personne sous injonction de soin.</p> <p>Recours accru aux soins pénalement ordonnés par les magistrats, sans avoir anticipé du côté sanitaire si celui-ci était en capacité d'absorber ces nouvelles demandes.</p>

BIBLIOGRAPHIE

1. Marques, A. *et al.* Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire. *Revue française des affaires sociales*. 2016 ; 2 : 57-74.
2. Vacheron, M-N., Laqueille, X. L'admission en soins psychiatriques sous contrainte : apports et limites de la loi du 5 juillet 2011. *Laennec* 2012 Jan ; 60 : 10-23.
3. Le Bodic, C. ; Michelot, M. ; Robin, D. Les soins pénalement ordonnés. *Cadre légal et revue de la littérature*. *Annales médico-psychologiques*. 2015 ; 173 : 197-202.
4. Guide de l'injonction de soin. Commandité par le Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative. Paris. 2009.
5. Bouchard, J.P., Brulin-Solignac, D., Lodetti, C. L'injonction de soin, une mesure pour éviter la récidive. *Soins psychiatrie*. 2017 ; 309.
6. Auger, G. ; El Hage, W. ; Bouyssy, M. ; Cano, J. ; Camus, V. ; Gaillard, P. Evaluation du dispositif d'injonction de soins pour les auteurs de violences sexuelles en Indre-et-Loire. *Annales Médico-psychologiques*. 2010 ; 168 : 462-465.
7. Beau, P. ; Gallier, P. ; Jeanneney-Joseph, B ; Lecoq, G. Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins. Rapport rédigé par l'inspection générale des affaires sociales des services judiciaires. N° RM2011 – 013P Février 2011.
8. Iragnes, F. L'interaction entre juge et médecins dans l'injonction de soin. *Soins psychiatries*. Mars/avril 2017. 309 : 17-21.
9. Baron-Laforet, S. Le soin pénalement obligé. Intérêt et difficultés. *Psy.fr*. 2010 ; 2 : 7-23.
10. Gautron, V. Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés. Journées d'études internationales "La prévention des récidives : évaluation, suivis, partenariats", Oct 2014, Paris, France. 2015 ; 145-161.

4.2. Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ?

Ophélie HENRY et Nora LETTO

4.2.1. Les différentes approches thérapeutiques

Différentes approches thérapeutiques existent dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (ci-après AVS) : prises en charge individuelle, groupale, et d'obédience différentes telles que psycho-dynamique, systémique, cognitivo-comportementale. La littérature est francophone et anglophone. Nous parlerons ici des hommes adultes AVS, une des questions de l'Audition Publique portant sur les spécificités de la prise en charge des AVS, tels que les femmes et les mineurs AVS, ou encore la question des personnes présentant un déficit intellectuel.

De nombreuses méthodes (1) ont ainsi été utilisées dans l'histoire : la castration, les anti-androgènes, des méthodes comportementales telles que la thérapie par chocs électriques, les techniques d'aversion olfactive et pharmacologique, la thérapie de reconditionnement masturbatoire, la « *penile conditioning therapy* », mais aussi gestion de la colère, éducation sexuelle, entraînement à l'empathie,...

On peut distinguer quatre grandes modalités de traitement des AVS (2) :

- L'approche psychodynamique, principale utilisée en France. Les interventions psychodynamiques ont comme racine la théorie psychanalytique. Ici, le passage à l'acte sexuel naît d'une asymétrie entre le ça, le moi et le surmoi, avec des AVS qui ont un faible surmoi (un faible niveau de morale) et un fort ça (des pulsions sexuelles et une libido fortes) (3). L'accent est ici davantage mis sur le processus psychique que sur une modification corrective des conduites (2). Le but du travail est de permettre, à terme, un réaménagement des systèmes défensifs autorisant un abandon des conduites de décharges violentes. Les prises en charge sont davantage individuelles, mais le silence est proscrit au profit d'interventions actives « aidantes », guidant le patient dans son élaboration. Selon Ciavaldini (2), une prise en charge groupale est conseillée lorsque le sujet présente une faible maîtrise de la verbalisation, peu de tolérance à l'angoisse, peu de culpabilité, une notion d'altérité mal limitée ainsi qu'une faible motivation au traitement. Le but d'une telle approche (particulièrement le psychodrame) est de stimuler l'alliance thérapeutique. Toujours selon Ciavaldini, on enregistre une amélioration rapide de la tolérance à la critique, de l'expression et de la gestion des émotions, ainsi qu'un abaissement, pour les dénégateurs, du taux de déni (2). Avec des sujets présentant un fonctionnement opératoire, l'abord corporel (relaxation) est un complément thérapeutique intéressant, tout comme la thérapie familiale en cas d'inceste.
- Les interventions comportementales au sens large peuvent se diviser en deux catégories (3) : celles qui se basent sur la thérapie comportementale classique, traditionnelle, soit sur le conditionnement et les théories de l'apprentissage, et celles qui y incorporent le cognitif. En réalité, les deux se recouvrent et sont souvent utilisées en parallèle. En ce qui concerne le traitement des AVS, la thérapie comportementale utilise les thérapies d'aversion (exposition au stimulus sexuel déviant suivi d'un stimulus aversif), de « *covert sensitisation* » (imagination d'un contenu sexuellement déviant jusqu'à excitation puis imaginer des expériences négatives fortes), ou de conditionnement olfactif (des odeurs désagréables sont associées à du contenu sexuellement déviant), ou encore de reconditionnement orgasmique/satiété masturbatoire.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

L'apport cognitif va quant à lui changer les processus internes : les pensées, croyances, émotions et excitation physique, tout en transformant le comportement ouvert, telles que les compétences sociales ou les stratégies de coping. Des liens pourront être fait entre pensées, émotions et comportements criminel. Des pensées dysfonctionnelles pourront être modifiées.

- Les appuis pédagogiques et insertifs (2), tels que l'information sexuelle, le développement sensoriel, l'expression émotionnelle. Des médias tels que le photolangage, ou encore des groupes pédagogiques ciblés, peuvent être utilisés.
- Et enfin, les traitements chimiothérapeutiques.

4.2.2. Des différences dans le traitement des AVS selon les pays

Nous avons fait le choix de regrouper, dans une première partie, les prises en charge telles qu'elles sont réalisées auprès des AVS en France, Belgique et Suisse. Les pratiques y sont en effet très différentes du Canada et des Etats-Unis, dont la prise en charge des AVS sera discutée dans une seconde partie. Dans le premier cas, les articles sont francophones et d'un faible niveau de preuve (NP4), et traitent pour la plupart de la prise en charge groupale avec un abord psychanalytique. L'objectif y est principalement l'amélioration du bien-être, avec une diminution de la récurrence qui en serait une conséquence. Les prises en charge telles que réalisées au Canada ou aux Etats-Unis, qui sont davantage cognitivo-comportementales, ont pour objectif principal la diminution du risque de récurrence. L'on parle là-bas de programmes de traitement, basés sur des modèles tels que le RBR (Risque, Besoins et Réceptivité) et le GLM (Good Lives Model), entre autres.

L'approche du RBR (4) inclue toujours des stratégies de prévention de la récurrence, qui sont tributaires de trois principes : le principe de risque (la durée et la fréquence des suivis doivent être proportionnelles au niveau de risque de récurrence) ; le principe des besoins (il est essentiel de s'intéresser aux facteurs associés au risque de récurrence et potentiellement modifiables, comme la paraphilie, les préoccupations vis-à-vis de la sexualité, l'impulsivité, les difficultés relationnelles et sociales) ; le principe de réceptivité (il faut s'adapter au patient, à sa personnalité, à son style d'apprentissage social, à sa motivation, et s'intéresser à ses préoccupations, afin de créer une bonne alliance et un réel engagement de ce dernier dans le processus psychothérapeutique qui est basé sur des interventions cognitivo-comportementales). Ces dernières intègrent aussi des méthodes dites de *relapse prevention*, soit prévention de la rechute (1). Les traitements dits CBT/RP (*Cognitive Behavioral Therapy / Relapse Prevention*) sont la plupart du temps réalisés en groupe.

4.2.2.1. Thérapies en Belgique, Suisse et France

Introduction

Les objectifs généraux de la prise en charge thérapeutique sont l'amélioration du fonctionnement psycho-social du patient et la diminution de l'activité sexuelle déviante (5). Ces objectifs permettraient, entre autres, une réduction du risque de récurrence de violence sexuelle. Établir un diagnostic de paraphilie est un point important de la prise en charge. Selon Delavenne *et al.* (5), les psychothérapies individuelles fonctionnent mieux si le patient est motivé, s'il a des potentialités d'auto-analyse, de symbolisation et d'insight. Les psychothérapies de groupe permettraient d'améliorer la verbalisation et la capacité d'introspection des patients et auraient montré des résultats intéressants.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Thérapies individuelles

En France, les travaux de 1980 montrent tout l'intérêt de commencer une prise en charge thérapeutique pour les AVS le plus rapidement possible dès leur arrivée en incarcération après le jugement (2).

Les études françaises ici (6, 7, 8) sont des études de cas en thérapie individuelle, sur un à trois cas. Le niveau de preuve est donc faible (NP4), et la prise en charge est de type psychanalytique.

Thérapies de groupe

La littérature sur la thérapie de groupe est essentiellement francophone, provenant de Belgique, Suisse et France (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24) et possédant un faible niveau de preuve (NP4). Y sont décrits des cas cliniques et des dispositifs de prise en charge, d'orientation psychanalytique parfois associée à de la systémie.

Selon Calicis et Mertens (9), la dimension de honte chez les AVS est très présente et le groupe peut de ce fait être une modalité de prise en charge intéressante : il est plus facile de parler à des pairs qui ont commis des actes semblables plutôt qu'à un thérapeute seul. L'intérêt réside aussi pour les gens peu loquaces, inhibés, introvertis, ou encore pour ceux qui sont dans le déni et qui ont une attitude très défensive. Le groupe peut être humanisant, soutenant et protecteur de récidive.

Le groupe permettrait aussi de remettre en question un mode relationnel basé le plus souvent sur l'isolement social, d'encourager les capacités d'expression et de favoriser un partage des affects, conduisant par-là à faciliter l'accès à l'empathie tant vis-à-vis d'eux-mêmes que par rapport à leur victime, faciliter la confrontation, contribuant ainsi à atténuer les mécanismes de déni (10, 24). Pour le thérapeute, l'intérêt est de se déprendre d'une relation duelle sous-tendue de nombreux processus primaires, mais aussi de surmonter l'effet de sidération.

Certains écrits déconseillent la tenue des séances individuelles et de groupe par un même thérapeute (10). La question de l'impact de la combinaison des deux suivis lorsqu'ils sont de surcroît conduits par le même thérapeute n'a été que tout récemment abordée. Le fait d'être le même thérapeute permettrait une relation privilégiée dont les effets sur la dynamique de groupe (rivalités, abandon) ne seraient pas à négliger.

La Belgique

En Belgique, la prise en charge thérapeutique n'intervient qu'à la libération sous conditions (2). Il arrive toutefois qu'un juge ordonne une prise en charge thérapeutique mais celle-ci ne se fera jamais en prison. Elle se substitue alors à la peine ou à une partie de celle-ci. Il arrive donc qu'un auteur ne rencontre aucun intervenant thérapeutique entre le moment de l'incarcération et le moment de son admissibilité aux soins.

Deux programmes de prise en charge seront traités ici, avec comme différences principales l'orientation (systémique et psychanalytique pour le premier, psychodynamique et cognitivo-comportemental pour le deuxième) et le travail avec le Centre d'Appui Bruxellois (CAB), qui oriente dans le premier cas les AVS mais qui paraît absent dans le deuxième cas.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Service de Santé mentale Chapelle aux Champs (9, 13, 16, 17)

À partir de 1999 (16), la loi belge impose aux personnes condamnées pour abus sexuel et qui veulent bénéficier d'une libération après avoir purgé un tiers de leur peine, de suivre une « guidance » thérapeutique auprès d'une équipe spécialisée, le temps de leur libération conditionnelle. Le gouvernement bruxellois va créer le Centre d'Appui Bruxellois (CAB), qui sera un intermédiaire entre le système pénitencier et les équipes thérapeutiques. Les orientations se font donc via le CAB, qui évalue l'entrée et la sortie du programme thérapeutique. Le CAB est responsable de l'indication de suivi (tri des patients selon leurs critères de « curabilité »), de l'orientation vers une des équipes spécialisées et de l'évaluation du travail thérapeutique qui y a été effectué. On ne connaît pas les critères ici de curabilité, ni ceux d'évaluation de sortie du programme.

Les personnes intéressées au départ par ce projet de groupe thérapeutique étaient des psychanalystes du département adulte et des systémiciens du département enfant. C'est une expérience pilote, créée aux environs de 2002.

La thérapie de groupe est d'orientation systémique, couplée à une thérapie individuelle d'orientation psychanalytique. Les intervenants sont différents. Les deux prises en charge sont obligatoires, permettant ainsi de multiplier les chances d'accroche au dispositif et aux thérapeutes. Les thérapeutes interviennent beaucoup et de manière assez confrontante. Pour eux, « *il faut arrêter les raisonnements pervers de manière assez systématique, les déconstruire, les discuter et ne montrer aucune complaisance envers les abus commis* » (13). Un génogramme « amélioré » est utilisé, en y ajoutant les croyances perpétuées de générations en générations, ainsi que des jeux de rôle, des données scientifiques concernant la sexualité. L'équipe s'appuie également sur le dossier (décisions judiciaires et analyse évaluative réalisée par le CAB).

Le groupe thérapeutique, de type ouvert, comprend une vingtaine de personnes majeures réparties en trois groupes de 6 à 8 patients, condamnées pour des infractions à caractère sexuel sur mineurs (abus sexuel intrafamilial, extrafamilial ou mixte) et qui sont en libération conditionnelle. La fréquence est de deux matinées par mois, pendant 2h30. Il y a ensuite un quart d'heure de debriefing après la séance. La durée du groupe est de deux-trois ans minimum, mais elle dure en moyenne quatre à cinq ans sur base ensuite du volontariat. La moyenne d'âge est de 40-60 ans. Sont exclus les patients présentant une débilité mentale, les grands paranoïaques, ainsi que ceux souffrant de phobie massive de groupe.

La reconnaissance des faits doit être à minima.

Deux thérapeutes, un homme et une femme afin de faciliter la projection des images paternelle et maternelle, masculine et féminine, animent les séances et un troisième thérapeute, en formation, observe. Le groupe est confidentiel, les seules informations transmises sont les présences au groupe et les risques pour les tiers. Il y a un secret partagé entre les thérapeutes.

Les thématiques abordées sont « le sexe et l'abus de pouvoir » (16). Il y a un temps de déconstruction : déconstruction des rationalisations et croyances sexuelles qui permettent aux patients de ne pas voir le côté abusif de leur acte. Les thèmes sont les suivants : comment se positionner par rapport aux faits et à ses responsabilités ? Comment comprendre l'acte et soi-même ? Comment se situer par rapport aux autres ? Comment envisager l'avenir ?

Les objectifs thérapeutiques sont les suivants :

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

- Travail de restauration narcissique (9) via reconstruction de leur histoire. Les arguments pour ce travail de restauration narcissique sont que les patients ont été détruits dans leur enfance ; la prise de conscience des dommages psychiques de leurs victimes passe par la reconnaissance du mal qu'on leur a fait à eux ; s'ils ne reconnaissent pas les injustices qu'ils ont subies dans le passé, ils risquent de se venger sur des victimes pour prendre leur revanche. L'ensemble permet donc d'exister un peu plus, de comprendre leurs délits, de développer de nouvelles manières d'être au monde, de prévenir les récidives.
- Les amener à reconnaître leur pleine responsabilité. Car c'est la pleine conscience de leur responsabilité, de la gravité des faits et du mal fait aux enfants qui serait la meilleure barrière à la récidive.
- Le blindage émotionnel serait un facteur de risque (13). En particulier, ne pas pouvoir ressentir la souffrance des victimes risque d'augmenter le risque de passage à l'acte. L'empathie est une des finalités de leur travail.

En ce qui concerne le risque de récidive : *« la question du risque de récidive est indubitablement corrélée à celle de l'efficacité du traitement retenu. Nous ne l'avons guère abordé dans le cadre de cet article. Ceci étant, après 10 ans d'expérience, nous pensons que, par le dispositif mis en place, pas ou peu d'actes d'agression sexuelle sur enfants ont été posés par les patients inclus dans le programme. Il est évident que cette estimation se base sur nos impressions, notre subjectivité et l'absence de nouveaux faits portés à la connaissance de la Justice »* (17).

En ce qui concerne d'éventuelles limites, le constat est fait pour les « vrais pédophiles », dont la libido est exclusivement orientée vers les enfants, qu'ils n'arrivent toujours pas à ce jour à transférer leur libido sur des partenaires adultes (9).

Groupe d'évaluation et de prise en charge des paraphilies (EPCP) (19)

Le groupe EPCP (Groupe d'évaluation et de prise en charge des paraphilies) fonctionne au sein de l'hôpital psychiatrique Vincent Van Gogh du Centre Hospitalier de Charleroi depuis 1996. Le groupe EPCP est une structure hospitalière générale et psychiatrique. Il existe aussi une structure d'hospitalisation de jour.

L'article de Collart *et al.* présente un échantillon de 60 patients (19) : 33% de personnes détenues auront accès à la thérapie dès leur libération conditionnelle / provisoire / sursis probatoire. 46% des demandes concernent des personnes dont le dossier est à l'instruction. 5% concernent des internés et 14% des demandeurs n'ont pas de contact avec la justice. 2% dépendent de la protection de la jeunesse. Ce sont presque tous des hommes, il n'y a que 4 femmes. L'âge moyen est de 41 ans (14 à 83 ans). Il y a 30% de névrosés, 26% de psychopathes (le référentiel n'est pas nommé), 20% de pervers (*idem*), 12% de psychotiques, 12% de pathologies organiques (syndromes frontaux de Korsakoff, épilepsie, débilité). 78% ont commis des viols ou des attouchements ; 17% sont là pour des faits d'exhibitionnisme ou de voyeurisme ; 5% pour détention de matériel pédophile. 46% ont commis un abus intrafamilial.

La thérapie proposée est d'orientation psychodynamique, mais intègre également des méthodes cognitivo-comportementales pour atteindre les objectifs d'évitement de la récidive, d'analyse et de remédiation des distorsions cognitives, de développement de l'empathie, de responsabilisation sociale, de gestion des sentiments, d'amélioration de l'image de soi. La thérapie intègre aussi un groupe d'expression centré sur la remédiation des déficits d'habiletés sociales, des techniques de sophrologie et de relaxation pour mieux gérer le stress de la vie quotidienne et des situations à risque

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

de passage à l'acte. L'utilisation de méthodes comportementales visant à identifier et diminuer les excitations sexuelles se développant sur base de stimuli déviants peuvent s'utiliser avec accord du patient, afin d'augmenter la réponse sexuelle aux stimuli non déviants.

Une évaluation est réalisée au préalable, avec pour objectif de réaliser une analyse de la personnalité et des problématiques, clarifier la position du patient par rapport aux comportements sexuels socialement inadéquats, estimer les possibilités de thérapie, faire le point sur la situation sociale et judiciaire. Pour ce faire, différents outils vont être utilisés : plusieurs entretiens d'anamnèse, une batterie de tests psychologiques généraux et spécifiques aux paraphilies (ils ne sont pas décrits), un testing neurotechnique et un bilan biologique complet. L'équipe réfléchit également à l'implémentation d'inhibiteurs de la recapture de sérotonine (ISRS).

La reconnaissance des faits ne doit pas porter sur la totalité des comportements posés, mais il faut que le patient reconnaisse un problème lié à la sexualité.

Le groupe est composé de 12 personnes et deux axes sont travaillés : groupe thérapeutique et environnement du patient.

- Travail en groupe thérapeutique : le groupe est de type ouvert, et les passages à l'acte sont hétérogènes (sur enfant, femme, en intra et extra familial, faits d'exhibitionnisme...), ainsi que les intensités (abus isolé, répétitif, nombre de victime, niveau de violence...).
- Travail de groupe avec les proches : épouses, compagnes, mères, amis. L'objectif est de maintenir le patient dans la vie sociale, avec l'idée que c'est un élément important de la gestion du risque de récurrence.

La fréquence de la prise en charge est d'un jour par semaine minimum, sur le mode des hospitalisations de jour.

La Suisse

Il s'agit ici d'une consultation ambulatoire du Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaire (SMPP), qui existe depuis 2009 environ (10).

La thérapie est de type psychodynamique en individuel et systémique en groupe. Le groupe est de type semi-ouvert. Les séances durent une heure et les entretiens individuels se font à un rythme mensuel ou à quinzaine.

Les thérapeutes sont au nombre de deux, mais contrairement à ce que nous avons vu au Service de santé mentale Chapelle aux Champs en Belgique, le suivi psychothérapeutique individuel est assuré par le même thérapeute. Ainsi, le suivi thérapeutique en individuel se fait avec la thérapeute principale du groupe et l'observatrice. Les thérapeutes se montrent également actifs, renonçant à une position de neutralité initiale.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

La France

Thérapies de groupe en milieu libre

Le Centre de psychothérapies psychanalytiques du Centre Hospitalier Spécialisé en psychiatrie de la région de Grenoble (PARI = Psychothérapies, Applications et Recherches Intersectorielles)

Il propose depuis 1980-2000 (11, 14, 2) un psychodrame de groupe ou « psychodrame bimodal » (6) pour des personnes sous Obligations ou Injonctions de Soins. Le groupe est composé de 6 à 8 sujets, qui ont commis des faits sur mineurs et majeurs, des agressions sexuelles et des viols, mais aussi des actes exhibitionnistes. Un deuxième groupe pour des addictions via internet comme la pédopornographie existe également. Les séances sont hebdomadaires et durent une heure. Des bilans individuels sont réalisés deux fois par an avec le patient et les instances de suivi judiciaire. L'entrée dans le groupe se fait après rencontres diagnostiques. Une fois tous les 15 jours, un entretien individuel est réalisé pour faire le point, mais l'on y parle seulement du groupe. Les pièces judiciaires sont envoyées par le Juge dans le cadre des obligations et injonctions de soin.

Les thérapeutes sont un « couple hétérosexué de psychodramatistes, tous les deux psychanalystes ». Il y a aussi une observatrice, qui est stagiaire psychologue.

Le jeu de rôle est utilisé. L'avantage du psychodrame par rapport à un simple groupe de parole est la mise en action corporelle de la parole.

L'hypothèse du PARI est la suivante : « Nécessité de reconnaissance de la souffrance de la victime pour que puisse se mettre en place un travail de subjectivation de l'acte violent, subjectivation qui participe d'un évitement de la répétition de ce genre d'acte » (11). S'y ajoute l'aide à l'insertion / réinsertion. Le tout participerait à un large système de prévention qui vise, à terme, à réduire la récurrence.

L'objectif est de « mobiliser les affects afin de les réaffecter » (2), afin de quitter les voies du clivage et du déni. « Ré-affecter, pour ré-humaniser ». Ou encore, réorganiser le système défensif psychique et augmenter la capacité de mentalisation ; renforcer le contrôle pulsionnel (acquisition de compétences sociales et affectives, maîtrise de son excitation sexuelle, correction des distorsions cognitives en matière de sexualité, identifier les situations favorisant le passage à l'acte) ; augmenter la qualité de vie, avec pour indice une meilleure insertion sociale, professionnelle et affective, éléments qui sont connus pour minimiser les risques immédiats de passage à l'acte (2).

L'impact thérapeutique du programme est évalué via trois systèmes (2) qui prennent en compte :

- Les dimensions thérapeutiques *stricto sensu* : évaluation trimestrielle avec un tiers de l'équipe non engagé dans la thérapie ; évaluation annuelle avec bilan évaluatif, si besoin épreuves psychologiques de contrôle.
- La dimension sociale : accès à la sécurité sociale, à un logement, à de la nourriture.
- La dimension judiciaire : bilan semestriel avec les diverses instances, dont le SPIP et le médecin coordonnateur.

Les autres prises en charge groupale (18, 20, 23, 24) sont également d'obédience psychanalytique.

Elles mélangent le groupe et la prise en charge individuelle. Les groupes sont ouverts, ou semi-ouverts. Les passages à l'acte sont hétérogènes (sur mineurs, femmes, en intra- extra-familial, etc.). Les

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

thérapeutes sont toujours au nombre de deux, un homme et une femme, et autant que faire se peut, d'un observateur.

Les outils peuvent être du photolangage (20), des jeux de rôle, de l'art-thérapie (24), de la thérapie psychomotrice visant à renforcer le schéma corporel et à renforcer la régulation émotionnelle et les capacités d'empathie (23).

Certains groupes font du lien avec les équipes Justice (20), tels que le JAP et le CPIP, ce qui permet de souligner et travailler l'écart entre la réalité du patient, ses propos, sa position et la réalité du jugement, de la condamnation ou de la victime par exemple.

Une évaluation est faite avant l'entrée dans le groupe, mais peu nombreux sont les articles qui évoquent quels sont les critères, et notamment les critères d'exclusion. Les évaluations sont basées sur des entretiens avec pour thématiques les antécédents personnels, familiaux, judiciaires, les addictions ; la biographie ; la vie affective et sexuelle ; l'état actuel soit troubles psychiatriques, de la personnalité ; l'étude du passage à l'acte ; son contexte prédélictuel ; le choix de la victime, la fréquence des faits, le contrôle pulsionnel ; l'arrestation et le rapport au soin. Un groupe (24) évoque cinq critères d'inclusion : la reconnaissance totale de l'infraction ; le sentiment d'être anormal au moment de l'infraction ; la reconnaissance spontanée d'une impulsion à l'origine de l'acte ; l'arrestation vécue comme un soulagement ; la reconnaissance qu'une contrainte a été exercée pendant l'acte.

Une étude de cas (18) émet l'hypothèse que la mesure de l'efficacité de la prise en charge via les changements dans l'attitude et les propos du patient dans le cadre du travail transférentiel.

35

Mais, comme leurs auteurs le soulèvent, il y a un risque de contestation de ce choix par une *evidence-based medicine*. Ils décident donc d'implémenter une grille d'évaluation de la santé mentale de Luborsky (1975) qui comprend 8 catégories notées entre 0 et 100 : capacité d'autonomie du patient, gravité de symptômes, degré de malaise subjectif, effets des symptômes sur l'entourage, utilisation de ses capacités par le patient, qualité des relations interpersonnelles, sources d'intérêt du patient, appréciation globale de la santé mentale du patient. Les résultats sont les suivants : ils observent une amélioration de Juste, le cas clinique sur lequel ils se basent, sur l'échelle et concluent : « *Le risque de récurrence d'agressions sexuelles sur mineur nous semble beaucoup moins probable, qu'il n'apparaissait à l'entrée de Juste dans le groupe de psychodrame* » (18).

Thérapie de groupe en détention

Ici aussi, les thérapies sont d'orientation psychanalytique. Mais contrairement aux prises en charge groupale en milieu libre, il n'y a pas de thérapie individuelle (15), ou alors ce sont des entretiens non pas thérapeutiques à proprement parler, mais de reprise, en individuel, de la session de groupe via des entretiens infirmiers hebdomadaires, et avec un médecin de façon plus espacée (22), ou encore avec le thérapeute principal ou l'un des co-thérapeutes (12).

Les groupes sont également tous hétérogènes par rapport au passage à l'acte.

Les groupes sont ouverts (15, 12) ou fermés (22). Certains groupes associent des activités de relaxation, de médiation telle que cuisine, enseignement, activité manuelle ou artistique (22).

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

L'accès au dossier semble moins fréquent, voire inexistant, avec des thérapeutes qui décident de ne pas avoir connaissance du dossier, ni des noms de famille (15).

Les objectifs sont pour eux de faciliter l'articulation des représentations et l'expression des affects, lever le déni, le tout permettant la prévention de passages à l'acte ultérieurs (15). Ou encore, de renforcer le système de pare-excitation du patient, restaurer son narcissisme défaillant et favoriser un réel engagement relationnel (22).

La prise en charge au CP de Fresnes, dans l'Unité psychiatrique d'hospitalisation (UPH) du SMPR de Fresnes, est différente et a comme objectif la prévention de la récidive (21).

Ces groupes existent depuis 1994, sous forme de sessions de 6 mois, tous les jours, comme en hôpital de jour. Il y a deux groupes de six. Les groupes sont fermés et il y a des entretiens individuels. L'équipe consulte les documents médico-légaux avec accord du patient. Un bilan psychométrique est réalisé, ainsi que l'utilisation d'une échelle actuarielle (SORAG, *Sex Offender Risk Appraisal Guide*) et de la mesure de la psychopathie selon Hare (PCL). Sont exclus du groupe les psychotiques et déficients intellectuels. La thérapie est de type cognitivo-comportementale (pour ce qui est de la prévention de la récidive et des habiletés sociales) mais s'appuie aussi sur un référentiel analytique et les théories humanistes (pour la notion d'attachement).

4.2.2.2. Une évolution vers les pratiques canadiennes et américaines... ?

On observe, en France, une évolution des pratiques d'évaluation et de prise en charge des PPSMJ, surtout dans la pratique des CPIP. Les études nord-américaines sur les prises en charge efficaces, notamment, commencent à venir jusqu'à chez nous. Trois articles (25, 26, 27) français évoquent d'ailleurs la question de l'efficacité des traitements psychologiques. Un de ceux-ci (27) est une étude menée sur une cohorte de psychiatres hospitaliers en 2011 (questionnaire d'autoévaluation envoyés au hasard à 25 établissements publics de santé mentale, avec un échantillon de 67 réponses). Cette étude montre les résultats suivants : l'objectif principal des soins est la diminution du risque de récidive pour 31.3% des psychiatres. 62.7% ne souhaitent pas imposer de traitement psychotrope ou antihormonal. Les praticiens faisant de la diminution de la récidive leur objectif prioritaire ont majoritairement recours aux thérapies ayant démontré leur efficacité, à savoir les TCC et la castration chimique.

Thérapies au Canada et aux Etats-Unis

Introduction

La psychanalyse a depuis longtemps été exclue du traitement des agresseurs sexuels en Amérique : « *Il semble y avoir consensus quant au manque d'efficacité des interventions psychanalytiques ou psychodynamiques auprès de cette population* » (28), « *Les traitements cognitivo-comportementaux sont devenus la norme en matière de traitement des agresseurs sexuels. Il a par ailleurs été démontré que de telles interventions permettaient de réduire la fréquence des fantasmes déviants et aidaient le patient à développer des habiletés sociales plus adéquates. De plus, ces interventions aideraient aussi le patient à mieux exprimer socialement et à contenir son agressivité, à présenter moins de distorsions cognitives et à mieux gérer les situations présentant un risque de rechute, réduisant ainsi les récidives* » (28).

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Les programmes de traitement sont basés sur les principes du *What Works*, qui devraient être, selon Hanson et Yates, à la base de toute intervention auprès des AVS, en suivant les principes du RBR (29). Il est également rappelé que la récurrence des AVS est le plus souvent non sexuelle. Le traitement devra donc prendre en compte cet élément et englober une récurrence plus générale que seulement sexuelle.

En ce qui concerne le dosage du traitement, il semble raisonnable de prévoir des prises en charge de 100h à 200h pour des AVS présentant un risque modéré de récurrence, et minimum 300h pour des risques élevés, sur 4 à 6 mois (29).

Un développement récent a été le *Good Lives Model* (GLM), qui est de plus en plus utilisé dans les programmes de prise en charge des AVS. Le GLM possède des éléments cognitivo-comportementaux mais ses racines sont celles de la psychologie positive et humaniste. Le but du GLM est la réhabilitation du délinquant, en l'aidant à atteindre ses besoins, ses objectifs de vie d'une façon prosociale et adaptée. Les facteurs de risque sont ici considérés comme des obstacles pour atteindre ces buts. L'atteinte de ces objectifs de vie, l'amélioration du bien-être du délinquant, vont permettre de diminuer le risque de passage à l'acte et augmenter la motivation au traitement.

Les thérapies en Amérique du Nord

Les articles traitant des thérapies ne sont pas ici des études de cas ou alors très peu, ou des descriptions de dispositifs de prise en charge des AVS, qu'ils soient groupaux ou individuels, contrairement à notre première partie. Les articles traitent ici de la question de l'efficacité des approches thérapeutiques, qui sont davantage voire uniquement cognitivo-comportementales. Les cohortes sont bien plus grandes et les articles d'un meilleur niveau de preuve (NP3 et NP2). La composition des groupes thérapeutiques est également différente, les groupes sont homogènes en termes de passage à l'acte (on ne mélangera pas les AVS sur femmes et sur enfants par exemple) et d'intensité. Les groupes respectent ainsi la plupart du temps le principe de risque et des besoins du modèle RBR.

Ainsi, un sondage de 2009 (NP2) de la Safer Society Foundation (30), qui inclut pour la première fois les programmes canadiens et non seulement américains, traite des pratiques actuelles et des nouvelles tendances liées à la gestion des agresseurs sexuels.

Le sondage, en ligne, est destiné aux fournisseurs de traitement. Les données ont été recueillies entre le 13 avril 2009 et le 24 mai 2009 et portent sur 72 programmes canadiens, dont 32 destinés aux adultes. 81,9% sont des programmes communautaires (*versus* en établissement).

Les conclusions sont les suivantes : une grande proportion des programmes font appel à des pratiques qui se sont avérées efficaces pour réduire le risque de récurrence. Sur la question de la formation du personnel, ce dernier a fait des études supérieures et nombreux sont supervisés sur le plan clinique, et continuent de se former. Quant aux modèles de prise en charge, il en existe plusieurs : modèle cognitivo-comportemental ; modèle fondé sur les principes de risque, besoins et réceptivité ; prévention des rechutes ; modèles de maîtrise de soi et Good Lives Model (GLM). 60% des programmes utilisent le modèle cognitivo-comportemental. Le modèle RBR est choisi par seulement 16% des programmes communautaires. Les objectifs de traitement des trois quarts des programmes pour adultes concernent les relations interpersonnelles, la maîtrise des émotions et les compétences sociales. Les facteurs criminogènes, qui devraient être les objectifs de traitement permettant la plus importante réduction de la récurrence, ne sont finalement que peu travaillés. C'est le cas par exemple des attitudes qui favorisent l'agression et la faible maîtrise de l'excitation sexuelle (ex. : obsessions sexuelles et intérêts sexuels déviants), qu'on sait liés à la récurrence sexuelle. En revanche, la

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

responsabilisation en ce qui concerne l'infraction et l'empathie envers la victime par exemple, sont des objectifs de traitement pour au moins la moitié des responsables des programmes. Or très peu de données montrent qu'un travail sur ces questions permettent de réduire les taux de récidive. Le traitement en groupe est le plus utilisé, que ce soit en communautaire (100%) ou en établissement (88%). Le traitement individuel y est associé, pour tous les programmes communautaires et la moitié des programmes en établissement. Les programmes durent en moyenne 5 mois pour les hommes adultes, avec environ 100h de traitement en établissement.

Une autre recherche a été réalisée, en 1998, sur 24 agresseurs sexuels pédophiles en traitement dans une clinique pénitentiaire spécialisée (28).

La thérapie est de type cognitivo-comportementale et s'appuie aussi sur la prévention de la rechute. Les séances sont en groupe et individuelles et des évaluations systématiques et régulières ont lieu à plusieurs moments du traitement.

Chaque groupe comporte une douzaine de participants qui ont commis des violences sexuelles sur des enfants âgés de 2 à 13 ans. Le comportement pédophile est clair. Il y a au minimum quatre victimes. Tous les auteurs ont eu un contact physique avec la victime.

Le premier temps de thérapie est d'établir un contact initial, de discuter la nécessité de changer certains comportements, d'analyser son cycle de passage à l'acte, d'accroître son sentiment de responsabilité et de procéder à une restructuration cognitive. Un conditionnement aversif à l'ammoniaque peut également être proposé.

La deuxième étape du traitement consiste en un entraînement aux habiletés sociales, à la gestion de la colère, à de l'éducation sexuelle, à l'entraînement à l'empathie et à la prévention de la rechute. Les entretiens sont non directifs, semi-structurés.

Les rencontres de groupe durent 3h. Il y a 8 mois de thérapie, divisée en deux temps de 4 mois.

Les thérapeutes sont au nombre de deux.

Leurs objectifs étaient dans cette recherche de mettre l'accent sur le retour qu'en ont fait les patients, à savoir que le programme était contenant, les aidait à éviter certains passages à l'acte, qu'il fallait que les thérapeutes soient forts, capables de leadership et même autoritaires, cette autorité étant rassurante. Les auteurs écrivent que malgré quelques avancées, il est nécessaire de poursuivre pour les TCC la recherche sur les aspects interpersonnels et transférentiels. Et ils citent Lambert (1992), qui stipule que seulement 15% de l'efficacité d'une intervention psychothérapique est attribuable à la technique utilisée.

Quid de la thérapie de groupe ?

Nous avons vu qu'en France, Belgique et Suisse, la thérapie de groupe était souvent utilisée, l'hypothèse étant que ce format convenait davantage aux patients ayant un faible insight, pour ceux qui étaient peu loquaces, inhibés, introvertis, ou encore pour ceux qui étaient dans le déni et qui avaient une attitude très défensive, le groupe facilitant la parole avec des pairs qui ont commis des actes semblables plutôt qu'à un thérapeute seul.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Au Canada et aux Etats-Unis, la thérapie de groupe est davantage mise en doute (1, 31). On parle notamment de la pression des pairs dans le groupe, de la difficulté pour certains de parler de leurs passages à l'acte par honte, mais aussi que les besoins criminogènes sont différents pour chaque participant et que la prise en charge ne peut de ce fait pas être individualisée en groupe. Et ceci, d'autant plus dans des groupes mixtes, où l'on mélange les profils (AVS sur enfants, sur femmes, intra- et extra-familial, etc.) : « *One size may not fit all* ». Certaines études concluent même que la TCC, pratiquée en groupe ou en individuel, a une efficacité comparable (26). Les différences entre les études viennent entre autres du choix des échantillons, du choix des études dans les méta-analyses.

4.2.3. Quelle efficacité des approches ?

Nous allons cette fois-ci décrire les études une à une.

Baratta et Morali. Prise en charge médicale et psychiatrique de la pédophilie (25)

Dans cet article français, plusieurs études sont recensées, portant sur l'efficacité des traitements psychologiques non spécialisés (classiques, tels que pratiqués dans les cabinets privés, les CMP, etc.) auprès d'AVS. 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. Les résultats sont les suivants : il n'y a aucune différence significative entre sujets traités et non traités en termes de récurrence. Le taux de récurrence, générale et sexuelle, est identique que le sujet bénéficie ou non d'un suivi psychothérapeutique classique. D'où l'intérêt de développer des prises en charge spécialisées.

La plupart des prises en charge spécifique font appel aux TCC. L'équipe de RICE (25) que les auteurs citent a comparé l'efficacité des TCC sur un groupe de pédophiles, comparé à un groupe témoin non traité. 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, MARSHALL *et al.* ont étudié l'impact des TCC sur la récurrence de sujets pédophiles. Le biais précédent a été supprimé et les patients bénéficiant de la TCC ne présentaient pas de surreprésentation en pathologie mentale. 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%, différence statistiquement significative. Mais persistait ici un biais aussi : les sujets refusant la TCC peuvent être appréhendés comme présentant d'office un risque de récurrence plus élevé du fait du refus des soins. 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. L'étude porte sur une population de pédophiles et de violeurs d'adultes. Le taux de récurrence était de 4% pour les pédophiles traités contre 12.8% pour les pédophiles non traités. En revanche, aucune efficacité de la TCC n'a été démontrée pour les sujets violeurs. Deux méta-analyses ont également été réalisées. La première, réalisée par HANSON *et al.* en 2002 portait sur 43 études, correspondant à 9454 patients. Le taux de récurrence sexuelle moyen pour un sujet pédophile était de 12.3% à 10 ans. Pour les patients traités via des psychothérapies classiques à orientation analytique ou de soutien, le taux de récurrence restait stable à 17.4%. Ceux traités via des TCC présentaient des taux de récurrence de 9.9%. La deuxième, réalisée en 2008 par SCHMUCKER *et al.*, porte sur 22.181 sujets sur 80 études. Là également, seule la TCC diminue le taux de récurrence sexuelle des pédophiles.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Thomas, Phillips, Blaine. Psychotherapy Experiences of Perpetrators of Child Sexual Abuse (1)

L'ATSA (*Association for the Treatment of Sexual Abusers*) affirme que la thérapie permet de diminuer le risque de récidive, alors que de nombreux cliniciens continuent de penser que la plupart des AVS ont des tendances psychopathiques et ne sont pas accessibles aux interventions psychologiques.

Dennis, Khan, Ferriter, Huband, Powney, Duggan. Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending (3)

Ils font une revue d'essais contrôlés randomisés qui conclue qu'il n'y a pas de preuve à l'appui que les TCC ou d'autres types de prise en charge sont efficaces auprès des AVS.

Pour MARSHALL et MARSHALL (2007), il est difficile d'évaluer les thérapies via des essais contrôlés randomisés. Ils reviennent sur DENNIS *et al.* (2012) et disent que le critère d'efficacité pris en compte n'était que la récidive sexuelle, et non d'autres critères clinique tels que l'amélioration de l'insight, ou de meilleures stratégies de coping. Qui plus est, 10 études incluses dans DENNIS *et al.* sont anciennes (1974-1997).

DAY (1999), COLLINS, BROWN & LENNINGS (2010) pensent que les interactions sociales et les facteurs interpersonnels sont souvent de meilleurs prédicteurs des avancées thérapeutiques que le contenu du programme en lui-même.

Schmucker, Lösel. Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations (32)

40

Cet article réalise une revue systématique des résultats de traitement psycho-sociaux et biologique (pharmacologique ou chirurgical) destinés aux AVS. Ils feront cette recherche dans 5 langues (anglais, allemand, néerlandais, français, suédois) et trouveront 80 comparaisons indépendantes entre groupe traité et non traité (N=22.181). Le niveau de preuve est NP2 (il n'y a pas que de l'essai contrôlé randomisé (RCT)). L'échantillon minimum devait comprendre N=10. La majeure partie des études démontrent un effet positif du traitement. Cet effet positif est mesuré via le risque de récidive officiel, et non seulement sur des mesures de personnalité, d'empathie, de sentiment du thérapeute. Les études retenues devaient aussi comprendre un groupe contrôle, non traité. Résultats : de façon générale, 11.1% des AVS traités ont récidivé sexuellement, versus 17.5% dans le groupe contrôle (37% de différence). Les résultats pour la récidive générale et violente étaient similaires. Les traitements via castration chirurgicale ont montré le plus d'effet. Le traitement hormonal et les TCC ont aussi démontré un résultat positif. Les prises en charge non cognitivo-comportementales n'ont pas eu de résultat probant. Malheureusement, les données sur les caractéristiques des AVS étaient rares, trop peu d'études différencient les résultats en fonction du type de passage à l'acte (sur enfant, intra-extra familial, sur petites filles ou petits garçons, sur femme adulte...).

Les premières revues de la littérature donnaient des résultats variables. Ainsi, MARSHALL *et al.* (1991) parlent d'efficacité du traitement tandis que QUINSEY *et al.* (1993) étaient en totale opposition. Quelques années plus tard, les méta-analyses présentaient des conclusions plus positives, dû notamment à l'augmentation des recherches sur le sujet. Les auteurs insistent sur le fait qu'il faut davantage d'études de qualité pour répondre à la question de l'efficacité du traitement des AVS.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Langstrom, Enebrink, Lauren, Lindblom, Werko, Hanson. Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions (33)

C'est une revue systématique de la littérature, qui va aussi en ce sens : le constat est qu'il n'y a que trop peu d'études de qualité, regroupant des évaluations de différents pays. Seuls 3 RCT ont été trouvés dans la revue systématique de leur littérature. Ils citent une revue systématique de HANSON, BOURGON, HELMUS & HODGSON (2009) qui suggère que les interventions auprès des AVS qui respectent le principe du RBR sont plus efficaces.

Bradford, Fedoroff, Gulati. Can sexual offenders be treated? (34)

Ces auteurs font une revue des méta-analyses. Ils s'appuient sur une méta-analyse « *First Report of the Collaborative Outcome Data Project on the Effectiveness of Psychological Treatment for Sex Offenders* » (Hanson *et al.*, 2002) qui inclut 43 études (5078 AVS traités *versus* 4376 AVS non traités) : les TCC ont un impact sur le risque de récidive sexuel (17.4% à 9%) et général (51% à 32%), avec une période de follow-up de 46 mois. Ils citent aussi la méta-analyse de Schmucker et Lösel (32).

Walton et Chou. The Effectiveness of Psychological Treatment for Reducing Recidivism in Child Molesters: A Systematic Review of Randomized and Nonrandomized Studies (35)

C'est une revue systématique de la littérature, concernant cette fois-ci spécifiquement le traitement psychologique auprès des AVS sur enfants. Elle comprend 1 RCT et 9 études de cohorte (NP2), avec comme critère d'efficacité le risque de récidive. Il y a 13.9% de récidive pour les AVS sur enfants qui ont été traités *versus* 18.6% pour les non traités.

Schmucker et Lösel. Sexual offender treatment for reducing recidivism among convicted sex offenders: a systematic review and meta-analysis (31)

C'est une revue de la littérature depuis 2005 jusqu'à 2010, intégrant 6 études expérimentales et 21 études quasi-expérimentales qui comparent le risque de récidive officiel chez un groupe d'AVS traités et un groupe d'AVS non traités. Les échantillons ont une taille minimum de n=10. Au total, 4939 AVS traités *versus* 5448 AVS non traités. 7 pays différents (documents en langue anglaise, allemande, française, néerlandaise et suédoise), dont plus de la moitié viennent d'Amérique du Nord. Il n'y a pas d'études sur le traitement pharmacologique ou hormonal, car elles ne respectaient pas les critères d'inclusion de la méta-analyse. Il n'y a que les traitements psycho-sociaux qui ont été pris en compte, en majorité des programmes TCC.

Le traitement des AVS diminue le risque de récidive mais d'autres recherches sont nécessaires pour détailler les interventions efficaces.

La probabilité de récidive sexuelle était de 1.41 fois plus bas pour ceux qui étaient traités. Soit 10.1% de récidive sexuelle pour les AVS traités *versus* 13.7% de récidive sexuelle pour les AVS non traités (différence de 26.3%). Les taux de récidive générale sont plus élevés, mais la diminution est similaire, près d'un quart de diminution du risque de récidive générale due au traitement.

Selon ces auteurs, les TCC sont les plus efficaces, ainsi que les traitements individuels. Ajouter aux sessions de thérapies de groupe des sessions individuelles permet, qui plus est, de répondre au principe de réceptivité du modèle RBR.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Quant à la question du volontariat, il n'y a pas de différence significative entre les volontaires et les non volontaires au traitement. Cela veut donc dire que les sujets contraints peuvent tout à fait avoir les bénéfices d'un traitement et que le fait d'être volontaire n'implique pas l'efficacité du traitement.

Les prises en charge dans la communauté semblent également avoir de meilleurs résultats qu'en prison.

Dennis, Khan, Ferriter, Huband, Powney, Duggan. Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending (3)

Ils analysent 10 études comportant des données sur 944 adultes hommes. Ce sont des essais randomisés comparant les interventions psychologiques. Cinq essais comprenaient des TCC (n=664). Dans cet échantillon, 4 essais comparaient les TCC avec un groupe sans traitement ou en attente d'en avoir un, et 1 essai comparait les TCC avec un groupe traité de façon classique. L'on observe ensuite l'efficacité via le risque de récidive officiel ou auto-rapporté, de façon principale, mais aussi de façon secondaire les distorsions cognitives, les fantaisies sexuelles déviantes, l'anxiété, la colère, le départ de la thérapie. Les auteurs concluent sur la nécessité absolue d'avoir davantage d'essais contrôlés randomisés. Sans cela, les conséquences sont de continuer des traitements qui sont inefficaces, ou au pire, néfastes, mais cela signifie aussi que la société se leurre en pensant qu'une fois qu'un individu est traité, son risque de récidive diminue.

BIBLIOGRAPHIE

1. Thomas SP, Phillips KD, Blaine SK. Psychotherapy Experiences of Perpetrators of Child Sexual Abuse. *Archives of Psychiatric Nursing*. oct 2015;29(5):309-15.
2. Ciavaldini A. *Prise en charge des délinquants sexuels*. Paris: Fabert; 2014. 60 p.
3. Dennis JA, Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Duggan C. Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 12 déc 2012; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007507.pub2>
4. Netgen. *Traitement des agresseurs sexuels : possibilités et limites* [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-422/Traitement-des-agresseurs-sexuels-possibilites-et-limites>
5. Delavenne H, Garcia D. F, Lamy S, Thibaut F. Quelle prise en charge thérapeutique pour les patients paraphiles auteurs de violence sexuelle ? *PSN*. 2014;12(1):15-29.
6. Hardouin, & Proia-Lelouey. (2010). *Prise en charge psychologique des détenus délinquants sexuels : Une pratique des limites*. *Pratiques Psychologiques*, 16(2), 173-185.
7. Michel G, Quaderi A, Védie C. Passage à l'acte incestueux : psychothérapie et obligation de soins. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. juill 2015;173(6):499-503.
8. Ciavaldini A. Le travail psychanalytique avec le sujet auteur de violence sexuelle. *L'information psychiatrique*. 2007;83(1):13.
9. Calicis F, Mertens M. Une expérience de thérapie de groupe pour auteurs d'infractions à caractère sexuel: Comprendre pour changer et gagner en respect et en liberté, pour l'autre comme pour soi. *Thérapie Familiale*. 2008;29(2):221.
10. Dévaud C, Guraiib G. Psychothérapies de groupe d'auteurs de violence sexuelle: Intérêt d'un traitement de groupe combiné avec un suivi individuel. *Psychothérapies*. 2011;31(1):27.
11. Ciavaldini A. Mobilisation des affects par le psychodrame de groupe dans le traitement des auteurs d'agressions sexuelles. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 2004;42(1):69.
12. Roussel V, Savin B. Groupe de parole pour des auteurs d'agression sexuelle incarcérés. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 2008;50(1):97.
13. Calicis F. « Le groupe, c'est un amplificateur de pensées »: Petit compte rendu de quelques séances de thérapie de groupe pour auteurs d'infractions à caractère sexuel autour du thème des séquelles des abus sur leurs victimes. *Thérapie Familiale*. 2014;35(1):89-105.
14. Ciavaldini A. Pertinence des dispositifs groupaux dans la prise en charge des auteurs de violences. Un dispositif spécifique : le psychodrame bi-modal. *Le Carnet PSY*. 2015;192(7):33-8.
15. Réveillaud M, Godet C, Smaniotto B, Guyod F. Libération provisoire de la parole en prison. L'expérience d'un groupe de parole thérapeutique pour les auteurs

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

d'agressions sexuelles. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 2013;60(1):153-70.

16. Mertens M, Calicis F. Groupes psychothérapeutiques systémiques avec personnes condamnées pour abus sexuel: Organisation, théories et applications. Thérapie Familiale. 2008;29(2):209.

17. de Becker E. Dispositif thérapeutique intégratif avec les agresseurs sexuels d'enfants. L'Évolution Psychiatrique. juill 2012;77(3):385-402.

18. Réveillaud M, Guyod F. Psychodrame pour les auteurs d'agressions sexuelles : Juste ou les malheurs de la vertu. L'Évolution Psychiatrique. avr 2008;73(2):305-18.

19. Collart P, Depauw Y, Heremans M. Aspects du traitement des abuseurs sexuels par une équipe hospitalière. Pensée plurielle. 2002;4(1):147.

20. Rault A, Latourelle J, Piquemal A. Soigner des agresseurs sexuels à l'hôpital. L'information psychiatrique. 2006;82(2):145.

21. Bodon-Bruzel M. Un programme thérapeutique pour les personnes détenues. Soins Psychiatrie. 2010;31(267):29-31.

22. Emeraud PY. Un dispositif de soins adapté aux détenus. Soins Psychiatrie. 2010;31(267):32-5.

23. Cagnoli S, Laroche P, Pitteri F. Une consultation spécialisée pour les auteurs de violences sexuelles. Soins Psychiatrie. 2010;31(267):36-7.

24. Arena G. La prise en charge des auteurs de violence sexuelle. Soins Psychiatrie. juill 2014;35(293):20-3.

25. Baratta A, Morali A. Prise en charge médicale et psychiatrique de la pédophilie : données actuelles. L'information psychiatrique. 2011;87(2):133-40.

26. Thibaut F. Troubles des conduites sexuelles Diagnostic et traitement. EMC - Psychiatrie. janv 2004;1(1):1-9.

27. Morali A, Baratta A, Halleguen O, Lefevre H. Étude sur la prise en charge des auteurs de violence sexuelle auprès d'une cohorte de psychiatres hospitaliers en France en

2011. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. nov 2011;169(9):578-80.

28. Drapeau M, Brunet L. Réflexions suite à une recherche qualitative sur le traitement des agresseurs sexuels pédophiles. Psychothérapies. 2003;23(2):89-95.

29. Hanson RK, Yates PM. Psychological Treatment of Sex Offenders. Current Psychiatry Reports [Internet]. mars 2013;15(3). Disponible sur:

<http://link.springer.com/10.1007/s11920-012-0348-x>

30. Ellerby LA, Canada, Sécurité publique Canada.

Pratiques courantes dans les programmes canadiens de traitement des agresseurs sexuels sondage 2009 de la Safer Society Foundation [Internet]. Ottawa: Sécurité publique Canada; 2010. Disponible sur: http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/public_safety-securete_publique/corrections_research_user_rep-f/2010-02/PS3-1-2010-2-fra.pdf

31. Schmucker M, Lösel F. Sexual offender treatment for reducing recidivism among convicted sex offenders: a systematic review and meta-analysis. Campbell Systematic Reviews 2017:8

32. Schmucker M, Lösel F. Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. Psicothema 2008 Feb;20(1):10-9.1.

33. Langstrom N, Enebrink P, Lauren E-M, Lindblom J, Werko S, Hanson RK. Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. BMJ. 9 août 2013;347(aug09 1):f4630-f4630.

34. Bradford JMW, Fedoroff P, Gulati S. Can sexual offenders be treated? International Journal of Law and Psychiatry. mai 2013;36(3-4):235-40.

35. Walton JS, Chou S. The Effectiveness of Psychological Treatment for Reducing Recidivism in Child Molesters: A Systematic Review of Randomized and Nonrandomized Studies. Trauma, Violence, & Abuse. oct 2015;16(4):401-17.

4.2.4. Prise en charge médicamenteuse des auteurs de violences sexuelles

4.2.4.1. Introduction

Dans cette partie, les résultats décrits s'appuient principalement sur des analyses de décision basées sur des études bien menées et des études comparatives randomisées de niveau de preuve 1 et 2. Quelques précisions provenant d'articles ont cependant été ajoutées, notamment les articles de Séguy, Coutanceau et Frégné.

4.2.4.2. Prise en charge médicamenteuse des auteurs de violences sexuelles

Le traitement des déviances sexuelles va s'attacher à répondre à deux objectifs à savoir : empêcher la récurrence et atténuer la souffrance du délinquant sexuel ainsi qu'améliorer sa qualité de vie (1).

En premier lieu, il paraît indispensable de rappeler que toute prescription médicamenteuse ne peut être faite qu'avec l'assentiment du sujet. Ensuite, il est important de noter que contrairement à l'approche psychothérapeutique, le traitement médicamenteux vise en général à diminuer ou abolir le désir et la capacité sexuels, soit temporairement, soit de manière permanente (2).

Traitement symptomatique

Le traitement symptomatique se prescrit au cas par cas, pour des symptômes tels que les bouffées anxieuses, la composante subdépressive ou de surexcitation et les troubles du sommeil (3,4). Elle concerne plus particulièrement les sujets présentant des troubles de la personnalité, tels que les états limites (5).

Traitements affectant la libido

IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine)

Les études suggèrent à l'heure actuelle que la sérotonine aurait un effet inhibiteur sur l'excitation sexuelle. L'utilisation d'antidépresseurs sérotoninergiques a pour but une recherche d'action sur l'aspect obsédant de la fantasmagorie. Ils seraient associés à une réduction de la libido et un orgasme retardé dans 60 à 70% des cas (2). Cependant, la pertinence de cette prescription reste discutée selon les auteurs (6). En effet, les informations exactes sur la fréquence d'administration de ces molécules aux auteurs de violences sexuelles dans la pratique courante restent trop peu nombreuses, tout comme les données précises sur l'acceptabilité de ce traitement par les sujets. Certaines données suggèrent que la psychothérapie est acceptée par deux tiers des agresseurs, tandis que le traitement médicamenteux n'est accepté que par un tiers. Une étude allemande de 2013 a révélé que parmi les 611 agresseurs étudiés, presque tous étaient traités par psychothérapie, tandis que 37% seulement recevaient un traitement médicamenteux additionnel. Parmi ceux-ci, 15.7% recevaient un traitement hormonal, 11.5% un ISRS, et 9.8% un traitement antipsychotique (2). Dans leur méta-analyse, Adi et al. ont retenu neuf études sur 130 incluant 225 sujets dont la durée maximale de suivi était de une année, aucune étude n'avait de groupe témoin et une seule était prospective. Dans huit études sur neuf, la réduction des fantasmes et de l'activité sexuelle était importante (7,8). L'efficacité des IRS soulève la question de la parenté entre certaines déviances sexuelles et les troubles obsessionnels compulsifs, ou encore les troubles dépressifs (7). La fluoxétine et la sertraline ont été les plus étudiées (7,9). Greenberg et al. ont rapporté, dans le cadre d'une analyse rétrospective des prescriptions, une efficacité identique de la fluvoxamine, de la fluoxétine et de la sertraline en association avec une

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

psychothérapie chez 58 sujets paraphiles (trois-quarts pédophiles) dès la quatrième semaine de traitement (7,10).

Il est communément accepté que les IRS sont responsables d'effets secondaires moins gênants que les autres classes de médicaments affectant la libido. En effet, la compliance et l'acceptation du traitement par IRS semblent être meilleures par rapport aux traitements hormonaux chez les auteurs de violence sexuelle (11). Cependant, il n'est pas à négliger qu'ils sont associés à une instabilité psychomotrice, une agitation, une majoration du taux de suicide (en particulier chez les moins de 30 ans), et un risque augmenté de saignements (2). Des médicaments agissant via ces voies peuvent également avoir un impact positif sur les troubles mentaux prévalants dans cette population (dépression, mésusage de substances, troubles de personnalité) (2).

Les prescriptions d'IRS dans le traitement de sujets paraphiles restent cependant hors autorisation de mise sur le marché, quel que soit le pays concerné (7,12).

Antipsychotiques

Bien que les mécanismes exacts restent encore mal connus, les études sur modèles animaux suggèrent que la dopamine aurait un effet activateur sur l'excitation sexuelle. L'antagonisation de la dopamine peut résulter en une élévation de la prolactine, ce qui pourrait également avoir un effet sur la libido. Les effets secondaires des antipsychotiques comprennent des dyskinésies tardives, un gain de poids, et une intolérance au glucose (2).

Ils sont pourtant essentiellement utilisés lorsqu'une psychose ou un trouble bipolaire est à l'origine du trouble du comportement (1,7) car pour les autres cas de figure, l'utilisation des neuroleptiques n'a pas permis d'obtenir des résultats convaincants (7).

Traitements thymorégulateurs

Aucune donnée n'a été retrouvée en ce qui concerne l'utilisation des traitements thymorégulateurs dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

Traitements hormonaux

Les traitements hormonaux permettraient d'inhiber le comportement déviant dans au moins 80% des cas. Cette action n'est pas spécifique et s'inscrit dans le cadre plus général d'une diminution globale de l'activité sexuelle et de la spermatogénèse, sans modification de l'orientation sexuelle (13–15).

Du point de vue déontologique, la prescription d'un traitement hormonal doit respecter les règles de prescription de tout médicament : indépendance du prescripteur, respect du secret médical, consentement libre, écrit et éclairé du patient (16), et bénéfice thérapeutique certain par rapport aux effets secondaires reconnus. Cette prescription doit être systématiquement associée à une psychothérapie de soutien, une moindre conflictualisation interne liée au traitement hormonal devant être mise à profit pour favoriser une élaboration mentale (4,17).

Selon les recommandations nationales et internationales, seulement les cas les plus sévères, par exemple les patients avec des désirs sexuels déviants fréquents et intenses pouvant amener à des comportements de pédophilie ou de viols en série, pourront nécessiter un traitement hormonal. En

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

pratique, cela correspond à environ 10% des sujets bénéficiant d'une mesure d'injonction de soins (12,15,16,18,19).

Modèle explicatif

Chez les hommes, la testostérone est contrôlée par l'hypothalamus, l'hypophyse antérieure, et les gonades. La Gonadotrophine-releasing hormone (GnRH) est sécrétée par l'hypothalamus de manière pulsatile, ce qui stimule la sécrétion de gonadotrophines (luteinising hormone (LH) et follicle-stimulating hormone (FSH)) au niveau de l'hypophyse antérieure. La LH agit sur les cellules de Leydig dans les testicules, ce qui résulte en la production et la sécrétion de testostérone, qui produit alors un rétrocontrôle négatif sur l'hypothalamus et l'hypophyse antérieure. La testostérone est liée au développement sexuel et au comportement chez l'homme. Elle a un rôle dans la croissance et la différenciation de l'appareil reproducteur masculin, ainsi que dans le développement pubertaire des caractères sexuels secondaires, et un rôle anabolisant. Les effets de la testostérone semblent maintenir un niveau constant d'intérêt et d'excitation sexuels, plutôt que d'agir de manière stimulante. Ces effets ne sont pas immédiats et mettent plusieurs semaines à survenir après une modification du taux plasmatique de testostérone. La testostérone intervient dans les érections spontanées nocturnes apparaissant lors du sommeil paradoxal. Par contre, les érections provoquées par des stimuli érotiques visuels semblent indépendants des androgènes. Les androgènes interviennent dans la production de liquide séminal, et par conséquent sur l'éjaculation. Le rôle de la testostérone dans la libido est controversé. Une imprégnation adéquate par les stéroïdes sexuels est un prérequis à l'obtention d'une activité sexuelle optimale chez l'homme. Cependant, lorsque le taux de testostérone est situé dans les valeurs normales, il n'y a pas de corrélation entre le taux de testostérone et les fantasmes, ni avec la fréquence ou la qualité des érections. La relation directe entre la testostérone et le comportement sexuel est biaisée par le lien entre la testostérone et le comportement agressif, qui est lui-même plutôt controversé. De plus, il existe des preuves que le comportement en lui-même peut résulter de changements au niveau de la testostéronémie, et le taux de testostérone peut être plus précisément associé à un comportement dominant (2,15). Chez la femme, le lien entre les hormones sexuelles, en particulier la testostérone, et l'agressivité et la sexualité demeurent obscurs (13).

Traitements chirurgicaux

La castration chirurgicale est un traitement apparu en 1892 en Suisse et en 1899 aux Etats-Unis. Elle reposait sur le rôle supposé de la testostérone dans l'agressivité et dans le comportement sexuel. Le taux de récurrence après orchidectomie sur une durée de 5 à 10 ans est en moyenne de 3%. Des résultats suggèrent que l'orchidectomie ne limite le taux de récurrence que pour les infractions sexuelles (13). Ce traitement ne modifie pas l'orientation sexuelle et ne s'accompagne pas constamment d'une diminution importante de la libido et de l'activité sexuelle (dans 60 à 70 % des cas seulement chez les sujets jeunes) (7). Environ 30 % des sujets se plaignent d'effets indésirables (7). Le traitement par castration chirurgicale a été complètement abandonné dans de nombreux pays, y compris la France.

La neurochirurgie stéréotaxique a elle aussi été abandonnée. Elle présentait des effets secondaires de type obésité et diabète insipide transitoire. Une lésion du noyau ventro-médian droit parfois étendue à la partie médio-basale de l'aire préoptique était pratiquée afin de diminuer la production hypothalamique de gonadotrophines (13).

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Traitements médicamenteux

L'apparition des premiers traitements hormonaux remonte aux années 1950. Ont été successivement proposés : l'œstrogénothérapie, les progestatifs, les antiandrogènes, et dernièrement les agonistes de la GnRH (13).

Les œstrogènes

Le traitement par œstrogènes consiste en une administration orale d'éthinyl-œstradiol, ce qui a pour effet de diminuer le taux de testostérone circulante, ainsi qu'une diminution de la production des gonadotrophines.

Cependant, les effets secondaires gênants (tels que l'apparition d'une gynécomastie, ou graves, comme l'apparition d'une atrophie testiculaire) et l'augmentation du risque de cancer du sein ont conduit à son abandon (13).

Les progestatifs ou dérivés

L'acétate de médroxyprogestérone (MPA) a été le premier progestatif proposé dans cette indication. Elle agit en modifiant le métabolisme de la testostérone, par compétition avec la liaison de la testostérone à son site récepteur, et par un effet antigonadotrope. Chez certains sujets présentant des contre-indications aux progestatifs ou dont la dangerosité sociale est moindre (fantasmes sans passage à l'acte ou exhibitionnisme), de faibles doses de MPA, de l'ordre de 60 mg par semaine, suffiraient à éradiquer le comportement déviant. Le MPA aurait également un effet anti-agressif (7). Le délai d'action est d'environ un mois. Cependant, certains effets secondaires gênants, comme l'asthénie, la prise de poids, les effets dépressogènes, ou plus graves, comme le risque thrombo-embolique, ont conduit à son abandon progressif en Europe (13). Il demeure très utilisé aux Etats-Unis en partie en raison de son faible coût (7). Les études sur le taux de récidivisme concluent à des résultats divergeant, une étude ayant retrouvé jusqu'à 20% de récidivisme (2).

L'acétate de cyprotérone (CPA), introduit en France en 1973 est un dérivé progestatif s'opposant à l'action périphérique des androgènes, en particulier à leur liaison au récepteur nucléaire par inhibition compétitive. Parallèlement, son action antigonadotrophine bloque la sécrétion de LH (1,12,13,20). Dans la revue de la littérature de Delavenne, une étude en cross-over et double aveugle comparant le CPA et l'éthinyl-estradiol a montré que ces traitements diminuaient le désir et l'activité sexuelle sans provoquer d'effet indésirable majeur (12,21). Les effets biologiques et comportementaux sont réversibles en un à deux mois après l'arrêt du traitement. En ce qui concerne les effets secondaires, on note l'apparition fréquente d'une gynécomastie (20% des cas) réversible à l'arrêt du traitement, de rares cas de cytolyse hépatique, des complications thromboemboliques et des troubles dépressifs en début de traitement. Les autres effets sont moins gênants (asthénie, prise de poids, sécheresse des téguments, diminution de la pilosité). Toutefois, l'observance du traitement pose problème, celui-ci étant limité par l'absence en France de forme retard ou injectable du produit, l'administration étant uniquement orale, et par l'absence de marqueur biologique de son efficacité, la diminution du taux de testostérone étant très inconstante (1,13,20). Les contre-indications sont le refus du traitement par le patient, le non-achèvement de la puberté et de la croissance osseuse en raison du risque d'interruption de la croissance osseuse, une psychose (possibilité d'aggravation des symptômes psychotiques), un dysfonctionnement hépatique, et des antécédents personnels et familiaux de maladie veineuse thromboembolique (14,20). Il est également contre-indiqué en cas de tuberculose et de maladies cachectisantes (hors cancer de la prostate),

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

diabète sévère de type 1 et de type 2, dépression chronique sévère, anémie à hématies falciformes et hypersensibilité au CPA ou à l'un de ses excipients (1).

Une étude en cross-over comparant le CPA et la médroxyprogestérone (MPA) chez des auteurs de violence sexuelle a montré une efficacité comparable de ces traitements sans effets indésirables en dehors de ceux liés à l'hypoandrogénisme (12,22). L'efficacité du CPA serait comparable à celle de la MPA en un mois environ (7), 80% des délinquants voyant ainsi leur activité sexuelle et leurs fantasmes diminuer, tandis que le comportement déviant disparaît. Les fantasmes disparaîtraient après un à deux mois de traitement (1). Selon Thibaut, en 2016, l'efficacité du CPA a été confirmée par deux études contrôlées de courte durée (quelques mois) (neuf délinquants sexuels et 19 paraphiles) contre placebo en cross-over, une étude en simple aveugle contre placebo (cinq pédophiles), deux études contrôlées comparatives en cross-over contre éthinylestradiol (12 délinquants sexuels) ou contre acétate de médroxyprogestérone (sept pédophiles) (efficacité équivalente au comparateur) et cinq études en ouvert (7,23). Une étude en double aveugle a comparé le CPA au placebo et a montré une diminution significative de l'activité sexuelle inappropriée (12,24). Des mesures objectives par pléthysmographie mettent en évidence le maintien d'une excitation sexuelle alors même que ces patients rapportent qu'ils n'ont plus d'activité sexuelle déviante. Le traitement permettrait donc au patient de mieux contrôler cette excitation. Il induirait également une diminution des comportements agressifs chez les sujets traités. Lorsque le sujet présente une personnalité antisociale, consomme des substances toxiques, ou lorsqu'il s'agit d'adolescents, l'efficacité du CPA dans le contrôle du comportement sexuel déviant est plus limitée (7,19). Le taux de récurrence pendant la durée du traitement par CPA est en moyenne de 6 % au cours de périodes variant de quelques mois à quatre ans (comparativement à 50 % en moyenne avant la mise en route du CPA). Le taux de récurrence varie entre 20 et 50% dans les années qui suivent l'interruption du traitement (7). Le CPA est actuellement prescrit chez des patients présentant une activité sexuelle gênante (patients atteints de démence ou traités par agonistes dopaminergiques) et chez des sujets atteints de paraphilies, à une dose variant entre 50 et 200 mg/jour (100 mg/jour suffisant dans environ 80% des cas) (1,2). La dose minimale efficace sera toujours recherchée.

Le CPA a l'AMM depuis le 21 juillet 2005 (forme 100 mg) (Androcur®) (1,20), et est inscrit sur la liste des produits remboursables depuis 2007 (7). Il est prescrit en France exclusivement par voie orale (1).

Les analogues de la GnRH

Le mode d'action de la GnRH reste mal élucidé. L'amélioration du comportement sexuel serait parallèle aux modifications du taux de testostérone, et la GnRH semble jouer un rôle de neuromodulateur au niveau du système limbique. Les analogues de la GnRH induisent constamment une inhibition réversible de la sécrétion gonadotrope à l'action de la GnRH endogène. Cependant, la désensibilisation intervient environ dix jours après le début du traitement, après une phase de stimulation initiale qu'il est impératif d'inhiber en prescrivant conjointement du CPA. Sur des volontaires sains, les agonistes de la GnRH modifient de façon très inconstante le désir sexuel (40% des cas seulement) (13). Les indications de ce traitement sont les paraphilies les plus sévères, comme pour les pédophiles avec un fort risque de passage à l'acte ou de violence, et les violeurs récidivistes avec un comportement prédateur. Les contre-indications sont le refus du traitement par le patient, le non-achèvement de la puberté et de la croissance osseuse, et l'ostéoporose sévère non traitée (1,20). Comme pour le CPA et le MPA, les effets indésirables sont une apparition ou une aggravation des facteurs de risque cardiovasculaires, une gynécomastie, une prise de poids, des bouffées de chaleur,

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

diminution modérée du volume testiculaire, et une dépression. Une conséquence établie du faible taux sanguin de testostérone est l'ostéoporose. (2)

La molécule ayant l'AMM (depuis le 23 août 2007) parmi les analogues de la GnRH est la triptoréline (Salvacyl®). Elle s'administre par voie intramusculaire tous les trois mois, ce qui résulte en une meilleure observance (1,12,20), et figure sur la liste des produits remboursables depuis 2009 (7). La leuproréline (Enantone®) peut être administrée sous forme intra-musculaire mensuellement, avec une posologie de 3,5 ou 7,5 mg ou trimestriellement avec une posologie de 11,25 mg (12). Quelques cas ont été publiés avec la goséréline (10,8 mg/mois) (7).

Les analogues de la GnRH semblent être plus efficaces que le CPA et le MPA en ce qui concerne la castration chimique au long cours. Cependant, quelques études notent des problèmes dans la réversibilité de ces effets après une utilisation au long cours (au moins deux ans) (2). Comme le souligne Delavenne, une étude récente à propos de 38 patients paraphiles et auteurs de violence sexuelle a montré une bonne efficacité avec une diminution de la fréquence des fantasmes déviants durant le traitement par analogue de la GnRH.

Deux équipes ont rapporté l'efficacité de la triptoréline chez 41 hommes présentant un comportement sexuel déviant (pédophiles dans 32 cas, 11 cas de viol, et 30 cas d'exhibitionnisme) avec une durée maximale de suivi de sept ans (7,25–27). Parallèlement à la diminution du taux de testostéronémie, l'activité sexuelle diminue considérablement pour aboutir à un ou deux actes par mois (voire aucun chez les sujets de plus de 40 ans), et les fantasmes et le comportement sexuel déviant disparaissent (dans 40 cas sur 41). L'efficacité est maximale à l'issue du deuxième ou troisième mois et se maintient tout au long du traitement (maximum 78 mois) (7). Dans cette étude, onze patients ont interrompu le traitement, pour la majorité d'entre eux avant un an. Parmi ceux-ci, quatre ont souhaité reprendre les analogues de la GnRH, car leur comportement déviant réapparaissait parallèlement à l'augmentation de la testostéronémie, et trois autres ont été secondairement traités par CPA pour des raisons de mauvaise tolérance de la triptoréline, dont deux cas sans succès. Parmi les quatre ayant complètement et prématurément arrêté leur traitement, tous ont vu leur comportement sexuel déviant réapparaître en quelques mois (7). Une autre étude rétrospective a confirmé l'efficacité de la triptoréline chez 30 sujets (7,28). Dans cette étude, cinq sujets ont interrompu le traitement par agoniste de la GnRH à la sortie de prison et un sujet a rechuté.

Dans une autre étude, la leuproréline a été remplacée par un placebo dans 3 cas, et les comportements sexuels inappropriés sont réapparus au bout de deux mois avec un fort risque de passage à l'acte de violence sexuelle (12,25). Une augmentation des taux de testostérone avec des fantasmes intenses durant deux mois après l'arrêt du traitement a été observée chez les patients (12,29). L'efficacité de la leuproréline a été montrée dans deux autres études en ouvert (28 paraphiles dont 13 pédophiles, 16 sujets ayant commis un délit sexuel). Dans un cas, le patient a récidivé (7,30–32). La durée maximale de suivi était de 57 mois. Dans une étude en double-aveugle, dans laquelle la leuproréline et la TCC avaient été utilisées chez cinq pédophiles en cross-over, comparativement à un placebo, avec une durée totale de suivi de deux ans, dans trois cinquièmes des cas, les fantasmes déviants sont réapparus sous placebo (7,33).

Dans une étude en ouvert, Czerny et al. (7,34) ont comparé le CPA et les agonistes de la GnRH pendant 10 à 22 mois dans le cadre d'une étude naturalistique rétrospective. L'efficacité était comparable avec trois cas d'inefficacité dans chaque groupe. Dans deux cas d'échec du CPA, les agonistes de la GnRH ont amélioré le patient. Les agonistes de la GnRH ont été mieux tolérés que le CPA sur le plan de la prise de poids (4 et 14 respectivement), de la gynécomastie (4 et 10), des complications

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

thromboemboliques (0 et 1), de la dépression (0 et 2), de la chute de cheveux (0 et 4). En revanche, les bouffées de chaleur (4 et 2), l'asthénie (4 et 3), les variations tensionnelles (2 et 0) et la déminéralisation osseuse (1 et 0) étaient plus fréquentes dans le groupe des agonistes de la GnRH. Une réduction du volume testiculaire, des douleurs diffuses, une intolérance au glucose, des nausées, ont également été décrites avec les agonistes de la GnRH (7).

Durée de traitement hormonal et modalités d'interruption

La durée minimale nécessaire du traitement hormonal afin de minimiser le risque de récurrence du comportement déviant ainsi que les modalités d'interruption du traitement demeurent mal codifiées (12,15), et dépend des résultats symptomatiques obtenus (14). Plusieurs auteurs préconisent une durée de trois à cinq ans (1), afin d'établir une relation stable avec le patient, l'amener à reconnaître ses troubles et à accepter un traitement (12). Elle peut être très prolongée chez des sujets pédophiles par exemple, ayant déjà présenté plusieurs délits sexuels (12). L'efficacité du traitement serait maintenue aussi longtemps que le traitement est administré, et la période de suivi maximale pour la triptoréline est de 7 ans et de 10 ans pour la leuproréline (12). Elle est de huit ans (300 sujets) pour le CPA (7).

Les différents auteurs recommandent de surveiller les patients lors de l'arrêt du traitement par analogue de la GnRH vu le fort risque de passage à l'acte (12).

Surveillance du traitement

Selon les données retrouvées, doivent être réalisés :

- des entretiens mensuels recherchant l'efficacité du traitement (présence de fantasmes et des activités sexuelles déviantes et non déviantes en caractérisant leur nature, leur intensité et leur fréquence), et évaluant le risque de violence sexuelle (12,16,19,20). Des échelles d'évaluation permettent d'aider à l'évaluation du risque de récurrence (12,13).
- tous les 3 à 6 mois une mesure de la pression artérielle et du poids, ainsi que la recherche de trouble dépressif, de problèmes émotionnels, de féminisation (recherche des effets secondaires) (12,19).
- un bilan hépatique mensuel les trois premiers mois, puis trimestriel (12,19)
- une évaluation annuelle (si le patient présente un fort risque d'ostéoporose) ou au moins biennale de l'ostéodensitométrie (12,19).
- un dosage de la testostérone peut être demandé pour vérifier l'observance du traitement, au moindre doute, ou encore s'il existe une suspicion de supplémentation masquée par de la testostérone (12,19).

Algorithme de traitement

Les recommandations françaises et internationales proposent un algorithme de traitement à six niveaux :

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Objectifs et indications	Traitements et posologies
Niveau 1	
Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés sans impact sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel	Psychothérapie de préférence cognitivo-comportementale
Niveau 2	
Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec impact mineur sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel Peut être utilisé dans tous les cas modérés de paraphilies associés à un risque faible d'agression sexuelle (ex. : exhibitionnisme sans risque de viol ou pédophilie sans antécédents de passage à l'acte, consultation isolée de vidéos érotiques pédophiles) Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 1	Psychothérapie IRS, éventuellement augmenter la dose comme pour les TOC (ex. : fluoxétine 40-60 mg ou paroxétine 40 mg)
Niveau 3	
Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec une réduction modérée de l'activité sexuelle et du désir sexuel Paraphilies avec caresses mais sans pénétration Fantasmes sexuels inappropriés sans sadisme sexuel Absence de résultats avec le niveau 2 en prescription de 4 à 6 semaines d'IRS à dose élevée	Psychothérapie Ajouter à l'IRS une faible dose d'antiandrogène, acétate de cyprotérone (CPA) 50-200 mg/jour per os

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Niveau 4	
<p>Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec une réduction importante de l'activité sexuelle et du désir sexuel</p> <p>Risque modéré, voire plus élevé de violence sexuelle (paraphilies sévères avec notamment des caresses plus intrusives et un nombre limité de victimes)</p> <p>Absence de comportement ou fantasmes de sadisme sexuel (si présent, voir le niveau 5)</p> <p>Bonne observance du traitement, sinon passer à la forme injectable ou passer au niveau 5</p> <p>Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 3</p>	<p>Psychothérapie</p> <p>Acétate de cyprotérone 200-300 mg/jour per os sous réserve de l'assurance d'une bonne observance</p> <p>Si présence d'anxiété, de dépression ou de symptômes obsessionnels compulsifs, un IRS peut être associé à l'antiandrogène</p>
Niveau 5	
<p>Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec une disparition quasi complète de l'activité sexuelle et du désir sexuel</p> <p>Risque élevé de violence sexuelle et cas de paraphilies sévères</p> <p>Fantasmes ou comportements sexuels sadiques ou violence sexuelle</p> <p>Mauvaise observance ou résultats non satisfaisants avec le niveau 4</p>	<p>Psychothérapie</p> <p>Analogue de la GnRH à longue durée d'action, triptoréline : 11,25 mg tous les 3 mois par voie IM</p> <p>Associer un traitement à l'acétate de cyprotérone pendant le premier mois pour contrecarrer l'effet « flare-up » (augmentation transitoire du taux de testostérone)</p>
Niveau 6	
<p>Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec une disparition complète de l'activité sexuelle et du désir sexuel</p> <p>Les cas les plus sévères de paraphilies</p> <p>Pas de résultats satisfaisants obtenus avec le niveau 5</p>	<p>Psychothérapie</p> <p>Analogue de la GnRH à longue durée d'action, triptoréline : 11,25 mg tous les 3 mois par voie IM en association avec l'acétate de cyprotérone (50-200 mg/jour per os)</p> <p>Un IRS peut également être associé</p>

BIBLIOGRAPHIE

1. Séguy C, Thibaut F, Cordier B. Conduites paraphiliques. *Confront Psychiatr.* 2008;(47):85-103.
2. Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Dennis JA, Duggan C. Pharmacological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 févr 2015;(2):CD007989.
3. Coutanceau R. Les délinquants sexuels. *Santé Ment.* janv 2002;(64).
4. Coutanceau R. L'agresseur sexuel - Un espace thérapeutique. *Santé Ment.* janv 2002;(64):32-8.
5. Hamon F. Les psychothérapies des délinquants sexuels. *Soins Psychiatr.* juin 1999;(202):19-22.
6. Coutanceau R. L'agresseur sexuel - Les délinquants sexuels. *Rev Santé Ment.* janv 2002;(64).
7. Thibaut F. Troubles des conduites sexuelles - Diagnostic et traitement. *Datatraitesps37-68342* [Internet]. 7 avr 2016 [cité 26 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/1044643>
8. Adi Y, Ashcroft D, Browne K, Beech A, Fry-Smith A, Hyde C. Clinical effectiveness and cost-consequences of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of sex offenders. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2002;6(28):1-66.
9. Garcia FD, Thibaut F. Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. *Drugs.* 16 avr 2011;71(6):771-90.
10. Greenberg DM, Bradford JM, Curry S, O'Rourke A. A comparison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors: a retrospective study. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1996;24(4):525-32.
11. Garcia F, Delavenne HG, Assumpcao Ade F, Thibaut F. Pharmacologic treatment of sex offenders with paraphilic disorder. *Curr Psychiatry Rep.* mai 2013;15(5):356.
12. Delavenne H, D FG, Lamy S, Thibaut F. Quelle prise en charge thérapeutique pour les patients paraphiles auteurs de violence sexuelle ?, Treatment options for paraphilic sex offenders. *PSN.* 2 avr 2014;me 12(1):15-29.
13. THIBAUT F, KUHN JM, CORDIER B, PETIT M. Les traitements hormonaux de la délinquance sexuelle. *ENCEPHALE.* 1998;2 vol 24:132-7.
14. Boutet G. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle (22 et 23 novembre 2001). *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 déc 2002;30(12):1005-13.
15. Kingston DA, Seto MC, Ahmed AG, Fedoroff P, Firestone P, Bradford JM. The role of central and peripheral hormones in sexual and violent recidivism in sex offenders. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2012;40(4):476-85.
16. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. Haute Aut Santé [Internet]. 2009 [cité 25 avr 2018]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930913/fr/prise-en-charge-des-auteurs-d-agression-sexuelle-a-l-encontre-de-mineurs-de-moins-de-15-ans
17. Frétygné J-Y. Réflexions sur la prise en charge d'auteurs d'agressions sexuelles en injonction de soin. *Nervure, journal de psychiatrie.* avr 2007;14-7.
18. Tesson J, Cordier B, Thibaut F. Assessment of a new law for sex offenders implemented in France in 1998. *L'Encephale.* avr 2012;38(2):133-40.
19. Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JMW, 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 Off J World Fed Soc Biol Psychiatry.* juin 2010;11(4):604-55.
20. Menoud E. Hormonothérapie et psychothérapie de l'abuseur sexuel. *Santé Ment.* févr 2016;(205):14-8.
21. Bancroft J, Tennent G, Loucas K, Cass J. The control of deviant sexual behaviour by drugs. I. Behavioural changes following oestrogens and anti-androgens. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* sept 1974;125(0):310-5.
22. Cooper AJ, Sandhu S, Losztyn S, Cernovsky Z. A double-blind placebo controlled trial of medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate with seven pedophiles. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* déc 1992;37(10):687-93.
23. Gijs L, Gooren L. Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: An update. *J Sex Res - J SEX RES.* 1 janv 1996;33:273-90.
24. Bradford JM. The paraphilias, obsessive compulsive spectrum disorder, and the treatment of sexually deviant behaviour. *Psychiatr Q.* 1999;70(3):209-19.
25. Thibaut F, Cordier B, Kuhn JM. Effect of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia. *Acta Psychiatr Scand.* juin 1993;87(6):445-50.
26. Thibaut F, Cordier B, Kuhn JM. Gonadotrophin hormone releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia: a lifetime treatment? *Psychoneuroendocrinology.* mai 1996;21(4):411-9.
27. Rösler A, Witzum E. Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone. *N Engl J Med.* 12 févr 1998;338(7):416-22.
28. Hansen H, Lykke-Olesen L. Treatment of dangerous sexual offenders in Denmark. *J Forensic Psychiatry.* 1 mai 1997;8(1):195-9.
29. Koo KC, Shim GS, Park HH, Rha KH, Choi YD, Chung BH, et al. Treatment outcomes of chemical castration on Korean sex offenders. *J Forensic Leg Med.* août 2013;20(6):563-6.
30. Briken P, Nika E, Berner W. Treatment of paraphilia with luteinizing hormone-releasing hormone agonists. *J Sex Marital Ther.* févr 2001;27(1):45-55.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

31. Briken P. Pharmacotherapy of paraphilias with luteinizing hormone-releasing hormone agonists. *Arch Gen Psychiatry*. mai 2002;59(5):469-70; author reply 470.
32. Krueger RB, Kaplan MS. Depot-leuprolide acetate for treatment of paraphilias: a report of twelve cases. *Arch Sex Behav*. août 2001;30(4):409-22.
33. Schober JM, Kuhn PJ, Kovacs PG, Earle JH, Byrne PM, Fries RA. Leuprolide acetate suppresses pedophilic

urges and arousability. *Arch Sex Behav*. déc 2005;34(6):691-705.

34. Czerny J-P, Briken P, Berner W. Antihormonal treatment of paraphilic patients in German forensic psychiatric clinics. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. avr 2002;17(2):104-6.

4.3. Y a-t-il des spécificités de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles selon les situations : violences sexuelles sans contact, âges de la vie, handicap et milieu de vie?

Ophélie HENRY

Dans cette partie, les résultats décrits s'appuient principalement sur des analyses de décision basées sur des études bien menées et des études comparatives randomisées de niveau de preuve 1 et 2. Quelques précisions provenant d'articles ont cependant été ajoutées, notamment les articles de Séguy, Coutanceau, Hache, Carson, et pour la partie sur les adolescents transgresseurs sexuels et l'inceste les articles de Becker et Fuhrmann.

4.3.1. Paraphilies

Les patients paraphiles présentent un risque non négligeable de récurrence. Compte-tenu de l'importante stigmatisation des conduites sexuelles déviantes, les sujets consultent malheureusement peu avant un passage à l'acte sexuel délictueux. Faire le diagnostic de paraphilie chez un auteur de violences sexuelles et lui proposer un traitement adapté permet de réduire les comportements sexuels déviants en favorisant la réinsertion psycho-sociale de l'agresseur tout en limitant le risque de récurrence. Les objectifs généraux de la prise en charge thérapeutique sont l'amélioration du fonctionnement psycho-social du patient et la diminution de l'activité sexuelle déviante. L'association d'une prise en charge psychothérapeutique et pharmacologique semble plus efficace en comparaison au traitement pharmacologique ou psychothérapeutique utilisés seuls (1).

Les *traitements hormonaux* réduisent significativement l'intensité et la fréquence du désir sexuel déviant de façon réversible et ont montré une efficacité dans la prise en charge des paraphilies les plus sévères, comme chez les pédophilies avec un fort risque de passage à l'acte ou de violence, présentant une fantasmagorie vécue comme obsédante avec un aspect compulsif ou très persécutif, et plus particulièrement les hommes pédophiles multirécidivistes (2–6). Ce type de prise en charge ne semble pas modifier l'orientation paraphilique des sujets pédophiles (1). Ils ne peuvent être prescrits qu'après obtention du consentement écrit et éclairé du patient (1).

Le CPA (Androcur®) a obtenu en 2005 l'autorisation de mise sur le marché en France pour le dosage 100 mg avec le libellé : réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies en association à une prise en charge psychothérapeutique. (2) Des études en ouvert ont rapporté que l'usage du CPA diminuait les fantasmes et la fréquence des masturbations et aboutissait, dans environ 80 à 90% des cas, à une disparition complète des comportements sexuels inappropriés après 4 à 12 semaines de traitement (1,7–9). D'après la revue de littérature de Delavenne, un suivi de plus de 8 ans de 300 patients paraphiles a montré un maintien de l'efficacité du CPA administré par voie orale (à raison de 50 à 200 mg/j) ou par voie intramusculaire (300-600 mg/j) (1,8). Les taux de récurrence de violence sexuelle ont été évalués à 6% chez des patients traités, les périodes de suivi variaient de 2 mois à 4 ans comparativement à 85% sans traitement (1,7,8). La majorité des récurrences avait lieu lorsque l'observance était mauvaise (1).

La triptoréline embonate dosée à 11,25 mg dans sa forme injectable à libération prolongée a eu l'AMM européenne en juillet 2007, avec le nom Salvacyl®, dans la réduction réversible des taux de testostérone afin de diminuer les pulsions sexuelles chez l'homme adulte ayant des déviations sévères. (2) Des études en ouvert ont observé que durant la période de traitement par analogue de la GnRH,

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

dans plus de 90% des cas aucun comportement sexuel déviant n'était relevé (1,10). Les résultats d'une étude menée en 2012 suggéraient que la leuproréline (agoniste de la GnRH) diminuait l'activité dans les régions du cerveau connues pour avoir un rôle dans la perception et les réponses motivationnelles et affectives à un stimulus sexuel (11). Des études en ouvert ont montré une efficacité de la leuproréline (12). Une récurrence des fantasmes et des comportements sexuels inappropriés a été décrite dans les 8 à 10 semaines suivant l'interruption brutale du traitement par analogue de la GnRH, après 12 et 24 mois de traitement efficace, pour deux cas dans une étude en ouvert (1,13). La réintroduction du traitement a permis la disparition des fantasmes sexuels inappropriés (1,10). Comme le souligne Delavenne, une étude récente à propos de 38 patients paraphiles et auteurs de violence sexuelle a montré une bonne efficacité avec une diminution de la fréquence des fantasmes déviants durant le traitement par analogue de la GnRH. Une augmentation des taux de testostérone avec des fantasmes intenses durant deux mois après l'arrêt du traitement a été observée chez les patients (1,14). Dans une autre étude, la leuproréline a été remplacée par un placebo dans 3 cas, et les comportements sexuels inappropriés sont réapparus au bout de deux mois avec un fort risque de passage à l'acte de violence sexuelle (1,10).

Les *antidépresseurs* quant à eux peuvent être proposés dans certains troubles du comportement sexuel, tels que les paraphilies présentant un faible risque de passage à l'acte (exp : exhibitionnisme) (2,4). Ils sont alors intéressants aux doses utilisées dans le traitement des troubles obsessionnels compulsifs (2). Ils constituent une alternative intéressante aux anti-androgènes lorsque ces derniers sont contre-indiqués (4), et trouvent leur place lors des décompensations dépressives fréquemment observées chez ces patients (2).

L'imipramine a été le premier antidépresseur tricyclique utilisé chez un patient avec des compulsions sexuelles (1,7). La clomipramine a ensuite été utilisée, reposant sur le fait que les paraphilies étaient fréquemment comparées aux troubles obsessionnels compulsifs dans lesquels de bons résultats étaient obtenus avec la clomipramine (1,15). Dans la revue de la littérature proposée par Delavenne, trois études de cas rapportent une diminution du désir et des fantasmes sexuels déviants avec une dose de 150 mg de clomipramine (antidépresseur tricyclique) par jour chez des patients exhibitionnistes (7). Une étude en double aveugle non contrôlée a comparé la clomipramine et la desipramine (antidépresseur tricyclique) chez 15 patients présentant divers types de paraphilies (1,12). Seulement 8 patients ont terminé l'étude et les deux molécules étaient associées à une diminution des symptômes. L'efficacité des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et les effets indésirables des antidépresseurs tricycliques ont cependant limité l'usage des antidépresseurs tricycliques dans le traitement des paraphilies (1). Les antidépresseurs de type IRS ont montré un bénéfice dans les paraphilies à faible risque de passage à l'acte et à forte tonalité compulsive ou en cas de dépression associée. Toutefois ces prescriptions sont hors autorisation de mise sur le marché (AMM) en France, et quel que soit le pays concerné. Leurs indications sont limitées à l'exhibitionnisme, la masturbation compulsive, et à certaines formes de pédophilie dont le risque de passage à l'acte paraît peu important (1,2,15,16). Pour certains auteurs, les IRS auraient une action plus spécifique de réduction du comportement sexuel déviant, permettant ainsi au sujet de conserver une activité sexuelle conventionnelle (1,12). Dans leur méta-analyse, Adi et al. ont retenu neuf études sur 130 incluant 225 sujets dont la durée maximale de suivi était de une année, aucune étude n'avait de groupe témoin et une seule était prospective. Dans huit études sur neuf, la réduction des fantasmes et de l'activité sexuelle était importante (16,17). Plusieurs études ouvertes ont montré des diminutions des comportements sexuels violents à court terme (1,15,16). La fluoxétine et la sertraline ont été les plus étudiés (17,18). Greenberg et al. ont rapporté, dans le cadre d'une analyse rétrospective des prescriptions, une efficacité identique de la fluvoxamine, de la fluoxétine et de la sertraline en association avec une psychothérapie chez 58 sujets paraphiles (trois-quarts pédophiles) dès la quatrième semaine de traitement (7,17,19). Bien qu'une étude rétrospective

56

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

n'ait pas retrouvé d'efficacité de la fluoxétine dans la diminution des fantasmes et des comportements sexuels inappropriés (1,20), elle a été décrite dans plusieurs études pour le traitement de la pédophilie, de l'exhibitionnisme, du voyeurisme, du fétichisme et des paraphilies en général (19–21). La stratégie utilisée dans la majorité des études consistait à augmenter progressivement la posologie de l'IRS jusqu'à obtenir une diminution symptomatique significative. La posologie moyenne correspondait à 40 mg (20 à 80 mg) et le délai d'action variait de 4 à 6 semaines. Elle peut être augmentée progressivement sur plusieurs mois si l'efficacité n'est pas suffisante, en l'absence de contre-indications, jusqu'à celles utilisées dans les troubles obsessionnels compulsifs. La sertraline s'est montrée efficace avec une diminution des fantasmes sexuels inappropriés et un maintien d'une activité sexuelle avec des adultes consentants, dans une étude concernant des adultes paraphiles (1,19). La fluvoxamine s'est montrée efficace dans la prise en charge de patients pédophiles (1,7). La paroxétine a diminué le désir sexuel et les fantasmes inappropriés chez un patient paraphile (1,16).

Les *neuroleptiques* ne permettraient pas d'obtenir des résultats convaincants dans le domaine des paraphilies s'il n'existe pas de psychose associée (2).

Les recommandations françaises et internationales proposent un algorithme de traitement à six niveaux. Le traitement pharmacologique va dépendre de l'intensité des fantasmes sexuels du sujet et du risque de passage à l'acte avec violence sexuelle, des antécédents médicaux du patient, de l'observance présumée du traitement, de l'efficacité des traitements qui ont pu être prescrits antérieurement ainsi que du consentement du patient (1,6).

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Objectifs et indications	Traitements et posologies
Niveau 1	
Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés sans impact sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel	Psychothérapie de préférence cognitivo-comportementale
Niveau 2	
Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec impact mineur sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel Peut être utilisé dans tous les cas modérés de paraphilies associés à un risque faible d'agression sexuelle (ex. : exhibitionnisme sans risque de viol ou pédophilie sans antécédents de passage à l'acte, consultation isolée de vidéos érotiques pédophiles) Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 1	Psychothérapie IRS, éventuellement augmenter la dose comme pour les TOC (ex. : fluoxétine 40-60 mg ou paroxétine 40 mg)
Niveau 3	
Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec une réduction modérée de l'activité sexuelle et du désir sexuel Paraphilies avec caresses mais sans pénétration Fantasmes sexuels inappropriés sans sadisme sexuel Absence de résultats avec le niveau 2 en prescription de 4 à 6 semaines d'IRS à dose élevée	Psychothérapie Ajouter à l'IRS une faible dose d'antiandrogène, acétate de cyprotérone (CPA) 50-200 mg/jour per os

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Niveau 4	
<p>Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec une réduction importante de l'activité sexuelle et du désir sexuel</p> <p>Risque modéré, voire plus élevé de violence sexuelle (paraphilies sévères avec notamment des caresses plus intrusives et un nombre limité de victimes)</p> <p>Absence de comportement ou fantasmes de sadisme sexuel (si présent, voir le niveau 5)</p> <p>Bonne observance du traitement, sinon passer à la forme injectable ou passer au niveau 5</p> <p>Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 3</p>	<p>Psychothérapie</p> <p>Acétate de cyprotérone 200-300 mg/jour per os sous réserve de l'assurance d'une bonne observance</p> <p>Si présence d'anxiété, de dépression ou de symptômes obsessionnels compulsifs, un IRS peut être associé à l'antiandrogène</p>
Niveau 5	
<p>Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec une disparition quasi complète de l'activité sexuelle et du désir sexuel</p> <p>Risque élevé de violence sexuelle et cas de paraphilies sévères</p> <p>Fantasmes ou comportements sexuels sadiques ou violence sexuelle</p> <p>Mauvaise observance ou résultats non satisfaisants avec le niveau 4</p>	<p>Psychothérapie</p> <p>Analogue de la GnRH à longue durée d'action, triptoréline : 11,25 mg tous les 3 mois par voie IM</p> <p>Associer un traitement à l'acétate de cyprotérone pendant le premier mois pour contrecarrer l'effet « <i>flare-up</i> » (augmentation transitoire du taux de testostérone)</p>
Niveau 6	
<p>Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec une disparition complète de l'activité sexuelle et du désir sexuel</p> <p>Les cas les plus sévères de paraphilies</p> <p>Pas de résultats satisfaisants obtenus avec le niveau 5</p>	<p>Psychothérapie</p> <p>Analogue de la GnRH à longue durée d'action, triptoréline : 11,25 mg tous les 3 mois par voie IM en association avec l'acétate de cyprotérone (50-200 mg/jour per os)</p> <p>Un IRS peut également être associé</p>

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

La *psychothérapie* est indiquée pour tous les auteurs de violence sexuelle dans les recommandations nationales et internationales (1,6,21), mais aucun traitement psychothérapeutique n'a réellement prouvé son efficacité en ce qui concerne les sujets paraphiles présentant un haut risque de violence (2,22). En pratique, les modalités de la psychothérapie sont à adapter aux capacités psychologiques du patient, ainsi qu'à son niveau de verbalisation et à sa motivation. Les psychothérapies peuvent être de type psychodynamique, cognitivo-comportementale, systémique ou familial selon l'âge, les besoins et l'évolution du sujet. Les psychothérapies peuvent être menées en groupe ou individuellement (1). Les psychothérapies individuelles fonctionnent mieux si le patient est motivé, s'il a des potentialités d'auto-analyse, de symbolisation et d'insight (1).

La psychothérapie d'inspiration analytique serait indiquée pour les agresseurs sexuels ayant une reconnaissance de leurs déviances et une bonne capacité d'introspection et d'élaboration. Elle est le type de psychothérapie le plus fréquemment proposée en France (1).

Les thérapies cognitivo-comportementales sont utilisées essentiellement en Amérique du Nord, associées ou non à des traitements médicamenteux, lorsque le risque de passage à l'acte n'apparaît pas majeur (18). La justification de l'utilisation de ces techniques est que le sujet paraphilique présente des distorsions cognitives dans l'appréhension de la sexualité qui entretiennent les agissements sexuels, ainsi que des dysfonctionnements dans les relations interpersonnelles. Ces distorsions entretiennent les déviances sexuelles même si elles n'en constituent pas des facteurs étiologiques spécifiques (17,23). Ces différentes méthodes auraient fait l'objet d'études aux Etats-Unis et au Canada dans le milieu carcéral et sembleraient réduire le risque de récidive (2). Une revue Cochrane publiée par Kenworthy en 2008 a repris neuf essais contrôlés randomisés (500 adultes dont 52% étaient pédophiles, suivis pendant une durée maximale de dix ans) : les thérapies cognitivo-comportementales de groupes se sont révélées plus efficaces que l'absence de traitement chez les pédophiles pour réduire tout type de délit chez 155 sujets (risque relatif 0,41) (17,24). Une revue de la littérature effectuée en 2013 montrait que les preuves scientifiques étaient insuffisantes pour déterminer si la thérapie cognitivo-comportementale réduisait le risque de récidive chez les pédophiles (1). Aucune preuve significative n'était disponible pour déterminer si les autres types de psychothérapies pouvaient prévenir la récidive chez les pédophiles (1).

Des psychothérapies de groupe peuvent être proposées afin d'améliorer les relations interpersonnelles. Elles permettent d'améliorer la verbalisation et la capacité d'introspection des patients (1). Du fait de l'immaturation et de l'égoïsme, une thérapie de groupe est souvent privilégiée dans les cas d'exhibitionnisme, permettant de travailler les niveaux de reconnaissance variable du sujet (25).

4.3.2. Adolescents auteurs de violences sexuelles

Une revue de la littérature datant de 2013 montre qu'aucune méthode (psychothérapeutique ou pharmacologique) n'a fait preuve de son efficacité en ce qui concerne le risque de récidive dans la population des adolescents auteurs de violences sexuelles (26). De plus, les preuves manquent pour déterminer les effets des méthodes ayant pour but de prévenir l'agression sexuelle chez les adolescents qui n'ont pas commis d'agression mais sont à risque de le faire (26). Dans cette même revue de la littérature, aucune donnée concernant les effets indésirables des traitements n'étaient disponibles (26). Une revue de la littérature plus récente datant de 2016 et menée par Thibaut conclut que les adolescents traités (comparativement aux non traités) ont dans l'ensemble une réduction de

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

leur comportement déviant lorsque le risque de passage à l'acte est modéré (17,27). L'efficacité est moins claire chez les sujets à haut risque.

Dans la pratique générale, un *traitement médicamenteux* est rarement retenu. L'hormonothérapie n'est pas prescrite aux adolescents étant donné leurs effets secondaires (28). Les IRS peuvent s'avérer être une alternative intéressante aux anti-androgènes chez les adolescents pour lesquels les thérapies cognitivo-comportementales ont une efficacité insuffisante du fait de leur facilité de maniement et leur bonne tolérance à long terme (2,4,17,18,21,27). D'une façon générale, un médicament psychotrope infère une relative sédation de la tendance à l'acte pouvant également faciliter une approche psychologique. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que ces traitements ont été accusés d'accroître le risque suicidaire chez les adolescents déprimés chez lesquels leur prescription est très encadrée (17,29).

En ce qui concerne les *psychothérapies*, le cadre thérapeutique doit être spécialisé (5). Après évaluation, la grande majorité des jeunes patients est orientée vers une thérapie incluant une prise en charge individuelle, de groupe et familiale. L'intention générale du traitement vise à responsabiliser, tout en mobilisant des valeurs comme la réciprocité et l'autonomisation (28). Dans le modèle de l'antenne de psychiatrie et psychologie légales de La Garenne-Colombes, la prise en charge débute généralement par une période d'évaluation au cours de laquelle est négocié en présence de la famille ou d'une autorité de tutelle le projet thérapeutique. Le jeune est ensuite bien souvent orienté vers une activité de groupe, dont la préparation peut se faire en entretiens individuels. Des outils de médiation peuvent être utilisés, tels que des vidéos, des témoignages, des jeux de rôle sur informatique, des supports publicitaires, afin de permettre au mineur d'aborder de manière moins conflictuelle certains thèmes difficiles (passage à l'acte, sexualité, rapport à la loi, conflits de famille). Chaque séance de groupe est doublée d'une guidance en entretiens individuels qui visent à appréhender les processus qui sous-tendent l'acte (28). L'objectif principal est de donner au mineur les moyens d'assumer l'expérience transgressive et ses conséquences en lui permettant de l'intégrer dans une histoire de vie, afin de prévenir le risque de séquelles post-traumatiques ou d'éviter des situations de conditionnement pathologiques qui majorent le risque de récurrence (5). Les rencontres de parole individuelles peuvent être d'inspiration analytique, dans une démarche introspective visant à mettre en évidence la nature de certaines pressions précipitantes de l'histoire de l'adolescent et à explorer les mécanismes défensifs et d'identification ainsi que des liens d'attachements, ou intégrant une dimension cognitivo-behavioriste au travail d'introspection (28). Cependant, aucune preuve en ce qui concerne les effets bénéfiques de la thérapie cognitivo-comportementale parmi les adolescents à risque de nouvelle agression n'a été démontrée (26). Pourtant, elle occupe une place de premier plan chez l'adolescent, avec des objectifs incluant la réduction du comportement sexuel déviant, une augmentation de l'empathie à l'égard de la victime, l'acceptation par le jeune de la responsabilité du délit ou du crime sexuel, la réduction des distorsions cognitives en particulier les comportements sexuels déviants, la prévention de la récurrence en aidant le sujet à repérer les éléments favorisant et enfin des conseils pour la famille (18). Plusieurs techniques sont utilisées en Amérique du Nord, telles que la sensibilisation masquée (covert sensitization) (utilisée chez la moitié des adolescents en Amérique du Nord) et la « satiation » verbale ou masturbatoire (utilisée dans 11% des cas en Amérique du Nord) (17,30).

La thérapie de groupe comporte des finalités sur les plans introspectifs et éducatifs. Elle vise entre autres la conscientisation et la restructuration cognitive (28). La recherche internationale EvAdoGroup s'est questionnée autour de la fonction d'un soin thérapeutique groupal pour les adolescents auteurs de violences sexuelles. Il permet de remettre en jeu un cadre familial précaire et de construire des limites mieux définies. Il participe aux processus de subjectivation et de mentalisation et permet aux

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

adolescents de mettre en perspective et de penser les actes commis. Deux fonctions ont été mises en évidence : le soutien au processus de différenciation d'une part, et l'actualisation de la fonction contenante d'autre part, chacune de ces fonctions se déclinant en deux axes (31). L'approche systémique familiale prend place pour des actes posés dans le cercle intra- ou extra-familial. Elle tente de mobiliser la famille, non dans une démarche culpabilisatrice mais dans une visée de responsabilisation. L'approche systémique invite le jeune à communiquer avec ses proches, à replacer la transgression dans ses dimensions relationnelles, dans une perspective générationnelle (28). Elle permet d'influencer directement sur les facteurs personnels, familiaux, et extrafamiliaux, qui favorisent un comportement antisocial qui peut être associé à un comportement sexuel délinquant (17,32). Une revue de la littérature effectuée en 2013 ne retrouvait que des preuves limitées en ce qui concerne l'efficacité de la thérapie multisystémique en terme de prévention d'un nouvel acte de violence sexuelle parmi les jeunes à risque modéré d'agression sexuelle (26). Un essai suggérait que la thérapie multisystémique pouvait prévenir la récurrence (risque relatif 0.18, 95% intervalle de confiance 0.04 à 0.73) (26). Une étude évaluant le maintien sur deux ans de suivi de l'efficacité de la thérapie multisystémique (MST) chez les jeunes auteurs de violences sexuelles retrouve des résultats encourageants. En effet, durant cette seconde année de suivi, les effets de la thérapie multisystémique étaient maintenus pour trois des quatre paramètres de mesure (comportement sexuel à risque, actes de délinquance auto-rapportés, mesures de placement hors de la cellule familiale). Cependant, il n'a pas été observé de diminution du taux de nouvelles arrestations (33).

Une particularité chez les adolescents auteurs de violences sexuelles est l'intérêt de la synergie entre la prise en charge thérapeutique et la prise en charge socio-éducative. Des mesures concrètes, telles que par exemple des « dédommagements matériels significatifs », dans une logique de réparation, peuvent être utiles (4).

62

4.3.3. Inceste

Pour des raisons facilement entendables, les thérapies systémiques ou familiales sont fréquemment proposées dans le cadre des familles incestueuses (22).

Certains établissements, comme l'antenne de psychiatrie et psychologie légale de La Garenne-Colombes proposent des groupes spécifiques « pères incestueux ». « *La prise en charge vise à les confronter à leur acte, à la contrainte exercée. Le point souvent aveugle de la réalité psychoémotionnelle de la victime est mis en avant, en profitant des variations des positionnements à cet égard dans le groupe.* » La thématique du vécu de la paternité est travaillée, ainsi que l'émergence d'une authentique culpabilité (5).

Carson (34) nous présente le modèle de l'association Parents-Unis au Québec, existant depuis 1985, pour le traitement des agresseurs sexuels et principalement le traitement de pédophilie intra-familiale. Dans ce modèle, l'agresseur suit une thérapie individuelle et une thérapie de groupe avec d'autres agresseurs, toutes les semaines. Le programme de traitement dure environ deux ans au rythme de rencontres hebdomadaires. Dès la prise en charge thérapeutique, l'individu entame les deux démarches : individuelle et de groupe, ceux-ci démarrant le plus rapidement possible après le dévoilement. Sur environ deux cent familles traitées et avec lesquelles il fut possible d'avoir des nouvelles après la fin du traitement, il n'y a eu que trois situations où il y a eu récurrence. De plus, la nature des gestes commis étaient moins graves que ceux qui avaient été signalés au début.

Une étude de De Becker (35) portant sur 60 grands-parents auteurs d'abus sexuel intrafamilial recommande un accompagnement médico-psychoéducatif. Plusieurs difficultés ont été soulignées,

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

comme le fait que ces auteurs se voient contraints de consulter par une pression morale de l'entourage, et le fait que nombre d'entre eux refusent le soin proposé. Ce refus traduit la tentative de remise en place des mécanismes de défense, du déni et du clivage. On peut observer une manifestation de toute puissance, l'agresseur se disant ne plus rien avoir à perdre vu son âge, son statut, ou qu'il n'a plus rien à prouver, vu le parcours de réussite sociale ou matérielle. Dans cette étude, la grande majorité des grands-parents n'ont pas pu se donner l'occasion d'une remise en question. Le traitement s'est alors centré sur l'enfant et sa cellule familiale.

Dans sa réflexion à propos du thème de la transgression sexuelle au sein de la fratrie (36), De Becker propose différents axes de traitement, qui dépendent de la gravité de la transgression, de la personnalité qui la sous-tend et de la qualité du système qui entoure le jeune. Dans certains cas de « simple dérapage », un accompagnement bref de « guidance adolescente » est seulement proposé, afin d'éviter de stigmatiser, susciter des réactions contre-productives, ou encore entretenir une certaine image en risque de fixation. Pour d'autres cas ressortissant principalement d'une problématique d'emprise, le suivi sera plus intense. Dans tous les cas, le traitement ne peut se concevoir sans l'implication des membres de son entourage. Le modèle de traitement proposé s'établit sur trois axes thérapeutiques complémentaires : une thérapie d'introspection d'inspiration psychodynamique, une thérapie cognitivo-behavioriste (seul ou en groupe), et une thérapie familiale systémique.

4.3.4. Retard intellectuel et déficients mentaux

Dans ce chapitre sera traité le cas particulier des agresseurs sexuels déficitaires. Souvent confondu avec le retard mental, le retard intellectuel est quant à lui lié à une déscolarisation et un manque de stimulations sociale, affective et culturelle dans la prime enfance, entraînant des lacunes de compréhension et d'adaptation très importantes. On peut en général y ajouter un déficit d'habiletés sociales et de gestion des émotions. *« Leur premier contact avec la sexualité a généralement été abrupt, non adapté, avec des expositions subies, crues et « effractantes », qui n'ont pas permis la construction d'un espace psychique sécurisant et sécurisé, ni l'intégration de limites pour soi et pour l'autre. Le manque de distinction entre les générations, la différence des sexes, les règles, les lois et la morale restent flous. La secondarisation n'est pas intégrée en l'absence de mentalisation, le recours privilégié au passage à l'acte ainsi que la verbalisation faible entraînent un véritable défaut d'altérité. Enfin, leur difficulté à reporter leurs envies et leur intolérance à la frustration en font des sujets parfois violents et incontrôlables. »* (37).

L'un des principaux problèmes rencontré dans la prise en charge des auteurs de violence sexuelle déficients mentaux ou avec retard intellectuel est le manque de retour dans les échanges, car il est toujours complexe de savoir ce qu'ils ont vraiment compris et/ou intégré. De plus, le soignant peut être déstabilisé par l'absence ou le défaut d'empathie, de prise de conscience de la gravité des actes commis et de leurs conséquences pour les victimes, et par la non-intégration des interdits et la minimisation des faits (37).

Aux États-Unis, 43 % des programmes de traitement pour agresseurs sexuels offrent des services aux individus atteints de retard mental (38). Les mêmes techniques de traitement que celles offertes aux individus ayant une intelligence normale peuvent être utilisées, en faisant toutefois des interventions simples, concrètes et répétées (38,39).

Selon Dassylva (38), la première question à se poser est le type d'encadrement résidentiel à proposer, la plus grande autonomie possible étant toujours recherchée. Ensuite, il faut agir à deux niveaux : les

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

contrôles externes et les contrôles internes. Les contrôles externes regroupent la responsabilisation, la prévention de la récidive par des mesures prises par l'entourage, l'augmentation des activités dans lesquelles le sujet ne se trouve pas en présence de victimes potentielles, et l'entraînement aux habiletés sociales. Les contrôles internes quant à eux concernent principalement la clarification des interdits.

Un modèle proposé par des psychologues exerçant en détention (37) avait pour objectifs de créer un espace de parole pour faciliter et libérer la parole de façon la plus spontanée possible, de proposer via une approche psychoéducative un rappel de ce qui est interdit ou autorisé par la loi en termes de sexualité, de développer une meilleure connaissance de son corps et permettre un meilleur vécu de sa sexualité, et de savoir identifier et contrôler ses pulsions. Les outils utilisés étaient le dessin (travail des représentations), des échanges et débats à l'aide de planches de photolangage (aborder la différenciation entre sexualité et amour paternel, jeu avec ses enfants et jeux sexuels...), le jeu suivi d'un débat (réflexion sur les distorsions cognitives, les attitudes inadaptées dues à un déficit d'habiletés sociales), l'information (sexualité et risques, apprentissage des interdits) et des questionnaires (mise en évidence des distorsions cognitives favorisant le passage à l'acte en situation de frustration). Ce modèle n'a pas permis de mettre en évidence des éléments significatifs de compréhension de leur passage à l'acte, mais l'acquisition de repères était quant à elle bien réelle (37).

Les thérapies cognitives peuvent être privilégiées pour les sujets à faible capacité introspective ou de niveau intellectuel limité (22). Une revue de la littérature décrit quant à elle la difficulté, voire l'impossibilité de pratiquer une psychothérapie, et plus particulièrement une thérapie cognitivo-comportementale si le retard mental est important (18).

Pour les déficients mentaux profonds, auteurs d'agression sexuelle en institution, une grande prudence est recommandée dans la définition de l'agression sexuelle. La régulation institutionnelle de la qualité de l'intimité et l'expression de la sexualité semble plus féconde que l'approche thérapeutique individuelle (4,22).

Comme il y a peu d'études pharmacologiques contrôlées de la population ayant un retard mental et une problématique de délinquance sexuelle, ce sont les études des délinquants sexuels ayant une intelligence normale qui guident la pratique clinique (38). En ce qui concerne l'hormonothérapie, l'avis de la famille et éventuellement du curateur ou du tuteur sera systématiquement recueilli (1,4,22). De plus, l'acétate de cyprotérone peut avoir une efficacité anti agressive sur l'agressivité non sexuelle lorsque celle-ci est mal contrôlée par les traitements psychotropes usuels (18).

4.3.5. Femmes AVS

Il existe très peu de données concernant la prise en charge des femmes auteurs de violence sexuelle. Le CPA peut être prescrit dans les cas d'hypersexualité chez la femme (18). L'article de Thibaut (18) retrouve une publication sur le cas d'une femme de 40 ans présentant une masturbation compulsive et ayant commis une agression sexuelle sur un enfant. Différentes prises en charge préalables s'étaient soldées par un échec (psychothérapie, traitements antidépresseurs et antipsychotiques). L'acétate de cyprotérone (CPA) à la dose de 50 mg/j a été utilisé en association avec l'éthinylestradiol, ce qui a permis de diminuer de façon très significative les comportements et fantasmes sexuels déviants. La masturbation compulsive et les agressions sexuelles sur enfant ont totalement disparu pendant la durée du traitement (40). Une autre étude a décrit l'efficacité de la sertraline à la dose de 50 mg/j en association avec une thérapie comportementale chez une femme pédophile. Après environ un an de

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

traitement bien toléré, les pensées sexuelles concernant des enfants étaient très nettement réduites et la femme pouvait y résister (41).

4.3.6. Autres

Le CPA serait peu efficace dans le contrôle de l'hypersexualité lorsque celle-ci s'inscrit dans une *thématique délirante* chez un sujet schizophrène (risque d'aggravation de la psychose), ou encore chez les patients atteints d'*épilepsie* (42). Bien que les *pathologies psychotiques* soient plutôt rares chez les agresseurs sexuels, quelques cas de schizophrénie héboïdophrénique nécessitent la prescription de neuroleptiques. (22) (5)

La psychothérapie d'inspiration analytique serait plus adaptée aux *psychoses, névroses graves, troubles psychosomatiques* et aux *personnalités agressives et transgressives* (psychopathes, états limites, délinquants...), du fait du cadre plus souple de cette psychothérapie. (22)

Dans certaines structures, des *groupes « couple et passage à l'acte »* spécifiques ont été créés, où la parole des compagnes peut être entendue et partagée par tous. Des entretiens individuels sont mis en place pour ces femmes, qui peuvent être partie prenante du repérage des situations à risque. Ces groupes sont également destinés à éviter la mise en place de secrets de famille, en aidant le couple à penser et à parler autour du passage à l'acte et de ses conséquences, et en lui permettant d'intégrer cet évènement traumatique à son histoire. Il accueille tous types d'agresseurs sexuels, à l'exception des problématiques incestueuses. Les objectifs thérapeutiques du groupe sont de rétablir la communication au sein du couple, de restaurer la confiance entre les deux partenaires, d'assouplir leurs mécanismes défensifs en repérant les jeux de pouvoir, de renarcissiser chacun, et enfin d'aider le couple vers un nouveau départ. Le rôle éducatif du groupe consiste à donner des informations sur la sexualité, les différences entre les hommes et les femmes, la communication dans le couple, à repérer et gérer les émotions. (5)

65

BIBLIOGRAPHIE

1. Delavenne H, D FG, Lamy S, Thibaut F. Quelle prise en charge thérapeutique pour les patients paraphiles auteurs de violence sexuelle ?, Treatment options for paraphilic sex offenders. PSN. 2 avr 2014;me 12(1):15-29.
2. Séguy C, Thibaut F, Cordier B. Conduites paraphiliques. Confront Psychiatr. 2008;(47):85-103.
3. Coutanceau R, Martorell A. L'agresseur sexuel - Les violeurs. Rev Santé Ment. janv 2002;(64).
4. Boutet G. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle (22 et 23 novembre 2001). Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 déc 2002;30(12):1005-13.
5. Coutanceau R. L'agresseur sexuel - Un espace thérapeutique. Santé Ment. janv 2002;(64):32-8.
6. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. Haute Aut Santé [Internet]. 2009 [cité 25 avr 2018]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930913/fr/prise-en-charge-des-auteurs-d-agression-sexuelle-a-l-encontre-de-mineurs-de-moins-de-15-ans
7. Garcia FD, Thibaut F. Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. Drugs. 16 avr 2011;71(6):771-90.
8. Laschet U, Laschet L. Antiandrogens in the treatment of sexual deviations of men. J Steroid Biochem. juin 1975;6(6):821-6.
9. Kingston DA, Seto MC, Ahmed AG, Fedoroff P, Firestone P, Bradford JM. The role of central and peripheral hormones in sexual and violent recidivism in sex offenders. J Am Acad Psychiatry Law. 2012;40(4):476-85.
10. Thibaut F, Cordier B, Kuhn JM. Effect of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia. Acta Psychiatr Scand. juin 1993;87(6):445-50.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

11. Moulier V, Fonteille V, Péligrini-Issac M, Cordier B, Baron-Laforêt S, Boriassé E, et al. A pilot study of the effects of gonadotropin-releasing hormone agonist therapy on brain activation pattern in a man with pedophilia. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* févr 2012;56(1):50-60.
12. Garcia F, Delavenne HG, Assumpcao Ade F, Thibaut F. Pharmacologic treatment of sex offenders with paraphilic disorder. *Curr Psychiatry Rep.* mai 2013;15(5):356.
13. Thibaut F, Cordier B, Kuhn JM. Gonadotrophin hormone releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia: a lifetime treatment? *Psychoneuroendocrinology.* mai 1996;21(4):411-9.
14. Koo KC, Shim GS, Park HH, Rha KH, Choi YD, Chung BH, et al. Treatment outcomes of chemical castration on Korean sex offenders. *J Forensic Leg Med.* août 2013;20(6):563-6.
15. Bradford JM. The paraphilias, obsessive compulsive spectrum disorder, and the treatment of sexually deviant behaviour. *Psychiatr Q.* 1999;70(3):209-19.
16. Adi Y, Ashcroft D, Browne K, Beech A, Fry-Smith A, Hyde C. Clinical effectiveness and cost-consequences of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of sex offenders. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2002;6(28):1-66.
17. Thibaut F. Troubles des conduites sexuelles - Diagnostic et traitement. *Datatraitesps37-68342* [Internet]. 7 avr 2016 [cité 26 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/1044643>
18. Garcia FD, Thibaut F. Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. *Drugs.* 16 avr 2011;71(6):771-90.
19. Greenberg DM, Bradford JM, Curry S, O'Rourke A. A comparison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors: a retrospective study. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1996;24(4):525-32.
20. Stein DJ, Hollander E, Anthony DT, Schneier FR, Fallon BA, Liebowitz MR, et al. Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addictions, and paraphilias. *J Clin Psychiatry.* août 1992;53(8):267-71.
21. Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JMW, 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 Off J World Fed Soc Biol Psychiatry.* juin 2010;11(4):604-55.
22. Hamon F. Les psychothérapies des délinquants sexuels. *Soins Psychiatr.* juin 1999;(202):19-22.
23. Quinsey VL, Chaplin TC, Maguire A, Upfold D. The Behavioral Treatment of Rapists and Child Molesters. In: *Behavioral Approaches to Crime and Delinquency* [Internet]. Springer, Boston, MA; 1987 [cité 26 avr 2018]. p. 363-82. Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-0903-1_13
24. Kenworthy T, Adams CE, Bilby C, Brooks-Gordon B, Fenton M. Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev.* 8 oct 2008;(4):CD004858.
25. Hache E, Coutanceau R, Juen J, Smith J, Michaut R. L'agresseur sexuel - L'exhibitionnisme. *Santé Ment.* janv 2002;
26. Långström N, Enebrink P, Laurén E-M, Lindblom J, Werkö S, Hanson RK. Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. *BMJ.* 9 août 2013;347:f4630.
27. Thibaut F, Bradford JMW, Briken P, De La Barra F, Häßler F, Cosyns P, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the treatment of adolescent sexual offenders with paraphilic disorders. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry.* 2016;17(1):2-38.
28. Becker E de. L'adolescent transgresseur sexuel, Abstract, Resumen. *Psychiatr Enfant.* 2009;52(2):309-38.
29. NIMH » Antidepressant Medications for Children and Adolescents: Information for Parents and Caregivers [Internet]. [cité 27 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/child-and-adolescent-mental-health/antidepressant-medications-for-children-and-adolescents-information-for-parents-and-caregivers.shtml>
30. Mcgrath R, F Cumming G, L Burchard B, Zeoli S, Ellerby L. Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American Survey. 2010.
31. Fuhrmann C, Roman P, Gerber A, Roy M. Fonctions du groupe thérapeutique dans la clinique des adolescents auteurs de violences sexuelles. *Psychothérapies.* 9 mars 2017;37(1):19-29.
32. Letourneau EJ, Henggeler SW, Borduin CM, Schewe PA, McCart MR, Chapman JE, et al. Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43.* févr 2009;23(1):89-102.
33. Letourneau EJ, Henggeler SW, McCart MR, Borduin CM, Schewe PA, Armstrong KS. Two-year follow-up of a randomized effectiveness trial evaluating MST for juveniles who sexually offend. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43.* déc 2013;27(6):978-85.
34. CARSON TEMPIER A. Une expérience dans le traitement des agresseurs sexuels. *PSY-CAUSE.* 1998;13:53-7.
35. de Becker E. Les grands-parents transgresseurs sexuels : aspects psychopathologiques et contextuels. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 déc 2012;170:679-685.
36. Becker E de. Transgressions sexuelles au sein de la fratrie. *Psychothérapies.* 2005;25(3):173-86.
37. Patural C, Bleirad A. Accompagner les agresseurs sexuels déficitaires. *Santé Ment.* sept 2017;(220):18-21.
38. DASSYLVA B. Prise en charge des délinquants sexuels atteints de retard mental en clinique externe. *Forensic.* mars 1999;N°21:23-5.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

39. Murphy WD, Coleman EM, Haynes MR. Factors related to coercive sexual behavior in a nonclinical sample of males. *Violence Vict.* 1986;1(4):255-78.

40. Mellor CS, Farid NR, Craig DF. Female hypersexuality treated with cyproterone acetate. *Am J Psychiatry.* août 1988;145(8):1037.

41. Chow EWC, Choy AL. Clinical characteristics and treatment response to SSRI in a female pedophile. *Arch Sex Behav.* avr 2002;31(2):211-5.

42. THIBAUT F, KUHN JM, CORDIER B, PETIT M. Les traitements hormonaux de la délinquance sexuelle. *ENCEPHALE.* 1998;2 vol 24:132-7.

4.4. Quelle approche de la famille de l'auteur de violences sexuelles ?

Kevin DUFRESNE

La littérature scientifique sur cette question est peu probante, d'où le fait de n'avoir pu prendre en considération qu'une très grande majorité d'articles de niveau de preuve 4, que les articles soient francophones ou anglophones. D'ailleurs, les articles francophones sont beaucoup plus nombreux pour cette question que les articles anglophones.

4.4.1. L'auteur et sa famille

4.4.1.1. Quelles conséquences pour l'auteur et sa famille ?

Conséquences sociales

Tout d'abord, l'auteur de violence sexuelle, une fois l'acte reconnu et jugé, pourra être condamné à une peine de prison, synonyme d'enfermement. Mais au-delà de cela, il pourra être contraint, même à sa sortie de prison, à une peine complémentaire de type suivi socio-judiciaire (SSJ), qui peut par exemple inclure une obligation de soin, ou alors à une interdiction d'entrer en contact avec de potentielles victimes comme les mineurs. Ces suivis judiciaires pouvant avoir des conséquences sur l'auteur mais également sur sa famille.

En 2005, Tewksbury (28) a mené une étude auprès de 121 auteurs de violence sexuelle dans le Kentucky. Par le biais d'un questionnaire, il a démontré que, par exemple, 42,7% d'entre eux avaient perdu leur travail, 45,3% avaient perdu ou étaient sans logement ou que 54,7% avaient perdu au moins un ami.

En 2009, une étude sur 584 membres de familles d'auteurs de violence sexuelle identifiés sur le registre national américain a révélé que ces membres avaient de plus importantes probabilités d'être victimes de menaces ou de harcèlement de la part de leur environnement proche. Leurs enfants, quant à eux, sont plus susceptibles d'être stigmatisés ou victimes d'un traitement différent de la part de leurs professeurs ou camarades. De plus, ils ont de plus fortes chances de connaître des difficultés au niveau de l'emploi ou du logement (16).

Conséquences psychologiques

Les conséquences psychologiques sur les auteurs sont nombreuses. Pour reprendre l'étude de Tewksbury, les participants devaient évaluer leur sentiment de honte sur une échelle de 1 à 10. La réponse moyenne à cette question était de 8,3. La honte, ainsi que la faible estime de soi, le manque d'empathie et la présence de distorsions cognitives ont également été retrouvés dans la littérature (17).

Dans une étude de 2011, Jeglic et al. (15) ont tenté de mesurer les scores de dépression et de désespoir chez des auteurs de violence sexuelle à l'aide du Beck Depression Inventory-II et du Beck Hopelessness Scale. Bien que le taux de complétion fût très faible (moins de 10%), les 137 questionnaires reçus ont permis de mettre en évidence des scores, qui bien que faibles ou modérés, étaient supérieurs à ceux retrouvés dans la population classique, notamment chez ceux ayant des contraintes de résidence comme l'éloignement de leur famille.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Mais l'auteur n'est pas le seul à subir des préjudices, sa famille également (16). Par exemple, le sentiment de honte n'est pas unique à l'auteur, sa famille en est aussi affectée, tout comme la dépression, le désespoir et la frustration. La famille ici considérée concerne les parents, les grands-parents et autres membres. Le fait de devoir décider de rester en contact, ou non, avec l'auteur peut aussi avoir des conséquences négatives ; par exemple, celui qui décide de maintenir les liens avec l'auteur peut se voir exclu par les autres membres de la famille (16).

Dans cette même étude, Tewksbury et Levenson ont montré que le stress et le harcèlement dont étaient victimes les familles des auteurs de violence sexuelle pouvaient entraîner des sentiments de dépression, de frustration mais aussi de perte d'espoir.

4.4.1.2. Quelles ressources pour la famille ?

Aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, de nombreuses associations proposent de venir en aide aux familles. Voici les sites internet de quelques unes des ces associations : www.stopso.org.uk, www.familysupportline.org, www.offendersfamilieshelpline.org ou encore www.aamft.org. Ces sites permettent de donner différentes informations comme la compréhension de l'acte, le ressenti émotionnel, la protection des membres de la famille ainsi que des enfants et la façon d'envisager le futur.

Des associations américaines comme « Parents United » ou « Daughters and Sons United » sont des groupes d'entraide mutuelle (GEM) qui s'adressent respectivement aux parents ayant agressé ou à risque d'agresser un enfant et aux enfants agressés par un membre de la famille.

En France, il n'existe pas de structure uniquement destinée à la famille des auteurs de violence sexuelle. Néanmoins, dans un cadre thérapeutique, les familles peuvent se tourner vers des structures spécialisées pour la prise en charge des auteurs de violence sexuelle, dont une prise en charge familiale possible, comme les CRIAVS (Centre Ressources pour les Intervenants auprès Auteurs de Violence Sexuelle).

Le Centre des Buttes-Chaumont est une autre structure spécialisée dans la prise en charge des familles et des auteurs de violence sexuelle, que leurs actes aient eu lieu en intra ou en extra-familial.

4.4.2. Quelles prises en charge ?

4.4.2.1. Quelle place de la famille ?

Les conséquences de violences sexuelles sont donc nombreuses pour l'auteur, mais également pour sa famille. La particularité de l'infraction fait que la famille est potentiellement une victime, directement ou indirectement. Cette famille est donc un maillon essentiel de la compréhension mais aussi de la prise en charge, d'où l'intérêt des approches familiales.

Selon Ciavaldini (2), il est indispensable que les travailleurs des différentes institutions gravitant autour de l'auteur relèvent d'une fonction d'« intercontenance », c'est-à-dire que chacun d'entre eux soit informé du travail des autres institutions. Cette intercontenance participe à l'alliance thérapeutique et est un préalable à toute prise en charge familiale des auteurs de violence sexuelle.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

4.4.2.2. La thérapie familiale systémique

Selon Courtois, « la systémique s'intéresse aux dimensions intrapsychiques et relationnelles, émotionnelles et représentationnelles, aux axes synchroniques et diachroniques de la vie des personnes et des familles (...) elle s'est surtout développée dans le double champ de la thérapie familiale et des interventions institutionnelles » (4).

Selon De Becker (7), la méthodologie systémique implique certains principes : « les entretiens individuels précèdent les rencontres groupales et familiales », « la prise en charge thérapeutique dans les situations de polytraumatisme sexuel exigera flexibilité, adaptabilité et créativité de la part des cliniciens » et « l'oscillation de l'investissement des personnes concernées, les montées d'angoisse, les passages dits « à vide », les mouvements transférentiels parfois massifs et agressifs constituent quelques enjeux d'un traitement dont la temporalité s'établit non en mois mais en termes d'années ».

La perspective systémique est, pour Hayez et De Becker, « une centration à visée diagnostique et/ou thérapeutique, sur les interactions verbales, comportementales et fantasmatisques entre l'auteur et sa société en général ; les groupes informels ou institués où il vit, ou qui peuvent influencer sa vie ; plus particulièrement, sa famille nucléaire actuelle (si elle existe), sa famille d'origine et sa famille élargie » (14).

Le principal objet d'observation et d'intervention est représenté par les interactions entre les membres de la famille. « Les thérapies systémiques ont donc pour objectif commun de modifier les interactions. Elles attachent également une grande importance au cycle de vie et au stade de développement de la famille. Pour les systémiciens, la famille est un système socioculturel ouvert qui se développe en traversant un certain nombre de stades, ce qui exige d'elle une adaptation, c'est-à-dire une restructuration. Cette adaptation vise le maintien de la continuité de la famille et favorise, dans le meilleur des cas, la croissance de chacun de ses membres. » (10).

La prise en charge familiale systémique

Les psychothérapies systémiques sont des temps de parole demandés par l'auteur lui-même (ou sa famille) qui se mettent en place d'emblée ou après sensibilisation (5) dans une perspective d'une rencontre de soi et d'un meilleur fonctionnement (14). Ces thérapies familiales peuvent être mises en place même si l'auteur n'y participe jamais. Il faut en effet que l'inclusion de l'auteur soit dans l'intérêt de chacun des membres afin qu'elle puisse se réaliser (8).

Différents types d'entretiens

Dans le cadre de ce type de prise en charge, les entretiens peuvent être familiaux ou de couple. Les entretiens familiaux sont des temps de rencontre dont la visée thérapeutique porte sur la famille ou des sous-groupes de celle-ci en tant qu'ensembles ou sur chacun de ses membres, à partir de leurs réflexions personnelles. Ils peuvent être individuels systémiques lorsqu'ils sont réalisés face à un seul destinataire dans le cadre d'un travail familial ou individuels personnels quand ils sont réalisés, toujours face à un seul destinataire, mais cette fois dans l'intérêt thérapeutique de celui-ci. En revanche, ces entretiens sont dits de couple lorsque ces mêmes objectifs s'appliquent au couple. Dans ce cas, le destinataire peut être le couple ou chacun de ses membres individuellement (14).

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Cadre de la prise en charge

Toujours selon Hayez et De Becker (14), le cadre de la prise en charge doit s'intéresser au traitement complet de l'auteur, sur le plan thérapeutique mais pas uniquement ; ce traitement exige la mise en place d'actes dans le réel, comme les dédommagements, les éloignements et interdictions de contact ; doit faire coexister une perspective systémique aux cotés d'autres orientations thérapeutiques ; doit mettre en place des rencontres familiales de façon précoce ; doit comporter un contrôle social sur le comportement ultérieur de l'auteur de la part de la société ou des autorités judiciaires ; doit comporter une dimension judiciaire ; et enfin, les règles de confidentialité doivent être calquées sur les autres types d'entretiens.

Mise en place de la perspective systémique

La mise en place de cette perspective systémique tend à proposer des applications dans quatre domaines. D'abord, elle incite les différents protagonistes à se poser régulièrement des questions et à en tirer les conséquences pratiques. Par exemple, l'acte de violence sexuelle est-il une cause ou une conséquence du fonctionnement de la personne ? Ensuite, l'ensemble des intervenants autour de la personne doivent « marcher dans le même sens » afin d'éviter tout clivage entre eux. Puis, les réaménagements de la vie quotidienne doivent être évoqués. Enfin, les intervenants peuvent s'appuyer sur des personnes « réseau », groupe d'appui notamment nécessaire lorsque l'auteur est isolé. Ce groupe peut se rapprocher des Cercles de Soutien et de Responsabilité (14).

Mise en place des rencontres familiales

Le traumatisme du passage à l'acte va sidérer les capacités de penser des membres de la famille. Deux possibilités s'offrent alors à elle. La première consiste à replier sur elle-même afin de couper tout contact avec l'extérieur. Dans ce cas, les familles chercheront des excuses pour expliquer l'absence de l'auteur. La seconde consiste à expliquer les faits à un maximum de personne afin que tout le monde soit au courant des événements survenus (27).

Le déni et la minimisation seront souvent de mises. Le travail thérapeutique familial aura pour objectif de remettre en mouvement les capacités de penser de la famille et d'assouplir ces modalités défensives ayant surgi suite à la révélation de l'acte.

Lorsque l'auteur est incarcéré, ces entretiens familiaux peuvent être proposés à différents moments :

- au moment de l'incarcération, lorsque la famille est encore sous le choc ;
- au moment de l'admission dans un SMPR (Service Médico-Psychologique Régional)
- juste après le verdict, en l'attente du transfert de l'auteur vers un établissement pour peine
- à l'arrivée dans cet établissement pour peine
- à d'autres moments au cours de psychothérapies individuelles ou de groupe

Ces rencontres doivent servir à l'auteur ainsi qu'aux membres de sa famille. Avant d'instaurer ces rencontres, les protagonistes doivent avoir reconnu, au moins partiellement, les faits. Il s'agira dans un premier temps de mieux comprendre le sens de l'agression ainsi que ses résonances pour chacun. Puis les professionnels étudieront les dysfonctionnements familiaux afin d'améliorer les ressources positives. Enfin, si des séparations sont décidées, elles doivent être propres, en veillant à ce que ne soient pas exclues les personnes considérées comme des bouc-émissaires (14).

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

En procédant de la sorte, la famille sera sollicitée de façon à ce qu'elle soit impliquée dans la prise en charge de l'auteur. De plus, et surtout lorsque cet auteur est réticent à s'engager dans le traitement, cela va permettre de favoriser l'intérêt des différents acteurs pour une prise en charge thérapeutique.

Ces rencontres familiales peuvent avoir lieu parallèlement à des entretiens individuels avec l'auteur. Si l'auteur n'a pas de famille proche, alors le groupe d'appui, semblable aux Cercles de Soutien et de Responsabilité, peut jouer le rôle de cette famille. Ces rencontres sont également indiquées dans le cas de familles dépressives, isolées, non-communicantes, enchevêtrées et fusionnelles ainsi que pour les auteurs autoritaires, tyrannisant leur famille. En revanche, leurs interventions précoces, c'est-à-dire en amont des rencontres individuelles, sont contre-indiquées.

Il est nécessaire que le thérapeute gérant les rencontres familiales et celui gérant les rencontres individuelles soient différents.

Il s'agira donc de débiter ces temps par des rencontres individuelles systémiques. Dans un second temps, des rencontres dyadiques (donc duelles) devront être mises en place avant, dans un troisième temps, d'élargir ces rencontres à des sous-groupes (parent et tous les enfants). Si l'auteur reconnaît les faits, le quatrième temps sera celui de sa rencontre avec l'enfant victime, qui pourra d'ailleurs être accompagné. Enfin, ces rencontres seront élargies à tous les membres de la famille (14).

Les limites de cette prise en charge

La principale limite concerne l'investissement. Il est en effet très possible que certains membres d'une famille n'investissent pas ces temps de rencontre autant que d'autres, ou alors, lorsqu'ils l'investissent, ça peut être au profit de leur perversité ou de leur destructivité (14).

72

4.4.2.3. La thérapie familiale analytique

Développée à la suite de la thérapie familiale systémique, ce type de prise en charge a pour caractéristiques spécifiques « le respect d'un cadre qui doit être stable et régulier, le maniement de l'interprétation verbale et l'intérêt particulier porté aux phénomènes de transfert et de contre-transfert » (10). A la différence des thérapies familiales systémiques centrées sur les interactions, celles-ci visent l'interfantasmatisation et s'adressent à des « familles marquées par l'absence de différenciation sexuelle et générationnelle, le défaut de mentalisation au profit de l'agir et dont les échanges sont dominés par des relations d'objet de type narcissique ou anti-narcissique, sans équilibre possible entre les deux ».

La prise en charge familiale analytique

Comme son nom l'indique, la thérapie familiale analytique s'adresse à la famille mais sur les bases des théories psychanalytiques.

Cadre de la prise en charge

Ce cadre permet de définir l'organisation spatio-temporelle de la thérapie, mais pas seulement. Il permet aussi de préconiser une position assise des membres de la famille, formant ainsi un cercle avec les co-thérapeutes (au moins deux et si possible des deux sexes différents). La définition du cadre va également permettre de maintenir une fonction contenante, limitative dans le temps et l'espace, et une fonction d'espace transitionnel et symboligène (10). Ce cadre requiert la présence simultanée d'au

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

moins deux générations lors des séances. La règle de la libre association, c'est-à-dire de la possibilité de verbaliser de façon très libre est également prônée, comme elle peut l'être lors des entretiens individuels. Autre règle : la règle d'abstinence selon laquelle la fonction des patients est la parole alors que celle des thérapeutes est l'écoute et l'interprétation. Enfin, la restitution de la séance aux éventuels absents et la discrétion sont les dernières règles du cadre.

Les principes du transfert et du contre-transfert s'appliquent donc aussi à la thérapie familiale. La différence est qu'il n'est pas conçu pour accueillir les transferts individuels de tous les membres présents mais le transfert familial groupal.

Quant aux interprétations, elles portent sur les éléments partagés au sein de la famille, éléments que le thérapeute doit donc repérer. Ces interprétations doivent être faites de façon progressive, en suivant le rythme de la prise de conscience de la famille (10).

Les limites de cette prise en charge

Comme toute thérapie familiale, il n'est pas toujours possible de mettre en place cette prise en charge, qui constitue davantage une approche thérapeutique complémentaire plutôt qu'exclusive. De plus, cette approche nécessite la réunion de certaines conditions comme l'absence de déni de la part de l'auteur. Les personnalités paranoïaques sont également contre-indiquées. Enfin, ces rencontres peuvent être perçues comme des moments d'intrusion au cœur de la dynamique familiale de la part de professionnels extérieurs et entraîner de la culpabilité chez les membres de la famille qui pourraient chercher à protéger leurs pairs vis-à-vis de l'extérieur (10).

4.4.2.4. Les autres approches

Pour ce qui est de la prise en charge conjugale et familiale, les thérapies comportementales et cognitives se révèlent efficaces. De plus, elles sont pertinentes également dans le traitement des problèmes d'ordre sexuel et même dans les conséquences sexuelles et conjugales d'un traumatisme sexuel (3). Néanmoins, pour le moment, elles n'ont pas théorisé la prise en charge familiale, au sens large, des auteurs de violence sexuelle.

Pour traiter les traumatismes, l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) et l'hypnose sont appréciés et appréciables dans le sens où ils peuvent conduire à la poursuite d'une thérapie d'inspiration analytique ou systémique (7).

Toujours concernant les traumatismes et l'état de stress post-traumatique particulièrement, les thérapies cognitivo-comportementales ont également prouvé leur efficacité, thérapies d'autant plus intéressantes qu'elles sont généralement assez brèves. De plus, ces thérapies représentent actuellement le traitement psychologique le mieux validé (3).

4.4.3. La particularité des violences sexuelles intrafamiliales

Selon l'enquête Cadre de Vie et Sécurité de 2016, 56000 femmes ont été victimes de violences sexuelles dans le cadre intrafamilial entre 2011 et 2015. Selon une enquête de 2016, trois femmes victimes sur quatre rapportent avoir subi les violences dans le cadre intrafamilial (18). Selon un rapport issu du Ministère de l'Intérieur, 32% des victimes le sont dans le contexte intrafamilial ou conjugal. (20)

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Dans le cadre de ces violences intrafamiliales, la prise en charge de la famille conduit nécessairement à la prise en charge de la victime. Bien qu'en premier lieu, cette prise en charge s'oriente vers la protection de la victime et donc vers son éloignement de la famille, ce même éloignement doit poser question. En effet, comment ne pas penser qu'il puisse punir davantage la victime que la protéger ? Il s'agirait de maintenir le sentiment d'appartenance des victimes à leur famille (21), alors que bon nombre de familles souhaitent avant tout maintenir les liens avec l'auteur tout en gardant de l'affection ou de l'amour pour cet auteur (12).

Cela peut donc contraindre les membres de la famille à choisir entre l'auteur ou sa victime, choix qui peut être très difficile pour les parents de l'auteur par exemple.

4.4.3.1. L'inceste

Selon le Code Pénal, « Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis sur la personne d'un mineur par : 1° Un ascendant ; 2° Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce ; 3° Le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées aux 1° et 2° ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité avec l'une des personnes mentionnées aux mêmes 1° et 2°, s'il a sur le mineur une autorité de droit ou de fait. »

Selon certains auteurs, ces crimes et délits incestueux peuvent se produire dans toutes les familles (6) alors que selon d'autres, les violences sexuelles intrafamiliales concernent essentiellement des familles coupées du monde extérieur (21), ou en grande précarité (26)

L'inceste, qui est généralement transgénérationnel, se vit d'ailleurs « a minima à trois », puisque la mère, dans le cas d'un inceste père-fille, occupe une place non négligeable. (22)

L'inceste est communément présent dans la littérature. Néanmoins, peu d'études sont spécifiquement consacrées à l'inceste paternel alors que celui-ci possède certaines spécificités (27). A ce titre, Bernard Savin a théorisé une typologie des pères incestueux. Il en existerait ainsi trois catégories.

- La première catégorie est centrée sur la domination de la violence, il s'agit du père « tyran familial ». Celui-ci abusera systématiquement de chacune de ses filles, et entraînera une extrême rigidité dans le fonctionnement familial, amenant la famille à vivre repliée sur elle-même. Ces pères auront tendance à nier fermement tout acte de violence sexuelle.
- La deuxième catégorie concerne le fonctionnement pédophilique classique. Par rapport à la catégorie précédente, les pères issus de celle-ci seront bien mieux insérés socialement. Ils reconnaissent généralement les faits mais pas la violence. Dans ce cas, des confrontations avec la victime peuvent être mise en place.
- La troisième catégorie s'oriente vers la passivité et l'abandonnisme. Il s'agit de pères passifs, se décrivant comme les victimes des événements familiaux. Bien qu'insérés socialement, ils peuvent connaître des périodes de « vide » professionnel et conjugal, périodes propices au passage à l'acte. Une fois arrêtés, ils avouent instantanément, se disant soulagés. Au niveau thérapeutique, ils sont consciencieux et le groupe peut être une bonne orientation.

Quel que soit le type de père, c'est d'ailleurs le lien abandonnique qui est souvent prédominant dans ces familles incestueuses (1).

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Conséquences

Lors de la première attaque sexuelle vécue par l'enfant, un syndrome d'identification à l'agresseur peut s'opérer (23). Alors, honte et culpabilité vont dans un premier temps s'installer, puis ce sera au tour de la haine. A ce stade, la thérapie doit être orientée pour que la haine ressentie par la victime ne se trompe pas de cible (24).

Prise en charge thérapeutique

« Les bases d'une thérapie systémique reposent sur l'analyse rigoureuse des transactions familiales reliées aux quatre dimensions de la réalité relationnelle : les faits, le psychisme, les transactions et l'éthique relationnelle » (13).

L'évaluation pluridisciplinaire de la situation est un prérequis à toute prise en charge thérapeutique d'une famille incestueuse. Toutes les spécificités de la situation doivent être définies et analysées et les actes doivent avoir cessés (13).

Dans les familles incestueuses, l'interdit « est de ressentir et de parler de ce qu'on ressent » (22). Il paraît donc important d'observer très attentivement les premières minutes de cette dynamique familiale afin de discerner les signes, attitudes et comportements allant dans ce sens. En thérapie, un travail transférentiel de la haine de la victime envers l'agresseur est recherché, ce qui peut passer par la recherche de surnoms afin de différencier cet agresseur du reste de la famille et d'éviter les connotations affectueuses. Une attention à toutes les manifestations psychosomatiques ainsi qu'à la résonance est également portée.

Dans leur article, Hayez et De Becker distinguent trois figures de l'inceste. La première concerne celui commis par un parent dans une famille traditionnelle. Dans ce cas de figure, les auteurs préconisent l'attention aux forces systémiques en jeu, certaines ayant pu précipiter le passage à l'acte. En plus de cela, il faudrait aussi mettre en place des éloignements protecteurs de l'auteur ou de la victime, tout en respectant la progressivité nécessaire à ce type de prise en charge et l'utilité d'un groupe d'appui. Le deuxième cas de figure concerne les incestes commis par un parent vivant séparément de la famille où vit l'enfant victime. Dans ce cas, d'après la perspective systémique, la famille où vit l'enfant voudra considérer l'auteur comme pire qu'il ne l'est. Aussi, les séances familiales entre le parent non auteur et ses enfants ne doivent pas être qu'un lieu d'accusation de l'auteur et la rencontre avec l'auteur ne doit pas être imposée à l'enfant. Là encore, le groupe d'appui semble très utile, notamment si l'auteur est célibataire. Enfin, le troisième cas de figure concerne les incestes commis par un membre de la famille élargie qui ne vit pas sous le même toit que l'enfant. Dans ce cas, il s'agira de prêter attention aux alliances familiales, qu'elles en faveur ou en défaveur de l'auteur. Dans le cadre des rencontres avec les parents de la victime, une attention particulière sera accordée au parent le plus proche de l'auteur. Ces rencontres familiales pourront d'ailleurs être proposées dans la famille proche de la victime mais aussi dans la famille proche de l'auteur avec un autre thérapeute néanmoins. Enfin, le groupe d'appui est également très utile (14).

Selon De Becker et Chapelle, il est nécessaire de veiller à une sécurité affective stable pour chacun des protagonistes. Ainsi, il s'agira de renforcer la prise en considération, pour l'auteur, des conséquences de son acte mais aussi du vécu de l'autre. De plus, la protection de la victime est prioritaire (13).

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Toujours selon ces mêmes auteurs, la culpabilisation insidieuse de la victime, la minimisation ou la modification des faits sont autant d'éléments contraire à la prise en charge systémique, surtout pour les auteurs intrafamiliaux.

D'ailleurs, concernant la prise de responsabilité nécessaire de l'agresseur, Perrone et Nannini (25) proposent leur théorie du traitement de la faute en quatre niveaux. Au premier, une personne fait savoir à l'autre ses regrets, reconnaissant la peine de l'autre sans pour autant estimer que son propre comportement est condamnable. Au deuxième niveau, l'auteur reconnaît son erreur et est prêt à présenter ses excuses et à dédommager la victime. Au troisième niveau, la nouveauté vient du fait que l'auteur reconnaît la souffrance qu'a pu causer son acte sur la victime. L'auteur est en position basse et présente un repentir sincère. Le quatrième niveau se présente lorsque l'acte est impardonnable. Dans ce cas, la seule issue de l'auteur est de demander la clémence, la grâce. L'étape finale est donc le pardon que doit demander l'auteur et la réparation que doit demander la victime. Attention cependant, cette étape du pardon ne doit pas être trop rapide puisque l'idée n'est pas de tourner rapidement la page et de banaliser les actes.

Martine Nisse et Pierre Sabourin, co-fondateurs du Centre des Buttes-Chaumont précédemment cité, définissent le cadre de leur psychothérapie. Ainsi, selon eux (24), l'animation se fait via deux co-thérapeutes, idéalement un homme et une femme. Si l'enfant est toujours dans sa famille, seront accueillis en thérapie le parent protecteur, un ou deux grands-parents et un référent social de secteur. Si l'enfant est dans un foyer, les professionnels de cette structure vont collaborer. Enfin, si l'enfant est placé en famille d'accueil, l'assistante maternelle et l'assistant paternel (mère et père de cette famille d'accueil) vont se joindre à la thérapie. Les éducateurs seront incités à surestimer de façon bienveillante le potentiel d'évolution des enfants. Selon eux, les objectifs doivent être partagés entre les différents professionnels participants au programme.

Toujours selon ces mêmes auteurs, l'organisation des séances est importante. Par exemple, la salle de thérapie permet un espace privilégié pour les enfants qui, regroupés entre eux, disposeront de différents objets ludiques (jouets, tableau...). Pour ce qui est du rythme, une séance mensuelle semble suffisante, cette fréquence tendant même à s'espacer au fur et à mesure des progrès de l'enfant. Néanmoins, cette fréquence pourra également être resserrée si des difficultés se présentent.

Selon le Center for Sex Offender Management, la réunification de la famille, et donc de l'auteur et sa victime, doit se faire dans l'intérêt de cette dernière, doit être graduelle et délibérée, flexible et collaborative. De plus, elle doit prendre en considération la protection des membres vulnérables de la famille en plus de la victime. Il est important que tous les membres de la famille soient systématiquement évalués. Ces évaluations, qui doivent être menées par des professionnels, sont importantes afin de savoir si chaque membre est prêt à entamer ou continuer le processus de réunification (12).

Au fur et à mesure de ce processus de réintégration, les membres de la famille pourront intégrer de nouveaux rôles, ce qui pourra entraîner de nouvelles interactions, de nouvelles attentes et de nouvelles responsabilités. Les professionnels en charge de la famille pourront effectuer des visites dans le but de superviser les membres de la famille et de détecter d'éventuelles situations à risque (12).

La situation de chacun des protagonistes de la famille touchée par l'inceste doit être prise en considération, ou tout du moins le père, la mère et la fille ou le fils. Ensuite, le thérapeute pourra reprendre l'histoire familiale, qu'elle soit antérieure ou à venir, par le biais de son impact sur l'acte ou de l'impact de l'acte sur elle (13).

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Différentes approches peuvent être mises en place. Dans un premier temps, la thérapie individuelle de l'enfant aura pour objectif sa restauration psychique et la restructuration de son univers personnel. La prise en charge du couple parental peut avoir comme but de réaménager les positions sexuées de chacun et de rétablir un meilleur niveau de communication. Si les professionnels estiment que la famille peut imploser, alors elle peut être séparée ; dans le cas contraire, ce n'est pas forcément nécessaire (13).

« Dans ces principes fondamentaux, l'approche familiale cherche à humaniser les interrelations au sein de la famille, à assainir les conflits ou les relations dysfonctionnelles, à aborder la question de l'inceste, à replacer chaque membre dans le rôle qui lui est dû, à trouver des solutions efficaces en utilisant les ressources externes et internes, à découvrir des solidarités ou des entraides dans des moments pénibles, à rebâtir l'estime de soi et des autres, à diminuer le poids de la culpabilité relatif à l'abus, à « supporter » la victime, et à reconnaître toute injustice ou abus » (13).

Le programme « Comprehensive Child Sexual Abuse Treatment » (CCSATP)

Développé par Giarretto en 1982 (11), ce programme est composé de professionnels, de volontaires et des deux associations précédemment mentionnées, *Paris United* et *Daughters and Sons United*. S'adressant particulièrement aux incestes pères-filles, ce programme a pour objectif principal de faciliter un système familial harmonieux. La procédure s'applique à mettre en place différents entretiens dans l'ordre suivant : individuel (pour l'enfant, la mère et le père), mère-fille, de couple, père-fille, familial et de groupe. Au cours de ce programme, chaque membre de la famille doit être en capacité d'entendre que l'enfant a été victime et l'auteur (le père donc) doit assumer la responsabilité de son acte. L'entretien mère-fille est primordial et de nombreuses filles victimes, une fois la colère évacuée, désirent retourner vivre aux côtés de leur mère. Le père incestueux, quant à lui, doit démarrer les entretiens avant le procès et s'adapter à la durée du programme dans le sens où c'est l'évolution de l'enfant à travers celui-ci qui décidera du moment propice pour l'entretien père-fille.

Le grand intérêt de ce programme vient de son efficacité. En effet, évalué auprès de 4000 familles (14 000 personnes), il a permis de montrer que le taux de récurrence dans les familles ayant suivi ce programme était inférieur à 1%.

L'inceste fraternel

En ce qui concerne le cas particulier de l'inceste fraternel, une méthodologie a été mise en place par l'équipe SOS Enfants de Mons-Borinage (9). Comme pour tout type d'inceste, les conditions requises sont la volonté des protagonistes à s'engager dans une démarche de soin, un faible risque de récurrence, la protection de la victime et la reconnaissance des faits de la part de l'auteur. La première étape de cette prise en charge « consiste en l'analyse de la demande des parents et la définition de premières hypothèses à propos du fonctionnement familial ». Vient ensuite, dans un second temps, la rencontre entre le thérapeute et la victime afin de valider ses propos et de la soutenir. C'est à ce moment que les conséquences désirées par la victime pour l'auteur sont discutées et que les émotions demandent à être verbalisées. La troisième étape implique d'avoir rassemblé assez d'éléments pour étayer un début de conviction à propos des gestes transgressifs et que la victime soit d'accord pour entamer un travail avec l'auteur. Cet auteur est d'ailleurs vu à ce moment par un autre thérapeute. La quatrième étape consiste en des rencontres entre les parents et l'auteur d'une part et les parents et la victime d'autre part. Lors de ces entretiens, la parole est libre et la place de chacun dans le système familial à ce moment est travaillée. Enfin, la cinquième étape est celle de la réflexion sur la façon dont chacun

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

va suivre son chemin. Pour les auteurs, deux notions sont les fils conducteurs de cette prise en charge : la sanction de l'auteur et le pardon de la victime.

Les limites de ce type de prise en charge

Dans les cas d'inceste, certaines stratégies thérapeutiques habituelles peuvent être incompatibles avec la spécificité des familles incestueuses. Abus de pouvoir, abus de confiance, manipulation, séduction traumatique, parentification de l'enfant et conflits de loyauté sont autant de particularités qui font que la thérapie de l'inceste est une prise en charge différente des autres. Pour le thérapeute également, les manques de communication à l'intérieur de la famille et l'impasse entre les générations peuvent conduire à des problèmes d'éthique (13).

4.4.3.2. Les violences sexuelles sur conjoint

Selon le rapport « Cadre de Vie et Sécurité » de 2017, sur des données issues de la période 2012-2016, et parmi les auteurs de violence sexuelle intrafamiliale, le conjoint est l'auteur de ces violences dans 61% des cas (19). Bien que cette donnée soit très révélatrice, aucune étude ne s'intéressant à cette spécificité n'a pu être trouvée.

Cette revue de la littérature sur la question de la prise en charge des familles, au sens large, des auteurs de violence sexuelle permet de mettre en évidence le peu de littérature sur le sujet. Bien que de nombreuses théories intéressantes ont pu être établies par les auteurs s'étant intéressés à cette question, elles n'ont jamais été validées scientifiquement, rigueur scientifique qui manque donc cruellement dans ce domaine. Ainsi, ces théories mériteraient que les chercheurs s'attardent sur leur validation scientifique afin d'en prouver leur efficacité.

78

BIBLIOGRAPHIE

1. Ciavaldini A. La famille de l'agresseur sexuel: Conditions du suivi thérapeutique en cas d'obligation de soins. *Le Divan familial*. 2001;6(1):25.
2. Ciavaldini A. Dispositif inter-institutionnel pour travailler avec les familles de sujets auteurs de violences sexuelles. In : Ciavaldini A. *Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire*. Paris : InPress ; 2003.
3. Cottraux J. *Les psychothérapies cognitives et comportementales*. 6^{ème} Ed. Paris:Elsevier-Masson;2017.
4. Courtois A. Les fondamentaux de la recherche systémique en psychologie clinique. *Thérapie Familiale*. 2009 ;30(2):275-88.
5. de Becker E, Hayes JY, Cabillau E. Modèles d'interventions sociothérapeutiques dans les situations d'abus sexuels sur mineurs d'âges. *Thérapie familiale*. 2000;21(3):305-21.
6. de Becker E. Transgressions sexuelles au sein de la fratrie : Evaluation et traitement. *Psychothérapies*. 2005;25(3):173.
7. de Becker E. L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement. *Vingt ans après ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. juin 2017;175(5):415-21.
8. Earle RH, Dillon D, Jecmen D. Systemic approach to the treatment of sex offenders. *Sexual Addictiction & Compulsivity*. 1998;5:49-61.
9. Gallez M. *Prise en charge individuelle et familiale d'adolescents auteurs de transgressions sexuelles dans la fratrie*. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*. 2016;5:6-21.
10. Gelugne F. *Familles à transactions incestuelles et thérapie familiale*. [Thèse de diplôme d'état de docteur en médecine, Psychiatrie] Nantes: Faculté de médecine; 2004.
11. Giaretto H. A comprehensive child sexual abuse treatment program. *Child Abuse and Neglect*. 1982;6:263-78.
12. Gilligan L, Bumby K, Center for Sex Offender Management. Key considerations for Reunifying Adult Sex Offenders and their Families. In JV Fenner. *Sex offenders : Management, treatment and bibliography*. New York : Nova Science Publishers ; 2008.
13. Haesevoets YH. *L'enfant victime d'inceste : de la séduction traumatique à la violence sexuelle*. 3^{ème} Ed. Bruxelles:de Boeck ;2015.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

14. Hayez JY, de Becker E. Perspective systémique et travail familial ou de couple dans la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle. In : Archer E, Aubut J, Danan M, et al. Conférence de consensus. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Paris: John Libbey Eurotext; 2001.
15. Jeglic EL, Mercado CC, Levenson JS. The Prevalence and Correlates of Depression and Hopelessness among Sex Offenders Subject to Community Notification and Residence Restriction Legislation. *American Journal of Criminal Justice*. mars 2012;37(1):46-59.
16. Levenson J, Tewksbury R. Collateral Damage: Family Members of Registered Sex Offenders. *American Journal of Criminal Justice*. juin 2009;34(1-2):54-68.
17. Marshall WL, Marshall LE, Serran GA, O'Brien MD. Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: their integration and treatment implications. *Psychology, Crime & Law*. févr 2009;15(2-3):217-34.
18. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête Cadre de Vie et Sécurité. 2016.
19. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête Cadre de Vie et Sécurité. 2017.
20. Ministère de l'Intérieur. Insécurité et délinquance en 2016 : premier bilan statistique. 2017.
21. Neuburger R. Violences sexuelles intra-familiales: De la dénonciation à l'énonciation. *Thérapie Familiale*. 2001;22(1):39.
22. Nisse M. Les maltraitances : Thérapie familiale de réseau. *Imaginaire & Inconscient*. 2005;16(2):33.
23. Nisse M. Humour, haine symbolique et résilience. Du bon usage thérapeutique des mots obscènes chez les victimes de violences sexuelles. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2007;n° 39(2):93.
24. Nisse M, Sabourin P. Quand la famille marche sur la tête. Paris:Seuil; 2004.
25. Perrone R, Nannini M. Violence et abus sexuels dans la famille : Une vision systémique de conduites sociales violentes. 5^{ème} Ed. Montrouge:ESF editeur ;2012.
26. Roman P, Ravit M. La violence sexuelle dans la famille et la mise à l'épreuve des liens fraternels. *Cahiers de psychologie clinique*. 2006;27(2):11.
27. Savin B. Entretiens thérapeutiques familiaux. In : Ciavaldini A, Balier C. Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire. Paris:Masson;2000
28. Tewksbury R. Collateral Consequences of Sex Offender Registration. *Journal of Contemporary Criminal Justice*. févr 2005;21(1):67-81.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge