

Audition publique
« Auteurs de violences sexuelles :
prévention, évaluation, prise en charge »

Rapports des experts
et du groupe bibliographique

Tome 4 : Prise en charge

Préface : Mathieu LACAMBRE, Sabine MOUCHET-MAGES

Auteurs : Gabrielle ARENA, Wayne BODKIN, Marie CHOLLIER, André CIAVALDINI, Florent COCHEZ, Kevin DUFRESNE, Virginie GAUTRON, Philippe GENUIT, Ophélie HENRY, Aurélien LANGLADE, Cédric LE BODIC, Nora LETTO, Martine NISSE, Olivier PLANCADE, Florence THIBAUT, Olivier VANDERSTUKKEN, Odile VERSCHOOT

Suivi de
« Synthèse du rapport de la commission d'audition.
35 propositions concrètes pour lutter efficacement
contre les violences sexuelles »

Edition collector à l'occasion du
10^{ème} Congrès International Francophone sur l'Aggression Sexuelle
(CIFAS, Montpellier, 2019)

ISBN : 978-2-491142-03-2

© FFCRIAVS - 2019

Audition publique
« Auteurs de violences sexuelles :
prévention, évaluation, prise en charge »
Paris, juin 2018

Préface

Dans le champ des violences sexuelles, nous disposons en France d'un héritage clinique, théorique et conceptuel particulièrement riche ainsi que de dispositifs législatifs inédits (injonction de soins, contrainte pénale...) mais aussi institutionnels permettant une articulation étroite entre la Santé et la Justice autour du patient-condamné. Ainsi, des équipes pluriprofessionnelles originales ont vu le jour à partir de 2006¹ au sein de Centres Ressources pour les intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAIVS). Près de 200 professionnels de tout horizon (secrétaire, documentaliste, juriste, sociologue, criminologue, psychologue, éducateur, assistant de recherche clinique, psychiatre, sexologue...) se sont réunis dans chaque région pour incarner les CRIAIVS et porter haut nos missions : la prévention, la formation, la documentation, l'information, le soutien aux équipes de terrain, la recherche et l'animation des réseaux Santé-Justice. Fin 2009, les CRIAIVS se sont associés au sein de la Fédération Française des CRIAIVS (FFCRIAIVS) pour développer collectivement des projets d'envergure nationale et internationale.

Interrogés au quotidien par les patients, les familles et les professionnels de la santé, de la justice, mais aussi du secteur éducatif, sur les évolutions de l'expression des violences sexuelles (sur internet, entre jeunes mineurs...), interpellés, intéressés, mais aussi préoccupés par la société qui, découvrant l'ampleur du phénomène, se saisit de l'immédiateté des réseaux sociaux pour « balancer » sa colère dans des hashtags² là où prendre du temps s'avère indispensable pour accueillir les victimes et traiter les auteurs, et enfin inquiets de l'absence de volonté d'engager une politique volontariste de prévention primaire, les professionnels des CRIAIVS ont décidé, via la FFCRIAIVS d'engager un nécessaire processus de réflexion et de mise à jour des repères en perpétuelle évolution³ pour la prévention, l'évaluation, et la prise en charge des auteurs violences sexuelles.

Aussi, avons-nous établi les premiers contacts avec la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2016 pour garantir un cadre éthique que nous voulions rigoureux.

Plusieurs modèles s'offraient à nous : la conférence de consensus, les recommandations d'experts et l'audition publique. Nous voulions adresser un message complet et solide à l'attention des professionnels, des patients, des familles, mais aussi de toute la société – en particulier des personnes en charge des politiques de santé, judiciaire, criminelle, pénitentiaire –, basé sur des faits scientifiques validés (haut niveau de preuve), et intégrant la société civile. C'est pourquoi, naturellement, notre choix s'est porté sur l'audition publique, à une date symbolique (17 juin 2018 pour les 20 ans de la loi du 17 juin 1998⁴), avec une diffusion en streaming en direct afin d'assurer un accès public le plus large.

1. Circulaire DHOS/DGS/02/6C n°2006/168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux et circulaire DHOS/F2/F1/DSS/AI/2008/264 du 8 août 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

2. #balancetonporc, #metoo

3. Notamment au plan législatif. Depuis l'audition publique, la loi du 3 août 2018 a d'ailleurs amendé certaines définitions des violences sexuelles.

4. Loi n°98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs

Et comme il fallait être bien accompagné, nous avons eu la chance de bénéficier du soutien d'un méthodologiste de la HAS ainsi que d'une documentaliste. La légitimité du projet s'est construite avec la constitution du comité d'organisation, représentatif de toutes les instances impliquées dans la problématique des auteurs de violences sexuelles, et qui a lui-même choisi non pas un, mais deux présidents pour la commission d'audition, instance indépendante en charge de la rédaction de recommandations à l'issue des débats : Jean Marie Delarue, conseiller d'Etat, ancien contrôleur général des lieux de privation de liberté (2008-2014), président de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, et Charles Alezrah, psychiatre hospitalier, président du Centre régional d'étude, d'action et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité - Observatoire régional de la santé (CREAI-ORS OCCITANIE).

Une mystérieuse alchimie s'est alors déclenchée : pendant que le comité d'organisation poursuivait l'élaboration des questions qui allaient structurer la production scientifique, la commission d'audition a été créée, ainsi que le groupe bibliographique, lecteurs aguerris, pour analyser, évaluer et synthétiser toute la littérature dans le domaine. Oui, TOUTE la littérature. Et pour nourrir ce groupe bibliographique, le réseau documentaire de la FFCRIAVS a tourné à plein régime pendant de longs mois. En parallèle les meilleurs experts nationaux ont été sollicités pour écrire leur rapport et le synthétiser à l'oral en 10 minutes lors de deux jours de marathon cognitif au Ministère des Solidarités et de la Santé les 14 et 15 juin 2018, pendant lequel un public trié sur le volet (obligation de représentativité) a pu participer et interagir avec l'ensemble des intervenants.

Conformément au référentiel méthodologique de la HAS, la commission d'audition s'est enfin retirée pour rédiger en huis clos son rapport complet remis le 17 juin 2018, et dont la synthèse est confiée à votre lecture à la fin de cet ouvrage.

A l'automne 2018, le collège de la HAS n'a pas souhaité endosser le rapport de la commission d'audition en raison de son caractère transversal. En effet, pour aborder la problématique des auteurs de violences sexuelles l'implication des champs judiciaire, pénitentiaire et sanitaire est nécessaire. La HAS n'ayant de compétence que dans le champ de la Santé, il lui était évidemment impossible de se prononcer hors de ce champ. A ce titre, en regard des pratiques professionnelles de terrain au quotidien, nous suggérons la création d'une articulation fonctionnelle interministérielle Santé-Justice au plus haut niveau. Ainsi le rapport de la commission d'audition aurait peut-être pu connaître un autre sort, et participer à réduire l'inflation législative, outil de communication politique partiellement efficace pour réduire les angoisses sociétales, mais facteurs de confusion sur le terrain.

Et pourtant, grâce à la pugnacité, la volonté et l'implication féline de quelques un-e-s, vous avez la chance de détenir une édition collector, spécialement parue pour le X^{ème} Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle (CIFAS 2019, Montpellier). Les croquis insérés avant la synthèse de la commission d'audition sont des dessins originaux réalisés par un de ses membres dont les talents ont été découverts lors des deux jours de claustration nécessaires pour rédiger le rapport.

C'est un honneur pour nous de nous savoir aujourd'hui dans vos mains.

Que ces textes vous permettent d'enrichir vos pratiques en apportant des repères pérennes, solides et fiables.

Mathieu LACAMBRE, président FFCRIAVS (2013-2019)
Sabine MOUCHET-MAGES, présidente du Comité d'Organisation de
l'Audition Publique du 17 juin 2018 : Auteurs de Violences sexuelles :
prévention, évaluation, prise en charge.

Considérations méthodologiques

L'audition publique est une méthode de concertation définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour faire émerger des propositions d'amélioration sur un sujet déterminé. Cette méthode implique soignants, chercheurs, et prescripteurs concernés, mais aussi politiques, usagers, grand public, médias... C'est une méthode particulièrement adaptée aux sujets de santé comportant une forte dimension sociétale et suscitant le débat, telles que les violences sexuelles. Son déroulement se compose en plusieurs étapes qui ont été rigoureusement respectées par les intervenants qui ont conduit le (et contribué au) processus de l'audition publique « Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge ».

Promoteur du projet, la Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAVS) a engagé ses moyens humains et financiers pour accompagner la réalisation de ce projet depuis 2015. Structures de service public sous la responsabilité du Ministère des Solidarités et de la Santé, les 26 CRIAVS⁵, déployées sur l'ensemble du territoire, se sont en effet associés depuis 2009 pour porter collectivement des projets d'envergure nationale et internationale destinés à améliorer la prévention des violences sexuelles sur les bases d'une réflexion éthique et pratique, et en diffuser les apports scientifiques et cliniques grâce à leur compétence de réseau. Inaugurant le processus scientifique de l'audition publique, la FFCRIAVS en a tout d'abord déterminé le thème et la composition du *comité d'organisation*.

Le *comité d'organisation*, composé de représentants de 15 structures référentes dans le domaine des violences sexuelles et plus largement de la santé mentale et de la santé publique, a précisé la problématique et l'a décliné en plusieurs questions qui ont structuré l'audition publique. Il a ensuite confié chaque question à une sélection d'experts, composé une *commission d'audition* chargée de la rédaction du rapport final comportant des recommandations sous forme de propositions, ainsi qu'un *groupe bibliographique* chargé de la synthèse des données de la littérature scientifique.

Les *experts* et le *groupe bibliographique* ont alors rédigé leurs conclusions sur chaque question, et l'ensemble de ces écrits ont été mis à la disposition de la *commission d'audition* et du *public*.

La séance publique destinée à soumettre l'ensemble des travaux au débat public en présence de la commission d'audition s'est tenue les 14 et 15 juin 2018 avec le soutien et au Ministère des Solidarités et de la Santé, et sous le haut patronage de Mme. la ministre Agnès Buzyn.

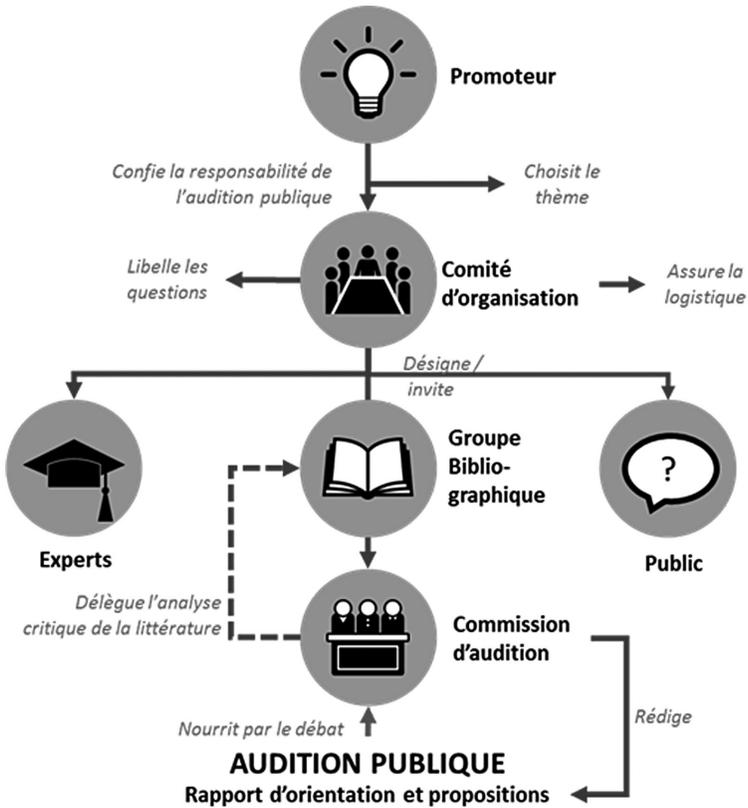
Présente lors des débats, la *commission d'audition* s'est enfin retirée pendant 2 jours afin de rédiger un rapport rendant compte de la confrontation discursive du point de vue de la littérature scientifique et des expériences de terrain à l'épreuve des interrogations légitimes du public. Elle en a par ailleurs déduit 35 propositions concrètes à

5. Circulaire DHOS/DGS/O2/6C no 2006-168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création des centres ressources interrégionaux.

l'attention des professionnels, des politiques et de la société dans son ensemble, pour lutter efficacement contre les violences sexuelles. Ce rapport a été rendu public le 17 juin 2018, tout juste 20 ans après la loi du 17 juin 1998⁶ ayant notamment instauré en France l'injonction de soins comme modalité centrale de l'exécution de la peine pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel, et impliquant ainsi le soignant dans une prise en charge articulée avec la Justice.

L'audition publique a donc nécessité et permis la production d'un ensemble de rapports (d'experts et du groupe bibliographique) permettant pour chaque question posée par la comité d'organisation de réinterroger et guider les pratiques de l'ensemble des professionnels impliqués, qu'ils soient spécialistes ou non. Ce corpus de textes fait désormais référence dans le domaine, et constitue cet ouvrage divisé selon 4 tomes thématiques : « Violences sexuelles : définitions, évolutions, état des lieux », « Prévention », « Evaluation », et « Prise en charge ».

Une synthèse du rapport de la *commission d'audition* ainsi que les 35 propositions formulées vous sont par ailleurs présentés à la fin de chaque tome.



6. Loi n°98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs

Comité d'organisation

Présidente du Comité d'organisation

Sabine MOUCHET-MAGES, Psychiatre, responsable médical régional CRIAVS Rhône-Alpes, CH Le Vinatier, Lyon.

Président de la FFCRIAVS

Mathieu LACAMBRE, Psychiatre, responsable de la Filière Psychiatrie Légale, CHU de Montpellier.

Membres du Comité d'organisation

Association Française de Criminologie (AFC), représentée par Sophie BARON-LAFORÊT, psychiatre, Thuir.

Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuropharmacologique (AFPBN), représentée par Anne-Hélène MONCANY, psychiatre, Toulouse.

Association Française pour le Traitement des Violences Sexuelles (AFTVS), représentée par Alain JAVAY, psychomotricien, Paris.

Association Interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie (AIUS), représentée par Aurélie MAQUIGNEAU, psychologue sexologue, Marseille.

Association Nationale des Juges de l'Application des Peines (ANJAP), représentée par Samra LAMBERT, juge de l'application des peines, Montargis.

Association Nationale des Psychiatres Experts Judiciaires (ANPEJ), représentée par Paul JEAN-FRANÇOIS, psychiatre expert judiciaire, Paris.

Association des Psychiatres de secteur Infanto-juvéniles (API), représentée par Yvonne COINÇON, pédopsychiatre, Grenoble.

Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggression Sexuelle (ARTAAS), représentée par Caroline LEGENDRE-BOULAY, psychologue, Melun.

Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP), représentée par Anne HENRY, psychiatre, Rennes.

Direction Générale de la Santé (DGS), représentée par Pascale FRITSCH et Sébastien DELBES, Paris.

Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), représentée par Gérald ASTIER et Julie BIGA, Paris.

Fédération Française des Centres ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAVS), représentée par Mathieu LACAMBRE, psychiatre, Montpellier, et Cécile MIELE, psychologue sexologue, Clermont-Ferrand.

Fédération Française de Psychiatrie (FFP), représentée par Patrick PRAT, psychiatre, Marseille.

Santé publique France, représentée par Emmanuelle LELAY, Paris.

Société française de psychologie, représentée par Antonia CSILLIK, docteur en psychologie, enseignant-chercheur, Paris.

Méthodologiste

Cédric PAINDAVOINE, Haute Autorité de Santé (HAS)

Documentaliste

Gaëlle FANELLI, Haute Autorité de Santé (HAS)

Coordinatrice logistique

Cécile MIELE, Psychologue sexologue, CRIAVS Auvergne, CHU de Clermont-Ferrand, référente communication FFCRIAVS



Partie 1 - Rapports des experts

Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ? #1

André CIAVALDINI

Docteur en psychologie clinique et en psychopathologie (HDR), psychanalyste (SPP-IPA), directeur de recherches associé, Laboratoire Psychologie clinique, psychopathologie et psychanalyse, EA 4056, Université Paris Descartes, fondateur et 1er directeur de programme du CRIAVS Rhône-Alpes.

Liste des abréviations utilisées

AICS : auteur d'infraction à caractère sexuel
AVS : auteur de violences sexuelles
CMP : centre médico-psychologique
CPAL : comité de probation et d'assistance aux libérés
CPIP : conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation
CRIAVS : centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle
DAVC : diagnostic à visée criminologique
IS : injonction de soins
JAP : juge de l'application des peines
MC : médecin coordonnateur
OS : obligation de soins
PEC : prise en charge
PEP : parcours d'exécution des peines
PFr : plate-forme référentielle
PJJ : protection judiciaire de la jeunesse
PPR : plan de prévention de la récidive
PPSMJ : personne placée sous main de justice
QICPAAS : questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agressions sexuelles
RCP : réunion clinique pluridisciplinaire
SME : sursis avec mise à l'épreuve
SMPR : service médico-psychologique régional
SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation
SSE : services sociaux éducatifs
SSJ : suivi socio-judiciaire
UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée
USN 1-2-3 : unité de soin de niveau 1-2-3

Préambule

Avant de m'engager dans la réponse à la question qui m'a été formulée, je voudrais rappeler deux éléments qui sont liés et nécessaires à mon propos. Le premier est une remarque de Marcel Colin. S'opposant à l'éminent juriste Kornprobst, auteur de « *La responsabilité médicale* » [61] qui écrivait que « nul n'est tenu de se soigner », Marcel Colin répondait, je le cite, « Tout le monde est tenu de se soigner ». Il appuyait cette

affirmation d'une triple argumentation empruntée à la dialectique thomiste : « en fonction du respect que l'on doit à soi-même ; en fonction de l'attention accordée à l'entourage ; en fonction de la solidarité qui nous lie aux membres de la communauté » [36].

Le second élément est clinique. L'acte de violence sexuelle est une forme dévoyée d'adaptation qui vise au rétablissement d'un équilibre psychique interne mis en péril par l'émergence d'une tension non négociable psychiquement. La victime est la part externalisée à qui l'auteur adresse sa " prière de traiter " ce qu'il ne peut lui-même faire. Le drame est que la victime se trouve toujours dans l'incapacité de pouvoir répondre à cette requête, d'autant plus qu'il lui est le plus souvent opposé par l'auteur le fait d'être désignée comme étant la source externe de sa tension interne insupportable : « c'est d'elle que vient la tension, à elle de la faire cesser ». Face à une souffrance qui n'est jamais pensée/nommée comme telle par l'auteur, c'est la victime qui se trouve en être le « porte-souffrance ». La victime est cette part du champ social qui porte, en la subissant, la souffrance insue de l'auteur dû à ses incompétences psychiques.

C'est donc du champ social que vient logiquement la demande d'un soin car c'est lui qui éprouve la souffrance de la violence. La demande (du champ social) est alors celle banale que l'on peut entendre chez tous patients : « Que la souffrance cesse et qu'elle ne revienne plus ». Cela nécessite donc, dans la prise en charge de ces sujets, une révision de nos pratiques thérapeutiques puisqu'il faudra, pendant tout un temps travailler à rapatrier la souffrance dans la psyché et le corps de l'auteur afin qu'il puisse se la réapproprier, encore faut-il préciser que nul ne possède la garantie que cela puisse advenir un jour. Ainsi, tant que cet état ne sera pas réalisé, il sera nécessaire de veiller à ce que le sujet ne fuie pas la thérapeutique dont souvent il ne perçoit pas la nécessité. Toute récidive, au décours d'une prise en charge, étant une échappée et une attaque de celle-ci.

On comprend dès lors la nécessité de la phrase de Marcel Colin. C'est sur ces bases que j'ai tenté de répondre à la question qui m'a été posée.

Introduction

La prise en charge des AVS judiciairisés est protéiforme, elle est tenue par plusieurs « contingences ». Comme je viens de le noter dans mon préambule, la demande de soin vient du champ social, car c'est lui qui, au travers de la victime constituée par l'acte de violence comme « porte-souffrance » de l'auteur, souffre des incompétences psychiques de l'agresseur. Dans ce champ, trois types d'institutions vont intervenir dans leurs prises en charge : justice, santé et travailleurs du social. En effet, compte tenu de l'organisation psychique de ces sujets, il est nécessaire que l'on comprenne leurs prises en charge comme une alliance entre ces trois champs pour atteindre à une réelle efficacité de la thérapeutique participant à la réinsertion. Pour autant chacun de ces champs présente un rôle, des modalités et des objectifs qui lui sont propres, soumis à des commandes issues de sa spécificité, de ses/son organismes de tutelle mais aussi de sa déontologie. Objectifs qui peuvent se trouver en contradiction entre eux. Par exemple le soin est-il compatible avec une recherche de prévention de la récidive ou d'atténuation de la dangerosité ?

Dans la question qui m'est posée, je retiendrai deux points. Le premier est la notion de parcours qui est inscrite dans le « Jusqu'où aller ? ». Le second est le terme « prise en charge ». Le terme dépasse largement la notion de soin, même si ce dernier y participe. En effet, nombre de ces auteurs ne relèvent pas en première intention d'un soin mais d'un accompagnement dont la vertu souhaitée est qu'il soit « thérapeu-

tique ». Ainsi, nous pouvons d'emblée poser que le but d'une prise en charge sanitaire d'un AVS est de permettre à cet auteur d'acquérir les moyens de ne plus faire supporter par un tiers (non professionnel du soin) ses défaillances psychiques. Le soin est alors un des moyens qui se doit d'être mis en œuvre pour y parvenir.

Le plan de cette expertise suivra donc un parcours balisé par la progression de la question. En premier j'indiquerai la place des différents champs qui interviennent dans la prise en charge des AVS. Dans l'imposante masse d'informations du recueil des données, j'ai cherché à ne retenir que celles qui intéressent l'exercice du soin. Cependant, compte tenu de la complexité des articulations entre les champs, cette tâche recelait trop d'allers et retours et de redites. Aussi, peut-être par souci de facilité mais surtout dans une préoccupation de clarté, j'ai choisi de définir pour chaque champ, pour les sujets majeurs puis pour ceux mineurs, comme la question d'une certaine façon y invite, son rôle, ses modalités d'actions et ses objectifs spécifiques. Ensuite m'appuyant sur ma pratique de mise en place de l'un des premiers centres publics de traitement des AVS en France [29] au début des années 1990 et dont les pratiques serviront de modèle à l'installation des PFR (plate forme référentielle pour la PEC des AVS) je développerai la notion d'un maillage santé-justice-social qui permettra de comprendre « jusqu'où aller ? » dans l'interpartenariat entre ces trois champs pour que les intentions présentes dans l'esprit de chacun d'eux puissent se réaliser sans qu'elles ne dévoient celles des deux autres. Cela permettra de montrer qu'en France s'est développé un véritable modèle de prise en charge des AVS qui s'inscrit dans l'esprit d'une justice restaurative, qui préserve l'intégrité subjective de l'auteur et qui inclue dans son procès le développement d'un processus désistantiel dont le but *in fine* est de pérenniser une sécurité citoyenne garante des libertés de chacun.

Prise en charge des sujets majeurs

Le champ judiciaire

Place du champ judiciaire

Conformément à l'esprit de la loi, trois axes sont présents dans le champ judiciaire [47]. Le premier est punitif c'est là le sens de la peine (sanction d'un acte incriminé) ; le deuxième est sécuritaire, c'est le retrait du sujet du champ social (incarcération) dans un souci de protection de ce dernier. Retrait devant aussi permettre une œuvre de réadaptation qui s'ouvre sur le troisième volet qui est celui de la « régénération morale ». Pour parvenir à cette intention, la loi du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, introduit le suivi socio judiciaire. Celui-ci consiste en un suivi judiciaire, social et éventuellement médical visant à prévenir la récidive par les délinquants sexuels. Il est prononcé par le tribunal ou la cour en complément ou à la place de la peine privative de liberté. La durée maximum de ce suivi a connu depuis la loi de 98 de nombreux changements⁷. Elle est au maximum de 10 ans en cas de délit (20 ans sur justification spéciale du tribunal) ; de 20 ans en cas de crime puni de moins de 30 ans de prison ; de 30 ans pour les crimes ayant entraîné une condamnation à plus de 30 ans de réclusion et il est sans limitation de durées lorsque le crime est puni de la perpétuité. En cas de non exécution de cette mesure de contrôle (pour les faits postérieurs au 11 mars 2004), la peine encourue est de 3 ans en cas de délit et 7 ans en cas de crime. Cette peine ne peut entrer dans le cadre des confusions de peines.

7. Notamment par les lois de 2007 et 2011. Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs. Loi du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (dite Loppsi 2)

Cette mesure de suivi peut donc comporter, sur nécessaire avis expertal, une injonction de soin qui fonctionne alors comme une *obligation de faire* et qui se constitue comme une peine pénale. S'appuyant pour son élaboration sur de nombreux travaux cliniques et sur des commissions ministérielles interprofessionnelles santé-justice de l'époque, le législateur prenait ainsi acte de la grande difficulté, voire de son impossibilité par la simple peine d'emprisonnement, à endiguer la pulsionnalité sexuelle déviante [34] se manifestant dans les récidives. Ainsi, il est apparu nécessaire au législateur de s'allier à un autre champ dont il était espéré qu'il lui fasse recouvrer son efficience première. La loi, par cette nouvelle pénalité l'alliant aux soins, avouait « la défaillance de [la peine] à pouvoir remplir totalement sa mission de régénération morale du condamné » [25].

Rôle

Le rôle du champ judiciaire est de permettre à l'AVS de rencontrer les champs sanitaire et d'accompagnement social. Le champ judiciaire est donc le champ cadrant et instituant la prise en charge des AVS.

Modalités

L'efficience de ce champ et ses modalités d'actions reposent sur deux acteurs principaux, le JAP et le médecin coordonnateur. Le premier (en lien avec le tribunal de l'application des peines) décide de la manière dont une peine privative ou restrictive de liberté est exécutée. Pouvant décider d'éventuelles réductions de peine, il oriente et contrôle le parcours de peine des personnes condamnées. Il est aidé dans ses prises de décisions par les données expertales (psychiatriques et psychologiques). Le second, dont le rôle a été créé par la loi de juin 1998, est un auxiliaire administrativo-judiciaire et à ce titre, et dans cette fonction, il est délié du secret professionnel au regard du JAP. Sa fonction d'interface entre sphère de la Justice et de la Santé lui fait protéger l'autonomie du praticien traitant et lui garantit la confidentialité de son exercice. Outre celle d'information du probationnaire sur ce qu'est l'injonction de soins, ses missions sont les suivantes : valider le choix du praticien traitant (praticien qu'il peut récuser s'il ne juge pas sa spécialité suffisamment adaptée) ou l'aider dans son choix ; il dispose des pièces de la procédure, dont les expertises, qu'il peut transmettre, sur sa sollicitation, au praticien traitant, cependant depuis 2012, la transmission de la notification de jugement ayant ordonné l'injonction de soins est obligatoire⁸ ; en cas de difficultés dans le traitement ou de rupture de celui-ci, il est un recours pour le praticien traitant et peut, si nécessaire, en informer le JAP qui prendra toutes décisions nécessaires ; il convoque le probationnaire au moins une fois par trimestre pour réaliser un rapport annuel de suivi transmis au JAP ; enfin, il informe, au terme du temps injonctif de soins, de la possibilité du probationnaire à pouvoir poursuivre le traitement de manière libre.

Objectifs

Il est évident que l'objectif princeps du champ judiciaire est sécuritaire. Il s'agit pour lui d'éviter la récidive c'est là plus que sa fonction, son devoir. Cependant, de l'alliance avec le champ sanitaire, et dans le cadre aujourd'hui d'une justice restaurative, il reste que la troisième intention de la loi persiste comme un objectif, celui de la recherche d'une « régénération sociale » qu'il conviendrait aujourd'hui de nommer « citoyenne », devant permettre au sujet de retrouver les voies de la vie en commun, se réinsérer,

8. Circulaire du 14 mai 2012 présentant les dispositions de droit pénal et de procédure pénale de la loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines., in *Bulletin officiel du ministère de la Justice*. n° 2012-05 du 31 mai 2012 – JUSD 122695C, 36 p., p. 3.

dans le respect des règles communes de socialité nécessitant donc une éviction de la récidive et une atténuation de la dangerosité. À ces points nul soignant, en tant que citoyen, ne peut être indifférent, puisque son exercice professionnel repose précisément sur cette dimension de liberté.

Discussion

Depuis sa création, la loi du 17 juin 1998 est sous le coup sensible de nos représentants politiques, eux-mêmes semblant être sous les fourches caudines de l'opinion publique. Ainsi, suite à des affaires défiant cette dernière par leur monstruosité (affaires Michel Fourniret, Francis Évrard, Manuel de la Cruz,...) , jusqu'à affoler la justice dans l'exercice de ses missions (Outreau), l'esprit de la loi de 98 dans sa recherche de moyens de « régénérer citoyennement » le condamné en lui permettant un accès à des soins ouvrant à de meilleures possibilités de réinsertion s'est trouvé progressivement, si ce n'est privé de sa substance, tout du moins fortement amoindri au profit de mesures de sûreté. Dès lors, l'injonction de soins spécifiquement conçue dans le cadre de prise en charge d'AVS s'est trouvé étendue par les lois de 2005⁹, 2007¹⁰, 2010¹¹, 2011¹² à toute violence aggravée. L'injonction de soin deviendrait ainsi une mesure de surveillance comme une autre.

On comprend dès lors que le champ judiciaire reste le meilleur allié de celui sanitaire pour exercer une action soignante avec ces auteurs, à raison pour les soignants d'une vigilance permanente pour que le même champ n'instrumentalise pas (trop) le soin et qu'il devienne alors le pire ennemi du soignant mais aussi, par contre coup, du citoyen puisque vidant de son sens la prise en charge sanitaire pour n'en faire qu'un outil de lutte contre la récidive et non plus un outil favorisant l'insertion qui en la matière devient portion congrue. Bien heureusement la loi de 2014¹³ est venue à temps corriger certaines aberrations des textes précédents et a placé au premier plan la dimension restaurative de la justice, ce qui réinstaura différemment la place de l'injonction de soins.

Le champ de l'accompagnement social

Tout au long de son parcours judiciaire le sujet va être accompagné par des intervenants encadrant le respect nécessaire des obligations, dont celle de soins, qui lui seront faites soit en pré-sentenciel soit en post-sentenciel. Ce sont principalement dans la période pré-sentencielle des associations, sous contrat, ayant mission de *contrôle judiciaire*, soit pour les mineurs la *Protection Judiciaire de la Jeunesse* ; en période post-sentencielle il s'agit du *Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation* dont la mission princeps est la prévention de la récidive au travers d'une aide à l'insertion et d'un contrôle des obligations légales faites au probationnaire.

Rôle

L'accompagnement social est certainement le pilier de la réinsertion et donc constitue la meilleure des protections contre la récidive et cela est particulièrement efficace en ce qui concerne les AVS. Cet accompagnement est conçu, dans les textes

9. Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive et des infractions pénales.

10. Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

11. Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale.

12. Deux lois en 2011 : celle du 14 mars, n° 2011-267, loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure ; et celle du 14 août 2011, étendant les peines planchers aux violences aggravées même commises hors récidives

13. Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales à supprimé les peines planchers.

(et donc dans l'idéal), comme devant permettre à un sujet d'accéder à une conduite en autonomie de son existence. Accompagnant la personne pendant son parcours d'exécution des peines, il favorise et permet l'accès aux multiples droits communs auxquels peut prétendre la PPSMJ (logement, santé, formation, travail...). Assurer la réinsertion suppose que ce travail commence dès l'entrée du sujet en prison et donc que l'accompagnement commence à ce moment-là malgré la difficulté qu'il peut y avoir, pour un sujet nouvellement incarcéré, de se projeter dans un futur qui peut être lointain. Enfin, il est une nécessité reconnue par tous les acteurs, c'est la continuité de l'accompagnement entre le milieu fermé et celui ouvert.

Cet accompagnement est l'un des éléments clés d'une entrée dans la désistance [21]. Cependant, pour connaître une efficacité, l'accompagnement social doit être « global » et ne pas se contenter des simples accès aux droits communs. « Global » suppose qu'un lien s'établisse avec la PPSMJ, ce qui implique du temps relationnel d'échange.

Ce travail d'accompagnement connaît un chef d'orchestre c'est le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et des alliances interpartenariales avec les acteurs du champ social qui vont pouvoir soit relayer, soit appuyer les actions proposées par le SPIP.

Malheureusement, les conditions économiques entraînant des carences en personnels provoquent encore trop souvent des sorties sans accompagnement (« sortie sèche ») alors même qu'une des recommandations de la conférence de consensus de 2013 sur la récidive en a proposé « l'interdiction » [38].

Modalités

Depuis son rattachement en 1911 au Ministère de la Justice, l'administration pénitentiaire a une double mission : l'une de surveillance des PPSMJ, l'autre de les aider dans leur réinsertion sociale. Ces deux missions s'exerçaient soit en milieu fermé dans les établissements pénitentiaires par les services sociaux éducatifs (SSE), soit en milieu ouvert (libre) par les comités de probation et d'assistance aux libérés (CPAL). En 1999, conscient de l'intérêt d'une continuité des démarches accompagnantes entre le dedans carcéral et le milieu libre et tout en restant sous la tutelle du ministère de la Justice, ces deux services furent réunis et autonomisés sous le nom de « Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation » (SPIP)¹⁴.

Mission du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) [88]

Le SPIP est un service à compétence départementale. Il intervient à la fois en milieu ouvert et en milieu fermé, auprès des personnes détenues (prévenues ou condamnées) et sur saisine des autorités judiciaires pour les mesures alternatives aux poursuites, présentencielles ou post-sentencielles.

La mission essentielle du SPIP, sa finalité depuis le décret de 2008¹⁵, est la prévention de la récidive à travers : l'aide à la décision judiciaire et l'individualisation des peines ; la prévention de la récidive ; la (ré)insertion des personnes placées sous main de Justice ; le suivi et le contrôle de leurs obligations.

Missions du Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP) [89]

En milieu fermé, en coordination avec le personnel de surveillance et d'encadrement, le CPIP assure le lien entre intérieur et extérieur. Il accompagne les personnes détenues dans le cadre d'un parcours d'exécution des peines. Il aide à la décision judiciaire

14. Décret du 13 avril 1999.

15. Circulaire NOR JUSK0840001C n° 113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation

et à l'individuation des peines en proposant des mesures d'aménagement de peines au JAP en fonction de la situation du condamné. Il soutient la préparation à la sortie en facilitant l'accès des personnes incarcérées aux dispositifs d'insertion et de droit commun (logement, soins, formations, travail). Par ailleurs, il lutte contre la désocialisation des personnes détenues.

En milieu ouvert le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation intervient dans le cadre d'un mandat judiciaire. Il apporte à l'autorité judiciaire tous les éléments d'évaluation utiles à la préparation et à la mise en œuvre des condamnations. Il aide les personnes condamnées à comprendre la peine. Il impulse avec elles une dynamique de réinsertion. Il s'assure du respect des obligations imposées aux personnes condamnées à des peines restrictives ou privatives de liberté (semi-liberté, travail d'intérêt général, libération conditionnelle, placement sous surveillance électronique...). Dans le cadre des politiques publiques, il favorise l'accès des personnes placées sous main de justice aux dispositifs d'insertion sociale et professionnelle.

Que ce soit en milieu fermé ou ouvert, le travail des SPIP est un travail partenarial qui s'appuie sur la spécificité et le savoir-faire des institutions locales et des associations en matière d'accès aux soins, à l'hébergement, à la formation et à l'emploi (par ex. pôle emploi, Afp) ainsi qu'aux droits des personnes en grande difficulté qui constituent la majorité du public pris en charge [86].

Le réseau des partenaires sociaux qui sont susceptibles d'accompagner les AVS est très large. Il va des services sociaux aux centres de santé en passant par les organismes d'aide au retour à l'emploi, les entreprises, les associations multiples.

Parmi ces partenaires une place particulière revient aux associations qui interviennent en lieu et place des SPIP et qui interviennent auprès de personnes relevant soit d'une mesure judiciaire (mesure de contrôle ou alternative aux poursuites), soit d'une mesure post-sentencielle (en général un aménagement de peine). Ces associations ont en général passé un accord conventionnel avec le ministère de la Justice qui peut être assorti de subventions (notamment pour les placements extérieurs).

Pour autant ce travail en partenariat est souvent source de déboires pour la PPSMJ car il n'est pas rare que la population carcérale soit refusée par ces mêmes partenaires [21, p. 34].

Objectifs

Dès sa création, par le décret du 13 avril 1999, cette nouvelle entité s'enorgueillissait de placer le terme d'insertion avant celui de probation. Le développement de cette instance dans le temps, montrera combien dans la réalité des faits, ce but a vite été remis au profit d'un travail de prévention de la récidive et d'évaluation de la dangerosité qui remet au premier plan l'aspect probatoire. En cela, le SPIP ne fait que suivre l'évolution commune des lois qui se sont resserrées autour du sécuritaire¹⁶.

Discussion

Au fil des années, particulièrement depuis le décret de 2008, le rôle du CPIP se resserre sur le travail de prévention de la récidive et de la dangerosité criminologique où sont considérés les causes du passage à l'acte, les facteurs de risque et le degré d'empathie pour la victime. Pour ce faire les SPIP se sont dotés de nouveaux outils : les groupes de prévention de la récidive inscrits dans les plans de prévention de la

16. Loi du 9 mars 2004, dite loi Perben II, dont le but est de renforcer l'efficacité des règles de procédure pénale applicables à la délinquance et à la criminalité organisées ; la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales introduisant le placement sous surveillance électronique

récidive (PPR) et le diagnostic à visée criminologique (DAVC). Cette nouvelle orientation laisse dans l'ombre la part nécessaire d'aide sociale. À ce titre, il est intéressant de noter que lors des auditions publiques de la conférence de consensus sur la prévention de la récidive¹⁷ on a pu entendre « la plainte » des personnes condamnées de ne plus rencontrer cette fonction d'accompagnement chez les CPIP qui n'ont plus, ni le temps, ni la formation pour assurer ou proposer un temps d'écoute à ces auteurs, les laissant ainsi de plus en plus en déserrance [64]. Ainsi, la nouvelle orientation des SPIP, en se resserrant sur l'aspect criminologique, joue contre ce pourquoi ce service a été créé à savoir la prévention de la récidive dont on sait aujourd'hui qu'elle s'appuie essentiellement sur la capacité de l'accompagnant à être dans une relation empathique et soutenue avec la PPSMJ. Par ailleurs, il serait hautement souhaitable que les actions des CPIP puissent se faire en relation avec celles du champ sanitaire. En effet, leurs nouvelles missions, de prévention de la récidive et d'évaluation de la dangerosité, demandent aux CPIP d'user de compétences relationnelles que leurs formations ne leur a souvent pas permis d'acquérir. Une liaison avec les acteurs du soin permettrait que ces techniques ne viennent pas empiéter, ni ne soit confondues, avec celles du soin, cela particulièrement dans l'esprit des accompagnés. Une telle liaison pourrait par ailleurs être très profitable au champ sanitaire dans l'alliance de moyens qui pourrait alors être recherchée dans le respect des différences de missions.

Le champ sanitaire

Rôle

Le cadre général de la fonction sanitaire est une recherche de l'amélioration de la santé de la personne. Dans ce cadre, avec l'AVS judiciarisé, le praticien traitant (médecin, psychiatre ou psychologue ou encore équipe de soins) a le devoir de comprendre l'origine du trouble pour mieux le traiter dans le but essentiel de soulager la souffrance de l'intéressé, d'éviter que celle-ci n'impacte d'autres que lui-même, ce qui lui permet secondairement d'aménager ou de réaménager son modèle de vie pour le rendre socialement acceptable et partageable et d'augmenter ainsi sa qualité de vie.

L'action soignante ne peut se limiter au seul objectif individuel mais comporte une dimension collective de santé publique. Il revient au praticien traitant d'avoir toujours à l'esprit l'impact que pourraient avoir des comportements destructeurs de tels patients, particulièrement en cas de récidive. C'est pourquoi, sans faire partie des objectifs dits "thérapeutiques", la pensée de la récidive et de ses impacts doit rester présente dans la prise en charge de tels justiciables en même temps qu'il reste impératif de distinguer les espaces d'interventions des divers champs qui chacun possède des missions, des déontologies et des éthiques différenciées.

Modalités

Lors de la promulgation de la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, et dans ses multiples réaménagements ultérieurs le législateur, qui en 2011 a rappelé le caractère prioritaire de la prise en charge des AVS¹⁸, s'est toujours efforcé de concilier la préoccupation sécuritaire de lutte contre la récidive avec le principe du consentement aux soins (sauf en cas d'hospitalisation d'office pour trouble mental). C'est l'équilibre qui a été retenu par le législateur en matière d'obligation et d'injonction de soins. Cet

17. 14 et 15 juin 2013.

18. Ministère de la justice et des libertés, ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Protocole santé-justice relatif à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires, 16 décembre 2011.

équilibre a été conservé selon les différents temps et lieux judiciaires où se déroulent les soins.

Temporalité des soins

La loi du 17 juin 1998 définit *de facto*, pour le clinicien, quatre temps judiciaires qui doivent être compris comme des temps thérapeutiques vectorisés, présentant chacun leur spécificité.

- Temps 1 : Instruction et jugement cette période ouvre le temps judiciaire et, sauf cas particulier¹⁹, aucune obligation de soin n'est faite à l'auteur présumé. L'instruction est aussi le temps pour le justiciable de la première rencontre avec le ou les experts (psychiatre et/ou psychologue).
- Temps 2 : Incarcération : c'est le temps de l'incitation aux soins.
- Temps 3 : Libération : Anticipée de longue date cette temporalité de transition fait partie de tout un jeu institutionnel, celui des remises de peines, mais surtout elle présente un impact très fort dans le temps thérapeutique. C'est toute l'importance du *travail de liaison* que d'assurer la continuité des investissements thérapeutiques de celui qui devient un probationnaire, entre le l'équipe intracarcérale et celle d'accueil dans le milieu libre.
- Temps 4 : Le suivi en milieu ouvert : c'est l'ouverture du temps de la thérapeutique sous contrôle judiciaire.

Deux lieux de prise en charge la détention et le milieu libre.

Dans chacun de ces lieux l'organisation des soins sera différente.

En détention : incitation aux soins

En détention, l'espace de soins intra-carcéral dédié à la santé, dont celle mentale, est assuré par les services de santé²⁰. La circulaire du 30 octobre 2012 a réorganisé le dispositif de soins psychiatriques pour les personnes détenues selon trois niveaux de soins²¹. Les Unités de soins de niveau 1 (USN 1), correspondent aux soins ambulatoires (consultations et activités de groupe). Le niveau 2 inclut une activité d'hospitalisation de jour organisée au sein de l'unité sanitaire. Le niveau 3 porte sur les hospitalisations à temps complet, avec et sans consentement, en milieu hospitalier (les UHSA²²). Dans le même temps, les anciens SMPR, au nombre de 26, voient leurs rôles évoluer vers une mission de coordination au niveau régional et de formation²³. Enfin, la circulaire du 21 février 2012²⁴ relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues précise que les AICS doivent prioritairement être affectés dans un établissement proposant une prise en charge spécialisée. À ce titre, en 2008, 22 établissements pénitentiaires pour peines, spécialisés dans l'accueil et la prise en charge des AICS ont été désignés, permettant de regrouper ces détenus trop souvent stigmatisés et de leur assurer les suivis spécialisés nécessaires.

Dans cet espace il n'y a aucune obligation à une prise en charge thérapeutique, le

19. Cependant, pendant l'instruction, le magistrat peut enjoindre la personne à engager un traitement, et placer celle-ci, si elle encourt un risque d'emprisonnement, sous une mesure de contrôle judiciaire comportant une obligation de soin (Code de procédure pénal, article 138 et sq.)

20. Depuis 1986, la santé mentale en prison relève du Ministère de la Santé et est sous sa juridiction (même si le premier décret évoquant la création de CMPR date de 1977).

21. Les anciennes structures SMPR et UCSA sont réunies en « Unité de soins de niveau 1 »

22. Unités hospitalières spécialement aménagées au sein des établissements hospitaliers.

23. CIRCULAIRE INTERMINISTÉRIELLE N°DGOS/DSR/DGCS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

24. Circulaire NOR JUSK0001246C du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues.

sujet y est simplement *incité* régulièrement, en théorie au moins une fois tous les six mois²⁵. L'incitation est cependant puissante puisqu'en cas de refus d'engagement de soins adaptés, le détenu se voit refusé l'accès aux RPS (réductions de peine supplémentaires) au motif qu'il ne manifeste pas « *des efforts sérieux de réinsertion sociale* »²⁶.

Les travaux cliniques indiquent par ailleurs qu'il est particulièrement intéressant, au plan thérapeutique, de proposer des soins rapidement après le début de l'incarcération [11], afin de profiter, une fois le choc incarcératif passé, du réaménagement ouvert précisément par ce choc carcéral et qui fonctionne comme une sorte de « fenêtre » dans des défenses psychiques souvent particulièrement rigides de ces auteurs. Quelques expérimentations montrent l'intérêt d'un travail intégrant la notion de programme et la pluridisciplinarité, tels les Groupes Thérapeutiques Structurés développés par l'Unité de Santé Mentale Pénitentiaire du centre pénitentiaire de Plœmeur [71b].

Si en milieu carcéral la coordination de tous les acteurs est essentielle, que ce soit pour faire progresser la santé mentale, la prévention du suicide ou des toxicomanies, elle est aussi nécessaire pour renforcer la continuité et la permanence des soins, éléments fondamentaux en ce qui concerne les AVS. Or, les ruptures engendrées par les transfèrements imprévisibles (pour l'équipe de soins) mettent souvent en péril ces deux critères de qualité des soins psychiques. Lors de la libération, ce travail de coordination avec les équipes accueillantes en milieu libre est tout particulièrement important.

En milieu libre : rencontre du médecin coordonnateur et du praticien traitant

Durant la préparation à la sortie, une information est faite sur le fonctionnement du SSJ et de l'injonction de soins. Après celle-ci, le probationnaire rencontre le JAP puis le médecin coordonnateur qui, chacun dans son domaine, finalise l'information et les contraintes entraînées par le SSJ. Le probationnaire choisit alors un praticien traitant qui devra être validé par le MC.

Le praticien traitant

Le praticien traitant peut être un médecin ou un psychologue privé ou public²⁷ ou une équipe de soin (type CMP de secteur psychiatrique ou PFR²⁸). Quel que soit le choix du patient, le praticien est volontaire pour suivre ce type de patient et spécialisé dans son traitement. La part obligatoire de l'injonction ne lui est pas destinée. Il est libre de la mise en œuvre du traitement. Cependant, dans le respect des règles de sa déontologie professionnelle le praticien accepte les règles imposées par les prises en charge sous contrainte pénale (par exemple *a minima*, délivrer un certificat à espace régulier justifiant de la venue du patient au traitement). Si le praticien traitant juge à un moment donné que le traitement n'est plus nécessaire, il en réfère au médecin coordonnateur qui peut à son tour en référer au Juge de l'Application des Peines. Une expertise peut alors être ordonnée par ce dernier et valider la demande de levée de l'injonction. En cas de difficultés ou de rupture de soins, le praticien traitant en

25. Loi du 17 juin 1998.

26. Loi du 15 août 2014, art. 13 et article 721-1 du *Code de procédure pénale*.

27. Les fonctions de « médecin traitant » et « psychologue traitant » sont définies dans les articles R 3711-23 et R 3711-25 du Code de la santé publique.

28. PFR : Plate-forme référentielle régionale de prises en charges thérapeutiques dédiées spécifiquement à l'accueil et au traitement des AICS. Les PFR ont été créées dans la suite du plan de prévention de la récidive de 2009 à partir de CMP volontaires. L'ARS Rhône-Alpes a labellisé ces structures avec un nouveau cahier des charges en novembre 2015. ARS Rhône-Alpes (2015) : *Labellisation des plateformes référentielles (PFR) destinées aux auteurs de violences à caractère sexuel (AVS)*, Cahier des charges, novembre 2015, 14 p.

informe le MC qui peut, si nécessaire, soit recevoir le probationnaire afin de lui rappeler ses obligations, soit en référer au JAP qui ordonnera alors toutes les dispositions nécessaires.

Organisation et stratégie des soins

Une stratégie de soins quelle qu'elle soit, pour avoir une efficacité, doit être congruente avec la culture du soin en vigueur dans le champ de l'exercice thérapeutique.

Stratégie des soins et culture du soin : nécessaire ouverture épistémique

En règle générale, on a tendance à opposer deux cultures du soin [6] qui sont régies par deux conceptions de l'homme : l'une repose sur un versant humaniste où la notion de sujet organise la réflexion éthique et l'approche psychopathologique ; l'autre se nourrit d'une approche pragmatique, elle-même dérivée de l'utilitarisme benthamien qui veut que ce qui est utile est vrai, c'est-à-dire donne satisfaction aux questions posées. Si la première approche concerne une vérité de l'être individuel centrée sur la relation intersubjective, la seconde intéresse une vérité de l'action et favorise une culture du résultat.

Si, en France, notre culture du soin relève majoritairement d'une approche humaniste, il serait toutefois fâcheux de penser que ces deux cultures s'affrontent dans une opposition rédhibitoire, particulièrement en matière d'accompagnement psychique des auteurs de violences sexuelles où il est nécessaire d'avoir recours à une vaste palette d'outils thérapeutiques qui se compléteront sans s'opposer idéologiquement. Il ne s'agit donc pas de transposer d'une culture du soin à l'autre des moyens et des techniques, ce qui constitue en matière de soins psychiques un contre-sens [15b], mais de savoir adapter ce qui peut être utile. L'important est d'en avoir une lecture et une pratique qui s'intègrent à la culture du soin dominante dans l'équipe qui l'applique.

Temps contraint et programme individualisé de soins

La prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel place les soignants, du fait de l'alliance avec le judiciaire comme méta-cadre, dans la situation de travailler dans un temps contraint. Or, si le temps judiciaire définit celui de la peine, il n'impose rien au temps thérapeutique si ce n'est que le second ne pourra pas être inférieur au premier sauf demande spécialement formulée par le biais du MC au JAP.

Par ailleurs, les multiples déficits de ces auteurs, tant au plan cognitif qu'affectif supposent pour eux la mise en place d'aides plus techniques, voire pour les plus démunis d'entre eux, une aide éducative qui devra se réaliser en parallèle d'une prise en charge thérapeutique. Il s'agit alors d'utiliser des techniques à objectifs ciblés opérant par le biais de média compte tenu souvent de leurs difficultés verbales. Elles peuvent l'être sur des bases cognitives, permettant à l'auteur de violence de prendre en compte le dévoiement de la réalité dans laquelle il s'est fourvoyé. Pour d'autres le recours à une aide éducative sexologique peut les aider à organiser différemment leurs perceptions, particulièrement celles des femmes ou de la relation sexuelle et amoureuse [46]. Pour d'autres encore, des programmes comportementaux d'habiletés sociales seront des moyens premiers de développer des capacités de socialisation. Pour d'autres enfin, des ateliers sensoriels peuvent les aider à développer une discrimination émotionnelle [72]. Face à ces deux ordres de contraintes (temporalité contrainte et déficits), l'important est d'organiser le plus souvent, quand cela est possible, un *programme individualisé* de soins psychiques qui servira de cadre au long cours de la prise en charge et permettra de rythmer de manière cohérente la mise en œuvre des objectifs thérapeutiques.

Par le terme de *programme de soins psychiques* il faut comprendre l'utilisation de diverses techniques qui seront jugées complémentaires et adaptées à chaque cas, en fonction de l'objectif défini avec le patient et évaluées par l'équipe comme nécessaires pour parvenir à ce but, dans le cadre légal ordonné par le jugement.

Enfin, il convient de ne pas oublier que la stratégie de soins doit surtout tenir compte de l'environnement dans lequel se trouve le patient, et de sa faisabilité. Le « bon » programme thérapeutique n'est pas forcément le meilleur techniquement parlant, mais celui qui peut se faire et que peut s'approprier le patient.

L'important sera donc d'individualiser le programme de soins et d'en proportionner l'amplitude aux besoins et aux compétences du sujet, ce qui lui renverra l'image, l'éprouvé d'être "justement entendu". Pour conserver l'efficacité du programme de soins, celui-ci devra être évalué à espace régulier, réaménagé si nécessaire et amendé selon les nécessités qui apparaîtront dans le temps de la prise en charge. La modularité et la plasticité d'un programme fonctionnent comme un facilitateur thérapeutique interne, il signifie à l'auteur que ceux des acteurs socio-thérapeutico-judiciaires qui travaillent avec lui, le font au plus près de ses potentialités, qu'ils ne lui en demanderont pas trop, ce qui développe en lui un éprouvé de respect renforçant l'estime de soi. Cette plasticité participe de la capacité de contenance du cadre.

L'appui aux soins : les CRIAVS

En 2006²⁹, le Ministère de la Santé, répondant aux préconisations des praticiens, a mis en place les centres ressources régionaux pour les intervenants auprès des AVS, les CRIAVS. Auprès de ces centres, chaque professionnel, œuvrant auprès des AVS, peut trouver les appuis nécessaires tant de formation que d'information, d'expertise, de recherche et de supervision qui lui permettront d'exercer ses soins dans des conditions favorables. En outre ces centres ont une fonction de prévention ainsi que d'animation de réseau et particulièrement du maillage Santé-Justice-Social.

Organisation d'une stratégie de soins en cas de prise en charge par une équipe soignante

J'ai choisi de présenter une organisation de procédure de soins élaborée dans le cadre du PARI, première plateforme référentielle régionale (PFR) de prise en charge des AVS à avoir été créée par l'ARS Rhône-Alpes.

La prise de contact

Pour les sujets en fin de détention, la prise de rendez-vous est faite par courrier auprès de notre secrétariat par le sujet, ou éventuellement par l'équipe de soins de référence dans le cadre de la préparation à la sortie. Pour les sortants de longues peines, une prise de contact antérieure à la sortie (visite) peut alors, selon les cas, être organisée et accompagnée par l'équipe intra, ce qui permet un repérage des lieux et évite des vécus trop persécutoires à la sortie effective.

Pour les sujets libres, la prise de rendez-vous est faite par le sujet lui-même auprès de notre secrétariat, par courrier ou par téléphone.

Pour tous les sujets, la prise de rendez-vous est assurée sous quinze jours.

L'entretien d'accueil

À l'accueil, le probationnaire rencontre systématiquement un psychologue et un médecin. Dans les PFR, ce peut-être un IDE qui assure un entretien d'accueil selon un protocole qui doit être identifié³⁰.

29. Circulaire n° DHOS/O2/DGS/6C du 13 avril 2006, relative à la prise en charge des AVS et à la création des Centres de Ressources Interrégionaux.

30. ARS Rhône-Alpes, *Labellisation des plateformes référentielles (PFR) destinées aux auteurs de violences à caractère sexuel (AVS)*, « Cahier des charges », novembre 2015, 14 p.

1. Lors du premier entretien, si la personne est soumise à une injonction de soins, demande lui est faite de se munir des documents judiciaires dont il dispose. S'il n'en a pas en sa possession, il est informé de la demande qui sera faite auprès du médecin-coordonnateur en charge de son dossier.
2. S'il s'agit d'une obligation de soins dans le cadre d'une mesure de sursis mise à l'épreuve (SME), le sujet est informé, qu'avec son accord, une demande de transmission de ces documents sera faite auprès du CPIP (qui transmet au JAP).

Les évaluations initiales, identification des besoins

Avant toute acceptation de la prise en charge, et cela quelles que soient les préconisations des expertises, une évaluation des diverses potentialités du probationnaire est réalisée et est déterminante dans l'acceptation de la prise en charge.

Les évaluations mises en œuvre sont polyaxiales : psychiatrique, psychodynamique, cognitive, des préférences sexuelles. Elles s'appuient sur des épreuves psychologiques : test de performances cognitives, épreuves projectives, échelles spécifiques³¹ (au cas par cas et selon nécessité : minimult, échelle de psychopathie, etc.³²). En effet, nombre de ces AVS présentent des tableaux avec des déficits multiples tant au plan cognitif, qu'à celui affectif ou encore des représentations de la sexualité et ont donc des besoins qu'il faut savoir identifier pour les accompagner par des aides appropriées afin de proportionner l'intervention thérapeutique aux besoins et de l'adapter aux compétences du sujet. Le QICPAAS³³ [13], malgré sa longueur, est régulièrement utilisé compte tenu des informations qu'il permet de saisir rapidement.

À l'issue de ces entretiens d'évaluation, l'ensemble des éléments en notre possession sont confrontés aux cinq critères de « bon répondeur » à un traitement psychothérapeutique de type psychodynamique tels qu'ils ont été identifiés dans l'étude de 1996³⁴ [12, 23].

Par ailleurs, il faut préciser que certains auteurs, et cela malgré parfois l'effectuation de leur peine, conservant une faible reconnaissance des faits, voire pouvant en récuser la véracité, peuvent, cela sous certaines conditions de cadre, être accessibles à une action thérapeutique qui en ce cas sera adaptée sur le plan du cadre et du contenu³⁵.

Élaboration d'un programme individualisé de soins

Au terme de ce parcours évaluatif, une synthèse en RCP permet de poser une indication et de construire un programme individualisé de soins proportionné dans son amplitude aux potentiels du probationnaire et des ressources techniques dont

31. Ne sont utilisées que les échelles qui connaissent un étalonnage, ou un ré-étalonnage, sur des populations françaises ou pour le moins francophones

32. PCR 20 : Psychopath Checklist - REVISED de Hare (1991). Côté, G., Hodgins, S., Ross, D., & Toupin, J. (1994). « L'Échelle de psychopathie de Hare : un instrument et la validation de sa version française », *Comptes rendus du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française* (Tome IV), Paris, Masson, p. 511-526.

33. Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Aggressions Sexuelles.

34. Les cinq critères sont :

- a. reconnaissance *a minima* du délit,
- b. se sentir *anormal* au moment du délit,
- c. reconnaissance spontanée d'une impulsion à l'origine de l'acte,
- d. arrestation = soulagement,
- e. reconnaissance qu'une contrainte a été exercée pendant l'acte.

Ces critères ne fonctionnent pas comme des limites rédhitoires de la prise en charge, mais comme des indicateurs. Nombre de ces sujets n'émergent pas à tous les items, ce qui n'empêche nullement une action thérapeutique pertinente avec eux.

35. Ce même type de pratique semble prévaloir dans d'autres centres telle l'Antenne de Psychiatrie et de Psychologie Légale de La Garenne Colombes, dirigée par le Dr Roland Coutenceau.

dispose l'équipe. Programme qui intègre les aides en réponse aux besoins identifiés dans les évaluations. Ces aides constitueront pour certains un premier temps thérapeutique et parfois le seul pour les plus démunis psychiquement. Dans ces cas, recours est fait à des techniques présentant des objectifs ciblés.

Parmi les moyens thérapeutiques, deux points méritent d'être relevés : l'importance en première intention de l'utilisation de l'outil groupal (et particulièrement du groupe de psychodrame [31]) et l'apport de certains traitements pharmacologiques, dont les inhibiteurs de l'appétence sexuelle qui peuvent avoir un effet étayant avec certains de ces sujets, particulièrement en cas d'envahissement permanent par des impulsions mal contrôlables (notamment avec les sujets à prévalence pédophilique).

L'indispensable travail avec les familles

Enfin, au-delà des cas d'inceste pour lesquels la question ne devrait pas se poser, il est nécessaire de citer l'indispensable travail qui doit être réalisé avec les familles qui restent en interaction avec le sujet, soit celle d'origine, soit celle composée actuellement quand il y en a.

Aménagement appropriatif du programme, co-construction du cadre et engagement dans les soins

Après la RCP, voire en fin de celle-ci, le probationnaire est reçu et le programme de soins lui est présenté. Cette rencontre est importante puisque c'est l'occasion de préciser le contexte obligatoire et ce que cela signifie pour lui (obligation de venir mais aussi pour l'équipe de soins (par exemple : la rédaction et la remise d'un certificat de présence, et non de participation, à intervalle régulier - en général mensuel). Elle permet aussi d'indiquer que l'espace du soin n'est pas l'espace judiciaire et qu'il y a une garantie de confidentialité dans le respect des règles de droit en vigueur³⁶. De même sont expliquées les diverses articulations où pourra être évoqué, par nécessité et avec son accord qui lui est alors demandé, le cas du sujet avec l'égal respect des règles de confidentialité.

Il est alors envisagé avec lui la faisabilité de la mise en place du programme en tenant compte des diverses contraintes auxquelles il est confronté (éloignement du lieu des soins, mesures de surveillance, conditions de mise en liberté, horaires professionnels, etc.). Cette phase de travail est fondamentale car elle correspond à une co-construction du cadre thérapeutique.

Une demande d'engagement est alors validée par le probationnaire (qui devient alors « un patient ») et par le praticien référent. Cet engagement, tout formel qu'il soit, représente pour le sujet une forme d'engagement dans le travail thérapeutique que nous proposons et qui est, pour lui, le début d'une forme d'appropriation de celui-ci.

D'autres équipes incluent dans ce protocole d'adhésion les SPIP, qui deviennent co-singataires de l'engagement dans la démarche de soins (engagement tripartite) [55].

Évaluation de l'impact thérapeutique du programme mis en place

Individualiser un programme de soin suppose qu'il soit évalué à espace régulier, réaménagé si nécessaire et amendé selon les nécessités qui apparaîtront dans le temps de la prise en charge. L'évaluation prend en compte les dimensions thérapeutiques mais aussi sociales.

- **L'évaluation thérapeutique** : semestriellement le probationnaire-patient rencontre un tiers, membre de l'équipe non engagé dans le travail thérapeutique,

36. Cette formule a été choisie préférentiellement car elle permet de ne pas évoquer la notion de rechute/récidive, tout en qui nous obligerait à en informer le médecin coordonnateur

qui échange ensuite avec les thérapeutes. Selon l'évolution du travail il est possible de refaire un bilan évaluatif afin éventuellement de réévaluer si nécessaire le programme de soins.

- **L'évaluation sociale** : elle participe pleinement du soin avec ces sujets. Pour permettre une efficacité du soin psychique, il est nécessaire que le sujet ait accès à un minimum de sécurisation sociale au plan de ses besoins primaires (logement, nourriture, santé). Aussi, nous travaillons régulièrement avec les diverses instances d'aide sociale, d'insertion (associatives ou publiques) mais aussi les SPIP, pour que les conditions d'exercice de nos propositions thérapeutiques puissent être supportables par le patient. Par ailleurs, une telle évaluation régulière évite bien des clivages toujours à redouter et défavorables aux soins psychiques (par ex. le sujet dit au thérapeute que tout va bien, alors que, socialement ou professionnellement, sa situation se dégrade).

La modularité et la plasticité d'un programme fonctionne comme un facilitateur thérapeutique interne, il signifie à l'auteur que ceux des acteurs socio-thérapeutico-judiciaires qui travaillent avec lui le font au plus près de ses potentialités, qu'ils ne lui en demanderont pas trop, ce qui développe en lui, outre un éprouvé de respect, le fait qu'il pourra le réaliser avec le bénéfice que l'on sait de la réussite chez ces sujets. Cette plasticité participe de la capacité de contenance du cadre.

Organisation de soins en cas de prise en charge par un praticien libéral

Lorsque le probationnaire s'adresse directement à un praticien libéral, ayant reçu l'accord du MC, outre les questions de prise en charge par les organismes sociaux selon les nécessités de chaque probationnaire (question qui ne se pose pas pour les psychologues³⁷), le cadre, le dispositif et les techniques employées sont du ressort strict du professionnel qui les déploie. Le médecin coordonnateur lui garantit la confidentialité de son exercice. En cas de difficulté, le MC est le recours de première nécessité. C'est lui qui fera l'interface entre les personnels pénitentiaires (CPIP) ou judiciaire (JAP) qui peuvent, dans certaines circonstances de ruptures de soin ou de risques avérés de récidive, être concernés.

Enfin, il est nécessaire de préciser que les CRIAVS sont un appui intéressant pour l'approfondissement de la formation des professionnels libéraux ou lorsque des difficultés techniques apparaissent dans la prise en charge. Les CRIAVS se constituent ainsi comme des partenaires d'une équipe virtuelle pour les professionnels libéraux, leur évitant ainsi de travailler dans un sentiment d'isolement.

Les quatre grandes modalités thérapeutiques

Les traitements psychodynamiques

Dans le cadre de notre culture du soin, l'accent est mis plus sur le processus psychique que directement sur une modification correctrice des conduites. Le but du travail est de permettre, à terme, un réaménagement des systèmes défensifs autorisant un abandon des conduites de décharges violentes. Dans ce type de thérapie, la capacité du thérapeute à contenir les effets désorganisateur de la rencontre est mise au premier plan. Aussi, il est recommandé de toujours référer le travail entrepris à d'autres [32], que ce soit une équipe soignante, un groupe de collègues, une supervision³⁸. Entre les membres d'une équipe, il ne saurait être question de confidentialité.

37. Il faut cependant que le professionnel prenne en compte la possibilité d'un remboursement plafonné par certaines mutuelles.

38. Les Centres Ressources sont ici des appuis importants. Voir infra.

Les prises en charges individuelles peuvent être largement proposées. Il convient souvent, au moins en début de traitement, de soutenir le patient dans son élaboration. Le silence est proscrit au profit d'une démarche basée sur des interventions actives, « *aidantes* », guidant le patient dans son élaboration [8b]. Une attention particulière doit être portée, dans un dispositif de « face à face », à la dimension du regard (regard à regard) permettant de faire faire à ces patients l'expérience d'un « regard d'écoute » où le soignant doit être capable, par la voie de l'empathie, d'être l'autre sans jamais cesser d'être soi [10b, p. 314]. Par ce biais, un véritable « partage d'affect » [71c] peut devenir effectif, permettant, dans la mesure où il s'opère, d'accéder au registre des processus primaires. Cela permet de comprendre l'importance que l'on doit attacher aux vécus corporels et sensoriels. Actuellement, de nombreux travaux portent sur le développement, l'identification et la nomination de cette sensorialité, base primaire de l'affectation et donc de la symbolisation. En conséquence se multiplient les innovations techniques, dans les aménagements des prises en charge psychothérapeutiques que ce soit en milieu fermé comme en milieu libre, utilisant de nombreuses médiations, corporelles (relaxation [53b]), olfactive (groupe à médiation sensorielle [65b]), art-thérapie [65c], atelier de marionnettes [71e], etc.. C'est dans cette même intention qu'il est important de s'attacher à une description détaillée de l'acte de violence afin d'en relier les segments aux vécus sensori-moteurs mis en action, reliquat de l'histoire traumatique non mentalisée du sujet auteur [23].

Un abord groupal est conseillé lorsque le sujet présente une piètre maîtrise de la verbalisation, peu de tolérance à l'anxiété, 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 [31]. 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.

Avec des sujets présentant un fonctionnement de type *opérateur*, l'abord corporel (relaxation, en individuel ou en groupe) est un complément thérapeutique intéressant [53b].

Lorsque la famille est présente et participante une prise en charge familiale est toujours recommandée [15]. En cas d'inceste, la thérapie familiale incluant éventuellement les travailleurs sociaux, est un appoint important quand on peut réunir au moins deux générations [77].

Les techniques cognitivo-comportementales

Elles vont viser des objectifs précis. Les principaux sont : le fait de se sentir plus concerné, d'apprendre à refuser certaines évidences ou croyances concernant la victime, la prise de conscience de son excitation sexuelle, l'amélioration de la reconnaissance d'autrui, la prise de conscience des distorsions affectives en matière de sexualité, l'identification des situations affectives favorisant le passage à l'acte. Ces objectifs correspondent tous à des protocoles de soins évalués. Compte tenu de leur spécificité et de leur ciblage adaptatif, ces techniques peuvent être utilisées en appoint d'un travail thérapeutique comme celui évoqué dans les paragraphes précédents.

Les appuis pédagogiques et insertifs

Le but de ces appuis est de permettre la découverte, l'amélioration, le développement et / ou l'expression de certaines données absentes et / ou déficitaires que ce soit dans le champ :

- de l'information sexuelle (sexologie)

- du développement sensoriel
- de l'expression émotionnelle

L'ensemble de ces appuis a l'avantage d'utiliser les médias

- Photolangage, art-thérapies, jeux, etc.
- Groupes pédagogiques ciblés
- Ateliers divers

Non directement psychothérapeutiques, ces techniques sont d'importants appoints dans une stratégie de soins psychodynamiques.

Les traitements chimiothérapeutiques³⁹

Ils font pleinement partie de la prise en charge de ces sujets. Un programme de soins incluant des traitements par psychotropes ou/et antiandrogènes suppose que leurs effets soient pris en compte et analysés dans le cadre de la prise en charge

Objectifs

L'objectif général qui est visé l'est d'abord en intention mais pas forcément en possibilité de réalisation à court terme. C'est la réorganisation du système défensif psychique du sujet et l'augmentation de sa capacité de mentalisation lui permettant, par le développement de sa capacité empathique et de discrimination affective, d'accéder au sens de son acte, à la prise de conscience de la souffrance infligée à travers celui-ci à la victime et d'approcher sa propre souffrance identitaire personnelle. Cependant pour certains sujets, trop carencés, cela constitue une forme d'horizon thérapeutique, qui nécessite des étapes avec des objectifs étagés faisant partie des moyens inclus dans le programme individualisé de soins. Dans de tels cas, le premier objectif est de veiller au renforcement du contrôle pulsionnel qui passe par une correction des distorsions en matière de sexualité, par le développement de sa capacité de maîtrise de son excitation sexuelle, enfin par l'acquisition ou le développement de ses compétences sociales et affectives.

Cet étagement d'objectifs est la garantie que le sujet avancera à son rythme l'auto-risant progressivement à amender sa configuration psychique par le renforcement de sa confiance en lui (estime de soi), en ses capacités personnelles de réponses pro-sociales, ce qui lui permet d'accéder à une modification de ses comportements. Cet ensemble autorise souvent le sujet à pouvoir identifier, de manière autonome, les situations (sociales, affectives) favorisant le passage à l'acte, pour les éviter, s'en échapper ou y mettre fin.

Pour l'ensemble des auteurs de violences sexuelles pris en charge, le second grand objectif est bien une augmentation (à terme) de la qualité de vie. Cette amélioration a pour indice une meilleure insertion sociale, professionnelle et affective, autant d'éléments qui sont connus pour minimiser les risques immédiats de passage à l'acte et qui font partie d'un risque moindre de dangerosité... criminologique.

In fine, la prise en charge d'un auteur de violences sexuelles, où se conjoint l'alliance des trois champs (judiciaire, sanitaire et social) doit permettre au sujet auteur de violences sexuelles d'acquiescer les moyens de ne plus faire supporter par un tiers (non professionnel du soin) ses défaillances psychiques.

39. Cette partie est traitée dans l'expertise de Florence Thibaut

La prise en charge des mineurs

L'acte de violence sexuelle chez les mineurs, qu'il soit considéré comme une recherche exploratoire lié à la sexualité infantile ou qu'il s'inscrive dans un mouvement plus structuré pouvant annoncer des développements limites de la personnalité, nécessite toujours une réponse tant judiciaire que thérapeutique et d'accompagnement éducatif, qui soit adaptée et proportionnée.

Comme pour les majeurs AVS, la prise en charge sanitaire des mineurs repose sur un trépied identique dans ses fonctions où interviennent les mêmes trois champs : judiciaire, sanitaire et éducatif (qui comprend une dimension d'accompagnement social fort du côté des familles).

Le champ judiciaire et d'accompagnement éducatif et social

Rôle

L'ordonnance du 2 février 1945, et ses multiples réformes, constitue le texte de référence s'agissant des mineurs auteurs de violences sexuelles. Elle pose comme principe une responsabilité pénale atténuée des mineurs doués de discernement ainsi que la primauté de l'éducatif sur le répressif. Le rôle de la justice des mineurs repose principalement sur un magistrat spécialisé, le juge des enfants, afin de garantir l'équilibre et la spécificité du système l'intervention judiciaire et du travail éducatif. Il est chargé de la protection de l'enfance en danger et de la répression des mineurs délinquants.

Comme en population adulte, le champ judiciaire est le champ cadrant et instituant la prise en charge sanitaire du mineur AVS.

Modalités d'actions

Le **juge des enfants** a une fonction d'assistance éducative en matière civile et en matière pénale il cumule les fonctions d'instruction, de juge du fond⁴⁰ et de juge de l'application des peines. Ses modalités d'actions sont tant judiciaires qu'éducatives au travers de multiples institutions soit publiques (Aide Sociale à l'Enfance – ASE – en matière de protection des maltraitances, des mineurs en danger ; et la Protection Judiciaire de la Jeunesse – PJJ – plus axée sur les questions judiciaires), soit associatives sous contrat. Toutes assurent son information sur le suivi de ses décisions.

La **Protection Judiciaire de la Jeunesse** représente un rouage fondamental dans l'accompagnement du mineur délinquant. Elle est chargée « dans le cadre de la compétence du ministère de la Justice, de l'ensemble des questions intéressant la justice des mineurs et de la concertation entre les institutions intervenant à ce titre »⁴¹. Elle assure donc le suivi éducatif des mineurs détenus. Elle a aussi un rôle d'évaluation et de surveillance de l'ensemble des structures qui prennent en charge des mineurs sous mandat judiciaire.

Objectifs

Le champ judiciaire à travers ses acteurs a pour objectifs : 1) de promouvoir une action éducative auprès du jeune afin qu'il quitte les voies délinquantes et 2) d'éviter par cette première action la récidive.

Cependant, depuis la loi d'orientation et de programmation pour la justice de 2002 on enregistre un net durcissement dans la prise en charge des mineurs où le sécuritaire tend à passer devant l'éducatif dans les faits⁴².

40. Juge compétent pour juger du droit et des faits.

41. Décret du 9 juillet 2008.

42. Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002.

Le champ sanitaire

Dans la mesure où n'y a aucune spécificité des sanctions pénales applicables aux mineurs auteurs de violences sexuelles, le prononcé d'une injonction de soins, à titre complémentaire d'une peine à temps ou à titre principal, suit peu ou prou la même voie que pour les majeurs. Voici brièvement le synopsis de l'action judiciaire conduisant à un prononcé de SSJ avec IS chez un mineur.

Après la constatation des faits délinquants il peut y avoir une garde à vue (si le sujet a plus de 13 ans) et un déferrement devant un juge pour enfant (ou d'instruction selon la complexité et la gravité de l'affaire). Est alors programmée une rencontre avec un éducateur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse qui remplit le recueil de renseignement socio-éducatif (RRSE⁴³). Selon l'appréciation du juge il pourra y avoir une mise en examen. C'est alors qu'une mesure de SSJ peut être prononcée après avis expertal. Dans ce cas, le juge pour enfant désigne le MC et lui transmet l'ensemble des informations nécessaires. La suite de la démarche est alors similaire à celle des majeurs [41b]. Il est important de préciser qu'en matière de juridiction et d'accompagnement socio-éducatif des mineurs un intérêt tout particulier est porté durant toute la prise en charge à l'environnement familial.

Rôle

Dans le cadre des mineurs incarcérés, le rôle du champ sanitaire, tel que défini par la circulaire du 15 mai 2008 est de permettre au mineur de devenir « acteur de sa santé en lui proposant des ressources qui répondent à ses besoins dans une logique partenariale »⁴⁴. Prioritaire, la prise en charge sanitaire doit être cohérente et articulée, voire protocolisée, entre partenaires de la PJJ et les unités sanitaires type UCSA dans un esprit de coopération et de mutualisation des données, dans un but préventif et éducatif permettant au jeune « d'examiner les conditions de son retour dans son environnement d'origine ou [...] d'autres perspectives. »⁴⁵

Modalités d'actions

La prise en charge sanitaire des mineurs délinquants et/ou criminels sexuels est assurée dans deux espaces, le milieu fermé et le milieu libre.

Le milieu fermé

Si, comme pour un détenu majeur, l'injonction de soins n'est activée qu'une fois la peine de détention levée, la situation en milieu fermé est celle d'une incitation aux soins : « la démarche de soins est favorisée ou suscitée dès la période détention »⁴⁶. Toutefois, l'ensemble des intervenants auprès du mineur, de par la dominante éducative de leur mission, accorde une attention particulière aux actes délinquants et donc aux violences sexuelles comme signe d'une socialisation en difficulté. Sans donc cibler dans un premier temps la problématique sexuelle, toujours complexe à aborder à l'adolescence et plus particulièrement en détention, celle-ci reste dans l'arrière plan du travail éducatif. Ce qui enjoint à un partenariat avec le champ sanitaire.

Un mineur auteur de violences sexuelles de plus de 13 ans d'âge, s'il est amené à être incarcéré, peut l'être dans deux structures différentes : le quartier pour mineurs

43. Mesure d'investigation. Il s'agit d'un recueil sur les données personnelles, familiales et sociales, destiné à aider le juge dans sa décision.

44. Circulaire interministérielle DGS/HOS/DAP/DPJJ/MCI/2008/158 du 13 mai 2008 relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés

45. Note du 24/08/2017 relative à l'action éducative conduite par le milieu ouvert auprès des jeunes détenus.e.s NOR : JUSF1722120N

46. Circulaire interministérielle DGS/HOS/DAP/DPJJ/MCI/2008/158 du 13 mai 2008, *op. cit.*

d'un établissement pénitentiaire pour adulte (QPM) ; un établissement pour mineurs (EPM, depuis 2002⁴⁷). S'ajoute à celles-ci, depuis 2002, un enfermement non pénitentiaire, dans un centre d'éducation fermé (CEF) ou renforcé (CER), qui constitue une alternative à l'incarcération.

Dans chacune de ces structures les prises en charges sanitaires sont différentes.

En **quartier pour mineurs (QPM)**⁴⁸, pour les équipes de soins présentes, « la visée strictement thérapeutique [dans un premier temps] ne doit être [qu']accessoire » [5]. Elles font tout d'abord en sorte que les jeunes aient du plaisir à les rencontrer ce qui est un enjeu important pour les jeunes auteurs de violences sexuelles qui ont beaucoup de difficultés à aborder ce qui les amène en prison. Une fois opérée cette possibilité le cadre thérapeutique pourra se mettre en place. Il est protocolisé avec l'idée principale de permettre au jeune de faire l'expérience de prendre soin de lui. La rencontre se fait alors avec un couple de soignants avec, si nécessaire, consultation du médecin psychiatre. L'ensemble des éléments de la rencontre est consigné et repris en supervision avec le psychologue de l'équipe et fait l'objet d'une évaluation dans la RCP hebdomadaire.

Dans cet espace fermé, les liens avec les éducateurs de la PJJ sont fondamentaux puisque c'est eux qui ont en charge toute la dynamique éducative. C'est par eux aussi que peuvent s'organiser les activités ludiques, sportives, certains groupes de paroles mais aussi des groupes plus informatifs comme ceux organisés par le planning familial.

En établissement pour mineurs, la situation est différente puisque ces établissements ne reçoivent que des mineurs en principe condamnés à de longues peines, ce que ne confirme pas la réalité des faits. Le but étant par l'étude et le sport intensif (dans un EPM les jeunes sont occupés en permanence) de leur permettre une réinsertion dans le champ social [42].

Le placement en **Centre Éducatif Fermé (CEF)**, relève d'une mesure de contrôle judiciaire, d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'une libération conditionnelle. Le jeune reste sur une période de six mois (renouvelable une fois) qui est distribuée en trois séquences: l'accueil et la rencontre des autres, l'activité éducative et de travail psychologique et la préparation d'un projet. Dans ces lieux, le travail psychologique est souvent plus présent que dans les structures pénitentiaires du fait des petits effectifs (8 à 12 sujets). L'esprit d'un CEF, au-delà du sécuritaire, comme dans les lieux d'enfermement (QPM, EPM), est de mettre la contrainte au service de l'éducatif.

Les **Centres Éducatifs Renforcés**, ont été pensés comme une alternative à l'incarcération, leur modalités internes de fonctionnement sont similaires aux CEF mais ils s'adressent à des jeunes qui sont moins installés dans la délinquance.

Les **modalités du soin** sont centrées dans tous ces lieux fermés sur des échanges / entretiens en individuel ou en situation groupale qui se veulent adaptés à la personnalité du jeune. L'utilisation d'outils de médiation en groupes structurés est d'usage fréquent, sont principalement utilisés des dispositifs à médiation par l'image (le photolangage) ou par le jeu (« La 8^{ème} dimension », le « Qu'en dit-on ? »⁴⁹). Ils constituent

47. Le premier fut ouvert à Meyzieux (Rhône) en 2007.

48. Les informations de cette partie sont issues de l'expérience en détention de Françoise Arpin et Édouard Pradel [5].

49. « La 8^{ème} dimension » est un outil créé par l'équipe de pédopsychiatrie de Poitiers du Pr Marcelli et du Dr Catheline à l'usage des professionnels de l'adolescence. Il cherche à favoriser les représentations des adolescents et à susciter leur réflexion et leur jugement en les situant dans un système d'échanges et de reconnaissance des pensées de chacun.

un appoint nécessaire et très efficace avec ces jeunes souvent en difficulté avec le langage verbal. Il faut aussi relever que ces séquences thérapeutiques sont rythmées par les prises en charge éducatives et que les premières tirent une partie de leur valeur du rapport de complémentarité qu'elles entretiennent avec les secondes.

Les objectifs

À côté des objectifs socio-éducatifs de réinscription dans le champ social, les objectifs thérapeutiques sont souvent modestes mais fondamentaux, en EPM comme en quartier mineurs, le but est centré sur la rencontre : qu'elle devienne un lieu de plaisir d'échange. La recherche de confiance autorise la parole, la mise en mot des actes délinquants. Toutefois les actes de violences sexuelles sont souvent difficilement abordés en QPM car les jeunes n'y restent pas longtemps. S'ajoute à cela le fait que ces adolescents savent que les violences sexuelles, d'autant plus qu'elles ont été commises en individuel (en groupe cela peut être interprété comme un rite d'adhésion à une bande et la tolérance est plus grande) [5], sont source de danger comme en détention adulte. Toutefois, quand une confiance s'installe, un travail sur le sens de l'acte peut être engagé. Les objectifs principaux étant de leur permettre d'acquiescer une meilleure estime d'eux-mêmes, une gestion améliorée de leur agressivité et de développer leur capacité empathique.

Dans la mesure du possible le lien avec les familles est recherché et entretenu. Des actions thérapeutiques à leur destination sont souvent mises en place qui vont de l'entretien familial à des thérapies familiales plus structurées.

Le milieu libre

Modalités d'actions

En milieu ouvert l'auteur de violences sexuelles mineur rencontrera les mêmes structures de soins que les adolescents tout venants. Cependant, un certain nombre de dispositifs spécialisés dans leur prise en charge ont vu le jour qu'ils soient directement à destination des mineurs auteurs de violences sexuelles (Groupados) [49] ou représentant une spécialisation d'un dispositif plus large s'adressant aux mineurs délinquants comme le dispositif MARS (CHAI, Grenoble) [65].

Les dispositifs

Pour Groupados⁵⁰, après une évaluation pluriaxiale très complète, l'équipe propose des suivis thérapeutiques individuels, de groupe ainsi qu'un accompagnement familial. Le travail d'accompagnement thérapeutique repose sur cinq axes d'intervention : une analyse de la demande des intervenants de terrain et des familles et mise au point d'un protocole de collaboration ; une évaluation psychologique et pédopsychiatrique ; une analyse des besoins pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques des adolescents ; l'inclusion dans un groupe thérapeutique de type semi-ouvert référé aux travaux de Monique Tardiff [80, 81] ; une évaluation des critères d'évolution positive.

Le dispositif MARS⁵¹ déploie un travail en interpartenariat avec l'ensemble des structures qui travaillent dans le champ de prise en charge des jeunes en risque de délinquance (de 13 à 21 ans). Dans ce cadre l'accueil des jeunes auteurs de violences

« Le qu'en dit-on ? » support d'échange groupal élaboré par l'équipe psychiatrique de la Maison d'Arrêt d'Angers ce jeu de cartes explore le champ des représentations et des attitudes sur le thème du lien social en tant que lien à l'autre et à la loi. Pour adolescents de 12 à 18 ans. Il en existe une version pour adulte depuis 2013.

50. « Groupados » est une cellule de l'équipe SOS Enfants-ULB (Université Libre de Bruxelles) du CHU St Pierre spécialisé dans l'enfance maltraitée [49].

51. MARS = Mission Accueil Relais et/ou Soins : structure de consultations ambulatoires en milieu ouvert pour adolescents, pôle de psychiatrie infanto-juvénile du Centre Hospitalier Alpes Isère [65].

sexuelles est similaire aux autres. Par contre il a été développé à leur usage une méthode groupale spécifique : le psychodrame. Dispositif particulièrement adapté aux adolescents car s'appuyant sur la mise en action du corps et de ses éprouvés, le jeu et la narration, et s'exerçant dans un groupe sécurisé de pairs. L'hypothèse de travail que l'on retrouvera dans les objectifs est centrée sur le développement des capacités de symbolisation [65, p. 209]. La méthode du psychodrame (référée aux travaux de Didier Anzieu [3]) a été aménagée pour que chaque jeune soit reçu en groupe mais aussi en individuel par le thérapeute principal du groupe, permettant une reprise des éprouvés qui n'ont pu être verbalisés pendant la séance groupale.

D'autres dispositifs ont été mis en place mais tous ont la particularité de rechercher l'élément interpartenarial comme étant une nécessité dans la PEC de ces jeunes.

C'est le cas du dispositif dit de la « conduite accompagnée » [79], articulant l'accompagnement et la processualité thérapeutique. Il s'agit d'un dispositif groupal structuré en 12 séances d'une heure trente. Chaque séance comporte deux séquences. La première est une associativité libre autour d'un thème. La seconde est médiatisée par un jeu spécifiquement conçu à cet effet. Les objectifs sont de prévenir la répétition des actes et d'inviter l'adolescent à un travail sur lui-même, sa sexualité, sa relation aux autres afin de contribuer à un mieux-être global.

On retrouve cette dimension dans la bi-focalité du dispositif de Michel Gallez [44] mixant prise en charge individuelle et familiale et se déroulant en parallèle de l'intervention judiciaire. Son but est de « mettre du sens sur le geste qui a été posé, à l'inscrire dans une histoire familiale et à aider chacun à y répondre de la place qu'il occupe dans le système familial. » [44, p. 20]. Le déroulé de la prise en charge est le suivant : analyse de la demande, validations des faits, propositions de travail négociées avec la famille, intervention thérapeutique systémique et enfin sanction et pardon.

D'autres dispositifs groupaux sont encore utilisés notamment les groupes structurés [71]. Il s'agit le plus souvent de techniques cognitivo-comportementales. Ce dispositif organise un travail interpartenarial entre le champ sanitaire et celui de la justice des mineurs.

Enfin, certains suivis plus spécifiques peuvent être mis en place, comme les suivis sexologiques. Dans ce type d'accompagnement, « le travail sexologique [...] consiste à amener des éléments de compréhension et de réflexion sur la sexualité d'une manière adaptée à ce jeune [afin de lui permettre] de construire sa sexualité » [45].

Les thérapies familiales

La présentation de ces divers dispositifs indique que les suivis des jeunes auteurs d'agression sexuelle ont recours sensiblement aux mêmes méthodes que les moyens thérapeutiques mis en place pour les majeurs. On retrouve les entretiens individuels, les prises en charge groupales avec l'utilisation de groupes dits « à médiation », « structurés » ou encore « à objectif ciblé ». Toutefois, en clinique adolescente un accent particulier est mis sur l'environnement familial.

Toute prise en charge d'un mineur doit, dans la mesure de sa faisabilité, comprendre dans son programme une prise en charge de la famille, que celle-ci soit systémique [41] ou psychodynamique [24]. Un jeune ne changera pas seul, c'est souvent la PEC familiale qui permet aux changements de tenir dans le temps. Il s'agit que les liens avec la famille ne se rompent pas. Certes au début de la prise en charge l'adhésion de la famille n'est pas requise mais elle doit être ultérieurement recherchée activement.

Protocole d'entrée dans les dispositifs

En règle générale dans tous ces dispositifs l'entrée dans la prise en charge est protocolisée. Je présente le parcours d'entrée de Groupados [49] :

1. Lecture des auditions et « tri » des demandes
2. Entretien d'introduction avec le jeune et ses référents
3. Dix « Entretiens-Rencontres » avec le jeune
 - a. Le testing (Maspaq⁵², Jesness⁵³, Rosenzweig⁵⁴, MMPI-A⁵⁵, Rorschach)
 - b. La lecture du dossier du jeune et la récolte des données anamnestiques
 - c. Le ou les entretiens familiaux
 - d. Les entretiens cliniques avec deux psychologues (réalisation de la chaine de l'abus et investigation autour de la sexualité du jeune)
 - e. Le ou les entretiens avec le pédopsychiatre, coordinateur de l'équipe SOS-Enfants et de GROUPADOS
4. Entretien de conclusion avec le jeune
5. Entretien de conclusion avec les référents (et le jeune selon le cas)
6. Rédaction de l'examen médico-psychologique avec remise de propositions réalistes.

Prise en charge médicamenteuse

Enfin, il est important de préciser qu'en matière de prise en charge médicamenteuse, l'accès aux antiandrogènes n'est pas possible chez ces patients compte-tenu des effets secondaires qu'ils impliquent du fait de leur jeune âge.

Les objectifs

Certains dispositifs en milieu ouvert ont des objectifs ambitieux mais peut-être aussi nécessaires. Par exemple Groupados se fixe comme objectif de la prise en charge : la responsabilisation face aux faits ; la prévention de la récidive ; un mieux-être psychologique, relationnel et social ; une meilleure estime de soi ; une gestion améliorée de l'agressivité et le développement de l'empathie [49].

L'utilisation de l'outil groupal conduit à rechercher :

- soit des objectifs directs de gestion émotionnelle : expression et gestion de la colère et d'autres sentiments négatifs ; apprendre à résoudre les conflits ; affirmation de soi ; contrôle du stress ; acceptation de ses limites ; développement de l'empathie ; repérage des excuses que se donne l'adolescent pour faire des choses illicites [49].
- soit des objectifs de mentalisation : recontextualisation historique et familiale de l'acte ; ré-affectation des actes (utilisation de média corporel comme le jeu psychodramatique) ; reconnaissance des éprouvés et symbolisation de ceux-ci ; développement des processus de mise en représentation. Cet ensemble conduit à des levées d'inhibitions intellectuelles et à un abaissement des défenses projectives en permettant au jeune de développer une meilleure assise

52. Mesure de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois (Le Blanc M., 1997)

53. JENESS Inventory – Revised (JI-R) est un inventaire de personnalité auto-administré s'adressant aux adolescents (> 8) présentant de graves troubles du comportement.

54. Le test de P. F. Rosenzweig est destiné à analyser les réponses à la frustration. C'est une évaluation de la gestion du stress et de l'agressivité.

55. Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-Adolescent. Inventaire de personnalité permettant d'identifier les problèmes personnels, sociaux, et comportementaux chez les adolescents.

narcissique ; une intégration améliorée dans ses groupes de pairs ; une capacité à se projeter dans l'avenir, dans des projets ; un accès à l'altérité et donc à la reconnaissance de l'autre et au développement possible de l'empathie [65].

On perçoit que dans ces deux cas malgré l'usage de référentiels théoriques différents, l'intention de la thérapeutique et les objectifs recherchés sont à peu près les mêmes. En effet, une meilleure gestion des émotions (colère, agressivité, développement de l'empathie, socialisation pro active) signifie qu'une mise en représentation psychique s'est opérée, qu'une baisse des défenses projectives s'est développée permettant cette amélioration. Il ne s'agit pas uniquement d'un pur apprentissage sans mentalisation.

Ainsi, l'intention générale d'un traitement avec un adolescent AVS consiste donc à responsabiliser, tout en mobilisant, autant que faire se peut, des valeurs comme la réciprocité et l'autonomisation par une gestion améliorée de leurs affects et de leur capacité de mise en représentation de ceux-ci.

Discussion

Le fait de sentir une pression plus grande du sécuritaire sur l'éducatif doit rendre vigilant à ce que les méthodes thérapeutiques ne soient pas détournées de leurs buts initiaux pour les ramener à de simples outils de contrôle des comportements délicatueux sexuels.

Le fait que les objectifs, sous des vocables, des méthodes et des épistémès différents, présentent une grande similarité, indique l'intérêt qu'il y a, en matière de prise en charge des mineurs et adolescents, à user de moyens et dispositifs divers, même se situant dans des registres épistémologiques différents. Si l'important est que « cela marche », cela fonctionnera encore mieux si, dans l'usage, ces moyens sont pensés comme complémentaires, utilisés par des professionnels formés à leur usage et que leur lecture ne soit pas un « en soi » catégorique, mais s'inscrivent dans la culture de l'équipe prenant en charge le jeune. En bref, c'est la lecture inscrite dans une culture du soin qui fera la cohérence de l'usage.

Comme pour les adultes les études portant sur le vécu des jeunes pris en charge pour des faits de délinquance insistent sur la nécessité d'un fonctionnement cohérent et expliqué avec une graduation des interventions. Qu'ils puissent faire l'expérience que la réponse est proportionnée à l'action. Le plus souhaité par eux c'est la rencontre avec des adultes accompagnants contenant et disponibles, élément majeur favorisant le changement [16].

Jusqu'où aller ?

L'auteur de violences sexuelles au cœur du dispositif de prise en charge

Après avoir passé en revue, tant pour les sujets auteurs de violences sexuelles majeurs que mineurs, ces trois champs avec leurs spécificités, leurs modalités d'actions et leurs objectifs propres, il nous faut nous pencher sur les modalités d'alliance qui ont vus le jour entre eux et qui fondent, au regard de notre culture du soin, une forme de modèle intégré et cohérent de prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Pour ce faire, je prendrai appui sur le dispositif que nous avons développé en Isère depuis le milieu des années 1990 et qui fonctionne aujourd'hui sous le vocable de « Maillage Santé-Justice-Social ».

Si dans le milieu carcéral la coordination de tous les acteurs est essentielle et soutenue par le Ministère de la Santé [87], il n'en va pas toujours de même en milieu ouvert

malgré les nombreux travaux qui montrent, sous des vocables différents (articulation [11, 14], triple entente [60], réunions triangulaires [55], synergie partenariale [62], etc) l'importance, voire la nécessité d'une telle coordination. Avec le temps, les réticences des différents partenaires de la peine et du soin se sont pourtant atténuées. Un mouvement s'est fait jour qui montre une lente évolution des manières de penser le lien interpartenarial [50], passant d'une logique d'exclusion à celle actuelle d'une co-construction. Aujourd'hui la peine et le soin constituent un cousinage attentif mais sans inimitié. Malgré cela, la courte étude que j'ai réalisée auprès des différents CRIAVS en France, indique combien peu de régions ont mis en place ce type de dispositif permettant aux trois champs de communiquer entre eux et de potentialiser leurs effets propres dans l'intérêt de la PPSMJ.

En créant une fonction d'interface entre justice et santé, occupée par le médecin coordonnateur, une connexion s'opère entre deux espaces qui restaient au mieux juxtaposés. Ils s'articulent enfin, mais surtout ils acquièrent la possibilité de communiquer. Le législateur ouvre un canal où va circuler de l'information qui jusque-là se trouvait dans des espaces de rétention, et du côté de la santé, et du côté de la justice. Il est aujourd'hui nécessaire de pousser jusqu'à son terme ce qu'a impulsé la loi il y a maintenant vingt ans. Loi, rappelons-le, qui s'appuyait sur le travail de réflexion juridico-clinique du rapport Balier (1995) puis Lempérière (1996) et les préconisations du rapport de recherche sur les auteurs judiciairisés d'agressions sexuelles rendu en 1996 [12]. Cette loi, nourrie par la clinique, n'en conserve pas moins sa préoccupation principale qui est sécuritaire : la prévention de la récidive. Aujourd'hui, il semble que, sous le poids de certaines politiques, la tentation par le champ judiciaire d'instrumentaliser l'injonction de soins soit plus aiguë. Cela d'autant plus que les difficultés économiques surchargent les différents partenaires qui ne disposent plus du temps nécessaire pour faire jouer les dimensions relationnelles qui sont fondamentales à la réalisation de l'esprit de la loi (cf les trois axes que j'ai rappelés au frontispice de mon expertise et particulièrement le troisième). Endiguer une telle occurrence c'est proposer un espace institutionnalisé de rencontre de ces trois champs, où chacun d'entre eux pourra faire l'expérience que l'alliance est plus féconde que l'opposition, que l'articulation sert plus les intérêts de chacun que la mise en conflit ou la tentative de mise sous tutelle d'un champ par un autre.

En effet, l'alliance du judiciaire avec les services de santé prenant en charge ces auteurs participe à l'attente du législateur, que la PPSMJ ne renouvelle jamais ses actions délinquantes, tout en préservant une déontologie thérapeutique qui veut que le but du soin est la recherche d'une amélioration de la santé et non la recherche d'un facteur de paix sociale. La loi ne se constitue donc que comme un cadre externe, un méta-cadre, sur lequel l'action thérapeutique pourra venir prendre appui.

Quant à la prévention de la récidive (*stricto sensu*) et l'évaluation de la dangerosité criminologique, elle est dévolue au SPIP et n'est pas l'objet des soignants. C'est ici que l'inscription de ce champ (l'accompagnement social) dans l'alliance santé-justice-social vient en constituer une donnée fondamentale. En effet, la prévention de la récidive, qui ne peut laisser indifférent aucun soignant, sans pour autant qu'il en fasse son objectif, est un composé de multiples actions qui ne tirent leur efficacité que de la présence des autres. Ces trois cadres, propres à chacun des champs impliqués dans la PEC de l'auteur de violences sexuelles, sont intimement interdépendants. Chacun vient non seulement étayer les deux autres en inter-appui mais chacun donne aux deux autres une possibilité élargie de mener au mieux leurs missions. Ainsi, le procès ouvert par la loi du 17 juin 1998 entre la loi et le soin se répète à cet échelon entre

les trois champs concernés par la prise en charge juridico-socio-soignante de l'AVS judiciaire.

Un autre point d'importance, et souvent occulté par le fait même de son évidence, est que chacun de ses trois champs, en ce qui concerne la prise en charge des AVS, ne tire sa légitimité que du lien avec l'auteur de violence sexuelle. Sans lui, tout ce que je viens de décrire n'aurait pas la même existence. Cette remarque dit combien le fonctionnement de chacun de ces champs est intimement arrimé au lien qui se développera avec cet auteur. Je pourrai même ajouter, celui-là et pas un autre. C'est même cet élément qui rend nécessaire la singularisation d'un programme de soin⁵⁶ dont la charge technique doit être proportionnée aux besoins pro-psychiques et pro-sociaux du sujet. Cela trace une modalité fondamentale : celle de placer l'auteur au cœur de nos dispositifs qui n'ont de sens que parce que lui, l'auteur y est et qu'il doit être considéré comme une forme de partenaire spécifique et non d'un usager à qui s'applique un certain nombre de procédures.

Voyons maintenant les qualités que doit avoir le maillage santé-justice-social (MSJS).

Le maillage santé-justice-social : organisation de base d'un environnement pro-sécuré

Contexte

Depuis le milieu des années 1990 notre centre grenoblois, le PARI, prenant en charge des auteurs de violences sexuelles judiciairisés ou non, rencontrait régulièrement les magistrats qui, dans la suite de l'étude rendue au Ministère de la Santé en 1996, portaient intérêt au fonctionnement psychique des auteurs de violences sexuelles. C'est ainsi que nous sommes convenus avec eux de rencontres régulières où nous évoquons, sous le sceau de la confidentialité, les interrogations concernant leurs dossiers [35]. Une fois votée la loi de 1998, nous continuâmes mais la naissance du SPIP en 1999 amena un nouveau partenaire dans nos rencontres. Puis en 2000, avec le décret nommant les médecins coordonnateurs, l'Isère se trouvant assez rapidement pourvue, ces derniers s'intégrèrent épisodiquement à nos échanges. L'entrée en scène des CRIAVS, dont le premier fut organisé à Grenoble en 2006 changea la dimension de nos échanges et les institutionnalisèrent. Réunions qui dès lors se sont tenues trimestriellement au TGI de Grenoble, sous la double égide : CRIAVS et TGI. Elles réunissent les acteurs concernés de la justice (principalement les JAP), de l'accompagnement (SPIP) et du soin dont ceux des USN et des plateformes référentielles ainsi que divers experts (psychologues, psychiatres) et encore les médecins coordonnateurs. C'est de cette expérience que sont issues les analyses qui servent de modèle au dispositif dit « Maillage Santé-Justice-Social » (MSJS).

Nécessaire continuité des soins dedans - dehors

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles doit être comprise comme une continuité dedans (milieu clos) dehors (milieu libre). Cette tâche de liaison relève aujourd'hui, et *a priori*, du médecin coordonnateur. C'est à lui d'organiser cette liaison sans que cela n'oblitére la possibilité pour le praticien traitant d'assurer aussi une liaison directe. En effet, ainsi faisant, avec ces sujets à la difficulté reconnue à traiter l'absence et donc la séparation, s'organise un processus qui tient compte de cette difficulté et qui permet que se poursuive l'expérience précédemment engagée avec l'équipe de soin intra carcérale. Le travail du médecin coordonnateur est donc

56. Du reste, les expérimentations menées tant au Canada qu'aux Etats-Unis ou en Angleterre indiquent combien les vastes programmes standardisés, sont d'une efficacité plus que médiocre, voire parfois contre-productifs, quant à la récidive [68, 2].

de pouvoir endosser cette fonction de passeur, de garant de cette transmission qui désigne des objets sur lesquels le sujet pourra investir.

Une fois dans le milieu libre le sujet va se trouver face à une sorte d'éclatement de la contenance. Le cadre institutionnel disparaît dans sa réalité matérielle qu'était l'espace confiné carcéral pour ne survenir que dans celle des contraintes qui lui sont faites au travers des multiples obligations et démarches auxquelles le probationnaire se doit d'émarger. C'est là qu'intervient tout le sens de la pluri et de l'interdisciplinarité.

Pluridisciplinarité et pluripartenariat

La dimension d'inscription dans le milieu, aujourd'hui reconnue comme une nécessité dans l'intervention thérapeutique auprès des sujets agresseurs sexuels [8, 7, 9, 56, 4, 32, 27], appelle un fonctionnement qui nécessite, pour qu'un travail thérapeutique s'avère efficace, que les différentes institutions auxquelles ont affaire ces sujets travaillent en alliance pour éviter les effets de morcellement. Cela est d'autant plus nécessaire qu'un sujet ayant connu une incarcération longue se voit progressivement coupé de son milieu d'origine. Ainsi, en sortie d'incarcération, ce qui devient l'environnement de ces sujets sont les champs de la justice, du soin et de l'accompagnement social (SPIP, CPIP). Ce sont eux qui sont au plus près de lui et qui, d'une certaine manière, organisent sa vie, définissent de nouvelles limites et « veillent », le temps de la mesure judiciaire, sur son devenir.

Toutefois, l'auteur sous main de justice n'a pas directement affaire aux disciplines Justice ou Santé ou accompagnement social. C'est au travers d'un partenaire humain, juge, soignant ou CPIP, qu'il rencontre ces champs disciplinaires. Et, c'est l'effet de cette rencontre qui sera active dans le temps et qui imprimera la relation transférentielle de l'auteur à la discipline du *soin*, de la *justice* ou de l'*accompagnement social*. C'est aussi à travers eux que se révélera *in fine* le poids des inter-contre-transferts que génère la prise en charge de tels sujets, particulièrement les effets de déni, de clivage et d'emprise par séduction. Ainsi, si les champs de la justice, de la santé et de l'accompagnement social doivent travailler en alliance, c'est dans un exercice *inter partenarial* que cela s'acte dans la réalité des faits (les réunions de maillage). L'interdisciplinarité s'incarnant dans l'interpartenariat. Une telle alliance va donc plus loin qu'un simple emboîtement des cadres. D'interdépendants, ces trois cadres devront devenir « *intercontenants* » [24]. C'est cette fonction d'*intercontenance* qui se révèle, à terme, comme participant d'une dimension thérapeutique.

L'intercontenance

Le terme d'intercontenance, développe la notion de « double-cadre » conçu par Claude Balier, où, à l'intérieur du cadre judiciaire, se déploie le cadre thérapeutique [66]. Le premier garantissant au second son exercice, nous avons ainsi des cadres emboîtés. Plus qu'un emboîtement, l'intercontenance suppose que chacun des trois cadres de références (santé, justice, social) vienne garantir aux deux autres leurs actions. Cela suppose qu'aucun des trois ne puisse avoir une prééminence sur les autres [20]. Ainsi, chaque cadre est différent, chacun à son champ d'autonomie qui ne cède rien aux deux autres mais chacun des trois ne tire son efficacité que de la présence des deux autres. Développement aux trois champs précités du même processus que ce qu'opère la loi de 1998 entre la loi pénale et le soin. La loi permet au soin de s'exercer, celui-ci en retour assure à la loi sa pleine efficacité.

L'intercontenance des cadres suppose que les partenaires des diverses institutions intervenantes soient informés du fonctionnement des autres institutions et des missions de leurs membres et de leurs limites. Cela passe par des rencontres interins-

titutionnelles préalables entre les différents partenaires de la justice, du soin et de l'insertion. Ces réunions permettent à chacun de prendre la mesure, et donc la limite, de l'identité professionnelle de l'autre partenaire. De telles réunions, instituent un espace intercontenu qui suppose, par nécessité, une porosité entre les enveloppes de ces cadres, sinon nous aurions une simple juxtaposition de fonctions, ce qui est trop souvent encore le cas. La « porosité » instaure des zones de transition internes où s'atténuent la rigueur des identités professionnelles au profit des fonctionnements psychiques de ceux qui en exercent la fonction⁵⁷. Cependant, cela pose la délicate question de la confidentialité des échanges.

La question de la confidentialité

« Échanger oui, peut-être, mais jusqu'où ? » est une question récurrente et qui ne présente pas la même résonance selon que l'on exerce en milieu fermé ou ouvert en même temps que l'ensemble des professionnels en accepte la nécessité [75]. Cela d'autant plus que, en liant le secret à une mission et non à des professions, « le nouveau Code pénal n'a pas consacré la notion de secret partagé mais il permet son existence [5]. » Reconnu dans les deux milieux (prison et milieu libre), le droit au secret professionnel est particulièrement important dans celui fermé compte tenu des conditions de confinement et de circulation des informations et où il participe de la protection du détenu. Pour tenir compte de cette dimension, tout en assurant la continuité nécessaire des soins et la détermination de la prise en charge la plus adaptée, la circulaire du 30 octobre 2012 prévoit des règles spécifiques permettant à la fois le développement d'espaces institutionnels de collaboration tout en préservant la confidentialité des échanges⁵⁸.

Tous les professionnels qui interviennent auprès de l'AVS ont dans leurs déontologies un droit au « secret professionnel ». Malheureusement ces différents professionnels n'ayant pas de culture commune, cela peut entraîner de graves malentendus entre ce qui doit rester secret pour l'un et qui peut être une information déterminante pour l'autre. Pour pallier à cette réalité, tout en validant la notion de « secret professionnel », le législateur use de litotes en proposant que des échanges d'informations puissent se réaliser selon « une communication maîtrisée » ou encore seront seulement échangées des informations « nécessaires, pertinentes et non excessives »⁵⁹.

Face à cette absence de cadre commun légal homogène, la question du secret professionnel peut constituer l'enjeu de rivalités de pratiques, de territoires, voire de déontologie, qui se traduisent par la crainte d'une instrumentalisation d'un champ par un autre et donc d'un risque de soumission, voire de subordination des compétences identitaires de l'un au profit de l'autre. Cette crainte, souvent vive entre les sphères du soin et de la justice, porte ainsi sur des questions d'identité, d'un risque de dilution de celle-ci. Si la vigilance doit être de rigueur en la matière car la dimension sécuritaire peut être avide du côté de la justice, il doit aussi être pris en compte le fait qu'un raccrochage trop grand à la notion de confidentialité traduit une identité vécue comme fragile, ou fragilisée par la situation de rencontre du flou identitaire de ces patients. Face aux éprouvés engendrés par ces organisations de personnalités où projection, clivage et déni dominant, la protection du secret professionnel est une rigidification défensive autour d'un noyau : la confidentialité sensée renforcer les limites identitaires du professionnel, pour éviter que la confusion ne gagne chacun.

57. Pour René Kaës cette « porosité » participe d'un moment de travail figuratif transitionnel [59b].

58. Circulaire ministérielle du 30 octobre 2012 relative à la publication d'un Guide méthodologique sur la prise en charge des PPSMJ. Ministère de la Justice et des Affaires sociales. NOR AFSH 1238354 C, sp. p. 69.

59. *Ibid.* p. 68 et 69.

La confiance partagée

L'absence de culture commune, entraînant un manque d'homogénéité dans la perception d'une même règle de droit, conjuguée à la nécessité de favoriser un espace de transmission d'informations qui serait *de facto* en dérogation du droit au secret, constitue une double contrainte qui permet de comprendre que, dans cet espace interconnecté, il ne saurait être question de « secret partagé ». Il s'agit plutôt que s'instaure une « confiance partagée » et la confiance, cela se gagne par un travail d'élaboration.

Les informations qui filtrent entre les trois champs doivent respecter le seuil informatif tolérable par chaque intervenant. Ce seuil correspond à une élaboration entre les partenaires de ce qui peut être échangé au travers d'une réflexion du type : « De quoi ai-je besoin comme informations et mon "besoin" est-il "nécessaire" à l'accompagnement socio-thérapeutico-judiciaire de l'auteur dont il est question ? » La connaissance, pour chacun des partenaires, des autres modes de fonctionnements institutionnels permet de faire ce travail de filtrage. La notion de « confiance partagée » s'appuie sur une mise en commun et fonde un langage commun qui n'est autre que la capacité interinstitutionnelle de penser ensemble⁶⁰ créant une culture commune ponctuelle d'alliance autour de la prise en charge de ce probationnaire-là. Elle autorise dans l'espace ainsi défini l'échange interdisciplinaire dans le respect d'identités différentes mais où chacune d'entre elles est nécessaire à l'existence et à l'efficacité des autres dans l'intérêt du probationnaire compris comme sujet intégré dans le champ social.

Les bases de cette « confiance partagée » ne peuvent être que conventionnelles entre les partenaires. Toutefois, elles peuvent s'appuyer sur des règles de bon sens. Par exemple, tous les membres participants au maillage peuvent convenir :

- que l'ensemble des échanges est couvert par le secret professionnel et qu'ils y sont astreints ;
- qu'ils doivent se renseigner auprès des différents partenaires pour se représenter leurs besoins au regard des situations évoquées ;
- que sur cette base tout n'est pas à dire, seulement ce qui est en relation directe avec la situation évoquée tout en veillant à un échange fluide qui rende utilisable l'information délivrée ;
- qu'il est nécessaire de se demander ce que vont devenir les documents diffusés.⁶¹

Enfin, une règle toujours importante à respecter est celle d'information du probationnaire : qu'en certaines circonstances des données relatives à son cas pourront être évoquées et d'avoir son accord et cela pour chaque champ.

Cependant, compte tenu du *turn over* des différents intervenants, il est important, par respect d'une temporalité souvent comptée pour chacun d'entre eux, que les règles présidant comme base de cette « confiance partagée » fassent l'objet d'un accord pour chaque nouvel arrivant.

D'autres théorisations exemplifient cette position de « confiance partagée ». Par exemple, Aurore Bureau propose de substituer à la notion de « mission commune » pour l'accompagnement de tels sujets, celle d'une « communauté de vue » entre les

60. Correspondant à une forme de « capacité de rêverie » telle que W. R. Bion l'a définie. Bion W., *R. Aux sources de l'expérience*, 1962, Paris, PUF, 1979, 137 p.

61. Ces « règles » de précautions, sont inspirées de l'ouvrage de : Rosenczveig J.-P., Verdier P., Daadouch C. *Le secret professionnel en travail social et médico-social*, Paris, Dunod, 2008, 192 p., p.92.

partenaires qui permet de faire converger les cultures professionnelles et les pratiques des différents intervenants [19]. Point de vue qui est à rapprocher de celui de Martine Herzog-Evans quand elle parle de « partenariat partagé » permettant de créer, dans le cadre d'une tâche commune, une culture commune autour du probationnaire [57]. La notion de « confiance partagée » institue un échange aux critères connus de tous car élaborés en commun dans le respect des missions et des règles de déontologie de chaque champ professionnel. Démarche qui conduit à l'instauration d'une confiance réciproque. Mais confiance ne veut pas dire confiance.

L'ensemble de ces données vient soutenir la réalité des recherches cliniques qui montrent que le risque de récidive est minoré quand augmente l'efficacité du réseau de prise en charge de ces patients [71d]. Ainsi, la qualité des articulations et des communications d'informations dans le réseau présente un impact positif sur la réduction de la récidive.

Le maillage vient définir un territoire thérapeutique et un environnement prosé-cure

La rencontre de ces espaces institutionnels est ainsi le produit d'un processus maturationnel institutionnel, commencé le 17 juin 1998, qui définit, sur un territoire donné, un maillage Santé-Justice-Social. Sur le ressort du TGI de Grenoble ce maillage se matérialise par quatre réunions annuelles permettant de faire le point de là où en est sur le territoire du ressort la prise en charge des AICS mais aussi de pouvoir traiter des cas qui s'avèrent difficiles pour les uns ou pour les autres. C'est aussi un lieu d'informations sur l'état de nos disciplines réciproques relativement à notre présence dans le maillage, voire un lieu de formation continue où certains thèmes intéressants chaque champ peuvent se trouver développés.

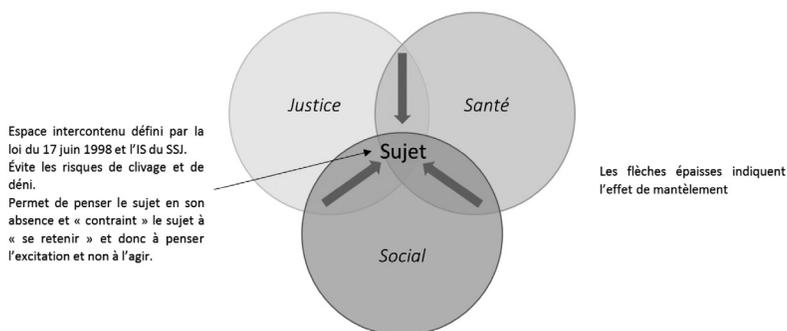
Néanmoins, la réalité du maillage va bien au-delà de ces réunions. Le terme lui-même renvoie à la discrétisation spatiale d'un milieu continu⁶² en un réseau interconnecté. Pour dire brièvement, le maillage dépasse, en s'appuyant dessus, la notion d'articulation. Le maillage, réalisé par la mise en réseau interconnecté des différents acteurs de la justice, du soin et de l'insertion, vient organiser le territoire dans lequel le probationnaire aura à se déplacer. Il va lui fournir une première carte avec ses représentations de coordonnées dans un espace qui, pour bon nombre, peut être vécu comme un territoire étranger, d'autant plus que le sujet est sortant d'une incarcération longue. Le maillage se constitue comme le développement d'un environnement « favorable » où peuvent pleinement se déployer les potentialités du soin et de l'accompagnement vers la réinsertion. En quelque sorte, le maillage Santé-Justice-Social instaure un environnement favorable aux soins. Il définit un nouvel environnement sur lequel le probationnaire pourra s'appuyer, et qui est promu par le mouvement processuel d'intercontenance. Il vient définir un *territoire thérapeutique concerté* entre les trois champs de tutelle, dont chacun connaît la géographie avec ses repères, ses droits mais aussi ses devoirs.

Cette géographie particulière permise par le maillage est à chaque fois différente. En effet, l'ensemble ne tient que par la mise en commun autour de la prise en charge, toujours singulière, d'un probationnaire qui n'est, pour paraphraser le poète, « chaque fois, ni tout à fait [le] même ni tout à fait [un] autre » [82]. Penser ainsi, c'est, non seulement considérer le probationnaire comme un « semblable » et développer son droit de cité, mais c'est surtout définir un espace commun qui devient à chaque fois singulier dès lors qu'il n'est défini que pour ce probationnaire-ci. Ainsi, la grande vertu

62. fr.wikipedia.org

du maillage est de placer au centre du dispositif le probationnaire et d'adapter ce dispositif, de manière suffisante et mesurée, aux besoins de l'auteur mais aussi à ses compétences, comme cela est fait pour la singularisation du programme de soins qui lui a été proposé et comme cela doit l'être pour l'accompagnement social.

Schéma de l'intercontenance



Les qualités de cet environnement intercontenu et interconnecté

Cet environnement intercontenu, maillé par les actions des différents partenaires, doit présenter un certain nombre de qualités pour être efficace. Ces règles qualifiantes fonctionneront comme des devoirs pour tous les partenaires.

- Le premier est le devoir de **cohérence**. Il suppose, pour l'ensemble des partenaires, non pas de tenir un discours identique, mais que dans chacun des discours propres aux diverses fonctions des partenaires, le probationnaire éprouve qu'il relève d'une même orientation qui s'adresse à lui et pas à un autre ou un groupe d'autres.
- Le deuxième est le devoir de **fiabilité**. Cette dimension fondamentale, repose sur le fait qu'aucun partenaire ne se dérobe à ses fonctions et aux charges qu'elles impriment. Cela va du respect des rendez-vous, des engagements pris, des projets mis en œuvre mais aussi des rappels fermes à la loi, ou plus si nécessaire. Cela progressivement permet au sujet de faire l'expérience d'un environnement *prédictible*, ce qu'il n'a en général jamais rencontré dans son histoire infantile. La *prédictibilité* étant une base nécessaire pour engager un projet d'avenir.
- Le troisième est le devoir de **compréhension**, c'est-à-dire de rendre cet environnement compréhensible. Trop souvent les auteurs de violences sont confrontés à des dimensions qu'ils comprennent peu, voire pas, les laissant dans le sentiment d'être en dehors d'un monde commun, ce qui engendre souvent des vécus persécutatoires. Rendre compréhensible c'est permettre au sujet de décrypter son environnement, de lui donner du sens, de savoir où il s'engage, de pouvoir participer réellement au monde dans lequel il évolue. C'est aussi, et peut-être surtout, une manifestation de respect. La question pour les intervenants n'étant pas de faire crédit au sujet de savoir ou d'avoir compris, mais de s'en assurer et donc de l'accompagner dans son appropriation.
- Le quatrième devoir, est le corollaire du précédent, il s'agit de rendre cet environnement *accessible* au sujet. Cette *accessibilité* suppose que cet environ-

nement soit suffisamment *malléable*⁶³ afin que le sujet aie l'éprouvé d'être aussi acteur de son développement. Là encore il s'agit du respect du probationnaire : ne mettre en place qu'un accompagnement thérapeutique qui soit en adéquation avec les besoins et les compétences du sujet, en proportionnant l'action d'aide et d'appui à la nécessité. On comprend ici l'importance d'une évaluation régulière qui permet d'adapter au mieux les aides auxquelles le sujet peut prétendre et qui s'inscrivent dans son programme thérapeutique. La malléabilité de cet environnement, la négociation de l'accompagnement ne peut se faire qu'en accord avec tous les partenaires. Ce sera donc le produit d'une négociation pluripartenariale en lien avec le sujet. Une telle négociation offrira la meilleure potentialité appropriative du soin et donc de la réinsertion.

- Le cinquième devoir a déjà été mentionné, au sens qu'il est en position méta par rapport aux autres, c'est le *respect*. La qualité de cet environnement repose sur une idée centrale : malgré l'action délinquante et le dommage fait à la victime ayant engendré la rigueur de la loi, le sujet qu'est la personne délinquante n'a pas disparu au profit d'un justiciable *lambda* et qu'il est bien pris en compte dans toute sa dimension subjective. Cela passe souvent aussi par de petites actions, par exemple recevoir le sujet à l'heure prévue pour ses rendez-vous, sans retard ; prendre en compte les diverses contraintes auxquelles il est confronté (absence de moyen de transport, éloignement du centre, difficulté de s'orienter, discrètes phobies, difficultés de compréhension, etc.) ; négocier avec lui ce qui est possible et ce qui ne l'est pas ; construire avec lui la faisabilité des actions à mettre en œuvre ; etc. Il s'agit, le plus souvent pour ces auteurs, d'une expérience nouvelle.

Cet environnement favorable aux soins, constitué par le maillage, fonctionne alors pour le probationnaire comme une « psyché d'appoint » externe, à charge pour les soignants de lui permettre de l'introjecter. Le sujet fait, dans cet espace « attentif » et fiable, deux expériences. La première, en sa présence : une rencontre peut être un lieu d'échange dont il est l'objet et qui respecte son intégrité corporelle et subjective ; la seconde en son absence : celle d'être pensé ailleurs et par d'autres dans le souci de « baliser » un terrain d'avenir potentiel pour qu'il puisse poursuivre son chemin vers, et la réinsertion, et l'intersubjectivité humaine. C'est en ce sens que cet environnement devient *prosécure*, capable de générer une sécurité citoyenne, celle qui respecte l'intégrité physique et subjective de tout autre dans le respect des lois.

Du mantèlement au holding psychique

Un tel maillage, par l'intercontenance que propose ce dispositif, engendre un effet fondamental de mantèlement. Ces auteurs ont le plus souvent un Moi parcellisé, archipélisé [23] ce qui engendre de nombreuses zones qui ne sont pas véritablement unifiées par un processus de liaison générant, face à une surcharge excitative, des angoisses d'effondrement. Pour s'en défendre, ces sujets peuvent retrouver un état très primaire de leur psychisme qui a été mis en évidence chez les enfants autistes par Donald Meltzer : le démantèlement. Il correspond chez les enfants à une errance sensorielle de chacun des sens, qui se trouvent éparpillés et qui sont attirés par l'objet le plus excitant du moment, dans ces instants, l'éparpillement et la mobilisation de chaque sens par des objets différents engendrent une suspension de l'attention qui suspend du même coup toute angoisse. Le prix à payer en est une disparition du Moi, une dissolution par là même des possibilités de croissance et de développe-

63. Le terme de *malléable* est emprunté à René Roussillon qui développe cette notion inspirée de Marion Milner [76].

ment psychique. Dans le cas de l'autisme, un tel mécanisme primaire est à distinguer du clivage [70]. Cette approche nous permet de comprendre la place que peut prendre une victime pour un auteur : elle vient capter perceptivement la sensorialité et évite l'effondrement identitaire par l'action qui se déclenche. Le dispositif d'intercontenance propose une réunion ferme des zones du Moi du sujet⁶⁴. D'une certaine manière, les contenus ne pouvant plus être expulsés sont contraints de coexister, l'attention à lui est alors restaurée dans l'éprouvé reconstitué et protégé d'une unité parfois vécue douloureusement. Ce processus offre ainsi au sujet l'expérience particulière d'être le centre de gravité de cet effet et le pôle organisateur de la géographie où se déploie son accompagnement. Ce mantèlement ferme pourra évoluer ultérieurement vers une contenance et une fonction « conteneur » telle que René Kaës l'a travaillée dans le sens d'une capacité transformatrice des éprouvés de l'excitation en représentations [59, 59c]. Cela suppose, et j'insiste sur ce point fondamental, que le maillage doit être ferme et donc que les règles en vigueur à l'intérieur de cet espace doivent être appliquées avec fermeté. Toute déroba de la part des professionnels risquant de nouveau d'entraîner, pour le moins, des angoisses non négociables par le sujet et donc des risques de récurrence.

Ce type de dispositif, permis par le maillage santé-justice-social, définit ainsi un environnement favorable au sujet, correspondant à une présence vigilante qui développe autour de lui un environnement qui va chercher à s'adapter à lui et qui, à terme, évite les clivages défensifs qui ne sont que les stigmates de modes d'adaptations à un environnement défaillant. Ainsi, l'intercontenance génère un affect fondateur du travail thérapeutique en milieu libre : le *holding psychique*.

C'est ce type d'éprouvé qui entraîne pour l'AVS une meilleure potentialité adaptative puisqu'il est dans un environnement négocié, ce qui est très différent de son environnement primaire. Ainsi le maillage santé-justice-social constitue une dimension plurimodale qui organise, module, rend préhensible et adapte la réalité imposée au probationnaire. Ainsi perçoit-il la construction d'une unité (dont il est le centre) dans le respect des singularités de chacun des partenaires pour qui il est, à chaque fois, et quelqu'un de différent et d'identique à lui-même.

Cette groupalité psychique interpartenarial est d'abord **interpsychique** puisqu'elle réunit des partenaires de différents ordres qui se doivent de fonctionner ensemble dans un espace commun défini par le maillage. Ensuite elle est **transpsychique**, puisque l'ensemble de ces partenaires œuvrent dans une sorte de communauté psychique. Tous ensemble sont assemblés autour d'un but commun : la réadaptation de ce sujet au centre de leur préoccupation. Cette topique potentialise ainsi un espace **inter et transsubjectif** dans lequel se trouve inclus le sujet puisqu'en position d'attracteur forcé. C'est, peut-il penser – et il n'aurait pas tort de le faire – que s'il en est ainsi, c'est parce qu'il est là. Ainsi se crée à la fois un espace d'illusion ainsi qu'une forme de groupalité psychique introjectable et donc structurante.

Par cette introjection il place à l'intérieur de lui les qualités intercontenantes de cet environnement. Ainsi se construit un espace interne différencié lui permettant de développer sa capacité d'être seul en face de cet environnement-là, prémisses d'être seul en face de tout environnement sans trop craindre un débordement excitatif, prémisses surtout d'une subjectivation à venir.

64. Que l'on songe au dispositif inventé par Temple Grandin qui était le seul à être à même de calmer ses angoisses. Et qui était constitué par des pressions très fermes sur l'ensemble du corps [52].

Maillage et désistance

La fonctionnalité et l'efficacité de ce dispositif repose sur une mise en correspondance et une harmonisation, dans l'ensemble des champs, des moyens « mis à disposition » du probationnaire : programme de soin et d'accompagnement singularisé pour chaque probationnaire, répondant à ses besoins et adapté à ses compétences.

L'ensemble du dispositif étant tissé autour du PPSMJ, comme la corde se tisse autour d'une âme, il conduit à penser la prise en charge de l'auteur de violences sexuelles comme une forme de *tutoring* où soins et guidance ne s'opposent plus et se trouvent intégrés, tout en le générant, dans un parcours désistanciel. Le mot parcours implique la notion de trajet, de progression, même s'il doit être tenu compte des retours en arrière toujours possibles et qui peuvent faire partie d'un parcours de désistance [43]. Par exemple, le surgissement d'un moment de régression, nécessaire dans le parcours thérapeutique de ces sujets, peut mobiliser une angoisse forte entraînant un risque d'évacuation dans un passage à l'acte. Toutefois, le dispositif du maillage est conçu, avec sa forte dimension empathique et contenante, comme devant permettre une anticipation de ces difficultés par les regards croisés portés sur le probationnaire et éviter ainsi le risque de récidive en lui permettant de contenir ce qui antérieurement ne l'était pas.

Le dispositif du maillage conjoint et opérationnalise les multiples actions, tant judiciaire que thérapeutique ou d'accompagnement social, qui ont été déclinées tout au long de ce rapport et qui toutes, participent d'un parcours désistanciel. On peut résumer ces actions en sept points :

1. la contrainte pénale, fonctionnant comme un méta-cadre, devient créatrice de la rencontre d'un environnement favorable aux soins et à l'accompagnement de ces auteurs ;
2. une bonne connaissance partagée du sujet, de son fonctionnement psychique, de ses capacités d'insertion et des caractéristiques de son passage à l'acte ;
3. la mise en place du programme individualisé de soin et d'accompagnement (liaison soin / SPIP) soumis à une évaluation en continu de ses impacts ;
4. la mise en place d'aides ajustées et individualisées permettant le développement d'attitudes *pro-sociales* ;
5. aider à la rencontre encadrée des victimes ;
6. développer un accompagnement « au quotidien » qui peut passer par la constitution de groupe d'entraide encadrés et supervisés par des professionnels du soin et/ou de l'accompagnement, type Cercles de Soutien et de Responsabilité [83, 22] ;
7. accompagner les accompagnants eux-mêmes et les thérapeutes pour que se développent au mieux les qualités empathiques des liens avec le probationnaire (supervision et analyse régulière des pratiques).

Dans ce dispositif, où toute action aidante doit être proportionnée à la nécessité du sujet accompagné, se conjugue l'écart propre à chacun des champs et la recherche d'une possibilité de penser en commun la singularisation de la prise en charge du probationnaire. Ce jeu d'écart entre singularité et groupalité, permet l'émergence de la fonction tiercéisante qui fait précisément défaut chez ces sujets. Par le maillage se constitue ainsi un espace-temps thérapeutique premier, antérieur à toute demande possible de soins, surface du processus désistanciel à venir.

Conclusion : un modèle multipartenarial intégré pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles

« Jusqu'où aller ? » était la question posée. Entre les nécessités judiciaires, les réquisits du soin telles que je les ai formulés et les accompagnements par le SPIP dans la mesure où les uns et les autres acceptent de travailler de concert dans le cadre du maillage et de ses règles de confiance partagée, d'empathie et d'alliance, nous disposons d'un modèle multipartenarial intégré, homogène et cohérent avec notre culture du soin. Le développement de ce dispositif interinstitutionnel instaure un travail restauratif avec les auteurs de violences sexuelles permettant de percevoir les limites de « jusqu'où aller ? ». Cette question trace l'idée d'un parcours et c'est bien de parcours dont il est question. Un parcours suppose un espace géographique et un temps pour le réaliser. Un parcours n'est pas une errance, c'est une traversée balisée faite de haltes, de stations et de cheminement. Un parcours c'est un espace-temps qui a été pensé par d'autres mais dont chacun fait l'expérience pour lui-même. La vie est un parcours qui sans cesse pose la question « jusqu'où aller ? ». Le dispositif que j'ai décrit s'inscrit dans un parcours de peine mais la manière de le mettre en œuvre peut éviter que celui-ci ne se transforme en parcours du combattant pour devenir un véritable parcours de vie où le sujet pourra sentir émerger en lui la question qui m'a été posée : « Jusqu'où aller ? » et de pouvoir enfin humainement y répondre. Alors s'ouvre un parcours de désistance dont il ne faut jamais oublier qu'il est, pour le sujet qui y est engagé, un parcours de croissance.

Bibliographie

1. Adam C., De Fraene D., Jaspard A., Van Praet S. « Enfermement des mineurs poursuivis pour "agression sexuelle sur mineur". Une analyse croisée des modes de connaissance dans le traitement d'une catégorie émergente », *Déviante et Société*, 2009, vol. 33, No 1, p.69-93.
2. Andrews, D. A., Bonta, J., *The psychology of criminal conduct (5^{ème} éd)*. Cincinnati: Anderson, 2010, 630 p.
3. Anzieu D. *Le groupe et l'inconscient*, Paris, Dunod, 1975, 288 p.
4. Archer E., dir. *Agressions sexuelles : victimes et auteurs*, Paris, L'Harmattan, 1998, 407 p.
5. Arpin F., Pradel F. « Le travail de l'équipe psychiatrique en quartier mineurs », in *Violences sexuelles chez les mineurs. Moins pénaliser, mieux prévenir*, ss dir. André Ciavaldini, Paris, In Press, 2012, 245 p., p. 155-165.
6. Aubut J. « Réflexion éthique autour de la prise en charge des agresseurs sexuels », in Roland Coutenceau et Joanna Smith, *La violence sexuelle : approche psycho-criminologique. Évaluer, prévenir, soigner*, Paris, Dunod, 2010, 400 p.
7. Aubut J. et col. *Les agresseurs sexuels*, Montréal, Québec, éd. Les Éditions de la Chenelière, 1993, 328 p.
8. Balier C., *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF, 1988, 287 p.
- 8b. Balier C. « Repère dans la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles », in ss dir. Bruno Gravier, *Entre pression sociale et injonction légale, peut-on soigner les délinquants sexuels ?*, Actes du V^e séminaire du CEDEP, Montignac, 25-27 mai 1996, 123 p., p. 78-83.
9. Balier C. *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, éd. PUF, 1996, 253 p.
10. Balier C. « La violence à la lumière des processus adolescents », *Adolescence*, 1998, vol. 16, n° 1, p. 117-126.
- 10b. Balier C. *La violence en Abyrne*, Paris, PUF, 2005, 389 p.
11. Balier C., Parayre C., Parpillon C., Rapport « Traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels », Ministère du travail et des affaires sociales / Ministère de la justice, 1995.
12. Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M. « Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels incarcérés », *La documentation française*, 1996, 264 p.
13. Balier C., Ciavaldini A., Emeraud P.-Y. « QICPAAS : Questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agressions sexuelles ». Paris, ARTAAS, 1998.

14. Baron-Laforet S. « L'expertise psychiatrique post-sentencielle, d'injonction de soins et de soins sous contrainte », in ss dir. Jean-Louis Senon, Jean-Charles Pascal et Gérard Rossinelli, *Expertise psychiatrique pénale*, Paris, John Libbey Eurotext, 2007, p. 207-216.
15. Baron-Laforet S., Dumont J.P., Savin B. « Les thérapies familiales en prison », *FORENSIC, Numéro spécial: Environnement et processus de soins*, Vième rencontres SMPR - UMD - MCS, 1995, p. 33-38.
- 15b. Benbouriche M., Vanderstukken O., Palaric R., Le Bas P. (2013). « Prévenir la récidive des auteurs d'infraction à caractère sexuel en France : présentation et mise en perspective des interventions cognitivo-comportementales », in ss dir. Senon J.-L., Jonas C., Voyer M., *Psychiatrie légale et criminologie clinique*, Paris, Masson, 2013, p. 330-334.
16. Binot A., Durand-Mouysset S., Botella F., Lavergne P. « Aspect de l'ordonnance du 2 février 1945 vue par 331 mineurs », *Rapport du Ministère de la Justice*, DPJJ, IPJJ, Mission n° 1 ET 2008, 2008, 32 p.
17. Bion W., *R. Aux sources de l'expérience*, 1962, Paris, PUF, 1979, 137 p.
18. *Bulletin officiel du ministère de la Justice*. n° 2012-05 du 31 mai 2012 – JUSD 122695C, 36 p.
19. Bureau A. « La relation partenariale au prisme du secret », in *La prévention de la récidive dans sa dimension interpartenariale*, ss dir. d'André Giudicelli, 2017, Rennes, PUR, 465 p., p.133-158.
20. Casoni D. « Enjeux éthique et pratique en clinique de l'agression sexuelle en milieu correctionnel », in *Penser les agressions sexuelles*, ss dir Bruno Gravier et Pascal Roman, Toulouse, Érès, 2016, 337 p., p. 105-122.
21. Chaubon H., Gaia A., Rapport annuel de l'observatoire de la récidive et de la désistance, 2017.
22. Chollier M., Cochez F. *Traduction du Guide européen des Cercles de Soutie et de Responsabilité (CSR)*, 2010, Circles Europe : Together for safety. Commission Européenne. <https://www.circles4.eu/wp-content/uploads/COSA-European-Handbook-F-2010.pdf>
23. Ciavaldini A. *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson, édition révisée, 2001, 255 p.
24. Ciavaldini A. « La famille de l'agresseur sexuel : conditions du suivi thérapeutique en cas d'obligation de soins », *Le divan familial*, 2001, n° 6, p. 25-34.
25. Ciavaldini A. (dir.) *Le soin sous contrôle judiciaire*, Paris, In Press, 2003, 148 p., p. 23.
26. Ciavaldini A. : « Nouvelles cliniques du pas-
- sage à l'acte et nouvelles prises en charge thérapeutiques », in *Psychocriminologie*, ss dir. J.-L. Senon, G. Lopez, R. Cario et al., Paris, Dunod, 2008, p. 65-78.
27. Ciavaldini A. *Prise en charge des délinquants sexuels*, Bruxelles, Frédérique Delcor-Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012, 62 p.
28. Ciavaldini A. (dir.) *Violences sexuelles chez les mineurs. Moins pénaliser, mieux prévenir*, Paris, In Press, 2012, 245 p.
29. Ciavaldini A. « L'incroyable et triste histoire du P.A.R.I. Réflexions d'aujourd'hui sur la perversion et la violence institutionnelles », *Revue de Psychothérapie Psychoanalytique de Groupe*, Toulouse, Érès, n° 63, 2014, p. 161-178.
30. Ciavaldini A. « La désistance dans la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuelles », *Actualité Juridique Pénal mensuel*, mars 2015, n° 3, p. 130-135.
31. 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*, 2015/7, n° 192, p. 33-38.
32. Ciavaldini A., Balier C., éd. *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris, Masson, 2000, 250 p.
33. Clipson. C. R. « Practical considerations in the interview and evaluation of sexual offenders », *Journal of Child Sexual Abuse*, 2003, vol. 12 n° 3-4, p. 127-173.
34. Cochez F., Guitz I., Lemoussu P. « Le traitement judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles », in *ASH actualités sociales hebdomadaires*, juin 2010, 154 p., p. 13.
35. Cohen S. « La phobie de la peste ou Heurs et malheurs du psychanalyste », in *Revue française de psychanalyse*, tome LXXVIII, n°3, p. 806-819.
36. Colin M. « Nul n'est tenu de se soigner », in *Le soin sous contrôle judiciaire*, ss dir André Ciavaldini, Paris, Inpress, 148 p, p. 19-22.
37. Collectif, Fédération Française de Psychiatrie, *Conférence de consensus*, « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle », Paris, John Libbey Eurotext, 2002, 582 p.
38. Collectif, *Conférence de consensus*, « Pour une nouvelle politique publique de prévention de la récidive », Rapport du jury de consensus remis au Premier ministre, 20 février 2013, p. 25.
39. Côté, G., Hodgins, S., Ross, D., & Toupin. J. « L'Échelle de psychopathie de Hare : un instrument et la validation de sa version française », *Comptes rendus du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (Tome IV)*, Paris, Masson, 1994, p. 511-526.

40. Coutenceau R., Smith J. *La violence sexuelle : approche psycho-criminologique. Évaluer, prévenir, soigner*, Paris, Dunod, 2010, 400 p.
41. De Becker E., « L'approche systémique et la thérapie familiale des mineurs d'âge auteurs d'agression sexuelle intrafamiliale », *Psychothérapie*, 2006, Vol 26, p.143-153.
- 41b. Eglin M. « Quand la justice impose des soins », *Enfance et psy*, 2006 / 1, n° 30, p. 121-133.
42. Équipe de soins de l'EPM de Meyzieu, « L'expérience de la prise en charge des adolescents à l'Établissement Pénitentiaire pour Mineurs de Meyzieu », in *Violences sexuelles chez les mineurs*, ss dir. André Ciavaldini, 2012, Paris, In Press, 245 p., p. 167-180.
43. Farral S., Calverley A., *Understanding Desistance from Crime*, Open University Press, 2005, 248 p.
44. Gallez M. « Prise en charge individuelle et familiale d'adolescents auteurs de transgressions sexuelles dans la fratrie », in *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 2016, vol.1, n° 5, p. 6-21.
45. Gamet M.-L. « Accompagner les mineurs auteurs d'infraction à caractère sexuel », in *Les cahiers dynamiques*, 2009, vol. 2, n° 44, pp. 10-12.
46. Gamet M.-L. « L'expérience d'un dispositif de prise en charge des violences sexuelles des mineurs : constat et perspectives sous l'angle du développement sexuel », *La Lettre du Psychiatre*, 2012, vol VIII, n° 5, p. 128-132.
47. Garapon A., Gros F., Pech T. *Et ce sera justice (punir en démocratie)*, Paris, O. Jacob, 2001, 330 p.
48. Genevois C. « Quel travail clinique en établissement pénitentiaire pour mineurs ? » *Le journal des psychologies* N°261, Octobre 2008 (01/10/2008), p. 63-67.
49. Gérard M., Sion V., Blondeau S., Fuso S. « "Groupasdos" : une expérience de prise en charge des adolescents au comportement abusif », *Bulletin de l'Action Enfance Maltraitée*, 2006, n° 65.
50. Giudicelli A. *La prévention de la récidive dans sa dimension multipartenariale*, Rennes, PUR, 2017, 465 p.
51. Giudicelli-Delage G., « La responsabilité pénale des travailleurs sociaux au regard du nouveau Code pénal », *Revue de droit sanitaire et social*, 29 (4), octobre-décembre 1993, p. 708-724.
52. Grandin T. (1986) *Ma vie d'autiste*, Paris, éd. O. Jacob, 1996 pour la traduction française, 200 p.
- 52b. Gravier B. (ss dir) *Entre pression sociale et injonction légale, peut-on soigner les délinquants sexuels ?*, Actes du V^e séminaire du CEDEP, Montignac, 25-27 mai 1996, 123 p.
53. Gravier B., Roman P. *Penser les agressions sexuelles*, Toulouse, Érès, 2016, 337 p.
- 53 b. Grépillat A. (1988) : « La relation au soignant » particulièrement, chapitre 6, « Un cadre dans le cadre : la "Relaxation" », in *Psychanalyse des comportements violents de Claude Balier*, Paris, PUF, 1988, 287 p. p. 238-259.
54. Haesevoets Y., H. « Évaluation clinique et traitement des adolescents agresseurs sexuels : de la transgression sexuelle à la stigmatisation abusive », *La psychiatrie de l'enfant*, 2001, vol. 44, p.447-483.
55. Harrault A., Hugon C. « L'obligation de soin : vers une clinique du sujet contraint », *Le Journal des psychologues*, 2005, n° 233, p. 66-71.
56. Hayez J.-Y., De Becker E. *L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement*, Paris, PUF, 1997, 301 p.
57. Herzog-Evans M. « "All hands on deck" : (Re) mettre le travail en partenariat au centre de la probation », *Actualité Juridique Pénal*, mars 2013, p. 139-144.
58. Hollin C., R., Palmer E., J., *Offending Behaviour Programmes : Development, Application, and Controversies*, Chichester, Wiley - Blackwell, 2006, 310 p.
59. Kaës R. « Analyse intertransférentielle, fonction alpha et groupe conteneur », *L'Évolution psychiatrique*, t. XLI, fasc. 2, 1976, p. 239-247.
- 59b. Kaës R. (1993) : *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod, 352 p.
- 59c. Kaës R. « Conteneurs et métaconteneurs », in *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2012 / 2, vol. 2, p. 643-660.
60. Klopp A.-M. « Infractions sexuelles. D'une triple entente à une multiple entente » in Université Lille II, Société Belge de criminologie, Société Française de Criminologie, *Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, actes du XXXIII^{ème} Congrès français de Criminologie, Paris, Dalloz, 2002, 272 p., p. 133-144.
61. Kornprobst L. *La responsabilité médicale*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1947, 376 p.
62. Koufeidji K. *Les enjeux d'un accompagnement global de la PPSMJ en milieu ouvert*, Enap, Direction de la recherche et de la documentation, 2014, 72 p.
63. Lacambre M. « Clinique et prise en charge des auteurs de violences sexuelles », *Congrès Français de Psychiatrie*, S29C, 29 / 2014, 615-644.

64. Laronde-Cléral C., Lechon L. « L'impact de l'objectif de prévention de la récidive sur les pratiques » in ss direction André Giudicelli, *La prévention de la récidive dans sa dimension multipartenariale*, Rennes, PUR, 465 p., p. 63-84.
65. Lavèze-Pommier F. « L'utilisation du psychodrame dans le cadre d'un dispositif d'accompagnement en milieu ouvert (MARS) de jeunes mineurs AVS », in *Violences sexuelles chez les mineurs. Moins pénaliser, mieux prévenir*, ss dir. André Ciavaldini, 2012, Paris, In Press, 245 p., pp. 205-224.
- 65b. Leca H., Brun A., « Groupe thérapeutique à médiation sensorielle olfactive en milieu carcéral », *Médecine & Hygiène*, 2012/2, vol. 32, p. 137-146.
- 65c. Legendre-Boulay C. « Art thérapie et adolescents en prison », *Soins Pédiatrie Puériculture*, 2002, vol. 2, n° 204, p. 32-39.
66. Lemaître V., Balier C., Neau F. *La violence de vivre*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 2007, 190 p.
67. Lena M. *Code de procédure pénale*, Paris, Dalloz, 2018, 2892 p.
68. Mcguire J. « General Offending Behaviour Programmes : Concept, theory and practice, in ss dir. Hollin C., R. et Palmer E., J., *Offending Behaviour Programmes : Development, Application, and Controversies*, Chichester, Wiley - Blackwell, 2006, 310 p., p. 69-112.
69. Manzanera C. « Les obligations du médecin au cours des soins pénalement ordonnés », *Congrès Français de Psychiatrie*, S29B, 29 / 2014, 615-644.
70. Meltzer D. (1975) : *Exploration dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot, 1980 pour la traduction française, 266 p.
71. Minary J.-P., Ansel D., Mariage A., Boutanquoi M. « Jeunes en difficulté et auteurs de violences sexuelles : comment les aider sans violences ? », *Société et jeunesse en difficulté*, n° 10, automne 2010, dossier.
- 71b. Palaric R. *Cliniques des auteurs d'agressions sexuelles au carrefour des débats contemporains*, thèse de Psychologie, Université Rennes 2, 357 p.
- 71c. Parat C. (1995) : *L'affect partagé*, Paris, PUF, 370 p.
- 71d. Pham H., T., Ducro C., Martin M., Pihet B. « Projet d'évaluation continue des caractéristiques diagnostiques, de l'environnement social et de la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) au sein des équipes spécialisées de la Région wallonne », *Annales médico-psychologiques*, n° 168, 2010, p. 458-461.
- 71e. Pozycki M. « Un atelier de marionnettes en prison pour mineurs », *VST – Vie sociale et traitements*, 2004, vol. 4, n° 124, p. 74-78.
72. Ravit M., « Lien de dépendance et figure du mal », *Psychologie clinique et projective*, 2006/1, n°12, p. 191-210.
73. Reveillaud M., Guyod F. « Le nœud du déni : psychodrame pour les adolescents auteurs d'actes sexualisés sanctionnés ou sanctionnables », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, vol. 57, n°2, mars 2009, p. 102-107.
74. Roman P. *Les violences sexuelles à l'adolescence : Comprendre, accueillir, prévenir*. Issy les Moulineaux, Elsevier Masson, 2012, 224 p.
75. Rosenczveig J.-P., Verdier P., Daadouch C. *Le secret professionnel en travail social et médico-social*, Paris, Dunod, 2008, 192 p.
76. Roussillon R. « L'objet "médium malléable" et la conscience de soi », *L'autre*, 2001/2, vol. 2, p. 241-254.
77. Savin B. « La thérapie socio-familiale psychanalytique », *Le Divan familial*, «Thérapie familiale psychanalytique : nouvelles indications, variantes techniques», 1998, n° 1, p.67-76.
78. Senon J.-L., Pascal J.-C. Rossinelli G. Conférence de consensus : *Expertise psychiatrique pénale*, Paris, John Libbey Eurotext, 2007, p.207-216.
79. Smaniotto B., Réveillaud M., Félicier M. « Parcours thérapeutique d'un adolescent auteur de violences sexuelles pris en charge dans un dispositif de soins spécifiques », in *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, octobre 2014, vol. 62, n° 6, p. 379-385.
80. Tardiff M. *La délinquance sexuelle des mineurs. Approches cliniques*, 2012, Montréal, Presses Université de Montréal, 608 p.
81. Tardiff M. *La délinquance sexuelle des mineurs. Théories et recherches*, Montréal, Presses Université de Montréal, 2015, 764 p.
82. Verlaine P. « Mon rêve familial », *Poèmes saturniens*, 1866, Paris, Le livre de poche, 1996, 222 p.
83. Wilson R. J., Mc Whinnie A. (2012) : « Les cercles de support et de responsabilité », *Actualité juridique pénal*, n°12, décembre 2012, p. 636-639.

Sites consultés

84. Legifrance.gouv.fr
85. Ministère de la Justice. « Insertion et probation : un accompagnement personnalisé », 5/7/2013. <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/insertion-et-probation-un-accompagnement-personnalise-20858.html>.
86. Ministère de la justice, 17 juillet 2013. <http://www.justice.gouv.fr/>

prison-et-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/le-travail-partenarial-des-spip-12011.html. Voir aussi loi pénitentiaire du 24/11/2009 modifiée par celle du 15/08/2014.

87. Ministère des Solidarités et de la Santé : « Pour un accès équitable aux soins et à la protection sociale équivalent à celui de la population », in *Les personnes détenues*, Prévention en santé. Site : solidarites-sante.gouv.fr. 22 janvier 2018. <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/>

[personnes-detenu/es/article/personnes-detenu/es](http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu/es/article/personnes-detenu/es)

88. Portail Ministère de la Justice. « Insertion et probation : un accompagnement personnalisé », 5/7/2013. <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/insertion-et-probation-un-accompagnement-personnalise-20858.html>

89. Répertoire Interministériel des Métiers de l'État. http://www.metiers.justice.gouv.fr/art_pix/RIME_CPIP_2018.pdf

Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ? #2

Florent COCHEZ

Psychiatre, médecin légiste, médecin qualité et gestion des risques,
responsable médical de ERIOS (CRIAVS Aquitaine), référent national
Justice restaurative à la FFCRIAVS.

Introduction

Psychiatre et médecin légiste depuis plusieurs années, notre parcours professionnel nous a conduits à prendre en charge les victimes d'agression (au CAUVA⁶⁵, CHU de Bordeaux) puis à développer des soins pour les auteurs de violences sexuelles (à ERIOS⁶⁶). Une fonction, plus récente, nous ayant en plus orientés vers la démarche qualité (au SQGR⁶⁷), certains éléments de ce rapport en tiennent compte.

Nous voici en position d'expert. Pour répondre à la question, notre rapport vise à porter un regard structurel sur les prises en charge des auteurs de violences sexuelles, réalisées par les différents champs impliqués. Il se veut le plus large possible mais ne garantit pas l'exhaustivité pour autant.

Rédigé par un soignant, il privilégie la prise en charge sanitaire et les articulations des différents champs avec le sanitaire ainsi que l'utilisation du sigle « AVS », acronyme choisi par le Ministère de la santé pour désigner les auteurs de violences sexuelles, les auteurs d'infractions sexuelles ou les auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Pour autant, la gestion des AVS se structure en France autour de différents champs professionnels qui relèvent d'administrations différentes.

Elle se forge aussi au gré d'une **opinion publique** potentiellement influencée par la couverture **médiatique** et le débat **politique** sur le sujet. Cet ensemble est décrit dans la première partie.

La Justice est le maître d'œuvre incontournable et s'organise classiquement entre, d'un côté, la prise en charge **juridique** et **judiciaire** et, de l'autre, la prise en charge **pénitentiaire**.

Ensuite, est présenté le champ **sanitaire**, sollicité depuis l'obligation de soins créée en 1958 et qui prend surtout son essor avec la promulgation de la Loi du 17 juin 1998 qui crée l'injonction de soin et qui fête ses 20 ans à l'occasion de la présente Audition publique.

L'action des **forces de l'ordre** dans le domaine des AVS a évolué avec les textes législatifs et, parfois, avec des initiatives venues de pays étrangers ou en coopération avec eux. Les citer ici permet de leur rendre hommage, qu'elles dépendent de la police

65. Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression (CAUVA), pôle Santé publique, CHU de Bordeaux.

66. Equipe Régionale d'Information, d'Observation et de Soutien (ERIOS), pôle 347 du Dr Deloge, CH Charles Perrens à Bordeaux : unité qui regroupe le CRIAVS Aquitaine, DISPO 33 (soins ambulatoires) et InterCD (soins en détention).

67. Service Qualité Gestion des Risques (SQGR), CH Charles Perrens, Bordeaux.

(Ministère de l'intérieur) ou de gendarmerie nationale (force armée sous tutelle du Ministère de l'intérieur depuis 2009).

Enfin, est décrit le champ social et c'est un vent assez nouveau que nous mettons en avant, qui élargit les possibilités d'implication de la **société civile** (ou communauté au sens anglo-saxon) dans la lutte contre la violence sexuelle.

Ce panorama des prises en charge souligne le fait que la prévention des violences sexuelles ne relève pas que du sanitaire et que ce problème chronique de société est l'affaire de tous.

Dans le texte, le lecteur trouvera parfois un renvoi vers un autre chapitre du rapport. Ce renvoi est alors noté « (voir chapitre) ».

Le climat social, médiatique et politique de la gestion des AVS

Il a fallu attendre les années 80 pour que les politiques s'emparent réellement du problème de la violence sexuelle, et cela même si le Code pénal réprimait les infractions sexuelles depuis longtemps. Cette amorce a été possible grâce à divers mouvements qui se sont mutuellement renforcés :

- le militantisme des associations luttant contre les violences faites aux femmes et aux enfants, qui cherchaient à conférer une place à part entière à la victime dans le système judiciaire français.
- le rôle des médias qui ont relayé ces revendications dans un but d'information, tout en couvrant aussi à l'occasion des faits divers dramatiques de manière plus sensationnaliste.
- l'intérêt progressif de professionnels de la justice et de la santé pour les initiatives et expériences positives de prise en charge des AVS dans des pays étrangers, comme le Canada par exemple, et le relai qu'ils ont pu en faire auprès des décideurs politiques, renforçant ainsi les revendications des associations militantes.
- l'évolution du statut de l'Enfant à un niveau international (adoption de la Convention internationale des droits des enfants en 1989, lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants et le tourisme sexuel au début des années 90).

Dans les années 90, le législateur a renforcé les sanctions prévues pour les AVS et a facilité la poursuite de ce type d'infraction notamment en allongeant les délais de prescription. Et c'est le **17 juin 1998**, à la suite de plusieurs affaires médiatiques retentissantes, qu'est adoptée la loi « *relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs* ». Elle crée la peine de suivi socio-judiciaire, première modalité de suivi possible en milieu ouvert après l'exécution d'une longue peine de prison. Ce suivi peut être assorti d'une injonction de soin, nouvelle mesure qui tendra à être systématisée dans un souci de prévention de la récidive, partant du principe que le soin avait un impact sur la récidive. Dans le même temps, la **lutte contre la pédophilie sur Internet** commence à s'organiser en France (voir police).

A compter de la loi du 17 juin 1998 et jusqu'en mai 2012, le législateur renforce à chaque fois un peu plus les dispositifs existants et en crée de nouveaux, par dix réformes législatives successives adoptées au fil de faits divers médiatisés. De juin 1998 à mars 2010, le législateur crée aussi cinq nouveaux fichiers de police (voir police), dont le premier était, à son origine, spécifique aux AVS. Conséquence directe ou reflet de l'époque, les AVS représentent la première catégorie des détenus de 1999 à 2008.

Le changement de majorité présidentielle en mai 2012 marque une pause législative dans les réformes pénales et la lutte contre la récidive. Les orientations politiques de la Garde des Sceaux insistent en 2014 sur la personnalisation de la peine et sur la mise en place de la contrainte pénale, nouvelle peine en milieu ouvert. C'est la même année que le terme de « **Justice restaurative** » apparaît pour la première fois dans un texte de loi (voir *société civile*). En 2016, suite à différentes affaires dans les milieux sportifs et scolaires, le législateur améliore les contrôles d'honorabilité des éducateurs sportifs professionnels et bénévoles et organise les échanges d'informations entre Ministère de la justice et Ministère de l'éducation nationale afin de renforcer la protection de l'enfance.

Durant toutes ces années, l'**opinion publique** n'échappe pas aux faits divers dramatiques couverts par les médias. Ces drames suscitent de fortes émotions à travers le pays et jettent parfois des doutes sur le fonctionnement des institutions dans la lutte contre la pédophilie, doute parfois émis par les victimes ou leurs familles meurtries.

Très souvent, le **traitement médiatique** de la criminalité est basé sur le fait divers, le sensationnel, l'émotion ou la petite phrase-choc, ce qui ne permet pas la distanciation et la réflexion nécessaires pour comprendre et trouver des solutions. Plus rarement, il s'agit d'un travail journalistique en profondeur, à type de reportage auprès des professionnels de la justice et de la santé prenant en charge les AVS ou de témoignage de personnes antérieurement condamnées pour infraction sexuelle et qui font part de leur propre combat pour lutter contre leur attirance pédophile.

A contre-courant, l'affaire d'Outreau (2004-2005) rappelle subitement qu'une justice trop soupçonneuse peut broyer des innocents. On assiste, au fur à mesure de l'affaire, à un emballement à la fois judiciaire et médiatique à charge au début (mise au jour d'un pseudo-réseau pédophile) puis à décharge (accusation d'acharnement judiciaire et médiatique) éclipsant du même coup les condamnations définitives et bien réelles de l'affaire.

En parallèle, une fois que les politiques sont investis de la question, l'opinion publique assiste souvent à des débats parlementaires, parfois politiciens et houleux, entourant les projets de loi : entre surenchère sécuritaire et laxisme dans l'application des lois, entre inflation législative et manque de moyens sur le terrain, entre systématisation et individualisation des peines. Au rythme des affaires, des lois et de leurs débats, la population française oscille et demeure vraisemblablement partagée sur les moyens mis, ou à mettre, en œuvre dans la lutte contre la violence sexuelle.

Un débat spécifique et récurrent (2007, 2009 et récemment suite au meurtre d'Angélique, 13 ans, à Wambrechies) porte sur la systématisation de la « castration chimique » chez les AVS.

La société civile ne reste cependant pas passive et participe bien volontiers lorsqu'elle est sollicitée, par exemple lors de l'activation du dispositif « Alerte enlèvement », par le biais du signalement de sites internet à caractère pédophile (voir *police*) ou, plus globalement, lors des appels à témoins et avis de recherche concernant des actions terroristes. Désormais, elle pourra aussi participer aux mesures de justice restaurative (voir *société civile*).

La prise en charge juridique et judiciaire des AVS condamnés

La justice gère les AVS du stade de l'enquête à l'application de la peine prononcée lors du jugement, voire après la peine dans certains cas (mesures de sûreté et fichiers par exemple). Pour simplifier, est abordée ici la gestion des AVS uniquement condamnés.

Ne sont ainsi pas abordés les AVS mis en cause ou prévenus, qui demeurent présumés innocents mais pour lesquels, paradoxalement, des soins peuvent déjà leur être ordonnés par la justice (obligation de soins dans le cadre du contrôle judiciaire).

Quelques différences fondamentales avec le sanitaire

- La justice pénale n'intervient qu'en cas d'infraction au Code pénal. La santé peut prendre en charge des personnes qui ne sont jamais passées à l'acte alors qu'elles ont une déviance sexuelle (pédophiles dits abstinentes par exemple).
- Le Juge d'application des peines (JAP) agit dans le cadre de l'application des peines et le Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) intervient sous mandat. Les soignants peuvent prendre en charge des demandes spontanées de soins.
- La justice définit les infractions sexuelles, punit les auteurs et essaie d'éviter la récurrence. La santé identifie des problématiques cliniques et tente de soigner ceux qui en sont atteints.
- La justice condamne à des peines dont la durée est fonction de l'auteur, de la nature, de la gravité et de la répétition de l'infraction. La santé fait des propositions de soin qui durent tant que la problématique n'est pas résolue et que le patient y adhère.

Ces simples éléments expliquent que le champ judiciaire et le champ clinique ne sont pas exactement superposables. En revanche, ils peuvent tendre à être complémentaires et c'est tout l'intérêt des soins pénalement ordonnés (voir *sanitaire*).

La justice définit et caractérise les infractions sexuelles

Les différentes **infractions sexuelles** et les peines encourues sont inscrites dans le Code pénal. Depuis la Loi du 17 juin 1998, les évolutions notables en matière de définition portent principalement sur la notion d'inceste. Après un aller-retour dans le Code pénal, entre février 2010 et septembre 2011, en raison d'une définition qui laissait cours à l'interprétation⁶⁸, la qualification « d'incestueux » a réintégré le Code pénal en mars 2016⁶⁹.

Un **projet de loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes** est actuellement en cours de présentation et prévoit quatre évolutions :

- allongement du délai de prescription de 20 à 30 ans pour les crimes sexuels sur mineurs.
- interdiction réprécisée des relations sexuelles avec un mineur de quinze ans, en clarifiant les éléments constitutifs du viol et des agressions sexuelles et en aggravant les peines encourues. Ces dispositions redistribuent en quelque sorte les infractions d'agression sexuelle, de viol et d'atteinte sexuelle, et prévoient l'atteinte sexuelle avec pénétration afin de la démarquer de l'atteinte sexuelle.
- adaptation des délits de harcèlement sexuel ou moral afin qu'ils incluent les faits de « cyber-harcèlement » réalisé en groupe.
- création d'une contravention d'outrage sexiste afin de lutter contre le harcèlement dit « de rue ».

68. Cela ayant donné lieu à une censure du Conseil constitutionnel pour atteinte au principe de légalité des délits et des peines.

69. Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

Les différentes décisions de justice

Comme prévu par le Code pénal, les personnes qui commettent des infractions sexuelles s'exposent à des **décisions de justice**. La plupart constituent des peines, d'autres, plus récentes, sont des mesures administratives. Certaines sont privatives de liberté (milieu fermé) d'autres sont restrictives de liberté (contraintes en milieu ouvert). Ces dispositifs sont résumés dans le tableau 1.

Tableau 1 - Résumé des décisions dans la prise en charge juridique et judiciaire des AVS condamnés

Décisions	-privatives de liberté	-restrictives de liberté		
-peines (condamnation après jugement)	-Emprisonnement (délits) -Réclusion (crimes) (dans un établissement pénitentiaire pour peine : centre de détention, maison centrale, etc.)	Sursis avec mise à l'épreuve	Contrainte pénale	Suivi socio- judiciaire
-mesures administratives (à l'issue de certaines peines)	Rétention de sûreté (dans un centre socio-médico- judiciaire de sûreté)	Surveillance judiciaire	PSEM	Surveillance de sûreté

Les décisions privatives de liberté

Les peines privatives de liberté correspondent à un enfermement dans un établissement pénitentiaire : on parle d'**emprisonnement** en matière délictuelle et de **réclusion** en matière criminelle. Cet enfermement peut être ferme ou assorti d'un sursis ou associer les deux.

Les établissements pour peine accueillent les personnes condamnées définitivement, c'est-à-dire qui ont épuisé les voies de recours pour contester leur condamnation. Les peines de durée moyenne à longue sont effectuées en centre de détention tandis que les très longues peines s'exécutent en maison centrale. Les conditions de détention sont meilleures qu'en maison d'arrêt du fait de l'absence de surpopulation carcérale en établissement pour peine.

L'objectif de l'enfermement est de punir l'auteur d'infraction et de préparer sa réinsertion. Il sert aussi en pratique à protéger les victimes et la société en général.

Le **nombre d'AVS détenus** a augmenté très nettement fin des années 80 pour atteindre un pic, au début des années 2000, avec un AVS sur quatre détenus (25%). Les AVS ont ainsi occupé la première place dans les prisons françaises pendant une dizaine d'années, de 1999 à 2008. Depuis 2005, leur nombre et leur proportion dans les prisons diminuent (par exemple, 12,8% de la population pénale en 2013). Deux hypothèses sont émises quant à cette diminution : une plus grande prudence suite à l'affaire d'Outreau ainsi que l'extinction, avec le temps, de l'augmentation des affaires pénales liée aux allongements successifs des délais de prescription⁷⁰.

70. P. Lemoussu (2009) : « La prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles du prononcé de la peine à son exécution en France, en Angleterre et au Pays de Galles », Mémoire Master 2 Droit de l'exécution des peines & Droits de l'Homme, Université Montesquieu (Bordeaux 4), Université de Pau et du pays de l'Adour, ENAP.

Le **comportement des AVS en détention** est réputé sans problème. Ils sont considérés comme de « bons élèves » car ils ne posent pas de problème de discipline en général et de troubles du comportement sexuel en particulier. A l'inverse, ils sont facilement stigmatisés (qualifiés de « pointeurs ») par les autres détenus et sont parfois victimes de maltraitements voire de violences sexuelles durant leur incarcération. Il ne faut évidemment pas se satisfaire de tels faits car le sentiment d'injustice, souvent ressenti par l'AVS dans ce contexte, ne facilitera pas le travail d'empathie à sa libération.

Depuis environ 2009, les AVS incarcérés sont orientés vers les établissements pénitentiaires « fléchés AICS » pour effectuer leur peine de prison. Il y en a une vingtaine répartie sur l'ensemble du territoire national (environ 1 par région administrative de l'époque). L'objectif est de leur proposer des prises en charge spécifiques, pénitentiaires et/ou sanitaires, durant leur incarcération, surtout pour les AVS qui ont un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins prévu à leur libération (et qui sont alors incités à se soigner en détention).

Les détenus bénéficient en général⁷¹ d'un régime de réduction de peines qui est de deux ordres : les crédits de réductions de peine (CRP) automatiques, correspondant à 3 mois/an ou 7j/mois en fonction du quantum de peine, et les réductions de peines supplémentaires (RPS) correspondant aux mêmes réductions que les CRP mais accordées en cas d'efforts sérieux de réadaptation sociale. Ces dernières années, les dispositions juridiques ont eu tendance à réduire ou supprimer les RPS pour les AVS ou à les conditionner obligatoirement à un soin au cours de la détention lorsqu'un SSJ est prévu après la prison (incitation aux soins en détention).

Enfin, il existe de possibles **aménagement de peines**. Ils ne sont pas spécifiques aux AVS et sont tous assortis d'obligations décidées soit lors du jugement soit ultérieurement par le JAP. Ils sont variés : régime de semi-liberté (condamné incarcéré bénéficiant d'horaires de sortie durant la journée), placement sous surveillance électronique (condamné assigné à résidence avec horaires de sortie définis durant la journée), placement extérieur (condamné en général hébergé à l'extérieur, avec horaires de sorties définis durant la journée) et libération conditionnelle (condamné libéré de manière anticipée et contrôlée).

La **rétenion de sûreté** n'est pas une peine mais une mesure administrative qui permet le placement, dans un **centre spécifique**⁷² (différent de la prison), de certaines personnes considérées comme toujours dangereuses, alors qu'elles ont purgé leur peine pour une infraction antérieure particulièrement grave.

Ce placement **dure un an** mais cette durée étant **perpétuellement renouvelable**, le législateur a souhaité que le recours à la rétenion soit restreint et très encadré. C'est pourquoi seules les personnes répondant à des **critères stricts** peuvent être soumises à une rétenion de sûreté : personnes coupables d'infractions particulièrement graves, condamnées à une peine de réclusion de 15 ans minimum et présentant un risque de récidive très élevé du fait d'un trouble grave de la personnalité. Aussi, la rétenion de sûreté ne doit être prononcée qu'en **dernier recours**, c'est-à-dire si et seulement si les autres mesures visant à prévenir la récidive sont insuffisantes. Enfin, la Cour d'assises doit avoir expressément évoqué son éventualité lors du jugement.

Des AVS remplissant ces critères peuvent être concernés par la rétenion de sûreté.

71. Sauf récidive et/ou période de sûreté.

72. « Centre socio-médico-judiciaire de sûreté », créé pour l'occasion par la Loi du 25 février 2008 et dépendant à la fois des ministères de la Justice et de la Santé (cogestion par directeur d'hôpital et directeur pénitentiaire).

Ce dispositif, créé par la loi du 25 février 2008⁷³, n'est pas rétro-actif et il faut théoriquement attendre 15 ans (moins les CRP) après 2008 pour voir apparaître les premières personnes potentiellement concernées par la rétention de sûreté. Cependant, le législateur a créé, dans la même loi, la « surveillance de sûreté » (cf. *infra*) qui est d'application immédiate et qui est susceptible de conduire, en cas de non-respect des obligations l'entourant, à une mesure immédiate de rétention de sûreté.

A l'époque de la loi, des critiques ont surtout porté sur la définition de la « dangerosité » et sur l'évaluation du « risque de récidive », qui peuvent manquer d'objectivité en l'état alors que les conséquences sont très lourdes (privation de liberté potentiellement à vie). Cette évaluation est réalisée par une des Commissions pluridisciplinaires des mesures de sûreté, commission créée quelques années plus tôt⁷⁴ pour se prononcer à l'origine sur le PSEM. Elle est composée de professionnels d'horizons différents et elle s'appuie, pour forger son avis, sur une expertise médicale par deux experts et sur les résultats de l'observation de la personne réalisée, pendant au moins six semaines, dans un Centre national d'évaluation (CNE) comme celui de Fresnes, de Lille-Sequedin ou de Réau. Cette commission émet un avis et c'est la Juridiction régionale de rétention de sûreté qui décide de la mesure.

A notre niveau, nous n'avons pas accès à d'éventuelles statistiques récentes sur le nombre de personnes en rétention de sûreté en France.

Les décisions restrictives de liberté

On distingue les peines en milieu ouvert des mesures de sûreté.

Les **peines en milieu ouvert** sont des condamnations prononcées soit à titre principal soit à titre complémentaire (complémentaire à une peine d'incarcération par exemple). Elles permettent d'éviter les « sorties sèches » et favorisent la réinsertion tout en maintenant une certaine surveillance après la prison. Elles participent aussi à diminuer la surpopulation carcérale.

L'éventail des peines en milieu ouvert est large car les peines sont variées que ce soit dans leurs indications, leurs durées maximales possibles, leurs modalités d'application. Cette diversité s'est construite progressivement au fil du temps et s'articule autour de 3 mesures-phares : le **Sursis avec mise à l'épreuve (SME)** qui date de 1958, la **Contrainte pénale** dernière-née de 2014⁷⁵, et le fameux **Suivi socio-judiciaire (SSJ)** créé en 1998⁷⁶ et dont la présente Audition publique marque les 20 ans.

Même si les peines sont différentes, leur **principe** est souvent le même : schématiquement, elles prévoient un suivi du condamné en milieu ouvert par le Juge d'application des peines (JAP) et par le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), mandaté à cet effet pour la durée de la peine. Le condamné est soumis à diverses obligations et interdictions et, en cas de non-respect, le condamné peut être sanctionné.

Les **obligations** auxquelles sont astreints les condamnés sont **d'ordre général** et permettent de contrôler leur résidence, occupations et moyens d'existence. En fonction de la peine, il existe aussi des **obligations et interdictions particulières**, décidées au cas par cas : se soumettre à des soins (obligation et injonction de soins – voir **sani-**

73. 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.

74. Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

75. Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

76. Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

taire), ne pas fréquenter de mineurs ou les lieux habituellement fréquentés par des mineurs, ne pas exercer des activités professionnelles ou bénévoles impliquant un contact avec des mineurs, etc.

En cas de non-respect des obligations, la justice (JAP) peut sanctionner le condamné par un emprisonnement (révocation totale ou partielle d'un sursis, mise à exécution totale ou partielle d'une peine d'emprisonnement encourue). Le bris des conditions peut donc être sanctionné et cela même en l'absence d'une nouvelle infraction, ce qui donne un aspect préventif à ce type de suivi.

La **durée maximale du suivi** est variable en fonction de la peine : 3 ans pour le SME (jusqu'à 7 ans pour les récidivistes), 5 ans pour la contrainte pénale et, pour le SSJ : 10 ans pour les délits, 20 ans pour les crimes ou les récidives de délit, 30 ans voire sans limite de durée pour les crimes les plus graves.

Ces peines ne sont pas spécifiques aux AVS mais peuvent bien entendu les concerner. Historiquement, le suivi socio-judiciaire visait spécifiquement les AVS. Il a ensuite été étendu à d'autres catégories d'infractions, autres que sexuelles, dans les années 2005 et 2007. L'injonction de soins (voir *sanitaire*), intimement liée au suivi socio-judiciaire à l'origine, a dû suivre cette diversification des infractions. Aussi, au gré des nombreuses évolutions législatives et sans aucune évaluation du dispositif, l'injonction de soins est passée de facultative au départ à systématisée par la suite et la peine-support de l'injonction de soins s'est diversifiée, d'autres peines que le SSJ pouvant être désormais assorties d'une injonction de soins.

Les mesures de sûreté

La **Surveillance judiciaire (SJ)**, créée par la loi du 12 décembre 2005⁷⁷, est une sorte de « SSJ rétro-actif ». Elle ressemble en effet à un SSJ et son intérêt principal est d'être applicable immédiatement, même pour les faits commis avant l'entrée en vigueur de la loi la créant. En contrepartie, les personnes ne peuvent y être soumises que pour une durée correspondant à leurs réductions de peine, c'est-à-dire en pratique pour une durée beaucoup plus courte que celle d'un vrai SJJ.

Le **Placement sous surveillance électronique mobile (PSEM)**, créé par la même loi que la surveillance judiciaire, permet la géolocalisation continue de la personne. Un logiciel informatique enregistre les zones d'inclusion, les zones d'exclusion entourées de zones « tampons », ainsi que les horaires déterminés au préalable. Une alarme se déclenche en cas de non-respect des heures et des zones autorisées et également en cas de tentative de retrait du bracelet. L'alarme se déclenche à la fois sur place (boîtier électronique porté par la personne placée) et au pôle centralisateur. Les surveillants pénitentiaires ainsi alertés entrent immédiatement en contact téléphonique avec le placé via le boîtier.

Le postulat est que la surveillance électronique permanente conduira le condamné à se comporter de la même façon que s'il était surveillé par une personne physique. Le PSEM peut avoir un effet structurant pour la personne placée car ses déplacements doivent respecter des heures de sortie et certaines zones géographiques mais peut aussi être très stressant pour le condamné, surtout en cas d'alarmes intempestives et répétées. Cette surveillance électronique peut faciliter aussi l'élucidation d'infraction.

Le PSEM est un dispositif qui ne peut être prononcé que dans le cadre de peines ou de mesures de sûreté strictement définies.

⁷⁷. Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

Enfin, la **Surveillance de sûreté**, créée par la loi du 25 février 2008⁷⁸, est destinée à prévenir la récidive de personnes particulièrement dangereuses arrivant en fin de peine. Elle n'est possible que pour les personnes condamnées à quinze ans de réclusion criminelle pour certaines infractions (article 706-53-13). Elle peut être prononcée au terme d'un SSJ ou d'une SJ, lors de l'échec d'une SJ ou à l'issue d'une rétention de sûreté. Sa durée est de deux ans, perpétuellement renouvelable (et donc potentiellement illimitée).

Elle peut comporter les mêmes obligations que la SJ et le SSJ, notamment l'injonction de soins et le PSEM.

Surtout, la surveillance de sûreté est d'application immédiate et son non-respect par la personne peut conduire à son placement en rétention de sûreté (cf. supra) qui, pourtant, n'est pas rétro-active.

Articulations santé et décisions de justice

La justice est un champ complexe et l'application des peines tout particulièrement. Depuis 1998, nous avons trop souvent assisté à de nouvelles réformes alors que la loi précédente n'était pas vraiment appliquée. Il faut souvent plusieurs années pour que les dispositions soient mises en place concrètement sur le terrain et sur l'ensemble du territoire. La loi du 17 juin 1998 n'avait d'ailleurs pas échappé à la règle. Les soignants, déjà submergés par les soins de psychiatrie classique, ont souvent mal vécu cette inflation législative de recours aux soins.

Dans le soin aux AVS, les soignants doivent avoir quelques notions de droit pénal mais il existe aussi **quelques dérives à éviter** : les soignants n'ont pas à qualifier les faits (lors d'un signalement au Parquet par exemple), à mener une enquête (confrontation victime et auteur présumés par exemple), à commenter une décision de justice (peine jugée trop lourde ou trop légère pour tel AVS). Un moyen est de se rappeler que la justice est rendue au nom du Peuple français, dont les soignants font partie.

De la même manière, ce n'est pas aux juristes (JAP, CPIP, avocats, ...) à jauger, et encore moins à déterminer, la fréquence des rendez-vous médicaux ou la nature des soins prodigués (individuel, groupe, médicament ou non), cela n'est d'ailleurs pas inscrit dans la peine.

En revanche, c'est important que les soignants qui interviennent auprès des AVS :

- **distinguent l'obligation et l'injonction de soins** (voir *sanitaire*).
- connaissent la **durée de la peine**, c'est-à-dire du temps dont ils disposent pour soigner la personne que ce soit en détention (en évitant si possible les sorties soudaines) ou en milieu ouvert. Cela afin d'organiser et d'adapter la stratégie thérapeutique.
- aient une idée globale de l'échelle des peines (un patient qui explique avoir purgé une peine de 10 ans de prison pour exhibition sexuelle omet sans doute quelque chose).
- aient connaissance des **antécédents judiciaires** (diversité des infractions ? étendue sur le temps ? nombre total de victimes ? influence d'une peine sur la trajectoire criminelle ? etc.). En effet, on ne proposera pas la même stratégie thérapeutique s'il y a, par exemple, une seule victime (dans un contexte d'alcoolisation aigue) ou 150 victimes (chiffre moyen de victimes d'un pédophile homosexuel) ou si on apprend qu'un père soit-disant incestueux consulte régulièrement de la pédopornographie.

78. 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.

Enfin, pour prouver qu'il remplit bien les obligations inscrites dans sa peine, l'AVS devra présenter à la justice des attestations régulières notamment de soin. Toute **attestation de soin** lui est remise en main propre, ce qui, en plus de le rendre acteur de sa situation certes contrainte, a le mérite de respecter le secret médical. Libre à lui de la présenter ou non mais son intérêt est plutôt de le faire.

En pratique, lorsqu'un patient consulte pour la première fois en milieu ouvert et qu'il demande une attestation, il est judicieux de lui demander de bien vouloir nous présenter une pièce d'identité (il a le droit de refuser) ou alors au minimum sa carte vitale. Puisque nous rédigeons un document qui sera produit en justice, c'est toujours plus prudent et cela répond aussi au principe qualité de l'identito-vigilance.

Cette attestation peut parfois constituer un **vrai dilemme** pour le soignant et la présence d'un médecin coordonnateur (injonction de soins) peut alors aider. Nous donnons quelques exemples rencontrés dans notre pratique soignante ou dont nous avons eu connaissance au cours de nos missions CRIAVS :

- face à un condamné qui consulte régulièrement mais qui nie les faits et toute problématique sexuelle et qui n'a aucun trouble psychiatrique avéré : doit-on délivrer une attestation de soin ? ou de présence ? La justice fait-elle une différence ? Peut-on (ou doit-on) interrompre le suivi ?
- celui qui se dit déprimé d'avoir été condamné à tort et qui demande un suivi pour l'aider à surmonter cette « dépression réactionnelle » : la rédaction d'une attestation de soin qui sera produite en justice est-elle vraiment adaptée dans ce cas ?
- à l'inverse, des consultations régulières mais avant jugement (sujet présumé innocent) ne risquent-elles pas d'être interprétées par la justice comme un début d'aveu ou de preuve ?
- face à un patient qui refuse les soins en groupe alors que cette indication est très adaptée à sa problématique, faut-il maintenir des consultations individuelles qu'on pense insuffisantes ? Comment délivrer une attestation pour des soins qu'on trouve inadaptés ?
- l'attestation est signée par un professionnel de santé mais elle serait parfois différemment prise en considération par le CPIP ou le JAP selon qu'il s'agit d'un médecin, psychologue, infirmier, etc. C'est pourquoi certains services de soin ont imaginé faire signer toutes les attestations par le secrétariat du service. Cela peut toutefois poser problème dans l'injonction de soins (médecin ou psychologue traitants uniquement).

La prise en charge au sein des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP)

Les Conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) appartiennent à une administration à la fois très hiérarchisée et soumise aux politiques pénales définies par le gouvernement. Ces dernières années, leurs missions ont ainsi évolué vers la « prévention de la récidive » ou plutôt fluctué entre une prévention de la récidive « par un contrôle et une surveillance renforcés » et une prévention de la récidive « par une réinsertion favorisée », en fonction de la coloration politique des gouvernements successifs.

L'administration pénitentiaire utilise l'acronyme « AICS » (Auteur d'infraction à caractère sexuel) pour désigner les AVS (acronyme d'auteurs de violences sexuelles utilisé par le Ministère de la santé).

Présentation générale des SPIP

Les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) sont des services déconcentrés du Ministère de la Justice. Ils relèvent de la Direction de l'Administration pénitentiaire et sont chargés de la mise à exécution des décisions de justice pénale concernant les majeurs condamnés (tandis que c'est la Protection judiciaire de la jeunesse qui prend en charge les mineurs).

Au 1^{er} janvier 2016⁷⁹, 237.799 personnes placées sous main de justice (PPSMJ) étaient ainsi prises en charge par les environ 3.000 CPIP travaillant dans la centaine de SPIP répartis sur tout le territoire : 161.198 PPSMJ en milieu ouvert et 76.601 en milieu fermé. La proportion des PPSMJ est donc de deux personnes suivies en milieu ouvert pour 1 personne (détenue) en milieu fermé.

Créés en 1999 en tant que tels, les SPIP exercent plusieurs missions tant en milieu ouvert qu'en milieu fermé :

- aide à la décision judiciaire en analysant la situation des PPSMJ afin de permettre à l'autorité judiciaire de mieux individualiser les peines et les aménagements ;
- évaluation, suivi et contrôle de la peine et information au JAP sur son déroulement ;
- préparation à la sortie pour les personnes incarcérées ;
- développement d'un réseau de partenaires institutionnels, associatifs et privés afin de faciliter l'accès des PPSMJ aux dispositifs de droit commun (droits sociaux, emploi, formation, logement, etc.).

L'évolution profonde et progressive du métier de CPIP

Depuis leur création il y a 19 ans, les SPIP ont vu leurs missions se recentrer en 2009 sur la prévention de la récidive. Cette dernière constitue aujourd'hui la finalité de leur action⁸⁰. Dès lors, plusieurs expérimentations visant à structurer les politiques d'insertion et de probation ainsi que les modes de prise en charge des PPSMJ par les CPIP ont vu le jour et nous décrivons ici quelques exemples sans doute non exhaustifs :

- Les PPR (**programmes de Prévention de la Récidive**) sont des prises en charge collectives, animées par des CPIP sous supervision d'un psychologue. Ils ont lieu en milieu ouvert ou en milieu fermé, suivent un programme qui se déroule sur une dizaine de séances et réunissent pendant plusieurs mois un des quatre publics pour lesquels les PPR sont adaptés (personnes condamnées pour infractions sexuelles, violences conjugales, conduites addictives ou délinquance routière). Après avoir été expérimentés au SPIP d'Angoulême dans les années 2000, les PPR sont considérés depuis 2009 comme une modalité de prise en charge à part entière et un référentiel de « bonnes pratiques » est paru en 2010. Leur généralisation a été décidée et des moyens matériels et humains (recrutement de psychologues dédiés aux PPR) ont été alloués. En pratique, l'objectif fixé par l'administration pénitentiaire (2 PPR par SPIP et par an dans la région Aquitaine) peine à être atteint que ce soit en milieu ouvert ou fermé (notamment dans les établissements fléchés AICS).

79. Page 5, « Stratégie santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) », Ministère des affaires sociales et de la santé et Ministère de la justice, avril 2017.

80. Voir la circulaire du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des SPIP, la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, la conférence de consensus relative à la prévention de la récidive de février 2013, la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

- Le Code de déontologie du service public pénitentiaire est créé par décret en 2010 et est modifié par décret en 2016. Il concerne l'ensemble des agents.
- Le DAVC (Diagnostic *(sic)* à visée criminologique) apparu vers 2012 et abandonné vers 2014 : il s'agissait d'un outil d'évaluation informatisé et utilisé tant en milieu ouvert qu'en milieu fermé. Appliqué en début de suivi, il devait permettre de déterminer un mode de prise en charge adapté au profil de la PPSMJ ainsi évaluée (différents profils correspondant à différents niveaux de prises en charge). Le DAVC pouvait être complété ou modifié en cours de suivi.
- La recherche-action PREVA menée récemment par l'ENAP, l'Université de Montréal et l'Université de Rennes 2. PREVA est un programme d'évaluation des PPSMJ fondé sur les principes du Risque, des Besoins et de la Réceptivité (modèle RBR). En pratique, 6 outils d'évaluation ont été testés dans 6 SPIP différents. Les conclusions⁸¹ ont été rendues en juillet 2016 et ne font pas l'unanimité, des organisations syndicales pénitentiaires leur opposant par exemple des biais méthodologiques (trop peu de tests réalisés sur le terrain) voire des conflits d'intérêt éventuels.
- La justice restaurative (JR) (voir *société civile*) a été consacrée dans l'article 10-1 du Code de procédure pénale depuis la loi du 15 août 2014. Certains dispositifs de JR avaient déjà été testés comme les Rencontres détenus-victimes (cf. infra) et le rapport Blanc⁸² recommandait déjà en 2012 d'expérimenter les Cercles de soutien et de responsabilité pour les AICS. Une circulaire du Ministère de la justice du 15 mars 2017⁸³ est venue apporter des précisions sur la mise en œuvre des mesures de JR. Plusieurs SPIP sont en train d'en développer à différents endroits du territoire (pour les CSR : SPIP de Dax et SPIP d'Orléans notamment). Une liste des projets en cours est probablement tenue à jour par un service de la DAP mais n'est pas diffusée. La place des SPIP et le statut du CPIP dans une mesure de JR font débat même au sein de l'Administration pénitentiaire. Comme énoncé précédemment, les mesures de JR peuvent concerner les AVS mais seuls les CSR sont spécifiques aux AVS.
- un référentiel des pratiques opérationnelles, portant sur la méthodologie des SPIP et basé en grande partie sur les Règles européennes de la probation, a récemment été finalisé et diffusé à destination des CPIP. Son contenu fait aussi débat parmi le personnel et les organisations syndicales. Il vise pourtant à l'origine à apporter un soutien aux services, des repères aux personnels dans un but d'améliorer les pratiques et la prise en charge des PPSMJ.

Une prise en charge toujours peu spécifique des AVS

Malgré la création d'une peine spécifique pour les AVS en 1998, les modalités de prise en charge par les CPIP n'ont pas connu d'évolution particulière dans la gestion des AVS, que ce soit en milieu ouvert ou en milieu fermé et notamment dans les établissements pour peine fléchés AICS⁸⁴.

81. Rapport final consultable sur : <http://herzog-evans.com/wp-content/uploads/2016/10/PREVA-rapport-final.pdf> (mai 2018)

82. p. 140-141 du Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, présenté par E. Blanc, en conclusion des travaux de la mission d'information relative à l'exécution des décisions de justice pénale présidée par JL Warsmann, février 2012.

83. Circulaire du Ministère de la justice du 15 mars 2017 relative à la mise en œuvre de la JR.

84. Historiquement, les 3 centres de détention « spécialisés AICS » (Caen, Casabianda et Mauzac) l'étaient du fait d'un régime de surveillance pénitentiaire moins renforcé qu'ailleurs car tenant compte de l'absence de trouble du comportement des AVS en détention.

A tort, beaucoup d'acteurs de la chaîne pénale ont longtemps considéré que le seul intérêt du suivi socio-judiciaire était l'injonction de soins et ont alors laissé le dispositif reposer sur le sanitaire alors qu'on aurait pu être créatif aussi côté application des peines et probation. D'ailleurs, certains SPIP ont su parfois innover localement :

- Par exemple dans des mesures de justice restaurative, (voir *société civile*) comme à la maison centrale de Poissy qui a développé des rencontres détenus-victimes (qui ne sont cependant pas spécifiques aux AVS) ou comme au SPIP des Yvelines qui s'est intéressé vers 2012 aux Cercles de soutien et de responsabilité (qui sont spécifiques aux AVS) mais, paradoxalement, en le développant pour des non AVS⁸⁵.
- Par exemple comme le SPIP de Bordeaux qui, face à des situations très à risque dépitées au cours du soin, a fait évoluer son fonctionnement :
 - o en créant le « groupe suivi socio-judiciaire » qui réunit des CPIP volontaires pour suivre préférentiellement les PPSMJ en SSJ (et donc surtout les AVS). Dix ans après, ce groupe existe toujours.
 - o en mettant en place une procédure de « cellule de crise » (en cas de situation aigüe, le CPIP de permanence est rejoint par un CPIP désigné au préalable et qui interrompt alors ses suivis, pour que les deux CPIP se consacrent à la gestion de la situation d'urgence, en lien avec leur encadrement). Étonnamment, il semble que ce dispositif n'ait pas survécu avec le temps et les changements de personnes alors qu'il est vraisemblable que d'autres situations de crise soient survenues.

Articulations santé- SPIP

SPIP et CRIAVS sont localement amenés à se rencontrer dans une logique de réseau. L'organisation, commune ou ouverte à l'autre, de colloques, de formations, de journées et de réunions, permet souvent de créer une dynamique locale voire un « langage professionnel partagé ». Cela permet de connaître le métier de l'autre, ses objectifs et ses limites.

Cependant, les échanges entre CPIP et soignants ne peuvent pas porter sur des données de santé des PPSMJ car, contrairement à ce que beaucoup pense, le « secret partagé », défini par la Loi du 26 janvier 2016, est prévu entre le sanitaire, le médico-social et le social⁸⁶ et non avec le judiciaire et la pénitentiaire.

La prise en charge sanitaire des AVS

Depuis la Loi du 17 juin 1998, la psychiatrie se trouve très impliquée en France dans la prise en charge des AVS et ce degré d'implication est plus élevé que dans les autres pays. Elle intervient à 3 niveaux : le soin bien sûr mais aussi l'expertise (qui peut appartenir à tous les stades de la procédure pénale) et la coordination (médecin coordonnateur en cas d'injonction de soins). Dans cette partie, nous abordons les soins et leur coordination mais pas l'expertise qui est abordée ailleurs au cours de l'Audition publique.

85. Ce qui signifie, en d'autres termes, qu'un dispositif reconnu efficace à l'étranger pour une certaine catégorie de condamnés a été tenté en France en excluant précisément ce type de condamnés, c'est suffisamment incohérent et risqué pour être souligné ici.

86. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Une orientation presque systématique des AVS vers la psychiatrie

En France, la prise en charge d'un AVS dépend de sa responsabilité pénale au moment de l'infraction, déterminée lors d'une expertise psychiatrique et décidée, in fine, par la justice.

Les AVS reconnus comme **irresponsables pénalement** (en raison d'un trouble psychiatrique abolissant leur discernement au moment des faits⁸⁷) ne peuvent pas être condamnés. Ils sortent du champ pénal et sont alors orientés vers la psychiatrie, en général sous la forme d'une hospitalisation sans consentement en hôpital public voire en Unité pour malades difficiles (UMD). L'évolution de leur parcours, en termes de sortie d'hospitalisation puis de prise en charge ambulatoire, relève surtout du Code de la santé publique (notamment de la Loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 septembre 2013).

La grande majorité des AVS sont reconnus **responsables pénalement** de leur infraction. Les nombreuses évolutions législatives de ces dernières années ont tendance à les orienter, eux aussi, vers le soin psychiatrique, parfois après l'avis d'un expert psychiatre. Le soin est ici inscrit dans la condamnation et est donc obligatoire pour l'AVS. Les professionnels de la santé restent cependant indépendants et n'agissent pas sous mandat judiciaire, contrairement aux services de probation (SPIP).

Différents cadres légaux des soins aux AVS

Différents cadres légaux pour les soins aux AVS condamnés sont possibles :

- **En détention** : c'est l'incitation aux soins, qui consiste en une information, réalisée au moins 1 fois par an par le JAP et le SPIP et expliquant aux détenus condamnés (pour une infraction pour laquelle « le suivi socio-judiciaire est encouru ») qu'ils peuvent débiter un soin durant leur incarcération⁸⁸. Pour ce faire, ils sont alors orientés vers des prisons fléchées « AICS » par l'administration pénitentiaire. Ce soin se fait sur la base du volontariat, un détenu ne pouvant y être obligé du fait de son enfermement. S'il refuse, il ne pourra alors pas bénéficier d'une mesure de libération anticipée (réductions de peine, conditionnelle). A l'inverse, lorsqu'il accepte, des réductions de peine supplémentaires peuvent lui être octroyées, le JAP considérant alors qu'il y a un effort sérieux de réadaptation sociale. Le dispositif juridique d'incitation aux soins semble aujourd'hui suffisamment développé et l'information aux soignants des détenus en relevant est prévue par la loi depuis 2012. Cependant, on peut se demander si les soignants ont bien perçu les enjeux des mécanismes juridiques parfois subtils et complexes conduisant à l'incitation aux soins. Car souvent les soignants en prison maintiennent la posture d'attendre la demande spontanée de soin du détenu (demande préalable à envoyer par courrier à l'infirmerie par exemple) plutôt que d'aller à sa rencontre et de s'assurer qu'il a bien compris tous les enjeux. Bien sûr les détenus sont libres de refuser mais cela doit être tracé dans le dossier médical et la porte des soins doit leur rester ouverte. On peut encore plus se poser la question pour le détenu qui n'a pas forcément fait d'études et pour lequel une explication trop juridique ne lui parlera pas. A l'inverse, les soignants en détention se plaignent souvent d'être envahis de demandes utilitaires (d'attestations) de soins. La conférence de consensus de novembre 2001 précisait qu'il n'y avait pas d'indication de soin en cas de déni total des faits.

87. Alinéa 1 de l'article 122-1 du Code pénal.

88. Cette information est également délivrée au cours du jugement par le président du tribunal, lors du prononcé de la condamnation de suivi socio-judiciaire avec injonction de soins.

- **Hors détention** : deux cadres légaux sont possibles : l'**obligation de soins** (non spécifique aux AVS) et l'**injonction de soins** (spécifique à l'origine aux AVS puis élargie à d'autres types de délinquants). Le SPIP sous mandat du JAP veille au bon respect des conditions par l'AVS y compris en matière de soin. La nature des soins demeure toutefois de la compétence exclusive des soignants. Dans l'injonction de soins, un médecin coordonnateur (MC) est spécialement désigné par le JAP pour jouer l'intermédiaire entre condamné, soignant et JAP.

L'**obligation de soins**, définie dans l'article 132-45 du code pénal, est possible dans le cadre d'une peine mais aussi avant jugement (contrôle judiciaire). Autrement dit, l'obligation de soins est possible pour une personne présumée innocente.

L'obligation de soins a été créée en 1958 mais ce n'est que depuis 2012⁸⁹ qu'une information du médecin ou du psychologue traitant est organisée officiellement. En revanche, le médecin, tenu au secret médical, ne peut transmettre d'informations au JAP ou au SPIP, et c'est le condamné lui-même qui transmet à la justice les attestations que le médecin lui délivre. Enfin, le condamné a le libre choix du praticien.

L'**injonction de soins** a été créée par la loi du 17 juin 1998. Cette mesure ne pouvait alors être prononcée que pour une infraction sexuelle et que dans le cadre d'un SSJ. Par la suite, le prononcé d'une injonction de soins est passé de facultatif en 1998 à systématique « *sauf décision contraire de la juridiction* » en 2007⁹⁰, a été élargi à d'autres mesures que le SSJ (libération conditionnelle, surveillance judiciaire et surveillance de sûreté) et, enfin, a été élargi à d'autres infractions que les sexuelles du fait de l'extension du SSJ à d'autres infractions.

Toutes ces évolutions législatives ont été votées sans aucune évaluation du dispositif existant (ou d'ailleurs inexistant dans certains endroits).

En pratique, l'injonction de soins se met en place à la sortie de détention ou de rétention et fait alors intervenir plusieurs acteurs : le JAP et le SPIP, qui contrôlent l'effectivité des soins, ce qui peut conduire à réincarcérer la personne défaillante, le médecin ou le psychologue traitant, qui prodigue les soins nécessaires, et, enfin, le médecin coordonnateur (MC), qui joue le rôle d'interface entre la justice et la santé et dont les missions définies par le code de la santé publique.

Le MC est désigné par le JAP obligatoirement avant la libération (en cas d'infractions rendant possible une rétention de sûreté) ou avant la libération si possible dans les autres cas. Après avoir pris connaissance du dossier pénal communiqué par le JAP, il convoque la personne condamnée pour un entretien. Il lui explique alors les modalités d'exécution de l'injonction de soins et l'invite à choisir un médecin ou psychologue traitant. En cas de désaccord sur ce choix, le traitant est désigné par le JAP, après avis du médecin coordonnateur.

Le MC ne prodigue pas de soins, il convoque la personne au moins une fois par trimestre pour réaliser un bilan de sa situation. Vis-à-vis du médecin traitant, le MC peut lui communiquer des éléments du dossier pénal et lui apporter son assistance en cas de besoin. Le MC n'étant pas un soignant, le Conseil national de l'ordre des médecins a rappelé qu'il n'y avait « donc pas de secret partagé entre le (...) traitant et le médecin coordonnateur »⁹¹, phrase à laquelle il faudrait ajouter pour être tout à fait complet

89. Loi n°2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines.

90. Loi n°2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

91. Courrier de l'Ordre national des médecins du 13 janvier 2011, en annexe 9 du rapport de l'IGAS et IGJS, « L'évaluation du dispositif de l'injonction de soins », février 2011.

« sauf dérogations prévues par la loi ». Ses dérogations⁹² existent depuis la loi initiale de 1998 et ont été rendues plus complexes et confuses⁹³ par une loi en 2010.

Surtout, le MC exerce une fonction d'interface avec la justice dans la mesure où, aux termes de la loi, il constitue l'interlocuteur quasi unique du JAP. Ainsi, le MC lui transmet au moins une fois par an (ou deux fois par an pour les infractions les plus graves) un rapport comportant les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soins, et notamment des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne. De la même façon, c'est le MC qui doit informer le JAP de l'interruption du traitement contre l'avis du médecin traitant et qui peut lui faire part des difficultés, signalées par le médecin traitant, survenues dans l'exécution des soins. Le MC peut également en informer le CPIP de la personne suivie.

A tout moment, un avis expertal peut être suggéré au JAP par le MC ou le traitant.

Enfin, à l'échéance de l'injonction de soins, il informe le patient de la possibilité de poursuivre les soins en dehors de tout cadre judiciaire.

L'injonction de soins est donc une mesure plus structurée que l'obligation de soins et des règles sont établies quant aux échanges d'informations entre eux (dérogations possibles ou obligatoires au secret médical). L'injonction de soins fait cependant appel à plus d'intervenants, ce qui peut constituer une difficulté pour sa mise en place.

- Enfin, à noter que tout AVS a la possibilité de demander du soin sans y être obligé, c'est la **demande spontanée de soin**. En milieu ouvert, la santé peut ainsi prendre en charge un AVS même s'il n'est pas sous mandat judiciaire et peut aussi proposer à un AVS de poursuivre les soins lorsque sa peine et son soin obligatoire se terminent. Pour donner un ordre d'idée de leur proportion, les « soins spontanés » représentaient **environ 35%** en milieu ouvert (consultation spécialisée d'ERIOS en décembre 2011).

Une déontologie commune à tout patient...

La pratique médicale en France répond à des règles déontologiques très précises. Elles portent notamment sur le **secret médical**, le **consentement** du patient après **information**, l'**obligation de moyen** du médecin, le **libre choix** du médecin par le patient, l'**indépendance professionnelle** du médecin.

A noter que tous les corps de métier soignant (médecin, infirmier, psychologue, psychomotricien, etc.) n'ont pas toujours de **Code de déontologie propre** ou d'**Ordre professionnel**. Lorsqu'un Code de déontologie existe (pour les infirmiers par exemple), il semble assez proche de celui des médecins.

Concernant les soins aux AVS, le soin s'inscrit dans les mêmes principes déontologiques que tout soin pour toute autre pathologie (diabète, bipolarité, etc.). Il existe cependant quelques aménagements légaux pour l'injonction de soins (cf. infra).

Les soignants relèvent du Ministère de la santé et non du Ministère de la justice. Ainsi, les soignants ne sont pas liés au SPIP ou au magistrat par exemple. Concernant les médecins traitants, ils sont indépendants et travaillent « en leur âme et conscience » au bénéfice du patient. Cela explique qu'ils ne sont pas tenus aux conclusions d'un confrère expert ou coordonnateur par exemple. Cette indépendance professionnelle est cependant limitée par le respect des recommandations professionnelles (Haute autorité de santé par exemple) et/ou la prise en compte des données acquises de la science (via la formation continue, DPC).

92. Voir article L. 3711-3 du CSP.

93. Voir tableau-résumé page 119 in Cochez, Guitz et Lemoussu, « Le traitement judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles », Actualités sociales hebdomadaires, numéro juridique, juin 2010.

Comme énoncé plus haut (voir *SPID*), la notion de secret partagé (Loi du 26 janvier 2016) concerne les milieux sanitaires, médico-sociaux et sociaux entre eux, et non les milieux judiciaires et pénitentiaires.

...avec aussi des dérogations générales et spécifiques

Très concrètement, l'activité d'un CRIAVS comportant parfois des sollicitations directes d'AVS, de leur entourage ou même de l'entourage d'une victime, il y a nécessité que les professionnels notamment des CRIAVS soient au clair vis-à-vis de leur propre secret professionnel et surtout des dérogations légales concernant, par exemple, une situation de mineurs en danger (ou de majeurs vulnérables)⁹⁴.

A noter que le signalement d'un mineur en danger (ou majeur vulnérable) est une dérogation légale indépendante du cadre légal des soins (spontanés, obligation et injonction) et permanente (c'est-à-dire en vigueur de la première rencontre de l'AVS à la dernière consultation souvent plusieurs années après).

Une difficulté peut résider dans le fait que l'alinéa 2 de l'article 226-14 du Code pénal est spécifique au professionnel de santé et est formulé de sorte qu'il y a constatation par le professionnel de quelque chose de suspect chez le mineur. Or dans le soin aux AVS, la situation d'un mineur en danger provient des dires de l'AVS lui-même et le soignant n'a jamais rencontré le mineur, ne connaît pas son identité, son âge précis, sa promiscuité avec l'AVS, etc. Il n'est pas habilité à organiser une « confrontation » entre le mineur et l'AVS car c'est de la compétence d'un service d'enquête.

Cependant, l'alinéa 1 du même article ne fait, lui, pas référence à une « constatation » mais juste à la « connaissance » d'un cas de maltraitance. Il concerne « *celui (...) qui a eu connaissance (...)* », c'est-à-dire probablement toute personne, professionnel de santé ou non.

Il nous semble absolument nécessaire que des juristes confirment ou infirment nos propos et fassent évoluer l'article si besoin.

En pratique, nous avons malheureusement déjà dû faire ce genre de signalement à ERIOS à Bordeaux (2 à 3 fois par an environ) et nous ne précisons pas sur quel alinéa de l'article 226-14 du CP nous nous appuyons. Aussi, nous invitons d'abord l'AVS à se signaler lui-même aux autorités judiciaires, afin de le rendre acteur de sa trajectoire, tout en l'accompagnant déjà psychologiquement dans sa démarche.

De cette pratique, nous relevons quelques observations intéressantes :

- les services d'enquête et le Parquet sont parfois très surpris, sinon peu préparés, de recevoir des aveux spontanés, ce qui entraîne parfois des situations ubuesques où l'AVS va devoir insister pour être entendu.
- malgré notre signalement, et ses conséquences allant parfois jusqu'à l'incarcération, il n'est pas rare que le patient AVS demande à poursuivre le soin dans l'unité alors qu'il pourrait changer de thérapeute vu le contexte.
- alors que des patients AVS ont décidé de se signaler eux-mêmes après nos conseils, il nous a parfois été reproché – oralement – de ne pas avoir fait de signalement judiciaire en parallèle.

Il existe aussi des **dérogations légales spécifiques dans l'injonction de soins** qui disparaissent à la fin de la mesure, finalement en même temps que le médecin coordonnateur. Ces dérogations n'existent pas dans l'obligation de soins ni dans les soins

94. Tout projet de permanence téléphonique ou de numéro vert (comme le projet Réseau Ecoute Orientation de la Fédération française des CRIAVS par exemple) devrait prendre en compte d'emblée cette éventualité (dans la formation des régulateurs par exemple).

spontanés. Ce qui est assez antinomique car un soignant agit en fonction d'une situation clinique et d'un état de santé et non pas en fonction d'un cadre juridique. Quoiqu'il en soit, en l'état, un soignant prenant en charge un AVS doit donc savoir faire la différence entre ces cadres juridiques et pouvoir facilement retrouver dans le dossier médical le nom et les coordonnées du médecin coordonnateur le cas échéant pour palier une urgence.

De plus, même en cas de dérogation tout à fait légale (difficulté, refus, etc.), le contenu des échanges entre traitant et médecin coordonnateur fait manifestement débat.

En effet, en 2009, le Guide de l'injonction de soins⁹⁵ indique que « *cela ne les délivre pas du secret professionnel* », ce qui est exact encore qu'il aurait été plus judicieux de préciser que cela ne les délivrait pas *complètement* du secret professionnel puisque des dérogations légales bien réelles existent. Le Guide précise ensuite que les médecins / psychologues traitants « *n'ont pas à transmettre les informations qui les incitent à entrer en contact avec le médecin coordonnateur ou avec le juge de l'application des peines. Le médecin traitant et le psychologue traitant n'ont pas à justifier leur position ou à d'argumenter (sic) un point de vue ; ils doivent simplement permettre au médecin coordonnateur ou au juge de l'application des peines de réinterroger l'évolution de la personne et les besoins d'accompagnement ou de contrainte* ».

Nous pensons qu'il s'agit là d'une position (trop) catégorique car, comme nous l'avons relevé en 2010⁹⁶, cela signifierait que « *les raisons du signalement doivent être tuées. Dans ce cas, il incombe aux magistrats et aux médecins coordonnateurs à deviner (sic) ce qui se passe* » et le même principe étonnant s'appliquerait aussi en cas de demande d'une nouvelle expertise au cours de l'injonction de soins. Le même débat a déjà eu lieu dans un autre domaine, celui des certificats des soins psychiatriques sans consentement. On ne pourrait pas imaginer un certificat confirmant une hospitalisation complète sans argument clinique et circonstanciel.

Enfin, ces dérogations au secret médical en injonction de soins ont été rendues, selon nous, plus complexes voire confuses par la Loi du 10 mars 2010, avec un risque réel qu'elles soient peu comprises et peu appliquées sur le terrain.

L'organisation des soins en détention (milieu fermé)

En détention, les soins psychiatriques sont assurés par un Service médico-psychologique régional (SMPR) lorsqu'il existe (un SMPR par région) et par un dispositif de soins psychiatriques (DSP) rattaché à l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) dans les prisons ne disposant pas de SMPR. Depuis 2012, ces différentes structures ont été renommées sous le vocable « d'Unités sanitaires »⁹⁷, qui sont de trois niveaux possibles selon les modalités de prise en charge offertes (consultation, hospitalisation partielle, hospitalisation complète).

Ces dernières années, des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ont été créées. Elles sont destinées à accueillir les détenus nécessitant une hospitalisation en psychiatrie et donc, a priori, dans un contexte d'urgence psychiatrique. En l'absence de places en UHSA, l'hospitalisation psychiatrique d'un détenu a toujours lieu dans un hôpital psychiatrique public voire dans une Unité pour malades difficiles (UMD).

95. Page 44, Guide de l'injonction de soins, Ministère de la santé et des sports et Ministère de la justice, 2009.

96. Pages 118 à 120, Cochez, Guitz et Lemoussu, « Le traitement judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles », Actualités Sociales Hebdomadaires, Numéro juridique, juin 2010.

97. Page 117 du Guide méthodologique « Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice », Ministère des affaires sociales et de la santé et Ministère de la justice, Paris (2012).

Ces différentes structures traitent de toutes les pathologies (psychose, dépression, alcoolisme, toxicomanie, etc.) et ne sont pas spécifiques aux AVS.

En 2008, l'Administration pénitentiaire (Ministère de la justice) a désigné certaines prisons comme étant spécialisées pour les AICS (pour lesquels le suivi socio-judiciaire est forcément « encouru »). Elles sont au nombre de 22, environ une par région, et sont réparties sur l'ensemble du territoire national. Le Ministère de la santé y a alors financé plus d'offres de soins⁹⁸, en renforçant localement les équipes soignantes et/ou en créant des équipes mobiles se déplaçant vers ces prisons car, de par la loi, les soins sont devenus un véritable enjeu pour certains condamnés (voir *juridique* et *judiciaire*).

L'idée de soins spécifiques pour les AVS en détention fait débat parmi les soignants. L'argument principal avancé est le risque de stigmatisation des AVS qui sont considérés comme des « pointeurs » par leurs co-détenus. Mais on entend aussi cela pour les soins en milieu ouvert (où il n'y a pas de co-détenus) et, plus étonnant, pour les soins en centres de détention même fléchés AICS (où les AVS peuvent représenter 80% des détenus). Cependant, à ce niveau de pourcentage, c'est parfois les 20% restants qui se sentent en fait stigmatisés comme nous avons pu l'entendre au sein du réseau. Aussi, c'est parfois le prétexte avancé aux soignants par des AVS qui ne souhaitent tout simplement pas se soigner. Enfin, on ne peut faire abstraction des AVS qui acceptent les soins proposés et qui font part de leur satisfaction de rencontrer (enfin) des équipes qui sont à l'écoute et qui s'y connaissent dans leur problématique si particulière.

Une autre difficulté est la **préparation à la libération**. Moment-clé de l'incarcération, elle ne semble pas toujours formalisée. La loi a souhaité l'intervention du médecin coordonnateur avant la libération (pour ceux condamnés à une injonction de soins), ce qui n'est pas toujours réalisable (si le détenu change de juridiction en étant libéré). Elle a également prévu un échange d'informations entre le dedans et le dehors concernant les soins. Nous souhaitons témoigner ici que nous recevons, environ 2 fois par an, des détenus récemment libérés suite à parfois 10 ans de prison et qui viennent sonner à la porte d'ERIOS sans que nous n'ayons jamais entendu parler d'eux, sans que nous n'ayons aucune information les concernant que ce soit d'ordre médical ou judiciaire. La marge d'amélioration est tout simplement énorme. Lorsqu'un contact a pu être établi avant la libération, le relai est plus simple et peut même être personnalisé.

L'organisation des soins hors détention (milieu ouvert)

Hors détention, les soins aux AVS pénalement responsables se déroulent en hospitalisation ou, dans l'immense majorité des cas, en consultations ambulatoires.

Le recours à une **hospitalisation**, pour un AVS responsable de ses actes, est exceptionnel et doit être motivé par une décompensation psychiatrique (crise suicidaire, état délirant, etc.). Selon notre expérience à ERIOS, il n'est pas rare qu'idées suicidaires et « pulsions » déviantes co-existent lors d'une crise et l'hospitalisation libre en urgence a alors sans doute permis d'éviter un passage à l'acte auto- et/ou hétéro-agressif. Lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire, elle se fait généralement dans un Établissement public de santé mentale (EPSM) et plus rarement en clinique privée.

Pour les **soins ambulatoires**, les AVS ont le choix entre la psychiatrie publique (Centre médico-psychologique, CMP) et la psychiatrie libérale. Selon la loi, dans l'injonction de soins, le médecin coordonnateur doit ratifier le choix fait par l'AVS pour tel ou tel médecin ou psychologue traitant et c'est le JAP qui le désigne en cas de désaccord.

98. Ministère de la santé, circulaire N°DHOS/F2/F3/DSS/1A/2008/356 du 08 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

Sauf à de rares exceptions, 20 ans après la Loi de 1998, les soignants de psychiatrie générale demeurent rarement enclins à prendre en charge les AVS, expliquant qu'ils ne sont pas formés et/ou qu'ils sont déjà surchargés par les soins classiques en CMP. En France, il existe un débat chronique entre soignants autour de la question d'équipe non spécifique de soin versus équipe spécifique pour les AVS. Les avantages et inconvénients des deux possibilités sont entendables mais, comme dit précédemment (cf. supra), des AVS témoignent de leur satisfaction de trouver des professionnels à la fois à l'écoute et aguerris à leur problématique. Aussi, les deux seuls rapports officiels et nationaux sur le soin aux AVS préconisent *in fine* des consultations spécifiques (rapport IGAS et IGSJ⁹⁹, rapport Étienne BLANC¹⁰⁰).

Alors que le nombre d'AVS suivis en milieu ouvert est beaucoup plus important que le nombre d'AVS en milieu fermé¹⁰¹, il n'y pas eu de budget spécifique et officiel pour les soins aux AVS en milieu ouvert. Il existe quelques initiatives locales de développement d'équipes spécifiques, en général à moyen constant, s'adressant aux AVS ou à des auteurs de violence en général. Force est de constater que leur mise en place et leur publicité augmentent le nombre de demandes *spontanées* de soins, par des sujets qui ont repéré chez eux-mêmes une certaine attirance sexuelle déviante comme nous avons pu le constater à la consultation spécifique de Bordeaux. Une telle offre de soin est, selon nous, l'essence-même de la **prévention des violences sexuelles**.

Nous détaillons l'organisation des soins en milieu ouvert au sein de l'unité ERIOS dans la partie sur la nature et la stratégie des soins dispensés (cf. infra).

Avec le temps, avec la constitution du réseau régional ou avec les formations déléguées par le CRIAVS, on assiste au développement de groupes et/ou de consultations plus ou moins spécifiques dans différents CMP de l'Aquitaine historique et c'est autant d'offres de soins qui se créent, souvent à moyens constants malheureusement. Des CMP « médico-judiciaires » existent ainsi à Bergerac (24), à Agen (47), à Mont-de-Marsan (40), à Pau (64) et à La Réole (33).

Cela semble aussi être le cas dans les autres départements de la Nouvelle Aquitaine avec les CRIAVS de Limoges et de Poitiers-Niort.

Des centres d'appui spécifiques : les CRIAVS

Pour pallier les difficultés et réticences des CMP à soigner les AVS, le Ministère de la santé a pris l'option à partir de 2006¹⁰² de développer des **Centres ressources pour les intervenants auprès des AVS (CRIAVS)** et de les régionaliser en 2008¹⁰³. Actuellement, toutes les régions françaises en sont pourvues et la plupart des CRIAVS adhèrent à la Fédération française des CRIAVS.

L'encadré 1 liste les **missions des CRIAVS**, véritables centres d'appui dans la prise en charge des AVS sur le plan sanitaire mais aussi judiciaire, pénitentiaire, social, etc., les intervenants auprès des AVS étant à prendre au sens large. En pratique, nous avons vu aussi que le CRIAVS Aquitaine était parfois sollicité directement par un AVS, son

99. Recommandation n° 46 du Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins, IGAS et IGSJ, février 2011.

100. Recommandations n° 16 et 17 du Rapport parlementaire d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuelle, déposé le 29 février 2012 et présenté par E. Blanc, dans le cadre d'une mission d'information relative à l'exécution des décisions de justice pénale.

101. En Aquitaine (région historique), on compte 560 AVS (61%) suivis en milieu ouvert pour 359 AVS (39%) incarcérés (source DISP de Bordeaux, au 1^{er} janvier 2018).

102. Circulaire DHOS/DGS/O2/GC n° 2006-168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux.

103. Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1 no 2008-264 du 8 août 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

entourage et même une famille de victime parfois.

Pour aider ces intervenants, les CRIAVS créent et animent une dynamique régionale, en puisant dans les outils à leur disposition que sont la documentation, la formation, le conseil, le réseau (réunions ou colloques en commun), etc.

Encadré 1 - Missions des CRIAVS :

Développement de réseaux

Favoriser les rencontres en vue de faciliter le suivi des AVS.

Soutien

Soutenir, conseiller et informer pour la prise en charge des AVS.

Formation

Développer et diffuser les connaissances sur les AVS en formation initiale et continue.

Documentation

Mettre à disposition des professionnels la documentation et la littérature traitant le sujet des AVS.

Catalogue en ligne : <http://theseas.reseaudoc.org>

Prévention

Développer la prévention des violences sexuelles en lien avec les acteurs de terrain.

Recherche

Impulser et développer la recherche et la réflexion dans ce domaine.

Orientation

Renseigner et orienter les personnes en obligation ou injonction de soins et leurs familles.

Adolescents AVS

Tenir compte de leurs spécificités pour chaque mission.

Travailler en réseau est toujours enrichissant. Aussi, cela demande aux CRIAVS un **esprit ouvert et créatif**. Par exemple, suivant l'actualité, certains CRIAVS ont pris contact avec l'Education nationale, d'autres avec l'Eglise catholique, afin de faire connaître l'existence et les missions du CRIAVS et cette démarche a pu se concrétiser par l'organisation de formations, de conférences ou par d'autres formes de coopérations innovantes. Le mouvement qui sous-tend ces actions est, à notre sens, de conjuguer les efforts de chacun et de lutter ensemble contre le non-dit, véritable fléau en matière de prévention.

Les CRIAVS n'ont **pas vocation de soin direct**, ils aident et conseillent les intervenants qui sont en première ligne. Cependant les circulaires de 2006 et de 2008 parlent aussi d'une intervention possible concernant les « **cas complexes** » sans toutefois définir ce que c'est, ni préciser s'il s'agit d'une simple évaluation d'un patient à la demande d'un soignant extérieur ou d'un véritable soin qui serait organisé au sein du CRIAVS. En pratique, les CRIAVS interprètent différemment les circulaires mais il semble peu adapté de proposer des formations sans pratiquer le soin aux AVS en prison et surtout en milieu ouvert.

Comme pour tous les CRIAVS, la question s'est posée aussi pour le CRIAVS Aquitaine. Mais la mutualisation d'emblée des 3 budgets obtenus (CRIAVS, soins en milieu ou-

vert, soins en milieu fermé) au sein de l'unité ERIOS a permis de trouver rapidement une organisation intéressante (cf. infra).

Les CRIAVS ont une **compétence régionale**. Les professionnels sont ainsi amenés à se déplacer à la demande et sur des distances parfois importantes, entraînant une nuitée ou une journée dépassant facilement les 9h. Par exemple au CRIAVS Aquitaine, les médecins bénéficient d'un ordre de mission annuel pour toute la région mais leur statut ne prévoit pas de récupération pour autant et il est surprenant que le Ministère de la santé ne valorise pas cet exercice territorial étendu, les critères des primes existantes s'avérant trop restrictifs en l'état.

Enfin, la majorité des CRIAVS cotisent à la **Fédération française des CRIAVS**, ce qui permet de s'engager dans d'importants projets nationaux (comme la présente Audition publique, la recherche ELIS, le projet Réseau Ecoute Orientation, etc.) ou internationaux (Congrès international francophone sur l'agression sexuelle prévu à Montpellier en 2019).

Le tableau 2 résume l'organisation des soins pour les AVS en France.

SOINS	-hors détention			-en détention	
	Obligation de soins	Injonction de soins	Demande spontanée	Incitation aux soins	Demande spontanée
-cadre légal du soin					
-structure de soin	-CMP (psychiatrie générale) -CMP médico-judiciaires (équipes spécialisées) -Psychiatrie et psychologie libérales			Unités sanitaires surtout des prisons « fléchées AICS » -niveau 1 : DSP des UCSA -niveau 2 : SMPR -niveau 3 : UHSA	
-centre d'appui	CRIAVS (régional) avec ses diverses missions				

Tableau 2 - Synthèse de l'organisation de la prise en charge sanitaire des AVS :

Nature des soins et stratégie thérapeutique

Tandis que la loi de 1998 officialise les soins aux AVS, la santé organise dès 2001 une conférence de consensus¹⁰⁴ visant à faire le point sur les soins possibles aux AVS. Même si toutes les techniques y sont évoquées, la tradition en France est alors beaucoup axée sur l'approche psychodynamique.

A partir de 2008, des budgets sont alloués pour renforcer les soins aux AVS incarcérés. En revanche, à part le paiement des médecins coordonnateurs, il n'y a toujours pas eu de budget spécifique pour développer les soins en milieu ouvert, le Ministère préférant la création de centres ressources (CRIAVS). Toutefois, par endroit et souvent à moyens constants, des équipes développent et diversifient une offre de soin en milieu ouvert : groupes thérapeutiques, consultations pour les médicaments antihormonaux (possibles depuis les AMM de 2005 et 2007), approches cognitivistes et/ou comportementales (TCC), approche systémique, etc. **L'offre de soin ainsi diversifiée permet alors d'élaborer une stratégie thérapeutique**, adaptée à chaque AVS (à leurs besoins) et tenant compte de l'état des connaissances scientifiques dans le domaine.

104. Fédération française de psychiatrie, ANAES et DCS : « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle », Conférence de consensus, 22 et 23 novembre 2001, Edition John Libbey Eurotext.

Même au sein de ces équipes spécifiques, une évaluation structurée du risque de récidence ne semble toutefois pas très répandue.

A noter que la **nature des soins** proposés dépend de l'état clinique du patient AVS et des connaissances scientifiques. Elle **ne dépend pas du cadre légal** dans lequel ce soin s'inscrit, ce qui est logique et qui respecte l'indépendance professionnelle des soignants.

Des débats entre soignants existent, ils portent sur la nature des soins et sont liés aux différents courants théoriques. Il existe aussi un débat quant à l'**objectif des soins** aux AVS : juste soulager la souffrance ou, aussi, prévenir la récidence ?

Schématiquement, on peut résumer ainsi la nature des soins : certains soignants s'intéressent au « Pourquoi ? » et s'appuient alors sur l'approche psychodynamique et d'autres soignants s'intéressent au « Comment ? » et s'appuient alors sur les approches TCC et/ou médicamenteuses. Ces deux modalités peuvent bien sûr être complémentaires.

Les soignants ayant une indépendance professionnelle sont libres de prodiguer les soins qu'ils pensent adaptés au patient qu'ils sont amenés à soigner, avec son consentement. Cependant, cette latitude doit logiquement respecter les **recommandations professionnelles**, elles-mêmes issues de l'état des connaissances scientifiques, et les soignants ont une obligation de moyens.

La Haute autorité de santé a, par exemple, publié des recommandations en 2010¹⁰⁵ mais il n'est pas sûr qu'elles soient intégrées et maîtrisées par l'ensemble des CRIAVS (dans les formations qu'ils proposent par exemple) et il n'est pas sûr que les AVS volontaires aient accès au traitement anti-hormonal et/ou à des groupes thérapeutiques dans chacun des départements français, en milieu ouvert et en milieu fermé.

Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins aux AVS, il semble pertinent d'envisager un **cahier des charges**, tenant compte notamment de cet aspect, pour les CRIAVS et tout projet d'unité de soin pour AVS.

Le débat récurrent sur la « castration chimique »

Ces derniers mois, plusieurs affaires dramatiques ont relancé chez les politiques le débat sur la « castration chimique », sans que l'on comprenne d'ailleurs s'ils voulaient la rendre « systématique » pour tous les AVS ou « obligatoire » pour certains AVS.

Nous ne pouvons d'abord que nous associer à la souffrance des familles des victimes et les assurer de notre profond respect.

Pour rendre un médicament obligatoire, c'est-à-dire sans tenir compte du consentement du patient, il faudrait inventer un nouveau métier : à la fois médecin pour pouvoir prescrire un médicament (après avoir examiné la personne, fait un bilan médical, etc. et comment fait-on si le patient refuse déjà cela ?) et à la fois non-médecin car l'inscription obligatoire à l'Ordre des médecins nous oblige à respecter la déontologie médicale (déclinée dans le Code de la santé publique). Ce métier n'existe pas et, pour tout dire, on ne voit pas bien comment il pourrait exister dans une société démocratique.

En revanche, plutôt que de faire de l'ingérence dans le domaine de la santé au risque de dire des contre-vérités, les politiques, et les autorités concernées, devraient veiller à ce que le traitement anti-hormonal soit accessible sur l'ensemble du territoire en termes à la fois d'offre de soin et de compétence (formations, consultations psychia-

105. HAS, Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans - Recommandations, juillet 2009.

triques dédiées, observatoire national de cette prescription à des fins de recherche). Cela permettra, déjà et enfin, d'informer les personnes concernées et de soigner les personnes volontaires. Il s'agit là d'un élément-clé de la prévention des violences sexuelles et c'est le rôle, noble et constructif, des politiques que de porter cela.

Description de l'organisation de l'offre de soin à ERIOS

La mutualisation d'emblée des 3 budgets obtenus (CRIAIS, soins en milieu ouvert, soins en milieu fermé) au sein de l'unité ERIOS à Bordeaux a permis de trouver une organisation intéressante. Avec le temps, s'esquisse en effet un **véritable parcours de soin** pour les AVS : ils peuvent être rencontrés avant jugement (en contrôle judiciaire en milieu ouvert ou en détention provisoire à la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan où ERIOS intervient), après jugement (peine en milieu ouvert ou peine au centre de détention de Mauzac, fléché AICS, où ERIOS intervient également), après leur peine de prison (retour en milieu ouvert) et, enfin, au-delà de leur peine s'ils souhaitent poursuivre les soins (soins spontanés).

Le **projet de soin en milieu ouvert** est personnalisé et débute par une évaluation clinique en binôme pluri-disciplinaire (intégrant progressivement des outils d'évaluation structurée du risque). Une offre de soins personnalisée est ensuite déterminée à l'occasion du retour de cette évaluation en **réunion d'équipe pluri-disciplinaire** hebdomadaire. Elle tient compte du profil clinique identifié :

- soit orientation vers un soignant libéral, un sexologue ou un CMP (patient présentant un trouble psychiatrique avéré ou une problématique très circonscrite),
- soit prise en charge à la fois à ERIOS et à l'extérieur (ce qui rassure souvent le professionnel extérieur et qui permet de poursuivre l'évaluation du patient),
- soit prise en charge uniquement à ERIOS (AVS récidivistes malgré les soins, nombre important de victimes, utilisation d'une arme, modus operandi très rôdé, etc.).

Cette organisation en 3 niveaux de prise en charge est rendue nécessaire par le faible budget alloué aux soins en milieu ouvert et qui ne permet pas de suivre tous les AVS du département et encore moins de toute la région. A titre d'information, on compte en Gironde 260 AVS (90%) en milieu ouvert pour 30 AVS (10%) incarcérés¹⁰⁶.

L'organisation en 3 niveaux de prise en charge conserve toutefois une certaine souplesse et, surtout, est capable de s'adapter rapidement à l'évolution clinique favorable ou défavorable de l'AVS pris en charge. La longueur de certains suivis (peine de plusieurs années) conduit aussi à envisager une prise en charge évolutive et dynamique, à l'écoute des besoins du patient, besoins qui fluctuent avec le temps et les aléas de la vie notamment.

C'est aussi pourquoi les **soins délivrés au sein d'ERIOS** tendent à s'organiser en **3 étapes successives** mais dont la chronologie pour un patient peut être revue si besoin :

- 1) Un **groupe d'accueil**, mélangeant les problématiques, d'une durée de 6 mois normalement et visant à préparer aux soins. Il permet aux patients de se familiariser avec le principe du groupe en privilégiant les supports (**médiateurs**) pour les rassurer et en abordant la **chaîne délictuelle** afin de les rendre acteurs et de leur permettre d'identifier leurs propres faiblesses et forces.

106. Source DISP de Bordeaux, au 1^{er} janvier 2018.

2) Des soins actifs :

- a. centrés surtout sur une **prise en charge groupale par problématique psycho-sexuelle** et à durée indéterminée. Le type d'approche psychothérapeutique est laissé à l'appréciation du binôme d'animateurs et un **bilan individuel** est prévu au moins une fois par an.
- b. S'y ajoute une **information au traitement anti-hormonal** systématique pour les patients ayant commis un acte sur mineur ou ayant récidivé sur adulte ou sur mineur.
- c. Peuvent s'y greffer (projets à l'étude) des **modules spécifiques** centrés sur des problématiques autres que psycho-sexuelles (gestion des émotions, relaxation, distorsions cognitives, antécédent victimologique et EMDR, entretien motivationnel, etc.) et à durée déterminée sur plusieurs mois.

3) Un **groupe d'accompagnement** ou de post-soins (en projet) se réunissant tous les 3 mois environ. Il vise à maintenir un lien avec les patients qui ont terminé leur suivi obligé et avec les patients toujours contraints mais qui ont bien avancé et pour lesquels les soins actifs deviennent trop lourds. En cas de besoin, ils peuvent appeler la **permanence d'ERIOS** et une passerelle avec l'étape précédente peut s'organiser facilement. Ce groupe d'accompagnement pourra sans doute s'articuler facilement avec des dispositifs de justice restaurative comme les Cercles de soutien et de responsabilités ou les rencontres auteurs-victimes (voir *société civile*).

Cette organisation à ERIOS est très utilement complétée par une **permanence**, téléphonique et physique, aux heures et jours ouvrables, afin qu'un patient en difficulté puisse contacter rapidement un clinicien (psychologue, paramédical). La pratique nous indique qu'il y a 3 types de réponses apportées dans ce cas-là : résolution au téléphone (par exemple, l'AVS est invité à se rapprocher d'un de ses proches, personne ressource au courant de sa problématique, afin de ne pas rester seul), proposition d'un entretien le jour-même à ERIOS (si possible avec son thérapeute sinon avec le soignant de permanence), hospitalisation (libre) en urgence.

Enfin, quatre autres projets viendront prochainement compléter le dispositif à ERIOS :

- un **accueil de l'entourage des AVS** : souvent perturbé lors de la découverte et souvent démuni de devoir vivre auprès d'un AVS, l'entourage trouvera ici un étayage basé surtout sur le soutien et l'approche systémique.
- une **approche sexologique** : même si la conférence de consensus de 2001 avait tendance à nous expliquer que la violence sexuelle ne relevait pas d'une problématique psycho-sexuelle, les besoins identifiés chez les AVS relèvent parfois bien d'une prise en charge sexologique.
- une **coopération avec la victimologie** (unité CASPERTT¹⁰⁷) afin d'animer des actions communes, d'envisager des rencontres condamnés-victimes (justice restaurative), de proposer une prise en charge EMDR aux AVS ayant un antécédent de trauma psychique, etc. Une telle coopération nécessite une certaine gymnastique intellectuelle et permettra de développer une dynamique territoriale de prévention des violences faites aux personnes.
- une **cellule de debriefing des récidives** : à l'image des analyses approfondies des causes en cas d'événement indésirable, cette cellule étudiera le parcours

107. Centre d'Accueil SPÉcialisé dans le Repérage et le Traitement des Traumatismes psychiques, Pôle A du CH de Cadillac (33).

de soins d'un AVS ayant malheureusement récidivé au cours de la prise en charge. Il s'agit à la fois d'une démarche qualité d'amélioration des pratiques avec préconisation d'actions d'amélioration et d'une adaptation de la stratégie thérapeutique si besoin.

Les dispositifs impliquant les forces de l'ordre

Il existe des dispositifs de lutte contre la pédophilie organisés par les forces de l'ordre, que ce soit au stade d'enquête ou au stade de surveillance.

La lutte contre la pédophilie sur Internet

L'utilisation d'Internet à des fins illégales, ou cybercriminalité, existe dans des domaines très divers et la pédophilie n'est pas la dernière de ces activités illégales souvent lucratives. C'est l'opération « Ados 33 », réalisée en 1998 par la Gendarmerie de Bordeaux, qui inaugure le genre d'enquête conduisant à des coups de filet dans les réseaux pédophiles. Mais 15 ans après, le phénomène est toujours important comme l'a illustré l'ONG Terre des hommes qui, en 2013, crée et met en ligne une fillette virtuelle. En seulement deux mois, elle attirera près de 20.000 connexions et permettra d'identifier 1.000 internautes fortement suspectés de pédophilie.

Actuellement, les moyens de lutte contre la pédophilie sur Internet comprennent la possibilité qu'ont les internautes à signaler les sites pédopornographiques via le Point de contact¹⁰⁸, le Ministère de l'Intérieur¹⁰⁹ ou INHOPE¹¹⁰. Il y a également la traque (analyses systématiques des disques durs même effacés, surveillances de forums et de chat, cyber-patrouilles à la recherche de sites interdits, cyber-infiltrations) réalisée par les services spécialisés de police et de gendarmerie qui, contrairement aux ONG militantes, veillent à ne rassembler que les preuves exploitables et recevables par un tribunal. Ce qui signifie, concrètement, qu'il est essentiel que l'agent cyber-infiltré n'ait pas incité l'internaute à la faute pour pouvoir le confondre officiellement. Enfin, une coopération internationale, avec Europol et Interpol, est souvent nécessaire pour être efficace contre une criminalité traversant facilement les frontières.

Le dispositif Alerte enlèvement

Alerte enlèvement est né Outre-Atlantique et consiste en la diffusion à grande échelle d'une situation d'enlèvement d'enfant afin d'obtenir très rapidement le témoignage de citoyens ainsi alertés. Le processus implique plusieurs intervenants à différents niveaux : c'est le Procureur de la République qui, informé d'une disparition d'enfant par les services d'enquête sur le terrain, décide du déclenchement d'Alerte enlèvement, après accord des parents du mineur et en informant le Ministère de la justice. Saisis, les services centraux de la Police nationale et de la Gendarmerie nationale lancent alors l'alerte auprès des organes de diffusion (médias, espaces publics, zones de transport, réseaux sociaux, etc.) afin que tout citoyen, potentiellement témoin ou détenteur d'une information clé, puisse en faire part aux autorités. Depuis sa mise en place en France en février 2006, il a été déclenché plus d'une vingtaine de fois permettant très souvent de retrouver l'enfant disparu et d'interpeller son ravisseur.

108. Créé par l'Association des fournisseurs d'accès et de services Internet (AFA) : <http://www.pointdecontact.net>
109. <https://www.internet-signalement.gouv.fr>

110. Association internationale de hotlines Internet, INHOPE, réseau international pour un internet plus sûr, soutenu par la Communauté européenne : <http://www.inhope.org>

Les fichiers

En plus du **casier judiciaire**, dans lequel toute condamnation définitive, sexuelle ou non, est inscrite, un fichage spécifique des AVS, de manière informatisée et automatisée, s'est organisé en France durant la fin des années 90 et le début des années 2000.

Ont ainsi été créés le Fichier national automatisé des empreintes génétiques (**FNAEG**) qui enregistre le profil génétique des AVS et qui est couplé à un système de conservation des prélèvements biologiques, et le Fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (**FIJAIS**) qui tient à jour des données comme l'état civil et, surtout, la domiciliation des AVS.

Ces deux fichiers, spécifiques aux AVS à leur origine, ont suivi les évolutions législatives. Le FNAEG, créé par la loi du 17 juin 1998, a ainsi été élargi aux personnes mises en cause pour la plupart des atteintes aux personnes ou aux biens tandis que le FIJAIS, créé par la loi du 9 mars 2004, a été étendu à certains auteurs de crimes et délits violents par la loi du 12 décembre 2005, devenant **FIJAISV**. Enfin, l'article 9 de la loi du 10 mars 2010 crée le RDCPJ (répertoire des données à caractère personnel collectées dans le cadre des procédures judiciaires) qui a pour but de faciliter l'évaluation de la dangerosité des personnes poursuivies.

Il ne s'agit pas à proprement parler de fichiers de police ou de gendarmerie mais de fichiers Justice-Police puisque c'est le Ministère de la justice qui en a la responsabilité et le contrôle tandis que le Ministère de l'intérieur les met en œuvre et les gère.

Enfin, il existe d'autres fichiers de police et/ou de gendarmerie, non spécifiques aux AVS : STIC, JUDEX, FAED (empreintes digitales), SALVAC, ANACRIM, etc.

Contrairement à d'autres pays, il n'existe **pas de notification à la population** française concernant la libération des AVS, leur lieu de vie, etc. Si les jugements en France sont publics, car rendus au nom du Peuple français, ces fichiers sont utilisés par les forces de police et la Justice et ne sont pas communiqués au public. Il existe cependant quelques notifications, prévues par la loi, très encadrées et restrictives notamment en ce qui concerne les destinataires (victime, maire de commune, chef d'établissement scolaire, médecin, etc.).

Les fichiers ne sont faits pour permettre une surveillance accrue et permanente des personnes inscrites mais pour les **identifier rapidement en cas d'enquête** et pour les écarter de fonctions professionnelles¹¹¹ (milieu du sport, milieu scolaire) qui pourraient les exposer à réitérer leurs infractions.

Articulations santé et forces de l'ordre

Dans le domaine des AVS, il n'est pas prévu d'articulation particulière entre santé et forces de l'ordre, la santé intervenant en général après la condamnation et à distance de l'enquête. Nous présentons alors quelques anecdotes ou situations rencontrées dans la pratique :

- Dans le cadre du CRIAVS, il est possible et très intéressant de rencontrer les professionnels de la police et de la gendarmerie qui traitent par exemple de la cyber-criminalité ou qui auditionnent les mineurs victimes (salle Mélanie). Des interventions communes en formation ou en conférence enrichissent souvent les échanges.
- Un collègue, en charge du patient, et moi, en tant que responsable d'unité, avons été convoqués par la police au sujet d'un patient qui aurait récidivé.

111. LOI n° 2016-457 du 14 avril 2016 relative à l'information de l'administration par l'autorité judiciaire et à la protection des mineurs.

Certes, nous ne pouvons que répondre à la convocation mais devons opposer le secret médical. Ce secret médical est sans doute bien connu du juge d'instruction qui, en revanche, semblait totalement ignorer l'existence-même du médecin coordonnateur, qui lui n'est pas soignant pour ce patient et n'est donc peut-être pas soumis au même secret. Quoiqu'il en soit, ce type de démarche, si elle se systématisait, ne peut pas faciliter les vocations de soignants auprès des AVS.

- Probablement dans le cadre d'une enquête, la police nous a contactés pour lui communiquer le nom de tous les patients d'ERIOS qui n'étaient pas connus par la Justice. Nous avons bien entendu opposé le secret médical.
- Dans la situation particulière où un patient nous fait un aveu ou nous laisse à penser qu'un mineur est en danger, nous envisageons de procéder à un signalement au Parquet. Avant cela, nous invitons le patient à faire la démarche de lui-même afin de le rendre acteur de sa trajectoire. Les services d'enquête et le Parquet sont alors très surpris et il arrive parfois que l'AVS soit obligé d'insister ou de revenir pour être entendu. La situation serait presque cocasse, s'il n'y avait pas un risque pour un mineur. Avec le développement des soins aux AVS, des situations jusque-là assez inédites risquent fort d'augmenter et nécessiteront alors de réfléchir à une amélioration des pratiques.

Les interventions de la société civile

La société civile (au sens de la « communauté » des anglosaxons) réagit et s'investit dans les problèmes de société à partir du moment où elle se sent concernée. C'est le cas des auteurs d'infractions en général et des AVS en particulier.

Les actions de la société civile sont de diverses natures, elles sont parfois spécifiques aux AVS parfois plus larges, elles ont une portée loco-régionale, plutôt nationale ou même internationale pour certaines.

Les actions présentées ici ne sont sans doute pas exhaustives.

Actions de réinsertion

On connaît déjà tout l'intérêt du réseau **d'aide à la réinsertion et à la réhabilitation** pour les personnes en difficulté. Pour les personnes détenues, il intervient soit pendant la détention, soit après la libération.

Les acteurs de ce réseau appartiennent soit au secteur public soit, le plus souvent, au monde associatif (associations d'insertion, entreprises intermédiaires, organismes de formation, etc.).

Leur action porte sur l'hébergement, le logement, le travail, la formation, l'éducation, l'accès aux droits sociaux, l'accès aux soins, etc. et est souvent complémentaire aux champs de la santé et de la justice qui ne disposent pas de toutes ces ressources et prérogatives.

Par exemple, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) gérés, la plupart du temps, par des associations ou des organisations humanitaires, hébergent des personnes en situation précaire et leur proposent un accompagnement social ou éducatif, des actions d'insertion et de réinsertion professionnelle, voire des activités culturelles ou de loisir.

Souvent les AVS se retrouvent **très isolés à leur libération**, conséquence de la nature sexuelle des infractions et de la durée de la peine d'emprisonnement. Absence de

logement, rupture familiale, sociale et professionnelle sont souvent des enjeux de la préparation à la libération. Avec la psychiatrie publique organisée en secteur géographique en fonction du lieu de résidence, l'absence de logement peut même gêner la mise en place des soins pénalement ordonnés (obligation et injonction de soins). Cela constitue un argument supplémentaire pour le développement d'équipes spécifiques de soins aux AVS qui sont intersectorielles.

Le travail de réinsertion n'est pas spécifique aux AVS et les acteurs du réseau ne cherchent d'ailleurs pas à connaître le motif d'incarcération. Si un bénéficiaire leur en parle, ils sont dans une écoute neutre et bienveillante mais ne cherchent pas à en savoir plus et recentrent leur action sur les objectifs de l'accompagnement.

Cependant, il est plus difficile de trouver un hébergement au sein d'une structure collective pour les AVS que pour d'autres délinquants. Les évolutions législatives et réglementaires concernant les AVS (voir *juridique* et *judiciaire*) ont généré des mesures forcément visibles de l'extérieur (comme le PSEM) et également une certaine stigmatisation des AVS dans la société. L'ensemble conduit à des inquiétudes, des résistances et parfois à des rejets de la part des partenaires du champ éducatif.

Actions de sensibilisation et de prévention

Certaines démarches proviennent de membres de la société civile, sont organisées au sein d'une association et constituent autant d'actions innovantes de sensibilisation et de prévention contre la violence sexuelle.

Ce fait est connu pour les nombreuses associations de victimes ou d'aide aux victimes et il l'est moins pour des associations souvent plus récentes et qui prennent en compte dans leurs démarches l'auteur, réel ou potentiel, de violences sexuelles. Elles ont en commun le fait de lutter contre les tabous et le non-dit qui entourent souvent la violence sexuelle et contribuent ainsi à la prévention. Elles utilisent souvent les nouvelles technologies pour se faire connaître.

Nous décrivons plusieurs d'entre elles (liste non exhaustive) :

- L'Association Une Vie¹¹² a été fondée en 2017 par Sébastien Brochot et a pour objet la promotion du respect entre les êtres et l'épanouissement de l'individu et du collectif.

Elle porte notamment Pedohelp[®] qui est un projet international d'information et de prévention sur la pédophilie¹¹³, prévu de 2015 à 2020. Les deux premières années ont été consacrées à la création du « kit de prévention » tandis que la deuxième partie du projet consistera en sa diffusion à grande échelle, dans les pays francophones puis dans les autres pays au fur et à mesure de sa traduction, complétée par des rencontres sur le terrain avec distribution gratuite du kit. Le kit de prévention, déjà disponible en français et en anglais, comporte différents outils gratuits (deux sites internet, un livre illustré, trois guides, un fascicule et deux affiches) qui servent à informer et à sensibiliser enfants, parents, professionnels concernés, etc.

La devise de Pedohelp[®] est : « Plus il y aura de gens informés, moins il y aura de victimes ». Sébastien Brochot, président de l'association, parle de « d'approche pro-active » ou « prévention active ».

- L'association l'Ange bleu¹¹⁴ a été créée en 1998 par Latifa Bennari et organise un réseau d'écoute destiné aux pédophiles, partant du principe qu'il n'y avait

112. Site : <https://1vie.org/>

113. Site : <https://pedo.help/fr/accueil/>

114. Site : <http://ange-bleu.com/fr>

pas de structure d'écoute ou d'accompagnement pour ces personnes qui souffrent généralement de leur propre situation. Sa devise est « Ensemble faisons parler le silence ».

Une ligne téléphonique ainsi qu'un e-mail permettent à tous ceux qui se sentent concernés de prendre contact avec l'association. Plusieurs fois par an, l'association réunit AVS et victimes de violences sexuelles au sein d'un groupe de paroles, afin qu'ils prennent conscience de la souffrance des victimes.

L'association met en avant la différence entre les « pédophiles abstinentes » (qui ne sont jamais passés à l'acte sur des enfants) et les pédosexuels (qui sont déjà passés à l'acte).

L'action de Latifa Bennari est régulièrement médiatisée et l'association a aussi pour but de sensibiliser l'opinion publique et les politiques sur le nécessaire accompagnement de ces personnes afin de prévenir tout passage à l'acte.

- **L'association Colosse aux pieds d'argile**¹¹⁵ a été créée en 2013 par Sébastien Boueilh. Elle a pour mission la prévention, la sensibilisation et la formation aux risques pédophiles surtout en milieu sportif.

Elle sensibilise les enfants, aide et accompagne les victimes. Elle sensibilise et forme également les adultes, professionnels ou bénévoles, amenés à encadrer des enfants (entraîneurs, éducateurs, animateurs, dirigeants, parents et accompagnateurs bénévoles, etc.) notamment sur les situations qui pourraient être mal interprétées.

Son action s'appuie notamment sur le « Pack Colosse » qui est distribué gratuitement et qui est disponible sur internet. Il comprend : la charte école de sport, les consignes et le guide des Colosses pour les enfants, le protocole éducateur, la procédure de signalement, le sticker Colosse, la convention des Colosses.

L'association sensibilise également les différentes fédérations sportives.

À côté de ces associations créées par des membres de la société civile, on peut également évoquer :

- les **témoignages de personnes victimes**, parfois très connues, qui ont été abusées durant leur enfance. Ils peuvent constituer des supports très intéressants non seulement pour sensibiliser les citoyens sur les risques pédophiles dans la société et lutter contre le non-dit mais aussi pour travailler la douleur des victimes au cours du soin avec les AVS. Le documentaire¹¹⁶ « L'École en bateau, l'enfance sabordée » réalisé par Laurent Esnault et Réjane Varrod en 2013 en est un bel exemple.
- les efforts et réflexions menés par l'**Eglise catholique** suite à différents scandales en son sein et notamment les travaux de la Conférence des évêques de France (brochure, site internet¹¹⁷, cellule d'écoute pour les victimes, sensibilisation au signalement judiciaire, etc.).

Mesures de Justice restaurative

De manière assez récente, apparaît une autre forme d'engagement possible pour les membres de la société civile : la Justice restaurative (JR). Abordée dans la Conférence de consensus sur la prévention de la récidive¹¹⁸ de 2013, la Justice restaurative est inscrite dans la loi française depuis l'été 2014¹¹⁹.

115. Site : <http://www.colosseauxpiedsdargile.org/>

116. <http://tamtamsoie.net/ecole-en-bateau-lenfance-saboree-le-15-avril-sur-france-5/>

117. <https://luttercontrelapedophilie.catholique.fr/>

118. Ministère de la justice.

119. Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

La loi dispose en effet que les victimes et les auteurs d'infractions pénales peuvent se voir proposer, « *à l'occasion de toutes procédures pénales et à tous les stades de la procédure, y compris lors de l'exécution de la peine* », une mesure de Justice restaurative.

Il s'agit de « toute mesure permettant à une victime ainsi qu'à l'auteur d'une infraction de participer activement à la résolution des difficultés résultant de l'infraction, et notamment à la réparation des préjudices de toute nature résultant de sa commission. Cette mesure ne peut intervenir qu'après que la victime et l'auteur de l'infraction ont reçu une information complète à son sujet et ont consenti expressément à y participer. Elle est mise en œuvre par un tiers indépendant formé à cet effet, sous le contrôle de l'autorité judiciaire ou, à la demande de celle-ci, de l'administration pénitentiaire. Elle est confidentielle, sauf accord contraire des parties et excepté les cas où un intérêt supérieur lié à la nécessité de prévenir ou de réprimer des infractions justifie que des informations relatives au déroulement de la mesure soient portées à la connaissance du procureur de la République. » (art. 10-1 du CPP).

En mars 2017, une circulaire¹²⁰ est venue préciser les modalités d'application.

Les mesures de JR méritent d'être soulignées dans ce rapport afin qu'elles soient connues et soutenues par les professionnels du soin aussi. Il s'agit de favoriser le développement en France de prises en charge innovantes, complémentaires à l'existant et qui ont fait leurs preuves Outre-Atlantique et dans des pays européens limitrophes.

C'est aussi l'occasion de valoriser le travail de SPIP et de leurs partenaires qui se lancent dans les Cercles de soutien et de responsabilité (mesures de JR spécifiques aux AVS) comme à Dax et à Orléans, ou dans les Rencontres auteurs-victimes (mesures non spécifiques aux AVS) dans de nombreuses autres villes.

Les Rencontres auteurs-victimes

Le principe est de faire se rencontrer plusieurs auteurs et plusieurs victimes, tous volontaires. Auteurs et victimes ne se connaissent pas mais ils sont concernés par le même type d'infraction (de nature sexuelle ou non). Ces rencontres ont lieu après une longue préparation en individuel tant du côté des victimes que du côté des auteurs. Les rencontres se font en présence de tiers et de témoins de la société civile, qui animent et régulent les séances.

Les témoignages positifs des personnes qui en ont bénéficié sont nombreux. Côté auteur, c'est souvent une prise de conscience de la réelle douleur que vit la victime du fait d'une agression et une volonté de réparer. Côté victime, c'est souvent un soulagement de constater que l'auteur est finalement un être humain capable de percevoir la douleur qu'il a pu engendrer et un début de pardon.

Ces rencontres peuvent se faire en détention, on parle alors de rencontres détenus-victimes, et en milieu ouvert, on parle alors de rencontres condamnés-victimes.

C'est dans la maison centrale de Poissy en 2010 que se tiennent les toutes premières rencontres détenus-victimes, avec le concours de l'INAVEM¹²¹, du SPIP des Yvelines et de juristes universitaires et chercheurs. Actuellement, beaucoup de SPIP s'y intéressent et en développent un peu partout en France.

Les Cercles de soutien et de responsabilité

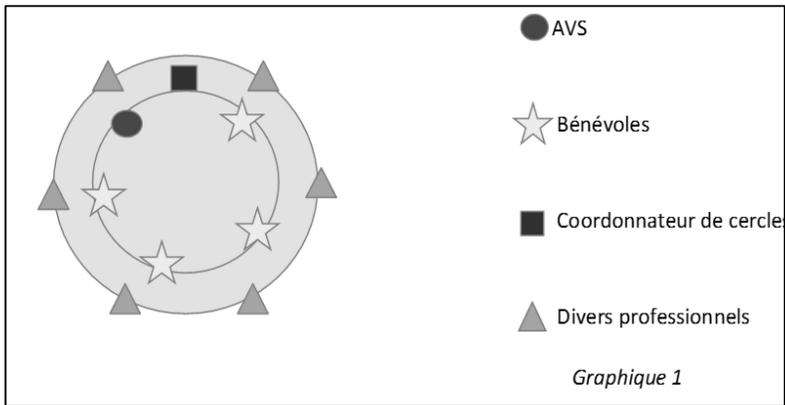
Les Cercles de soutien et de responsabilité (CSR) sont spécifiques aux AVS. La victime n'est pas présente physiquement mais elle omniprésente symboliquement car

120. Circulaire du Ministère de la Justice du 15 mars 2017 relative à la mise en œuvre de la Justice restaurative.

121. Devenue depuis France victimes : <http://www.france-victimes.fr/index.php>

l'objectif d'un CSR est « plus aucune victime ! ». C'est l'objectif commun à tous les intervenants du CSR, AVS compris. La circulaire du ministère de la justice du 15 mars 2017 inscrit bien les CSR dans les mesures de justice restaurative et cela est aussi le cas au Canada.

Un CSR (voir le graphique 1) est composé d'un **cercle interne** qui réunit un AVS sur mineur (qui est isolé socialement (en sortant de prison par exemple) et qui présente un risque élevé de récidive) et 3 à 6 bénévoles (préalablement formés, provenant idéalement d'horizons et de milieux sociaux et professionnels variés). L'AVS et les bénévoles, qui sont tous volontaires pour un CSR, se rencontrent une fois par semaine. Ces rencontres portent sur les problèmes ou les réussites du quotidien de l'AVS (soutien) ainsi que sur les situations à risque dans lesquelles il peut se retrouver (responsabilisation).



Autour de ce cercle interne, gravite un **cercle externe** composé d'un coordonnateur de cercles (CC) et de divers professionnels. Le CC est rémunéré pour plusieurs CSR, c'est un professionnel ayant de l'expérience dans l'intervention auprès des AVS. Il veille au bon fonctionnement du cercle interne, auquel il peut assister. C'est lui qui recrute, forme et supervise les bénévoles. Il gère également les relations entre le cercle interne et les divers professionnels du cercle externe (services de probation, de police et de soins, aides au logement et à l'emploi, etc.).

L'objectif commun à tous est : « **plus aucune victime !** ».

Pour atteindre cet objectif, le CSR utilise deux règles absolues : « **pas de secret !** » au sein du cercle interne (ce qui permet la responsabilisation) et « **personne n'est jetable !** » (ce qui permet le soutien). Soutien et responsabilisation sont complémentaires et indissociables l'un de l'autre, aucun des deux ne doit être privilégié.

Le **soutien** des bénévoles fournit au membre principal un environnement stable et informel s'apparentant davantage à un réseau social qu'à une relation professionnelle. La présence régulière des bénévoles permet également de diminuer l'isolement et le sentiment de solitude de l'AVS, facteurs de risque de la récidive.

Parallèlement au soutien, les bénévoles ont pour rôle d'inciter l'AVS à se comporter de façon **responsable**. Ils peuvent donc être amenés à le confronter lorsqu'il minimise ses comportements délictueux ou à remettre en question ses attitudes et comportements surtout s'ils sont à risque. Les bénévoles fournissent donc une surveillance

complémentaire, étant toujours soutenus par le CC et par les divers professionnels du cercle externe.

Un CSR est mis en place pour un an et peut-être reconduit avec l'accord de chacun.

Les résultats en termes de diminution de la récidive sont particulièrement intéressants au Canada, ce qui a conduit une mission parlementaire française en 2012 à recommander l'expérimentation des CSR en France¹²².

Les CSR sont nés au Canada en 1994 et ont été implantés au Royaume-Uni en 2002, aux Pays-Bas en 2009 puis dans d'autres pays européens notamment grâce à deux projets européens financés par la Communauté européenne.

Durant 2 ans, ERIOS-CRIAVS Aquitaine a été le partenaire français du (deuxième) projet européen, Circles4EU, et ce travail en coopération avec 8 autres pays a abouti à la traduction du Guide européen des CSR en langue française¹²³ et au rapport d'étude pour l'implantation de CSR en France¹²⁴. Les conclusions sont que des CSR sont possibles en France sous réserve de respecter la méthodologie et les standards.

Il est vrai que le CSR apparait tout à fait complémentaire aux prises en charge pénitentiaire et sanitaire déjà existante en France.

Fin 2012, début 2013, le SPIP des Yvelines lance un dispositif expérimental. En réalité, il ne s'agit pas vraiment de CSR puisqu'il n'est pas destiné à des AVS (alors que l'efficacité reconnue des CSR concerne uniquement les AVS) et que la coordination du cercle est réalisée par deux CPIP (le CPIP travaillant sous mandat judiciaire, cela pose question puisque le CSR n'est pas une peine et, aussi, la fin du mandat interromprait alors le CSR). On ne peut cependant que se féliciter de l'initiative du SPIP des Yvelines qui pourrait, à terme, évoluer vers de véritables CSR et s'enrichir de la méthodologie préconisée par les pays européens afin de réduire les risques d'écueils ou d'échecs.

Actuellement, plusieurs SPIP sont en passe de lancer des CSR, c'est le cas du SPIP du Loiret (Orléans) et des Landes (Dax).

La place précise des SPIP et le statut-même du CPIP dans une mesure de JR comme les CSR ne sont pas sans questionnement et font débat même au sein de l'Administration pénitentiaire.

Le cadre, posé par la loi d'août 2014 et précisé par le décret de mars 2017, est quelque peu ambigu mais il était sans doute nécessaire dans un premier temps pour pouvoir lancer ce grand mouvement.

A noter que les CRIAVS constituent des structures tout à fait adéquates pour favoriser le développement de projets transversaux Santé-Justice-Social, comme celui des CSR, tant dans la collectivité (cercle interne) qu'auprès des intervenants auprès des AVS (cercle externe). Les missions des CRIAVS se superposent grandement à celles requises pour accompagner localement des projets-pilotes et pour centraliser des données régionales à des fins de recherche par exemple. Les personnes concernées par un CSR sont les intervenants auprès des AVS, c'est-à-dire le public-cible des CRIAVS.

122. Recommandation n°24, E. Blanc, rapport parlementaire d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuelle, déposé le 29 février 2012, dans le cadre d'une mission d'information relative à l'exécution des décisions de justice pénale.

123. M. Chollier et F. Cochez, « Traduction du Guide européen des CSR », Projet Circles4EU (2013-2015), financement Daphné de l'Union européenne.

124. F. Cochez et A. Delage, Rapport de recherche : « Etude de faisabilité, étude d'adaptation et plan d'adoption pour l'implantation des CSR en France », 11 janvier 2015, Projet Circles4EU, (2013-2015), financement Daphné de l'Union européenne.

Le fonctionnement en réseaux, en détention et hors détention, permet aussi d'envisager assez facilement une procédure de recrutement des AVS candidats en partenariat avec les SPIP.

A noter que ERIOS-CRIAVS Aquitaine est prévu comme signataire de la convention du SPIP des Landes pour un projet de CSR à Dax.

Conclusion

La violence sexuelle est un problème de société et la lutte ne se résume pas à la médecine et aux soins.

La gestion des AVS en France repose sur de multiples acteurs d'horizons divers, dont les missions sont plutôt bien définies et entre lesquels des articulations sont établies et pourraient encore s'améliorer.

Parfois il manque les outils et très souvent les moyens, ce qui constituent des limites certaines dans la prévention.

Quoiqu'il en soit, on ne peut que se féliciter du chemin parcouru depuis la Loi du 17 juin 1998 et se réjouir du travail qu'il reste à accomplir, en partenariat avec des acteurs motivés.

Nous espérons que ce rapport et les échanges dans le cadre de l'Audition publique contribueront à mieux appréhender le phénomène et apporteront un éclairage pour les décideurs, les financeurs et les nombreux acteurs, au bénéfice de la lutte contre les violences sexuelles.

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 ? #1

Virginie GAUTRON

Maître de conférences en droit pénal et sciences criminelles,
Laboratoire Droit et changement social (UMR CNRS 6297), Université de Nantes.

Introduction

Répondre à ces questions exige une grande prudence, en raison de la rareté des recherches empiriques réalisées en France sur les soins pénalement ordonnés, qu'ils s'adressent au public des délinquants sexuels, aux personnes souffrant d'addictions ou de troubles psychiatriques. Les interrelations entre peine et soin, entre acteurs judiciaires et professionnels de santé, sont analysées de longue date par les chercheurs, mais ce sont leurs interactions et les modes de prise en charge en milieu carcéral qui concentrent généralement l'attention [1] [2]. A l'exception de quelques publications scientifiques et/ou professionnelles [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11], les soins pénalement ordonnés en milieu ouvert (SPO) constituent rarement le cœur du propos. Il convient par ailleurs de déconstruire la notion de « bénéfice », dont le sens n'est pas univoque. Des bénéfices pour qui : les condamnés, la société ou les divers professionnels impliqués dans le dispositif ? Des bénéfices de quelle nature : judiciaires, sanitaires, sociaux ? Puisqu'il s'agit de dresser un « bilan », à l'aune de quelle(s) finalité(s) en mesurer les effets : soigner, prévenir et/ou contrôler ? Pour investiguer ces différentes dimensions, cette contribution s'appuie sur les études françaises et internationales disponibles, ainsi que sur une recherche empirique récente [12], associant des juristes et des sociologues (Gautron (dir.), 2017). Entre 2014 et 2017, notre équipe¹²⁵ a constitué et étudié un échantillon fondé sur la consultation des dossiers d'un SPIP au sujet de 99 condamnés à un suivi socio-judiciaire (SSJ). Cette étude nous a également servi de phase exploratoire préalable à la réalisation d'une recherche quantitative et qualitative de plus grande envergure (environ 2500 dossiers judiciaires traités dans six juridictions), cette fois consacrée à l'ensemble des soins pénalement ordonnés (Gautron (dir.), 2015-2020¹²⁶). Afin de suivre les trajectoires biographiques, sociales et pénales des condamnés, ainsi que le déroulement du suivi thérapeutique en détention puis en milieu ouvert, notre base de données anonymisées comporte des variables fermées, numériques et/ou textuelles : infractions commises ; peines et mesures de sûreté prononcées ; antécédents judiciaires ; divers indicateurs socio-démographiques sur les auteurs et les victimes (âge, sexe, emploi, diplôme, etc.) ; caractéristiques et fréquence du suivi thérapeutique en détention et en milieu ouvert ;

125. Ont également participé à cette recherche : Sylvie Grunvald, maître de conférences en droit pénal ; Jean-Noël Retière, professeur de sociologie ; Emilie Dubourg, docteure en droit pénal et sciences criminelles ; Camille Trémeau, docteure en sociologie.

126. Pour une présentation de la recherche en cours : <https://repeso.hypotheses.org/>

principales conclusions des expertises psychiatriques et médico-psychologiques, des rapports des médecins coordonnateurs, des agents de probation ; manquements du condamné et réincarcération éventuelle ; etc. Si notre démarche d'objectivation reposait sur la saisie statistique de dossiers pénaux, nous avons armé cette approche quantitative par une ethnographie fondée sur des entretiens semi-directifs auprès de l'ensemble des professionnels impliqués dans le dispositif. Nous avons réalisé une trentaine d'entretiens auprès de sept magistrats (trois juges de l'application des peines, deux magistrats siégeant dans des juridictions de jugement, deux magistrats du parquet), onze conseillers et un directeur pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP et DPIP), six psychologues et six psychiatres exerçant comme experts, médecins coordonnateurs, thérapeutes en détention et/ou en milieu ouvert. Nous les avons interrogés sur les finalités qu'ils assignent à ces soins, sur leur pratiques respectives (décisionnelles, expertales, thérapeutiques, de coordination), sur leurs modes relationnels au quotidien, sur les difficultés qu'ils rencontrent au regard de l'offre locale de soins, de leurs contraintes en termes de moyens. Pour répondre aux questions posées, nous traiterons dans un premier temps du public concerné par ces soins pénalement ordonnés (I), puis des conditions de leur mise en œuvre (II).

Le public des soins pénalement ordonnés

Si les lois du 24 décembre 1953 et du 15 avril 1954 ont textuellement introduit les SPO à l'encontre des toxicomanes puis des alcooliques dangereux pour autrui, ils ne sont en pratique apparus qu'à la fin de cette décennie, après la consécration du sursis avec mise à l'épreuve. Désormais prononçables à tous les stades du processus pénal (contrôle judiciaire en amont du jugement, condamnation, mesure post-sentencielle), les « obligations de soin » s'appuient sur un cadre juridique très mince. Leur prononcé ne suppose aucune expertise psychiatrique ou médico-psychologique préalable, les textes étant par ailleurs silencieux sur les modalités relationnelles entre acteurs judiciaires et sanitaires, notamment sur le plan de l'échange d'informations au fil du suivi. Depuis la loi du 31 décembre 1970, le dispositif de l'« injonction thérapeutique » cible plus particulièrement les toxicomanes, de façon à ce que les parquets puissent proposer l'engagement de soins en amont des poursuites et, en cas de réussite, éviter une condamnation pénale. Sans abandonner les figures classiques de dangerosité que sont les « *fous* » et les « *junkies* », les paniques morales se sont déportées sur les délinquants sexuels durant les années 1990, plus particulièrement sur les pédophiles [13], diabolisés à la suite de faits divers défrayant la chronique. Après des siècles de relative indifférence, sinon quelques périodes de tolérance, les pouvoirs publics, les médias et l'opinion s'alarment alors d'une progression du phénomène, les statistiques de police ayant doublé en vingt ans, mais pour des raisons tenant essentiellement à l'accroissement du taux de plainte¹²⁷. Assimilés à des « prédateurs », ceux-ci ont été présentés comme particulièrement dangereux, inévitablement récidivistes, mais aussi comme des « malades » qu'il fallait traiter et surveiller sans discontinuer. Précédée de plusieurs rapports associant des responsables politiques, des universitaires, des professionnels de la justice et de la santé [14] [15] [16] [17], la loi du 17 juin 1998 a instauré une nouvelle peine, le suivi socio-judiciaire (SSJ ; art.

127. 7 142 infractions sexuelles constatées par les services de police en 1974, 19 187 en 1994. Les délinquants sexuels représentaient 5% de la population écrouée en 1980, presque 10% en 1990, 14% en 1996, 25% en 2001. Si leur nombre a continué de progresser jusqu'en 2008 (7 895 en 2001, 8 311 en 2008), la tendance est depuis lors à la baisse (7 641 au 1^{er} janvier 2014). Ils ne représentaient plus que 12,5% de la population incarcérée au 1^{er} janvier 2014.

131-36-1 et s. du Code pénal), qui peut comprendre un suivi thérapeutique bien plus serré qu'une simple obligation de soin. La nouvelle « injonction de soin » fut introduite dans une optique assumée de défense sociale. Selon le rapporteur du texte au Sénat, Mr Jolibois, il s'agissait d'augmenter « l'ombrelle pénale sur les auteurs », « *de soigner une personne, d'abord, dans un souci de protection de la société et, ensuite, pour elle-même* ». Des controverses perdurent quant aux indications justifiant une injonction plutôt qu'une simple obligation de soin (§1). Les pratiques décisionnelles révèlent toutefois une quasi-systématisation de l'injonction, du moins au sujet des délinquants sexuels. Ce sont essentiellement des critères tenant à la nature des faits et à leur gravité qui semblent commander le prononcé d'une telle mesure, plutôt que des indicateurs médicaux ou criminologiques (§2).

Le public-cible de l'injonction de soin

Le primat textuel de la nature de l'infraction

Selon l'article 131-36-1 du Code pénal, le SSJ s'applique aux seules infractions pour lesquelles le législateur a prévu expressément cette sanction. Initialement focalisé sur les délinquants sexuels, au moins huit lois ont procédé à une extension de son champ d'application, mais aussi à un allongement de sa durée et à un durcissement de son régime d'exécution. Le législateur a progressivement permis son prononcé pour une vingtaine de crimes ou délits¹²⁸. Il a également prolongé la durée du SSJ qui peut atteindre, au-delà du droit commun¹²⁹ et sous réserve d'une décision spécialement motivée, 20 ans en matière délictuelle, 30 ans pour les crimes punis de 30 ans de réclusion, voire être perpétuel en cas de crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité. Les sanctions encourues en cas de manquement ont été portées de deux à trois ans en matière délictuelle et de cinq à sept ans en matière criminelle. Un durcissement du régime de l'« incitation » en détention a quant à lui progressivement anéanti l'illusion d'une libre adhésion [18]. Si le consentement du condamné demeure formellement exigé (art. 131-36-4 CP), plusieurs dispositions textuelles visent à lever les réserves des condamnés les plus récalcitrants, diverses mesures de faveur (aménagement de peine, permissions de sortir, réductions de peine) étant conditionnées à l'engagement d'une prise en charge thérapeutique (art. 721, 721-1 et 729 du CPP). La loi du 10 août 2007 a parallèlement généralisé le dispositif de l'incitation en détention à tous les auteurs d'infractions relevant du champ d'application du suivi socio-judiciaire, au-delà des seuls condamnés à cette peine complémentaire. Elle a également restreint le caractère facultatif de l'injonction, alors même qu'il s'agissait par ce biais d'individualiser la sanction dans le respect du champ d'intervention du soin. La personne condamnée est désormais soumise à une injonction « *sauf décision contraire de la juridiction* », de sorte que les juges se trouvent contraints d'explicitier et de justifier toute exclusion, *a fortiori* lorsque les experts s'y sont déclarés favorables.

128. Atteintes volontaires à la vie des personnes (art. 221-1 à 221-5-1 du CP), disparitions forcées (art. 221-12 du CP), tortures et actes de barbarie (art. 222-1 à 222-5 du CP), coups mortels aggravés (art. 222-8 du CP), violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente aggravées (art. 222-10 du CP), violences habituelles sur mineur de quinze ans ou sur personne vulnérable (art. 222-14 du CP), réductions en esclavage et exploitations de personnes (art. 224-1 A à 224-1 C du CP), arrestations, enlèvements, détentions et séquestrations arbitraires (art. 224-1 al. 1er, 224-2 al. 1er, 224-3 al. 1er, 224-4 al. 1er, 224-5 al. 1er, 224-5-2 du CP), délits de violences aggravées ayant entraîné une ITT supérieure à huit jours (art. 222-12 du CP), menaces à l'encontre du conjoint, du partenaire pacé, du concubin (art. 222-18-3 du CP), trafics d'armes tenté ou commis (art. 222-52 à 222-60 du CP), incendies de végétaux exposant les personnes à un danger corporel ou exposant l'environnement à un dommage irréversible (art. 322-6 al. 2, 322-7, 322-8, 322-9 et 322-10 du CP), destructions ou dégradations commises ou tentées de biens appartenant à autrui par explosif ou incendie de nature à créer un danger pour les personnes (art. 322-6 et 322-11 du CP), diffusions de procédés permettant la fabrication d'engins de destruction (art. 322-6-1 du CP) ou encore toutes les infractions en matière de terrorisme, criminelles ou délictuelles (421-8 du CP).

129. 10 ans pour des délits, 20 ans pour les crimes.

Sur le plan textuel, c'est donc l'acte qui semble essentiellement commander la mesure, plutôt que les spécificités psychopathologiques des condamnés, au risque de voir resurgir une « *peine thérapeutique* » [19] tant dénoncée par les soignants. Aucun critère fondé sur des considérations cliniques ou criminologiques ne permet par ailleurs de distinguer les champs d'application respectifs de l'obligation et de l'injonction de soin, la seule exigence pour la seconde étant une reconnaissance expertale de la possibilité d'un traitement (art. 131-36-4 CP). Seule l'intensité des contrôles médicaux et judiciaires distingue ces deux mesures, de sorte que c'est la dangerosité associée à certains actes qui s'affirme implicitement comme la principale indication de l'injonction.

Les controverses professionnelles relatives à la définition du public idoine

Un consensus : faciliter l'accès aux soins d'un public peu demandeur

Parmi les objectifs de l'injonction, l'ambition de susciter une véritable adhésion au soin est partagée par l'ensemble des intervenants. À défaut de demande spontanée et « authentique », les professionnels de santé se sont pourtant longtemps dits sceptiques quant à l'efficacité des thérapies fondées sur la contrainte. Si les soins pénalement ordonnés sont encore loin de générer un consensus, plus particulièrement du côté des thérapeutes qui n'ont guère l'habitude ou l'envie de travailler auprès de cette « patientèle pénale », nombre de praticiens ne considèrent plus la contrainte comme un obstacle à l'émergence d'un véritable investissement. Les thérapeutes qui ont accepté voire porté la philosophie de l'injonction considèrent que ce dispositif permet de répondre aux spécificités psychopathologiques des auteurs de violences sexuelles [17]. S'ils insistent sur l'absence de profil unique de personnalité [17] [20] [21] [22], ce que confirme amplement notre étude, les condamnés pour violences sexuelles sont présentés comme un public généralement peu demandeur, peu motivé pour engager des soins, peu disposé à l'introspection et à la parole. Par méconnaissance, en lien avec leur bagage socioculturel ou éducatif, leur rapport à la psychiatrie serait particulièrement compliqué. Beaucoup percevraient la recommandation de soin comme un jugement, comme l'apposition d'un stigmate qui les assimilerait à des « fous ». L'injonction permet alors de « *leur économiser une demande* » qu'ils ne seraient pas en mesure de formuler eux-mêmes. Le dispositif est perçu comme un « *pari* » destiné à produire un « *déclit* », deux termes qui sont régulièrement revenus dans les propos de nos interlocuteurs. Parfois qualifié de « pré-thérapeutique », l'aménagement d'un premier espace de rencontre vise à dépasser la contrainte pour progressivement « *créer le besoin* » [23].

Des points de dissensus

Des controverses liées aux finalités plurielles assignées à l'injonction de soin

Pour les professionnels de santé, le soin oscille entre une logique de « *cure* » et de « *care* » en l'absence de véritables « *maladies* » qu'il conviendrait de « *guérir* » ou de traiter. Par le biais d'un étayage psychologique, il s'agit d'accompagner le condamné pour qu'il développe des capacités d'introspection et de réflexion quant aux troubles qui l'affectent, mais aussi pour qu'il puisse exprimer ses blessures personnelles. La plupart présentent en effet des trajectoires biographiques heurtées, traversées par de multiples traumatismes [12]. La prise en charge thérapeutique doit également leur permettre d'affronter les souffrances induites par la détention, puis la fréquente phase de déstabilisation qui suit la libération. Sous l'influence d'approches psychodynamiques encore très ancrées dans la culture française, bien que non exclusives, les tentatives de modification du fonctionnement psychique des condamnés passent

essentiellement par des entretiens individuels tournés vers la verbalisation de leurs émotions et ressentis, par une introspection destinée à infléchir progressivement leurs rapports à eux-mêmes et aux autres [2] [12].

Les magistrats, les CPIP, les experts et les médecins coordonnateurs qui s'approprient leurs missions d'auxiliaires de justice placent également la thérapie au service de la prévention de la récidive. Il est attendu qu'elle génère un engagement réflexif du condamné sur le sens, les motivations, les causes et les conséquences de son passage à l'acte, afin qu'il développe de véritables sentiments de culpabilité et d'empathie envers sa victime. Si les registres discursifs qu'ils mobilisent s'organisent désormais autour de la notion de prévention de la récidive [24], la philosophie classique de l'amendement moral transparait implicitement de leurs propos. Le soin s'affirme en quelque sorte comme une « *technique de redoublement des mécanismes légaux* » [25]. Alors que ces derniers n'agissent qu'« à la surface de l'individu », exigeant des actes formels (indemniser les victimes, exécuter sa peine) sans pouvoir le contraindre à éprouver « *certaines affects, à modifier son rapport intime à tel ou tel acte* », le soin est censé « *transformer réellement, et en profondeur, le rapport du sujet à son acte, à sa culpabilité, à la victime et à sa peine* » [25].

Sans pour autant y être insensibles, bon nombre de thérapeutes refusent au contraire d'en faire la priorité de leur intervention, avec pour justification le souci de ne pas dénaturer le sens du soin. Dans un avis publié en 2006, le Conseil Consultatif National d'Éthique (CCNE) citait ainsi Catherine Paulet, psychiatre au centre pénitentiaire de Marseille : « *Le traitement n'a pas (et ne peut pas avoir) pour objectif la prévention d'une récidive délinquante mais la mise en œuvre d'un travail (difficile et incertain) d'élaboration psychique qui permet au sujet souffrant engagé dans le travail, de repérer son fonctionnement mental, son mode relationnel et leurs conséquences, et le cas échéant d'y remédier. Dire cela ne constitue pas un désengagement coupable mais une nécessité thérapeutique, particulièrement en psychiatrie. Le soin peut, peut-être et de surcroît, contribuer ainsi à la prévention* » [26]. Sans compter qu'ils pratiquent en réalité une version hétérodoxe de la cure analytique, les thérapeutes spécialisés dans ce champ d'intervention ne semblent pas toujours hostiles aux techniques de restructuration cognitive, que certains mobilisent dans le cadre de groupes de paroles. De plus, qu'elle soit groupale ou individuelle, la thérapie ne fait jamais l'économie de l'évocation des faits. Dans ses recommandations, le jury de la conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 indiquait d'ailleurs que le praticien doit « *décrypter les différentes expressions de dénégation partielle ou de minimisation pour accompagner le patient dans la voie d'une meilleure reconnaissance de ses responsabilités et de développement de l'empathie pour la victime* » [27]. La plupart des thérapeutes entendent néanmoins appréhender le passage à l'acte sous l'angle du seul vécu subjectif des condamnés. Ils disent ne pas travailler sur les faits eux-mêmes mais, comme nous l'indiquait un psychologue exerçant en détention, « *autour des faits et autour du sens qu'ont les faits pour la personne* » [7].

Cette mise à distance des infractions commises et du cadre pénal n'est pas nécessairement comprise par les acteurs judiciaires. Cette dimension leur semble au contraire incontournable, d'autant plus qu'à la manière du législateur, certains légitiment l'injonction de soin non pas en référence aux troubles psychopathologiques des condamnés mais à l'acte posé. La délinquance sexuelle, par sa nature et sa gravité, serait en elle-même révélatrice d'une nécessité thérapeutique. Pour les professionnels de la justice, le sujet « *doit se raconter, éclairer ses agissements à la lumière de son fonctionnement psychique* », comme en témoignent les injonctions répétées des magistrats à l'égard

des prévenus « en faveur d'un «travail», travail qui ne dit pas son nom mais qui consiste précisément en l'usage de la parole utilisée pour ses compétences normatives » [28]. Alors même que des recherches internationales invalident ou nuancent fortement l'influence de critères comme le déni de la dimension criminelle des faits sur la récidive [29] [30] [31] [32], l'expression d'authentiques sentiments de culpabilité et d'empathie envers la victime constitue encore le gage d'une bonne réinsertion. Elle se présente comme un critère d'évaluation majeur pour les CPIP comme pour les JAP lors de l'examen des demandes de permissions de sortir, de réductions ou d'aménagements de peine [33]. Leurs appréciations sur la qualité des prises en charge thérapeutiques sont partiellement indexées aux réflexions engagées sur le passage à l'acte, son contexte, ses causes, ses conséquences sur les victimes. Comme dans bien d'autres pays, refuser cette « *rééducation psycho-criminologique* » [34], en connaissance des conséquences sur la durée de la peine purgée (refus de permissions de sortir, d'aménagements de peine), constitue l'indice d'une potentielle dangerosité faute de véritable rachat moral. « A défaut de se montrer disposé à collaborer aux démarches de dévoilement de soi qu'exige le principe de la responsabilisation, la personne détenue est susceptible de favoriser la construction d'une représentation d'elle-même comme étant quelqu'un qui a quelque chose à cacher et dont il vaut mieux se méfier ; l'homme suspect décrit par C. Adam (2011), le risky client de S. Pollack (2010) » [35]. Sous l'effet d'une exagération régulière du détachement des soignants vis-à-vis des faits et de la prévention de la récidive, le sentiment d'une inadéquation de l'offre globale de soins prédomine parmi les agents de probation et les magistrats. Ces représentations opèrent en lien avec une critique, certes plus tardive qu'ailleurs, de la prééminence des approches psychodynamiques, à la fois jugées trop décentrées du passage à l'acte, mais aussi inadaptées face aux difficultés d'élaboration et de verbalisation de nombreux condamnés.

Le caractère positivement connoté du soin masque d'autres registres de justification plus familiers dans le champ répressif. Du côté des acteurs judiciaires, des experts et des médecins coordonnateurs, l'injonction de soin ne poursuit pas qu'une vocation thérapeutique, y compris lorsqu'elle intègre une réflexion sur le passage à l'acte. Beaucoup envisagent ce dispositif comme un instrument de surveillance médicale superposable au contrôle des institutions pénales. L'intervention des médecins coordonnateurs autoriserait un double regard médical, et donc un suivi plus intensif, ne serait-ce qu'en raison du cumul des entretiens (quatre par an en parallèle de ceux du thérapeute). Grâce à son statut, ses compétences et son réseau, ce psychiatre serait en mesure de sélectionner les thérapeutes les plus compétents, d'orienter le déroulement et le contenu des soins. Le dispositif présenterait l'avantage d'inscrire ce contrôle médical sur une plus longue période qu'en cas de simple obligation. Les convocations du médecin coordonnateur décupleraient enfin la force de la contrainte dans l'esprit du condamné. Celui-ci serait d'autant plus enclin à respecter la mesure que pèse sur lui une véritable épée de Damoclès, à savoir une possible réincarcération en cas de manquement. En définitive, le consensus sur l'intérêt d'un accompagnement psychothérapeutique ne découle plus seulement de la volonté d'alléger des sujets de leurs souffrances, mais réactualise une stratégie de défense sociale. Le soin n'est plus un objectif en soi, mais un moyen placé au service de la protection de la société [36]. Il ne vise plus tant la guérison d'une pathologie, mais plutôt « *l'encadrement sécurisant d'une potentialité de violence* » [37].

Des appréciations différentes de l'indication thérapeutique pour certains publics

Du fait d'attentes plurielles et potentiellement concurrentielles, les avis divergent sur l'adéquation du dispositif pour trois principaux groupes de condamnés. Le pre-

mier rassemble ceux qui ne reconnaissent pas les faits. En 2001, le jury de la conférence de consensus précitée a considéré que la négation des faits constituait « **une contre-indication absolue à toute injonction ou obligation de soins. Pour conseiller l'opportunité d'une injonction de soin, l'expert devra évaluer chez le sujet : son degré d'adhésion à un éventuel processus de soin, sa capacité à se reconnaître inscrit dans un mode de réalisation sexuelle déviante** » [38]. Cette exclusion est parfois contestée par les acteurs judiciaires, qui voient au contraire dans la négation des faits une justification d'autant plus forte de l'injonction, celle-ci devant précisément favoriser une réflexion sur le passage à l'acte. Si certains acceptent la position des soignants, d'autres considèrent que le déni n'empêche pas de « *travailler* » sur d'autres problématiques psychopathologiques. Parmi les experts, il ne semble pas y avoir de consensus concernant l'exclusion de l'injonction en cas de négation des faits, surtout lorsque des pathologies psychiatriques ou des addictions sont manifestes. Dans notre étude, un avis expertal défavorable à l'injonction apparaît dans un tiers des cas de négation, mais la totalité des dossiers concernés comprend au moins une expertise contraire. Tous ceux que nous avons interrogés, comme d'ailleurs les agents de probation, les magistrats et les soignants, se disent prudents quant à l'interprétation du discours des condamnés, des expressions verbales et comportementales de leurs tourments. Ils insistent sur le poids des enjeux judiciaires, les condamnés n'ignorant rien de la force des expertises dans le processus pénal. Certains reconnaissent les faits, mais présentent des remords « de façade », « ambigus » et fluctuants. D'autres affichent au contraire une totale négation des faits, mais pour des raisons qui tiennent principalement à leur volonté de sauvegarder leur estime d'eux-mêmes, de ne pas perdre la face vis-à-vis de leur famille ou de leurs proches. Toutefois, ce n'est pas toujours le sentiment qu'une fenêtre thérapeutique existe malgré le déni qui légitime l'intérêt de l'injonction sous la plume des experts. Malgré les résultats des recherches internationales, la reconnaissance des faits demeure un critère prégnant d'évaluation des risques de récidive, risques qui commandent par la suite le degré de contrôle sanitaire et judiciaire. Lorsqu'un traitement leur semble improbable et le « *pronostic évolutif* » plus que mesuré, ils mobilisent davantage les registres du contrôle et de la surveillance pour conclure malgré tout à l'intérêt d'une injonction. Plutôt que d'en écarter explicitement la pertinence, ils se contentent le plus souvent d'émettre des réserves sur la possibilité de soins.

Des désaccords persistent également au sujet des condamnés souffrant de sévères pathologies psychiatriques, notamment psychotiques. Dans notre étude, tous les experts psychiatres ont recommandé une injonction de soin en présence d'une psychose. Alors même qu'ils soulignent en entretien des difficultés de mise en œuvre, ces professionnels, comme les magistrats et les CPIP, considèrent que cette mesure est pertinente pour ce type de public, dans l'espoir qu'un surplus de contrôle médical évite une rupture de traitement, notamment médicamenteux. Seules des analyses quantitatives plus poussées permettraient de le confirmer statistiquement, mais l'on peut émettre à l'aune de notre échantillon l'hypothèse de contrôles plus longs et plus stricts à leur sortie de détention, en raison d'une double présomption de dangerosité régulièrement relevée dans la littérature scientifique. En effet, les huit personnes concernées par un diagnostic expertal de psychose ont été condamnées à des SSJ plus longs que la moyenne, alors même que la gravité des faits, leurs antécédents et la peine d'emprisonnement prononcée ne les distinguaient pas particulièrement. Pourtant, de nombreux thérapeutes considèrent qu'il s'agit d'une véritable contre-indication, car le dispositif de l'injonction contribuerait à criminaliser plus qu'elle ne l'est

déjà la pathologie mentale. Il tendrait à supplanter une prise en charge hospitalière ou ambulatoire de droit commun et, du fait des difficultés à respecter ce cadre pénal, alimenterait le processus du « *revolving door* », sous la forme de plus fréquents allers-retours en prison. Notre étude révèle qu'ils sont effectivement plus souvent absents aux rendez-vous auprès des médecins coordonnateurs et des CPIP.

Enfin, des réserves similaires apparaissent au sujet des condamnés atteints de déficiences intellectuelles. Du fait de leurs difficultés de compréhension et de verbalisation, de leurs faibles capacités d'introspection et d'élaboration, ceux-ci seraient difficilement accessibles à une psychothérapie. Tandis que les soignants évoquent en substitut les bienfaits d'une approche socio-éducative, les professionnels de la justice se réfèrent quant à eux systématiquement à ce public lorsqu'ils contestent la prédominance des pratiques d'orientation psychanalytique, au détriment d'approches comportementales et cognitives (TCC) qu'ils jugent plus adaptées et insuffisamment développées en France. Face à de lourdes déficiences, certains des psychiatres que nous avons interrogés n'y voient pourtant pas nécessairement de plus-value.

En revanche, la figure du « pervers incurable », longtemps dominante dans le champ de la psychiatrie, semble perdre du terrain. Dans notre échantillon, un seul expert exclut toute entreprise thérapeutique sur ce motif. Parmi d'autres, Daniel Zagury confirme que « *la seule vraie contre-indication au suivi thérapeutique des délinquants sexuels est la perversion quand elle occupe tout le champ de la personnalité et qu'elle régule et organise toutes les relations* », car « *la mise en échec des tentatives de traitement ne ferait qu'apporter un surcroît de jouissance* » [39]. Les professionnels de santé, mais aussi certains magistrats et CPIP interrogés, ont évoqué le caractère potentiellement contre-productif du suivi médical, lorsque les condamnés l'investissent non pas pour engager une véritable thérapie, mais pour y trouver des justifications, des rationalisations à visée dé-responsabilisante. Certains profiteraient du cadre thérapeutique pour tenter de manipuler, dominer sinon sidérer les soignants, déversant dans cet espace leurs violences en paroles. Pour autant, de tels profils se rencontreraient rarement, de sorte que les thérapeutes dénoncent régulièrement les interprétations à l'emporte-pièce des experts au sujet des perversions, infondées scientifiquement, qui reposeraient sur des jugements moraux et non sur une réelle observation clinique [39]. Ils critiquent une surévaluation expertale de la fréquence des perversions, régulièrement déduite de la seule nature sexuelle de l'infraction. Ils considèrent que de tels troubles n'excluent pas toujours une approche thérapeutique, qui certes supposerait quelques aménagements par rapport aux démarches cliniques classiques. Ces pronostics définitifs excluant toute forme de prise en charge seraient loin de leur faciliter la tâche lorsqu'ils tendent à disqualifier leur intervention, confirmant le sentiment des condamnés qui les jugent inutiles.

Le public ciblé en pratique : le primat des catégorisations pénales

Dans un contexte socio-politique d'aversion au risque, les praticiens affrontent de lourdes accusations publiques à chaque récurrence médiatisée. Une « *logique immunitaire* » [40] tend à contaminer leurs pratiques évaluatives et/ou décisionnelles, d'autant qu'ils ne bénéficient pas toujours, tant s'en faut, du soutien et de la protection de leurs institutions d'appartenance. On constate dès lors une généralisation des préconisations expertales de soins, suivies d'une quasi-systématisation de leur prononcé.

S'agissant des expertises, les recommandations de soin sont extrêmement fréquentes (présentes dans 91% des dossiers de notre échantillon), alors que la réattribution du pouvoir de les prescrire aux médecins visait pourtant à mieux filtrer le

public-cible [12]. S'ils sont loin d'en motiver chaque fois les raisons (dans 3 dossiers sur 4 seulement), leurs justifications reposent souvent sur une rationalité plus pénale que médicale. Dans la moitié des cas, la préconisation de soins est déduite de la nécessité d'une surveillance médicale et/ou d'un processus réflexif tourné vers l'amendement moral. Le prononcé d'une injonction paraît d'autant plus inéluctable qu'ils retiennent dans les mêmes proportions des risques de récidive (90% des dossiers comprenant une expertise), sans généralement en préciser l'ampleur, ni justifier un tel pronostic [12]. Comme au sujet des recommandations de soins, les autres professionnels interrogés expliquent cette quasi-systématicité par un phénomène d'« *ouverture de parapluie* », de la part d'experts préférant cautionner l'existence de risques pour ne pas en prendre eux-mêmes, pour se dégager de toute responsabilité ou la faire porter en aval sur le juge en cas de réitération ultérieure.

Malgré les conditions de réalisation des expertises, qui se résument souvent à un bref entretien semi-directif, mené par des experts plus ou moins formés, l'influence de ces diagnostics et pronostics se traduit par une généralisation des soins pénalement ordonnés, du moins concernant les délinquants sexuels [12]. Certes, tous les condamnés ne font pas l'objet d'une injonction de soin dès le stade de la condamnation. Dans notre échantillon de condamnés à un suivi-socio-judiciaire, ce fut le cas pour moins de six condamnés sur 10 (57,6%), 17,2% étant par ailleurs concernés par une simple obligation de soin. Au niveau national, faute de statistiques précises, les inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires estimaient à 66 % le nombre de SSJ comprenant une injonction de soins, soit environ un millier de mesures en 2009 [41]. 3 800 injonctions de soin étaient alors en cours d'exécution, dont 10 % relatives à des infractions autres que sexuelles. Un an plus tard, une autre estimation ministérielle faisait état de 5 400 injonctions de soin en cours³⁰. À l'instar d'autres recherches [10] et des résultats de l'étude du ministère de la Justice fondée sur les données du casier judiciaire [42], notre échantillon révèle que le SSJ demeure essentiellement dédié à la surveillance et à l'accompagnement des délinquants sexuels (92 des 99 dossiers étudiés), *a fortiori* en cas de crime sexuel et lorsque les victimes ont moins de 15 ans, même si l'on constate une extension de son champ d'application à des infractions sexuelles de moindre gravité.

S'agissant de l'injonction de soin, notre étude tend à démontrer que ce sont la nature des faits et leur gravité, davantage que des indicateurs proprement médicaux ou criminologiques, qui constituent les principaux critères décisionnels des magistrats. Si les juridictions de jugement ne semblent pas totalement indifférentes aux détails factuels du passage à l'acte et aux caractéristiques de personnalité des auteurs, cette maigre individualisation au stade du jugement se trouve presque anéantie au stade post-sentenciel, du fait de la propension des JAP à ajouter une injonction lorsqu'elle n'a pas été prononcée initialement. Plus de huit fois sur dix (84,8%), les condamnés de notre échantillon ont finalement fait l'objet d'une injonction de soin. Si l'on ajoute les simples obligations, la quasi-totalité d'entre eux (96%) ont été contraints d'engager ou de poursuivre une prise en charge sanitaire. À l'inverse de la nature de l'infraction et de sa gravité intrinsèque, c'est-à-dire d'indicateurs qui relèvent plutôt d'une dynamique rétributive, les critères tenant à la personnalité, à la psyché et au positionnement des condamnés quant aux faits finissent par perdre toute influence. L'impact de leur évolution en détention, de leur degré d'adhésion et/ou de l'authenticité de leur désir de poursuivre la thérapie une fois libérés semble tout aussi modéré. Une fois pris en compte l'ensemble des mesures prononcées, en amont comme en aval du ju-

130. Loi de programmation relative à l'exécution des peines, mars 2012

gement, la qualité d'ascendant ou de personne ayant autorité, le nombre de victimes, la présence d'une récidive au sens légal du terme et d'antécédents judiciaires, y compris de nature sexuelle, importent peu. Il n'y a pas davantage de différences marquantes selon les trajectoires biographiques, les addictions, le niveau d'intelligence ou encore les principaux troubles psychopathologiques. Alors que les juridictions de jugement avaient plus souvent écarté l'injonction en cas de déni, la quasi-totalité des rares condamnés qui se sont maintenus dans une négation des faits (5 sur 6) s'y sont vus astreints en aval. Pour expliquer cette automaticité, les magistrats insistent sur leurs difficultés pour motiver l'exclusion de cette mesure lorsqu'un expert recommande des soins, car il leur faut alors contrer un argumentaire médical sans pourtant disposer des compétences nécessaires. Il n'en demeure pas moins qu'ils ne se saisissent guère des rares expertises défavorables (présentes dans 12% des dossiers de notre échantillon), sauf à de très rares exceptions¹³¹. En toute hypothèse, nombre de magistrats tendent à se convaincre que ces prises en charge thérapeutiques ne pourront pas faire de mal à défaut de faire du bien. Comme l'indiquait Michel Foucault, le prononcé de soins procure aussi bonne conscience, avec un retournement du « *vilain métier de punir dans le beau métier de guérir* » [43].

S'il s'agit sans nul doute d'un dispositif « hybride » [44], l'injonction de soin affronte donc, comme ailleurs, un « *déséquilibre graduel, mais constant* » entre les rationalités en présence, au profit d'une logique de contrôle des populations à risque [45]. Les évolutions de son cadre juridique ont généré une contamination punitive insidieuse. L'extension continue du champ d'application du suivi socio-judiciaire, l'allongement de sa durée, le durcissement des modalités de l'incitation aux soins en détention, comme les restrictions apportées au secret médical [12], ont perturbé le fragile équilibre construit en 1998. Les différents intervenants s'inquiètent dès lors d'une perte de sens de la mesure, qui découlerait autant des conditions de son prononcé que des modalités concrètes de sa mise en œuvre.

La mise en œuvre du dispositif de l'injonction de soins

Il ne s'agit sans doute pas d'un paradoxe proprement français, mais la production effrénée de normes visant à systématiser les prises en charge thérapeutiques s'accommode parfaitement du sous-financement récurrent de la psychiatrie publique. Malgré la défense d'un principe de précaution, le populisme pénal ambiant se contente de l'affichage politique d'une illusion de sécurité. Il y a plus de dix ans, la Commission d'analyse et de suivi de la récidive présidée par Jacques-Henri Robert alertait pourtant sur les risques d'une extension inconsidérée, potentiellement « *dangerouse, voire contre-productive au regard de l'insuffisance des moyens existants* » [46]. La multiplication des injonctions et des obligations de soin mobilise inutilement les soignants et asphyxie un système sanitaire déjà submergé, ce qui tend à attiser leurs positions défensives (§1). Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ces mesures ne sont pas sans effet sur la façon dont les condamnés perçoivent et s'approprient cette contrainte de soin (§2). Face à cette « médicalisation » croissante de la peine, aucune évaluation française ne permet pourtant d'en mesurer l'efficacité sur le plan sanitaire ou de la prévention de la récidive (§3).

131. En présence d'une expertise défavorable à une injonction de soin, cette mesure a été prononcée dans 75% des cas, ce qui supposait toutefois la présence d'au moins une autre expertise concluant à la possibilité d'un traitement.

Une asphyxie des services de prise en charge

Le manque récurrent de moyens

La France manque de praticiens, qu'ils soient experts, médecins coordonnateurs, relais ou traitants. 465 experts psychiatres étaient inscrits sur les listes des Cours d'appel en 2014 (537 en 2012, 800 en 2007) [47]. Du fait de l'augmentation parallèle du nombre d'expertises ordonnées (149 % entre 2002 et 2009), le ratio annuel est passé de 61 expertises par expert psychiatre en 2002 à 151 en 2009. Dans plus de la moitié des juridictions, les injonctions de soin ne peuvent être mises en place de façon satisfaisante faute de professionnels qualifiés. On dénombrait 237 médecins coordonnateurs au premier septembre 2011, très inégalement répartis sur le territoire [48]. 17 départements en étaient dépourvus début 2012 (32 en 2010), de sorte qu'une loi de programmation de 2012 évaluait à 1 750 le nombre de mesures non exécutées, soit plus de 30 % des mesures alors en cours. Certes, une dotation financière supplémentaire est accordée depuis 2008 aux services sanitaires intervenant dans les 22 établissements pour peines chargés d'accueillir prioritairement les condamnés à une injonction de soin et ceux dont les infractions entrent dans le champ d'application du SSI (art. 763-7 et 717-1 du CPP). Au total, 40 psychiatres intervenaient dans ces établissements, 86 psychologues et 95 infirmiers en 2012 [48]. D'après un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection des services judiciaires (IGSJ), le ratio de psychiatres pour cent personnes écrouées est passé de 0,26 avant renforcement à 0,38 après ces recrutements, tandis que ce ratio était de 0,25 pour les établissements non spécialisés [49]. Ces moyennes masquent cependant d'importantes inégalités territoriales [50]. Certaines unités sanitaires peinent à recruter des psychiatres du fait de la localisation de l'établissement pénitentiaire, manquent de personnel formé, de sorte qu'il faudrait plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous. Leur répartition géographique est insatisfaisante, ce qui entrave notamment le maintien des liens familiaux. L'essentiel des financements se concentre par ailleurs sur le milieu fermé, alors même que le dispositif de l'injonction de soin concerne surtout la prise en charge postérieure à la libération.

Une fois libérés, nombre de condamnés affrontent un véritable parcours du combattant pour poursuivre les soins en milieu ouvert [12]. Des centres médico-psychologiques (CMP) sont dans l'incapacité d'offrir des prises en charge avant plusieurs mois. Certains refusent le public estampillé « justice », d'autres exigent une lettre de motivation à des condamnés qui, par définition, ne sont pas demandeurs et pour certains incapables de les écrire. Si le manque de moyens et l'afflux de patients constituent la principale justification des soignants qui y exercent, d'autres motivations plus souterraines génèrent des pratiques discriminatoires. La mise en œuvre des soins pénalement ordonnés réduisant d'autant les possibilités de suivre les patients réellement demandeurs, ces soignants vivent difficilement l'accueil de publics qui ne se cachent pas toujours d'une démarche purement opportuniste, de leur désintérêt pour une réelle démarche thérapeutique, ou qui n'adoptent pas le discours ou les attitudes attendues d'un « bon patient », censé manifester sa souffrance. Des contre-attitudes de rejet en découlent, avec le déploiement progressif d'une suspicion ciblant l'ensemble de la clientèle pénale, quand bien même certains condamnés manifestent un véritable désir d'accompagnement. D'autres obstacles à la prise en charge résultent de l'inadéquation du principe de sectorisation pour ce public, car les conditions de logement des condamnés sont souvent précaires et instables.

Face à ces difficultés sur le plan de l'accès et de la continuité des soins, la création de consultations spécialisées assurées par les thérapeutes exerçant en détention fait dé-

bat au sein de la profession. Le risque de constitution d'une filière spécifique a long-temps fait figure de repoussoir, car ce procédé accentue les effets de stigmatisation et le désengagement des services de droit commun, sans compter qu'il surcharge plus encore les praticiens exerçant en milieu carcéral. Toutefois, face aux réticences de leurs collègues, ces psychiatres et psychologues poursuivent régulièrement leurs prises en charge en milieu ouvert, surtout pour les publics qu'ils jugent « incasables », parce qu'ils ont eux-mêmes rencontré des difficultés durant leur suivi et/ou anticipent de vraisemblables refus de leurs confrères. Cette continuité présente à leurs yeux d'indéniables atouts pour les condamnés lorsque le lien thérapeutique est réel, qui se voient ainsi épargner la honte, la crainte et la fatigue d'avoir à répéter leur histoire et les infractions commises. Pour les plus isolés sur le plan social et familial, elle permet de maintenir un cadre rassurant, d'échanger dans un rapport de confiance déjà établi sur les difficultés rencontrées durant la période si critique qui suit la libération. L'implication des soignants exerçant en milieu carcéral est par ailleurs rassurante pour les acteurs judiciaires et les médecins coordonnateurs. Ils y voient la garantie d'une prise en charge immédiate et effective dès la sortie, par un interlocuteur qu'ils connaissent plus fréquemment que d'autres thérapeutes, notamment du secteur libéral. Sur un plan judiciaire autant que thérapeutique, le respect du cadre serait également mieux garanti par des thérapeutes aguerris, qui ont pu établir des liens de confiance avec le condamné au fil du temps, qui sont dès lors au fait de sa personnalité et, espèrent-ils, des risques potentiels. Dans certains cas, l'assurance de leur intervention à la libération faciliterait même l'obtention d'un aménagement de peine. Pour autant, ces soignants récuse une spécialisation trop accentuée. En 2011, les inspections générales chargées d'évaluer le dispositif de l'injonction de soin précisaient, tout en recommandant ce type de consultations, qu'une telle organisation ne pouvait « être systématiquement préconisée. Leur existence est révélatrice de la part des centres de droit commun de lacunes qu'il s'agit de combler » [51]. Pour les thérapeutes que nous avons interrogés, ces consultations post-carcérales doivent donc opérer durant une phase transitoire. Difficile pour les uns, un changement de thérapeute serait selon eux bénéfique pour d'autres. Certains condamnés préfèrent consulter un nouveau praticien pour éloigner le souvenir de leur expérience carcérale. Cette substitution ne signifierait pas nécessairement reprendre les soins « à zéro », mais permettrait de relancer une thérapie en perte de vitesse, d'explorer à l'aide d'une approche différente d'autres problématiques.

Le renforcement des tensions interprofessionnelles

Si des dissensions entre acteurs judiciaires et sanitaires sont apparues dès les premières formules d'accompagnement médico-social des personnes placées sous main de justice, la multiplication des SPO et les évolutions du cadre juridique de l'injonction tendent à attiser les tensions interprofessionnelles. S'agissant de l'injonction, tous plaçaient leurs espoirs dans la nouvelle interface assurée par le médecin coordonnateur. Ce nouveau « passeur de frontières » [52] devait en effet favoriser une articulation raisonnée des pratiques, mais aussi des finalités concurrentielles assignées à l'injonction de soin. À la frontière des activités judiciaires et thérapeutiques, il devenait le garant d'une juste délimitation, sans confusion des places, des champs d'intervention respectifs des magistrats, des CPIP et des soignants. A l'origine, des psychiatres et des psychologues investis dans la prise en charge de cette « patientèle pénale » ont défendu le principe de l'injonction de soin parce que le dispositif devait protéger et autonomiser l'espace du soin des incursions judiciaires. Sans exclure toute communication institutionnelle, ils espéraient s'extraire des attentes du

système pénal, notamment se dégager des interrogations des agents de probation sur le déroulement de la thérapie, ceux-ci ayant désormais pour seul interlocuteur le coordonnateur. A l'inverse, les agents de probation et les magistrats appréhendent ce nouvel interlocuteur comme un moyen d'accéder au dispositif de soin. Une fois en capacité de suivre l'évolution de la mesure grâce aux informations transmises par le coordonnateur, d'objectiver l'investissement du condamné et de réagir dans le cas contraire, ils espèrent donner du « sens » et un véritable « contenu » à cette injonction, la crédibiliser aussi aux yeux du condamné. Outre le déploiement d'une surveillance médicale renforcée, le dispositif poursuit donc un contrôle judiciaire plus affiné.

En réalité, la plus-value de la nomination des médecins coordonnateurs demeure relative, même si le degré d'implication varie entre praticiens. Les échanges qu'ils établissent avec les thérapeutes d'un côté, les acteurs judiciaires de l'autre, se résument essentiellement au signalement et à la gestion des défaillances du condamné. Peu investissent leurs missions de conseil et d'appui auprès des thérapeutes qui le souhaiteraient. Si les acteurs du champ pénal attendaient beaucoup de leurs rapports pour mesurer, au-delà de l'assiduité formelle, l'investissement et l'évolution du condamné dans la thérapie, ces écrits professionnels sont de qualité variable et parfois très pauvres. De nombreux médecins coordonnateurs se contentent d'attester du respect formel de l'injonction de soin, de la présence aux rendez-vous du thérapeute comme des leurs. Les acteurs judiciaires s'expliquent généralement l'indigence des rapports transmis par les résistances des thérapeutes, qui refuseraient de révéler la moindre information qualitative au coordonnateur. Comme l'indiquent les inspections générales des affaires sociales (IGAS) et des services judiciaires (IGSJ), certains JAP jugent donc la coordination santé-justice « insuffisante », car ils n'ont pas de « lisibilité sur la nature du suivi des soins en rapport avec l'infraction commise, et l'investissement des personnes détenues, de sorte qu'ils estiment ne pas être en mesure de prendre des décisions suffisamment éclairées, lorsqu'il n'y a pas d'expertise » [53]. Magistrats et CPIP comprennent d'autant moins les réticences des thérapeutes lorsque ces informations s'avèrent positives (investissement dans les soins, etc.) et dont la transmission ne pourrait donc être que favorable au condamné, notamment pour l'obtention d'un aménagement de peine lorsqu'il est incarcéré. Puisqu'il s'agit d'éviter une réitération et de favoriser la réinsertion, au profit de la société comme du condamné lui-même, tous devraient selon eux « travailler dans le même sens » pour atteindre ce « but » partagé. À défaut, les soignants iraient à l'encontre des intérêts de leurs patients. Ils perçoivent leur silence non pas comme une protection du cadre thérapeutique, mais plutôt comme un moyen de protéger le pouvoir médical de toute ingérence, sinon comme une marque de défiance ou de mépris.

Ces incompréhensions s'inscrivent dans un contexte d'incertitudes professionnelles sur la portée du secret médical, alimenté par la promotion d'un secret dit « partagé » dont les contours demeurent obscurs. De nombreux magistrats et CPIP sont en effet persuadés que les thérapeutes sont déliés du secret médical vis-à-vis du médecin coordonnateur. Or, le fait que sa fonction soit plus proche de celle d'un expert que d'un thérapeute « bis » n'est pas sans incidence sur la nature des échanges qu'ils peuvent engager, au-delà d'éventuelles alertes en cas d'absences répétées aux consultations. En réalité, ce médecin ne se trouve pas en situation de « secret partagé » avec le thérapeute. Si ce dernier est habilité à l'informer d'une interruption du traitement ou de « toutes les difficultés qu'il rencontre dans l'exécution du traitement » (art. L3711-3 Code de la Santé Publique), les informations transmises ne peuvent aller au-delà, c'est-à-dire porter sur le fond de la thérapie. En 2001, le jury de la conférence

de consensus précitée a précisé qu'il n'appartenait qu'au médecin coordonnateur, ou à l'expert en cas d'obligation de soin, de fournir au juge une évaluation de « l'effectivité » des soins et de « l'évolution » de la personne. Le médecin coordonnateur « est chargé d'une évaluation longitudinale de l'effectivité des soins. Outre les expertises déjà réalisées, il n'aura d'autres informations cliniques sur la personne que celles qui résultent de ses propres examens. Il n'est pas en situation de secret partagé avec le médecin traitant ».

Par ailleurs, à entendre de nombreux magistrats et CPIP, les informations qu'ils sollicitent ne tomberaient pas sous le coup du secret dès lors qu'ils ne sont pas en demande d'éléments sur une éventuelle pathologie ou sur le diagnostic, mais sur l'évolution de la personne, sur la fréquence du suivi, sur les conditions de prise en charge sanitaire à la sortie pour ce qui concerne le milieu fermé. Or, si les représentations et les pratiques ne sont pas homogènes, la plupart des soignants rappellent au contraire le caractère général et absolu du secret, particulièrement lorsqu'ils exercent en détention. Comme le confirme la jurisprudence, le patient ne peut aucunement délier le médecin de cette obligation, y compris envers d'autres médecins lorsqu'ils ne concourent pas à un acte de soins. Ce secret couvre « l'ensemble des informations concernant la personne » (art. L1110-4 du CSP), « tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris » (art. R4127-4 du CSP). Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, il « s'impose pour tout ce que le médecin a pu voir, entendre ou même deviner ou déduire. Même les constatations « négatives » doivent être tues. Il n'y a donc pas de différence entre le « renseignement administratif » (nom, adresse...) et « médical » (diagnostic, traitement...), entre la confiance et le renseignement « anodin ». On attend du médecin une discrétion totale (même sur ce qu'il peut avoir appris en dehors des soins qu'il donne) »¹³². Les thérapeutes justifient leur silence par la crainte de perdre le lien difficilement établi avec les patients qu'ils prennent en charge, de passer à leurs yeux pour des délateurs [54] [55]. L'impossibilité d'instaurer une réelle confiance et confidentialité se traduirait par une véritable chape de plomb, entravant la réussite des thérapies faute d'expression sincère et authentique.

En détention comme en milieu ouvert, les tensions interprofessionnelles continuent donc de se cristalliser sur la remise d'attestations et l'échange d'informations nominatives, les soignants affrontant des pressions croissantes pour qu'ils certifient non seulement la fréquence du suivi et l'assiduité du condamné, mais aussi son investissement et son évolution. Depuis 2012, la loi oblige les thérapeutes exerçant en détention à délivrer « au moins une fois par trimestre, des attestations indiquant si le patient suit ou non de façon régulière le traitement proposé par le juge de l'application des peines » (art. 717-1 CPP). Face au refus de nombreux praticiens d'indiquer ne serait-ce que la fréquence des entretiens, certains acteurs judiciaires utilisent le fichier GENESIS pour pister les mouvements des détenus vers les services sanitaires, ce qui est pourtant parfaitement contraire à la réglementation des fichiers. Ce procédé exacerbe les positions défensives des thérapeutes, car cette quantification de l'assiduité formelle soulève des enjeux éthiques et pratiques d'importance sur le plan du secret médical, de la préservation du lien thérapeutique et partant de l'efficacité des soins.

132. Commentaire sur le secret professionnel : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>

En milieu ouvert, les thérapeutes déplorent également que certains CPIP continuent de réclamer des attestations aux condamnés, voire de les contacter aux fins de vérification, deux tâches qui incombent exclusivement au coordonnateur [12]. A leur crédit, le cadre juridique de l'injonction place les agents de probation dans une situation inconfortable. S'ils sont théoriquement exclus du dispositif de contrôle de l'injonction, les JAP n'entendent pas toujours les dessaisir de cette mission. Ils leur confient notamment le signalement, l'évaluation mais aussi la gestion concrète des incidents ou difficultés ne justifiant pas la mise à exécution de la peine encourue en cas de manquement. Ces professionnels se trouvent alors dans une position délicate : rendre compte de l'exécution d'une mesure sans disposer en amont d'informations pour se prononcer. Malgré leur mise à l'index textuelle, certains CPIP contrôlent donc les injonctions comme les simples obligations de soins, même si le flou qui entoure leurs missions alimente des pratiques très diverses. Leurs appels téléphoniques pour vérifier l'effectivité du suivi, leur insistance auprès des condamnés pour qu'ils abordent tel ou tel sujet avec leurs thérapeutes, voire sollicitent un suivi plus rapproché, sont d'autant plus mal vécus par ces derniers qu'ils récusent la pertinence des informations sollicitées, ainsi que les (sur)interprétations qu'en font les acteurs pénaux. Non seulement la qualité d'une thérapie ne saurait se déduire de la fréquence des entretiens¹³³, mais ces précisions induiraient des évaluations tout à fait différentes selon les acteurs judiciaires. Pour certains, plusieurs rendez-vous au cours d'un même mois constitueront le gage d'un investissement dans le soin, tandis que d'autres y verront au contraire le signe d'un mal-être, de troubles importants ou persistants, voire d'une potentielle dangerosité justifiant un suivi si rapproché.

Pour autant, même les praticiens les plus fermes dans la défense du secret médical acceptent parfois de livrer quelques informations lorsqu'il en va de l'intérêt de leur patient. Selon ce qu'ils savent ou pensent de leur interlocuteur, de ses façons d'interpréter et d'utiliser les informations en question, les soignants adoptent une interprétation plus ou moins souple du secret professionnel [12]. La fréquence, l'ampleur et la qualité des échanges sont toutefois tributaires, non pas de textes qui exacerbent les oppositions plus souvent qu'ils ne facilitent la discussion, mais de rapports d'interconnaissance et de confiance, dont les conditions d'émergence sont loin d'être réunies. Les occasions de rencontres interprofessionnelles sont rares. Alors même qu'ils se disent en attente d'un surplus d'informations, d'une plus grande ouverture des professionnels de santé, les magistrats participent relativement peu aux rencontres, conférences ou journées d'études organisées par les CRIAVS, déléguant implicitement cette charge aux CPIP. Si les pratiques varient sur le territoire, les magistrats sont rarement à l'initiative de réunions multipartites, comme d'ailleurs les SPIP, en partie parce qu'ils n'ont guère de temps à consacrer à des réunions perçues comme chronophages, ou parce qu'ils y renoncent, persuadés que seul un dialogue de sourds pourra en résulter. En définitive, « l'ouverture » des professionnels de santé ne semble mesurée qu'à l'aune de leur acceptation d'échanges nominatifs, les rencontres institutionnelles plus générales n'étant pas nécessairement perçues comme un moyen indirect de les faciliter. Le constat d'une distance relationnelle n'est donc pas à sens unique. Les professionnels de santé perçoivent tout autant la justice comme une institution autocentrée, peu réceptive à leurs propres attentes, contraintes et analyses.

133. Comme l'indique un récent rapport d'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, ces professionnels considèrent qu'« on ne peut, en tout état de cause juger de la pertinence d'un suivi à sa régularité, la prise en charge pouvant admettre des périodes utiles d'interruptions. Ils estiment dès lors que porter un jugement sur l'assiduité du suivi, même positif et à la demande de la personne détenue, équivaut à trahir la relation de confiance avec leur patient ».

Certes, ces praticiens se réunissent ponctuellement dans quelques sites, à l'occasion de réunions de concertation plus ou moins institutionnalisées. Si des discussions prudentes émergent ici et là, ces réunions prennent trop souvent la forme d'une illusion de concertation, d'échanges sporadiques ou qui s'essoufflent rapidement, d'autant que la fréquence des mutations des magistrats, des CPIP et des personnels hospitaliers déstabilise chaque fois les réseaux constitués [56]. L'important *turn over* au sein des services publics oblige à réitérer régulièrement des démarches chronophages pour de maigres résultats. Le départ des acteurs les plus mobilisés conduit souvent à une perte des expériences acquises, à une démobilisation des plus investis, voire à une interruption de la démarche.

Le condamné face aux soins pénalement ordonnés

Au regard des conditions de mise en œuvre des soins pénalement ordonnés, quel bilan dresser pour les condamnés eux-mêmes ? Comment les principaux concernés perçoivent-ils et s'approprient-ils cette contrainte de soin ? La vivent-ils comme une peine ou comme un accompagnement thérapeutique réalisé dans leur propre intérêt ? Très peu de recherches françaises ont donné lieu à des entretiens auprès des intéressés, le plus souvent auprès d'échantillons très modestes [57] [58]. Notre étude ne peut quant à elle saisir leurs représentations qu'au travers du regard des professionnels qui les ont croisés, ou plutôt de leurs écrits. Elle nous a néanmoins permis d'effleurer ce que des chercheurs étrangers nomment l'épreuve ou les douleurs de la probation (« *pains of probation* ») [59].

Entre soumission passive et adhésion au soin

En surface, tous les condamnés ou presque engagent des soins dès l'incarcération (96% dans notre échantillon), l'aménagement d'un « *régime de chantage* » [2] ayant progressivement anéanti l'illusion d'un réel consentement. Le passage obligé par le SMPR semble si bien intégré que l'on pourrait même douter de l'intérêt des dispositions textuelles relatives à l'incitation aux soins en détention. En effet, sur les conseils de leurs avocats, de leurs familles ou de leurs codétenus, la plupart des détenus s'adressent aux thérapeutes avant même la condamnation, en détention provisoire, caressant ainsi l'espoir d'une plus grande clémence de la juridiction de jugement. La majorité adopte en réalité une posture de soumission passive aux soins. Pour autant, certains ne se cachent pas du caractère purement utilitaire de leur démarche, d'autres ou les mêmes manifestent le peu d'intérêt qu'ils y trouvent. Quelques-uns font preuve d'un sens plus aigu de la stratégie, cherchant à faire bonne figure devant l'expert, les CPIP ou le JAP, tant ils sont conscients des enjeux pour la suite de leur parcours post-sentenciel. En milieu ouvert, la succession de « portes fermées » ne fait que compliquer les rapports déjà difficiles qu'entretiennent ces condamnés avec le champ de la santé mentale. Ces entraves les plongent par ailleurs dans des situations de stress, tant ils craignent que l'absence de suivi médical se traduise rapidement par une (ré)incarcération.

Il n'est certes pas rare de noter des absences aux rendez-vous fixés par les thérapeutes, les médecins coordonnateurs et les CPIP. S'agissant des consultations du thérapeute, des absences figurent dans un tiers des dossiers que nous avons consultés, plusieurs environ une fois sur six. Des absences aux rendez-vous des médecins coordonnateurs apparaissent également dans près d'un tiers des cas, plusieurs environ une fois sur cinq. Elles concernent souvent des condamnés plus jeunes, dont les victimes étaient majeures, au passé pénal plus lourd mais pas nécessairement pour des antécédents de nature sexuelle, et pour lesquels les experts ont retenu

des traits psychopathiques, identifié une psychose, un « état-limite » et/ou des déficiences intellectuelles. Ceci étant, les praticiens interrogés notent que les manquements véritables, par des condamnés rétifs à toute forme de prise en charge, seraient bien plus l'exception que la règle. Conscients de la coordination entre les différents acteurs, dont la réactivité pourrait aboutir à une réincarcération, la plupart se plient au cadre. Bon nombre de ces absences sont liées à de simples oublis ou sont justifiées par des raisons familiales, sociales ou professionnelles. Respecter les dates de rendez-vous s'avère en effet compliqué lorsque les condamnés affrontent des conditions de vie précaires, les amenant notamment à accepter au jour le jour quelques heures ou journées de travail. Les situations de marginalisation sociale influencent inévitablement l'investissement dans les soins, lorsque s'assurer des conditions minimales d'existence occupe tout l'espace psychique. Ce n'est donc qu'après plusieurs absences non justifiées, deux ou trois le plus souvent, que les thérapeutes contactent les coordonnateurs. Il en va de même pour ces derniers, qui procèdent généralement à un « recadrage » du condamné avant de signaler les manquements aux JAP et/ou aux CPIP. Les dossiers de notre échantillon font état d'un tel signalement dans une affaire sur cinq environ (22,7%), plusieurs dans 6% des cas. Le plus souvent, les JAP procèdent alors eux-mêmes, ou demandent aux CPIP de procéder, à un nouveau « recadrage » des personnes concernées.

Seize condamnés de notre échantillon, environ un sur six, ont été réincarcérés pendant le suivi en milieu ouvert. Dans près de la moitié des cas (7 condamnés), l'emprisonnement résulte de la commission de nouvelles infractions, dont deux affaires seulement de nature sexuelle. Cette réincarcération découle d'un manquement au SSJ dans dix dossiers, pour des raisons tenant au non-respect des convocations du JAP (4 affaires), du SPIP (6), du médecin coordonnateur (5), des rendez-vous avec le thérapeute (1) et/ou de manquements aux autres obligations ou interdictions (5). Si tous les condamnés ne se conforment pas aux attentes de l'institution judiciaire, il n'en demeure pas moins qu'aux dires des praticiens interrogés, les réussites sur le plan de l'adhésion au soin seraient fréquentes. Une trentaine des dossiers que nous avons étudiés témoigne en effet de l'investissement immédiat ou progressif dans la thérapie, de façon véritablement consentie. L'émergence d'un consensus interprofessionnel sur l'intérêt d'interrompre le suivi n'est pas pour autant le gage de l'obtention d'une levée de l'injonction, au risque de décourager les condamnés les plus investis.

Un risque de lassitude

L'improbable levée de l'injonction

Nombre d'agents de probation et de thérapeutes déplorent le prononcé trop fréquent des injonctions, d'autant que ces soins et les multiples contrôles qui les accompagnent se déploient sur de très longues périodes. En effet, près d'un tiers des condamnés de notre échantillon (31%) a été condamné à une peine privative de liberté de dix ans ou davantage, 7% à 15 ans ou plus, 36% à une peine comprise entre 5 et 10 ans. A leur terme, le SSJ court également sur de relativement longues périodes. Selon les services statistiques du ministère de la Justice, la durée moyenne du SSJ est de six ans pour les criminels, cinq ans en cas de délit, et s'allonge particulièrement en cas de viols commis en récidive (15% de 15 ans ou plus) [42]. Dans notre échantillon, le SSJ opère durant 5 ans ou plus sept fois sur dix (71%), plus de dix ans dans 15% des cas, plus de 15 ans dans trois dossiers. Les professionnels contestent pourtant l'enfermement de l'injonction dans le cadre temporel prévu pour le suivi socio-judiciaire. Les thérapeutes demeurent dubitatifs quant à la pertinence de soins étalés sur de si longues périodes, s'interrogent sur leur capacité à mobiliser durablement

les condamnés et s'inquiètent de leur propre essoufflement, à l'instar d'ailleurs des CPIP, confrontés aux mêmes interrogations concernant leurs suivis. Le prononcé de l'injonction par les juridictions entrave la prise en compte de l'évolution des condamnés au fil de la détention, ce qui tendrait à les décourager, une fois convaincus que leurs efforts sont vains. Si un relèvement demeure juridiquement envisageable lorsque la contrainte n'apparaît plus nécessaire (art. 763-6 du CPP), l'évitement de toute prise de risque professionnel explique l'inexistence de décisions en ce sens, sauf à de très rares exceptions¹³⁴. À défaut de relèvement, tous procèdent à des aménagements du cadre, à des « *bricolages* », les CPIP en espaçant progressivement leurs rendez-vous, les soignants en pratiquant des « *pauses thérapeutiques* ». Ces suivis formels induisent cependant des effets pervers, parce qu'ils risquent de vider l'approche thérapeutique de son sens, une fois circonscrite à une simple surveillance médicale, renforçant ainsi le sentiment d'une instrumentalisation judiciaire des soins et des soignants aux fins de contrôle social.

Bien qu'ils espèrent généralement « tourner la page » à leur sortie de détention, au motif d'avoir « *payé leur dette* » envers la société, les condamnés ont souvent le sentiment d'être constamment ramenés à ce qu'ils ont fait, à ce qu'ils ont été, sans jamais pouvoir complètement se tourner vers l'avenir, ou ne serait-ce que se concentrer sur leurs difficultés du quotidien. Durant des années, ils seront en effet questionnés à d'innombrables reprises sur le passage à l'acte à l'origine de la condamnation, par des CPIP, des JAP, des médecins coordonnateurs, mais aussi des thérapeutes. Sans compter le *turn over* des CPIP, des JAP et des soignants en détention, plus de la moitié des condamnés de notre échantillon ont en effet connu un changement de thérapeute pendant le suivi en milieu ouvert (57%), un sur quatre plusieurs fois (26%), six au moins trois fois. Près d'un tiers a connu un ou plusieurs changements de médecins coordonnateurs (30%). Chaque renouvellement de référent, au niveau judiciaire comme sanitaire, oblige le condamné à répéter sa trajectoire biographique, familiale, sociale et pénale. Alors que ce contrôle post-carcéral s'inscrit officiellement dans une dynamique de responsabilisation, n'y a-t-il pas un « *risque d'infantilisation de la personne avec des suivis aussi longs ? Également, dans la recherche de protection de la société de ses « ennemis », n'y a-t-il pas le risque d'éloigner les personnes d'une réintégration définitive à la société en leur empêchant, pendant des longues périodes après la sortie de prison, de mener une vie « normale », aussi bien au niveau professionnel que personnel ?* » [57]. Outre l'« *usure* » induite par cette répétition des récits de vie [56], les condamnés doivent jongler entre les attentes contradictoires de leurs divers interlocuteurs, notamment lorsque l'autorité judiciaire réclame des attestations que leurs thérapeutes n'acceptent pas toujours de délivrer à la fréquence demandée. Dans plusieurs des dossiers étudiés, ils décrivent dès lors aux professionnels qui les interrogent des sentiments d'« *épuisement* », un « *vécu de contraintes sans fin* », de « *désespoir avec l'impression que tout est organisé autour [d'eux] pour [leur] rappeler avant tout ce qu'[ils ont] fait et l'impression que cela ne s'arrêtera jamais* » (extraits de rapports de médecins coordonnateurs).

Des soins au détriment de l'insertion sociale ?

Le cumul d'un contrôle judiciaire et médical n'est pas sans incidence sur la (ré)insertion sociale des condamnés. Sur un plan matériel, ceux-ci doivent s'organiser pour rencontrer régulièrement de multiples interlocuteurs (thérapeute, médecin coordonnateur, CPIP, JAP, services de police en cas d'inscription au FIJAIS), ce qui complique leurs autres démarches sur le plan social et professionnel, pourtant au moins

¹³⁴. Une seule demande d'un SPIP en toute fin de mesure dans notre échantillon, néanmoins refusée par le JAP.

aussi essentielles (emploi, logement, etc.). En effet, deux condamnés sur cinq disposaient d'un emploi (39%) à leur sortie de détention, majoritairement sous la forme de contrats « aidés » (51%). Leur situation professionnelle évolue peu, puisque le taux d'emploi passe à 46% au terme des suivis que nous avons étudiés. 14% gagnaient moins de 500€ par mois (contre 33% à la libération). Près de la moitié gagnait 1 000€ ou davantage (48%, contre 33%), 19% 1 500€ ou davantage (contre 13%). Une proportion non négligeable vivait des allocations adultes handicapés (18,2%), 14% du RSA. À la libération, peu disposaient d'un logement personnel (17%). Les soutiens familiaux ou de proches s'avèrent cruciaux (23% des hébergements), ainsi que les places en CHRS ou dans des hôtels sociaux (43% des hébergements). La précarité du logement, la proximité d'autres personnes en grande difficulté ou au contraire un isolement affectif et social, alimentent un processus de désaffiliation sinon des rechutes dans l'alcool, étant précisé que 40% des condamnés de notre échantillon souffraient d'alcoolisme. Le risque d'une « psychologisation » excessive des prises en charge est de faire passer au second plan leurs besoins sur le plan socio-économique [33]. Or, plusieurs recherches internationales démontrent qu'un logement stable et l'obtention d'un emploi constituent des facteurs majeurs de non-récidive, y compris de nature sexuelle [60] [61] [62] [63]. En outre, faute de médecin coordonnateur proche de leur domicile, il n'est pas rare que les condamnés soient dans l'obligation de se déplacer tous les trimestres à plus de 100 km pour rencontrer le médecin désigné, parfois pour des rendez-vous qui n'excèdent pas un quart d'heure. Ces déplacements sont souvent mal vécus, *a fortiori* lorsque le condamné n'est pas en demande de soin, et sont coûteux pour ceux qui ont de très faibles revenus. Les condamnés qui parviennent à trouver un emploi doivent obtenir au moins une demi-journée de congé pour s'y déplacer, auprès d'employeurs qui ne sont pas nécessairement au fait de leur situation pénale. Ils vivent d'autant plus mal ces rendez-vous qu'ils ne comprennent pas toujours le sens et la plus-value de l'intervention du coordonnateur, comparativement à celle des CPIP, surtout lorsque ces derniers maintiennent un contrôle des attestations de suivi.

Une inconnue : l'efficacité des traitements proposés sur le plan de la prévention de la récidive

La faiblesse des financements dédiés à la recherche, fondamentale autant qu'appliquée, et l'impossibilité d'accéder à certaines données entravent les démarches évaluatives. Le ministère de la Justice considère en effet que les dispositions actuelles du Code de procédure pénale n'autorisent pas l'accès des chercheurs aux données du casier judiciaire, interdisant dès lors toute comparaison avec les antécédents identifiés dans les dossiers pénaux, mais antérieurs à la condamnation et à la prise en charge thérapeutique. Si cet indicateur offre une mesure très imparfaite des réitérations [64], il n'en demeure pas moins incontournable, faute de mieux, pour déterminer si la contrainte pénale de soins influe sur la récidive [65]. Pour se prononcer, la littérature scientifique internationale est certes abondante, mais le « *paradigme français du soin* » [66] présente de nombreuses spécificités sur le plan des « traitements » proposés, des modes de sélection des publics et du cadre institutionnel régissant l'articulation santé-justice. Cultivant parfois un certain isolationnisme [67], chercheurs et praticiens français sont encore largement indifférents à la « *révolution cognitive* » [45] et même réfractaires aux propositions de la « *nouvelle pénologie* », que ce soit au sujet des méthodes d'évaluation des risques ou des programmes teintés de behaviorisme [12] [68]. Ces résistances, de plus en plus minoritaires à l'échelle mondiale, s'expliquent par une conjonction de facteurs. Outre la force des théorisations psycho-

dynamiques [69], les professionnels de la santé mentale veillent scrupuleusement à l'indépendance conquise vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, alors qu'ils appartiennent à son personnel dans bien d'autres pays. La suppression de la « médecine pénitentiaire », transférée au ministère de la santé, autonomise et protège davantage ces praticiens des attentes de l'institution judiciaire, comme elle préserve une approche médicale des modalités de traitement des délinquants. Les résultats des tentatives de quantification de l'efficacité du « traitement » des condamnés à l'étranger ne sont donc pas directement transposables aux dispositifs français.

On constate toutefois l'importation embryonnaire mais progressive de méthodes d'intervention étrangères, essentiellement basées sur le modèle canadien [70], qui séduisent une fraction croissante des acteurs exerçant dans la sphère pénale, sanitaire, mais également universitaire [71] [72] [73] [74]. A l'appui de leurs démonstrations, ceux-ci évoquent les résultats des recherches quantitatives internationales qui tendent à invalider l'efficacité des approches psychodynamiques [75], pour privilégier les thérapies cognitives et comportementales, notamment dans le cadre des modèles « *Risque/Besoins/Réceptivité* » (RBR) [76] [77] ou « *Good Lives Model* » (GLM) [78] [79]. Pour autant, les résultats des recherches sont loin d'être univoques. Certaines évaluations, fondées sur des essais randomisés et suivies de méta-analyses, aboutissent à des résultats nuls ou limités des programmes de traitement des délinquants sexuels [80] [81] [82] [83] [84] [85] [86] [87] [88]. Récemment, une étude du ministère de la Justice anglais a même conclu que les condamnés soumis au programme SOTP, mis en place depuis 1991 sous la forme de techniques cognitivo-comportementales et de thérapies de groupe, récidivaient un peu plus souvent que les autres [89]. Au titre des facteurs explicatifs, l'étude pointe notamment une trop forte insistance sur la méthode groupale, la standardisation et le manque d'adaptation selon les besoins particuliers des participants, alors qu'une méta-analyse récente souligne au contraire l'importance des pratiques individualisées [90].

Si les chercheurs et praticiens français doivent évidemment tenir compte des expérimentations et des résultats des recherches criminologiques sur les programmes de traitement engagés à l'étranger, *a fortiori* en raison de l'inexistence d'évaluations de ce type dans notre pays, il n'en demeure pas moins que les promoteurs de tels modèles d'intervention en France tendent trop souvent à passer sous silence les nombreux travaux critiques publiés au niveau international, y compris ceux des quantitativistes les plus aguerris. A rebours d'une vision parfois idéalisée des expériences étrangères, de nombreuses recherches internationales dévoilent des controverses sur des enjeux éthiques et pratiques similaires à celles qui animent les débats dans l'Hexagone. Des chercheurs s'inquiètent en effet de punitions déguisées en « *cures* » [91], de traitements qui ne viseraient plus tant à soulager un sujet de ses souffrances, mais à normaliser, contrôler et surveiller les condamnés aux fins de protection de la société [92]. Depuis le « *renversement paradigmatique de la nouvelle pénologie* » [45], un « *nouveau réhabilitationnisme* » produit aussi à l'étranger une « *reconfiguration du sujet ontologique que la réhabilitation* », perçu non plus comme un pécheur ou un patient, mais comme un individu « à risque » [93]. Les programmes d'inspiration cognitivo-comportementale engagent bien souvent une « *nouvelle alliance discursive* » avec la punitivité, en participant à la responsabilisation et à la « *re-moralisation* » des délinquants, en leur inculquant « *une boussole morale* » pour guider leurs actions futures [93]. Comme en France, ces évolutions placent les thérapeutes face à des dilemmes éthiques : atteintes au secret médical, absence de consentement authentique aux soins, voire obligation de reconnaître les faits [94].

Sur le plan des méthodes d'évaluation, l'effet de fascination généré par la production statistique au niveau international, qui confine parfois à une véritable « *quantophrénie* » [95], tend à masquer les limites sinon les effets pervers des méta-analyses [96], des essais randomisés contrôlés [97] [98], des échelles actuarielles [68] [99] [100] [101] [102] [103] [104] [105] [106] ou de toute autre technique [107] [108] [109] appuyant désormais les « *evidence-based policies* » [110] [111] [112] [113] [114] [115] [116] [117] [118] [119]. Que leurs conclusions soient positives ou négatives, ces études quantitatives reposent souvent sur des échantillons très restreints, des données et/ou des groupes de contrôle de faible qualité [120] [121]. Nos propres recherches quantitatives, notamment le temps passé avec notre équipe à encoder et à traiter des informations issues de milliers de dossiers pénaux, nous confrontent constamment aux limites de la mathématisation des comportements sociaux [12]. Il est plus que jamais nécessaire de rester prudent et modeste face au déploiement d'une nouvelle obsession de la quantification, qui n'est d'ailleurs pas sans rappeler celle des positivistes de la fin du XIX^e siècle. Bien des données classiques et pourtant sommaires sont difficiles à coder et doivent être maniées avec une infinie précaution, d'autant qu'elles constituent rarement le pur « *reflet d'un savoir objectif* » [122] [123]. Les approches qualitatives, ethnographiques, sont dès lors tout aussi essentielles et ne méritent pas d'être invalidées sans autre discussion, sous couvert d'un pragmatisme fondé sur une prétendue neutralité axiologique. Les scientifiques devraient se garder de revêtir, pour paraphraser des psychiatres et psychologues commentant les évolutions de leurs professions, une position de « *toute puissance* » [124] qui alimente une illusion scientifique. En l'absence de lucidité et de transparence sur les limites des savoirs que nous produisons, la recherche se trouverait, comme la psychiatrie, « *menacée de promettre bien plus qu'elle ne peut tenir, d'être en situation d'imposture, d'instrumentalisation ou d'implosion* » [125]. Sous ces réserves, il est toutefois urgent, face à la prolifération des dispositions pénales accentuant un processus de médicalisation de la peine, de financer et de développer dans notre pays des recherches évaluatives croisant tant les méthodes que les disciplines.

Bibliographie

1. Lancelvée C., *Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne*, Thèse, EHESS, 2016 ;
2. Saetta S., « Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. XIII | 2016, mis en ligne le 06 octobre 2016. URL [<http://champpenal.revues.org/9401>].
3. Gautron V., « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », in Clay T. et al. (dir.), *Actes des états généraux de la recherche sur le droit et la justice*, LexisNexis, 2018
4. Gautron V., « Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés », *Criminocorpus* [En ligne], La prévention des récidives : Évaluation, suivis, partenariats, 2016. URL [[URL : http://journals.openedition.org/criminocorpus/3195](http://journals.openedition.org/criminocorpus/3195)]
5. Marques A., Saetta S., Tartour T., « Des muraillles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire », *Revue française des affaires sociales*, 2016, n° 2, 57-74
6. Tesson J., Cordier B., Thibaut F., « Loi du 17 juin 1998 : bilan de l'expérience des médecins coordonnateurs en Haute Normandie », *L'Encéphale*, 2012, vol. 38, n° 2, 133-140
7. Ventéjoux A., Hirschelmann A., « Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la santé et de la justice », *Pratiques Psychologiques*, 2014, n° 20, 95-110
8. Couhet G., De Rocquigny H., Verdoux H., « Soins pénalement ordonnés : étude des pratiques des psychiatres de la Gironde », *Annales Médico-Psychologiques*, 170(8), 2012, 569-572
9. Le Bodic C., Michelot M., Robin D., « Les soins pénalement ordonnés. Cadre légal et revue de la littérature », *Annales Médico-Psychologiques*, 2015, n° 173, 197-202

10. Orsat M., Auffret E., Brunetière C. et al., « Les soins pénalement ordonnés : une analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature », *L'encéphale*, 2015, n° 41, 420-428
11. Spriet H., Abondo M., Naudet F. et al., « L'indication d'injonction de soin repose-t-elle sur un diagnostic médical ? », *L'Encéphale*, 2014, vol. 40, n° 4, 295-300.
12. Gautron V., *Se soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin*. Rapport de recherche, Mission de recherche Droit et Justice, 2017.
13. Bousaguet L., *La pédophilie, problème public*. France, Belgique, Angleterre, Paris, Dalloz, coll. « Nouvelle bibliothèque de thèses sciences politique », 2008 ; Garapon A., Salas D., *Les nouvelles sorcières de Salem. Leçons d'Outreau*, Paris, éd. du Seuil, 2006.
14. Cartier M.-E., *Rapport de la Commission d'étude pour la prévention de la récidive des criminels au ministre de la Justice*, 1994
15. Lemperière T., *Évaluation et expertise psychiatrique des condamnés*, Rapport au ministre de la Justice, 1994
16. Balier C., Parayre C., Parpillon C., *Traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels*, Rapport au ministère du Travail et des Affaires sociales et au ministère de la Justice, 1995
17. Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*, Paris, La Documentation française, 1996.
18. Mistretta P., 2011, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *Revue internationale de droit pénal*, n° 82, 19-39.
19. Salvage P., « La grande délinquance est-elle une maladie ? », *Dr. Pén.* 2010, études n°3. La Documentation française, 1996.
20. Zagury D., « Perversion-Perversité : une re-composition à partir de la clinique médico-légale », in Coutanceau R., Smith J., *Troubles de la personnalité. Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...*, Paris, Dunod, 2013
21. Bouchet-Kervella D., « Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extra-familiaux adultes ? », in *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*, John Libbey Eurotext, 2001
22. Adam C., « Les classifications psychologiques d'auteurs d'infractions à caractère sexuel : une approche critique de la littérature », *Déviante et Société*, 2006/2 (Vol. 30), p. 233-261 ;
23. Ciavaldini A., *Prise en charge des délinquants sexuels*, Paris, éd. Fabert, 2012, 27 et s.
24. Razac O., Gouriou F., Salle G., « La « prévention de la récidive » ou les conflits de rationalités de la probation française », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014, mis en ligne le 18 novembre 2014. URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/8932> ; DOI : 10.4000/champpenal.8932
25. Doron C.-O., « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », *La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010, 287.
26. Avis sur « La santé et la médecine en prison », 2006, n° 94.
27. Conférence de consensus. *Psychopathologie et traitements des auteurs d'agression sexuelle*. Fédération française de psychiatrie, John Libbey Eurotext, 2001.
28. Bensa A. (dir.), *Politiques de l'expertise psychiatrique. Trajectoires professionnelles des experts psychiatres et styles de pratiques*, Rapport de recherche pour la Mission Droit et Justice, 2010, 88.
29. Herzog-Evans M., « Exécution des peines, délinquance sexuelle et « positionnement quant aux faits » : enjeux juridiques et criminologiques », *Actualité Juridique Pénal*, 2012, n° 12, 632-635
30. Lund C. A., « Predictors of sexual recidivism: did meta-analysis clarify the role and relevance of denial? », *Sexual Abuse: a journal of research and treatment*, 2000, vol. 12, n° 4, 275-287
31. Nunes K. L., Hanson R. K., Firestone P., Moulden H. M., Greenberg D. M., Bradford J. M., « Denial predicts recidivism for some sexual offenders », *Sexual Abuse: a journal of research and treatment*, 2007, vol. 9, n° 2, 91-105; Yates P.M., « Is sexual offender denial related to sex offence risk and recidivism ? A review and treatment implications », *Psychology Crime and Law Special Issue : Cognition and Emotion*, 2009, 15, 183-199
32. Harkins L. et al., « Relationships Between Denial, Risk, and Recidivism in Sexual Offenders », *Archives of Sexual Behavior*, 2015, 44, 157-166.
33. Larminat (de) X., « Un continuum pénal hybride », *Champ pénal/ Penal field*, 2014, 11. URL : <http://champpenal.revues.org/8965>. DOI : 10.4000/champpenal.8965.
34. Doron, C. (2010b). *Soigner par la souffrance: La prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 4(1), 87-113.
35. Casoni D., « Enjeux éthiques et pratiques en

- clinique de l'agression sexuelle en milieu correctionnel », in Gravier B., Roman P., *Penser les agressions sexuelles*, Toulouse, Erès, 2016, 116.
36. Gautron V., « De la société de surveillance à la rétention de sûreté : étapes, faux-semblants, impasses et fuite en avant », *Actualité Juridique Pénal*, 2009, n° 2, 54-57.
37. Doron C. O., « Une Volonté infinie de sécurité : vers une rupture générale dans les politiques pénales ? », in Chevallier Ph., Greacen T. (dir.), *Folie et justice : relire Foucault*, Paris, Erès, 2009, 189.
38. Dubret G., « L'injonction thérapeutique de la loi du 17 juin 1998 : une tentative pour articuler la peine et le soin », *Annales Médico-Psychologiques*, 2006, n° 164, 852-853.
39. Zagury D., « Perversion-Perversité : une re-composition à partir de la clinique médico-légale », in Coutanceau R., Smith J., *Troubles de la personnalité. Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...*, Paris, Dunod, 2013, 51.
40. Kaminski D., *Pénalité, Management, innovation*, Namur, Presses universitaires de Namur, 2009, 103
- Gautron V., *Se soigner sous la contrainte*, op. cit., 110 et s.
41. Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011.
42. Josnin R., Le recours au suivi socio-judiciaire, *Infostat Justice*, 2013, n° 121.
43. Foucault M., *Les anormaux*, Cours au Collège de France, 1974-1975, Paris, Gallimard, 1999, 22.
44. Ward T., « Punishment or therapy? The ethics of sexual offending treatment », *Journal of Sexual Aggression*, 2010, 16(3), 286-295.
45. Quirion B., « Traiter les délinquants ou contrôler les conduites : le dispositif thérapeutique à l'ère de la nouvelle pénologie », *Criminologie*, 2006, vol. 39, n° 2, 146.
46. Rapport au Ministre de la Justice, La documentation Française, 2007.
47. Senon J.-L., Zagury D., « L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive », *L'information psychiatrique*, vol. 90, n° 8, 2014, 627-629.
48. Blanc E., *Rapport d'information n°4421 sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Assemblée nationale, 2012.
49. IGAS, IGSJ, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011, 65.
50. IGAS, IGSJ, Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, 2015, 69 ; Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, 2011.
51. Inspection générale des Affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soin*, op. cit., 71.
52. Steadman, H. J., « Boundary Spanners: A Key Component for the Effective Interactions of the Justice and Mental Health Systems », *Law and Human Behavior*, 1992, 16(1), 75-87.
53. Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, 2015, 69.
54. David M., « Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? », *L'information psychiatrique*, 2015b, vol. 91, n° 8, 662-670
55. Dubret, G., « Loi du 17 juin 1998 et dangers », in Beaurepaire (de) C., Bénézech M., Kottler C. (dir.), *Les dangers de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*, Paris : John Libbey Eurotext, 2004, 273-280.
56. Gautron V., « La médicalisation de la peine : un équilibre fragile entre aspiration thérapeutique et contrôle social », in Clay T. et al. (dir.), *Actes des états généraux de la recherche sur le droit et la justice*, LexisNexis, 2018, 581-591.
57. Brie G., *Traitement social de la criminalité sexuelle pédophile : rapports de pouvoir et lutte des représentations entre agents chargés du contrôle et condamnés*, Thèse, Université de Nanterre, 2012
58. Alvarez J., Gourmelon N., *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles : un objet révélateur d'évolutions institutionnelles et professionnelles*, ENAP-CIRAP, 2009
59. Durnescu I., « Pains of Probation: Effective Practice and Human Rights », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2011, 55(4), 530-545.
60. Willis G. M., Grace R.C., « The quality of community reintegration planning for child molesters: Effects on sexual recidivism », *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 2008, 20(2), 218-240
61. Russell G. et al., « Community Reintegration of Sex Offenders of Children in New Zealand », *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 2013, 57(1), 55-7
62. O'Leary C., « The role of stable accommodation in reducing recidivism: what does the

- evidence tell us? », *Safer Communities*, 2013, 12(1), 5-12
63. Laws D.R., Ward T., *Desistance from sex offending: alternatives to throwing away the keys*, New York, Guilford Press, 2011.
64. Butts J. A., Schiraldi V., *Recidivism Reconsidered: Preserving the Community Justice Mission of Community Corrections*, Papers from the Executive Session on Community Corrections, Harvard Kennedy School, mars 2018.
65. Rapport annuel de l'Observatoire de la récidive et désistance, Ministère de la Justice, 2017.
66. Bergeron E., *L'Etat et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, PUF, 1999, 13.
67. Herzog-Evans, M., « Probation in France: Some things old, some things new, some things borrowed, and often blue », *Probation Journal*, 2011, 58(4), 345-354.
68. Dubourg E, Gautron V., « La rationalisation des méthodes d'évaluation des risques de récidive », *Champ pénal/Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014. URL [<http://champpenal.revues.org/8947>].
69. Lézé, S., *L'autorité des psychologues*, Paris : Presses Universitaires de France, 2010.
70. Bérard J, Chantraine G., « Chercher son modèle et trouver son double : Les usages de l'exemple québécois/canadien dans la conception des réformes pénales et pénitentiaires françaises depuis les années 2000 », *Politix*, 2017, 120(4), 87-111.
71. Herzog-Evans M., « What on earth can this possibly mean? French reentry courts and experts' risk assessment? », *International Journal of Law and Psychiatry*, 2016, 44, 98-108 ; Vanderstukken O. et al., L'introduction du Good Lives Model en France : une risque de confusion avec le soin ?, *A.J. Pénal*, 2018, 1, 13-18
72. Hirschelmann A., Lafortune D., Guay J.P., *Un programme d'évaluation des personnes placées sous main de justice fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*. Rapport de Recherche, Université de Rennes, Université de Montréal, 2016
73. Baratta A. et al., « Prise en charge médico-judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles », *Médecine & Droit*, 2011, 107, 114-123
74. Benbouriche M., Vanderstukken O., Guay J.-P., « Les principes d'une prévention de la récidive efficace : le modèle Risque-Besoins-Réceptivité », *Pratiques psychologiques*, 2015, 21, 219-234.
75. Marshall W.L. et al., « Treatment outcome with sex offenders », *Clinical Psychology Review*, 1991, 11(4), 465-485.
76. Andrews D. A., Bonta J., *Le comportement délinquant. Analyse et modalités d'intervention*, Agen : Les Presses de l'ENAP (traduction C. et Bossé et M. Herzog-Evans), 2015
77. Bourgon G., Helmus L., Hodgson S., « The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders : A meta-analysis », *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891.
78. Ward T., Stewart C. A., The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2003, 34, 353-360
79. Willis G.M. et al., « How to integrate the good lives model into treatment programs for sexual offending: an introduction and overview », *Sex Abuse*, 2013, 25(2), 123-142.
80. Yates P. M., « Les insuffisances du traitement des délinquants sexuels », *AJ Pénal*, 2017, 272
81. Dennis J. A. et al., « Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending (review) », *Cochrane Library*, 2012, 12
82. Hanson K. R. et al., « The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: a meta-analysis », *Criminal Justice & Behavior*, 2009, 36(9), 865-891
83. Långström N. et al., « Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions », *British Medical Journal*, 2013, 347
84. Pérez D. M., Jennings W.G., « Treatment behind bars: the effectiveness of prison-based therapy for sex offenders », *Journal of Crime and Justice*, 2012, 35(3), 435-450
85. Schmucker M., Lösel F., « Does sex offender treatment work ? Systematic review of outcome evaluations », *Psicothema*, 2008, 20(1), 10-19
86. Schmucker M., Lösel, F., « The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations », *Journal of Experimental Criminology*, 2015, 11(4), 597-630
87. Hanson R. K., Morton-Bourgon, K. E., « The characteristics of persistent sexual offenders : A meta-analysis of recidivism studies », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005, 73, 1154-1163
88. Hanson R. K., « Review: Evidence does not support a reduction in sexual reoffending with psychological interventions, but further high-quality trials are needed », *Evidence Based Mental Health*, 2013, 16(3), 68.
89. Mews A., Di Bella L., Purver M., *Impact evaluation of the prison-based Core Sex Offender Treatment Programme*, Ministry of Justice, Analytical Series, 2017.

90. Schmucker M., Lösel, F., « The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations », *op. cit.*
91. Glaser, B., « Therapeutic Jurisprudence: an Ethical Paradigm for Therapists in Sex Offender Treatment Programs », *Western Criminology Review*, 2003, 4(2), 143
92. Garland D., *The culture of control*. Oxford, Oxford University Press, 2001 ; Lacombe D., « Consumed with sex : the treatment of sex offenders in risk society », *British Journal of Criminology*, 2008, 48, 55-74.
93. Robinson G., « Late-modern rehabilitation. The evolution of a penal strategy », *Punishment & Society*, 2008, 10(4), 432.
94. Glaser B., « Treators or punishers? The ethical role of mental health clinicians in sex offender programs », *Aggression and Violent Behavior*, 2009, 14, 248-255.
95. Sorokin P., *Tendances et déboires de la sociologie américaine*. Paris, Aubier, 1959.
96. Ioannidis J., « The Mass Production of Redundant, Misleading, and Conflicted Systematic Reviews and Meta-analyses », *The Milbank Quarterly*, 2016, 94(3), 485-514.
97. Marshall W.L., Marshall L.E., « The Utility of the Random Controlled Trial for Evaluating Sexual Offender Treatment: The Gold Standard or an Inappropriate Strategy? », *Sex Abuse*, 2007, 19(2), 175-191
98. Deaton A., Cartwright N., « Understanding and misunderstanding randomized controlled trials », *Social Science & Medicine*, 2017.
99. Raoult S., « L'évaluation du risque récidive : l'expert, le politique et la production du « chiffre », *RSC*, 2014, 3, p. 655 ; Harcourt B. E., « Risk as a proxy for race », University of Chicago, Law & Economics, John M. Olin Working paper, 535 & Public Law and Legal Theory Working paper, 2010, 323
100. Harcourt B. E., « Surveiller et punir à l'âge actuariel. Généalogie et critique », part. I, *Déviance et société*, 2011a, vol. 35, n° 1, 5-33
101. Harcourt B. E., « Surveiller et punir à l'âge actuariel. Généalogie et critique, part. II », *Déviance et société*, 2011b, vol. 35, n° 2, 163-194
102. Yang M, Wong S. C., Coid J., « The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment tools », *Psychological Bulletin*, 2010, vol. 136, n° 5, 740-767
103. Campbell T. W., DeClue G., « Flying blind with naked factors: Problems and pitfalls in adjusted-actuarial sex-offender risk assessment », *Open Access Journal of Forensic Psychology*, 2010, n° 2, 75-101
104. Hannah-Moffat K., « Actuarial sentencing: an « unsettled » proposition », *Justice Quarterly*, 2013, vol. 30, n° 2, 270-296
105. Robinson R., « Exploring risk management in probation practice, contemporary developments in England and Wales », *Punishment & society*, 2002, vol. 4, n° 1, 5-25
106. Starr S. B., « Evidence-Based Sentencing and the Scientific Rationalization of Discrimination », *Stanford law review*, 2014, n° 66, 803-872.
107. Ho D.K, Ross C.C., « Cognitive behaviour therapy for sex offenders. Too good to be true ? », *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2012, 22, 1-6
108. Chambers C., *The Seven Deadly Sins of Psychology : A Manifesto for Reforming the Culture of Scientific Practice*, Princeton University Press, 2017
109. Harris R., *Rigor Mortis : How Sloppy Science Creates Worthless Cures, Crushes Hope, and Wastes Billions*, Basic Books, 2017.
110. Harrison G.W., « Cautionary notes on the use of field experiments to address policy issues », *Oxf. Rev. Econ. Pol.*, 2014, 30(4), 753-763
111. Horvitz R.I. et al., « From evidence-based medicine to medicine-based evidence », *American Journal of Medicine*, 2017, 130(11), 1246-1250
112. Greenhalgh T., Russell J., « Evidence-based policymaking: a critique », *Perspectives in Biology and Medicine*, 2009, 52(2), 304-318
113. Saltelli A., Giampietro M., « What is wrong with evidence based policy, and how can it be improved? », *Futures*, 2017, 91 : 62-71
114. Newman J., « Deconstructing the debate over evidence-based policy », *Critical Policy Studies*, 2017, 11(2), 211-226
115. Holmes D. et al., « Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism », *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2006, 4, 180-186
116. Klingele C., « The Promises and Perils of Evidence-Based Corrections », *Notre Dame Law Review*, 2016, 91(2), 537 et s.
117. Ryan M. J., « Science and the New Rehabilitation », *SMU Dedman School of Law Legal Studies Research*, 2013, Paper n°97 [URL: <https://ssrn.com/abstract=2019368>]
118. Hammersley M., *The Myth of Research-Based Policy and Practice*, London: SAGE, 2013
119. Petersen A.C., Olsson J.I., « Calling evidence-based practice into question: Acknowledging phronetic knowledge in social work », *British Journal of Social Work*, 2015, 45(5), 1581-1597.

120. Dennis J. A. et al., 2012
121. Långström N. et al., 2013.
122. Gautron V., Retière J.-N., « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées », in Danet J. (coord.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, PUR, octobre 2013, p. 211-251.
123. Cartuyvels Y., Champetier B., Wyvekens A., *Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique*, Presses des facultés universitaires de Saint-Louis, 2010, 62.
124. Moulin V., Palaric R., Gravier B., « Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangersités ? », *L'information Psychiatrique*, 2012, 88, 8, 2012, 626.
125. Paulet C., Les soins en prison et hors les murs : quel cadre et quels objectifs pour les soins psychiatriques ?, Conférence de consensus sur la prévention de la récidive, Contribution des experts, 2013.

Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soin ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soin ? #2

Aurélien LANGLADE

Adjoint au chef du département, responsable des études criminologiques, ONDRP.

Résumé

L'injonction de soins est un dispositif mis en place en 1998 dans le but d'améliorer la prévention de la récidive en matière d'infractions sexuelles. Après vingt années d'existence, et un élargissement de son champ de compétence, l'injonction de soins pâtit toujours d'un manque de connaissances à son sujet. Cette carence est à l'origine des questions qui m'ont été soumises dans le cadre de l'audition publique : « 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 ? ».

S'il n'est pas possible de répondre exactement à l'ensemble de ces interrogations, j'ai tout de même pu, à l'aide d'une base de données recensant près de 1 900 individus sous injonction de soins, analyser leur profil, identifier différents groupes composant cette population et mettre en évidence des facteurs influençant le fait d'être à nouveau condamné pendant l'IS.

Ainsi, les résultats de ces travaux ont montré que 98 % des personnes sous injonction de soins sont des hommes et la quasi-totalité est de nationalité française (96 %). Leur âge moyen est de 47 ans et plus de la moitié ne sont pas en emploi (au chômage ou en inactivité). Les infractions ayant conduit à la condamnation à l'IS sont en grande majorité à caractère sexuel (plus de 90 %). Les victimes, lorsqu'il y en a, sont des mineurs dans près des trois quarts des cas (72 %) et sont le plus souvent connues de leur agresseur (68 %). L'injonction de soins est prononcée pour une durée de 5 ans dans 42 % des cas.

Après avoir présenté les caractéristiques de ces personnes, j'ai pu, à l'aide d'une analyse de classification (*Two step cluster*) identifier trois profils distincts d'individus sous IS et mettre en évidence qu'un groupe particulier était plus enclin que les autres à être à nouveau condamné durant l'application de ce dispositif.

À l'aide d'une régression logistique, j'ai également pu mettre en évidence que six facteurs propres à la PPSMJ ou à l'infraction commise pouvaient augmenter la probabilité d'être à nouveau condamné durant l'injonction de soins. Concernant les caractéristiques individuelles, les personnes de moins de 50 ans, sans emploi ou ayant déjà des antécédents judiciaires ont plus de chances d'être à nouveau condamnées. Le type d'infractions commises a également une influence sur le taux de « recondamnation » puisque les individus ayant commis des délits plutôt que des crimes ont une probabilité plus élevée d'être à nouveau condamnés. Enfin, le traitement pénal de la PPSMJ a également une influence dans la mesure où le

prédicteur le plus important pour expliquer le fait d'être condamné à nouveau, est d'avoir fait de la détention (à même caractéristiques individuelles et infraction commise). Pour finir, une variable a été ajoutée à l'analyse pour interpréter nos résultats en tenant constant la durée déjà passée sous injonction de soins.

Ce rapport a donc permis d'identifier des caractéristiques augmentant la probabilité d'être à nouveau condamné pendant l'IS. De ce fait, il serait opportun de renforcer la prise en charge des personnes présentant ces caractéristiques afin d'améliorer la pertinence de ce dispositif.

Liste des figures

Liste des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des mesures pénalement ordonnées	109
Tableau 2 : Résultats l'analyse de classification (n = 1 318)	124
Tableau 3 : Tableau croisé entre les groupes de personnes sous injonction de soins et les nouvelles condamnations sous IS	125
Tableau 4 : Résultats de la régression logistique sur le fait d'être à nouveau condamné pendant l'injonction de soins	128

Liste des figures

Figure 1 : Les acteurs de l'injonction de soins.....	111
Figure 2 : Sexe et nationalité de la personne sous injonction de soins	113
Figure 3 : Âge des personnes sous injonction de soins au 31 décembre 2017 Erreur ! Signet non défini.	
Figure 4 : La situation matrimoniale	115
Figure 5 : Présence des enfants au domicile de la personne sous IS.....	115
Figure 6 : Situation professionnelle actuelle	116
Figure 7 : Antécédents psychiatriques et judiciaires des personnes sous injonction de soins.....	117
Figure 8 : Type d'infractions menant à une condamnation à une injonction de soins	118
Figure 9 : Minorité et sexe des victimes.....	119
Figure 10 : Lien entre les personnes condamnées à une injonction de soins et leurs victimes....	120
Figure 11 : Durée de l'injonction de soins prononcée	122
Figure 12 : Type de nouvelle infraction commise durant l'IS.....	123

Glossaire

CPIP : Conseiller d'insertion et de probation
CPP : Code de procédure pénale
CRIAVS : Centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IGSJ : Inspection générale des services judiciaires
IS : Injonction de soins
JAP : Juge de l'application des peines
ONDRP : Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales
PPSMJ : Personne placée sous main de justice
SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SSJ : Suivi socio-judiciaire
TIG : Travaux d'intérêts généraux

Remerciements

Ce rapport n'aurait pu voir le jour sans la participation de ma collègue Camille Vanier. Je la remercie chaleureusement pour son expertise, son analyse, sa pertinence mais aussi pour son soutien tout au long de la rédaction de ce rapport. Je tiens également à remercier mon collègue Léo-Paul Biamba dont la participation à ce projet sur l'injonction de soins fut déterminante.

Plus globalement, je souhaitais remercier la FFCRIAVS et son président Mathieu Lacambre qui m'a fait confiance sur ce projet ambitieux sur l'injonction de soins. Un grand merci également aux CRIAVS qui ont participé à la collecte des données, ils ont permis la création d'une base de données détaillée sur un dispositif trop méconnu malgré ses 20 années d'existence.

Je tiens spécifiquement à remercier les membres du groupe de travail ayant permis la création de la grille d'analyse. Je prends le temps de les remercier nominativement, Sylvie Vigourt-Oudart, Walter Albardier, Audrey Marlois, Adeline Chaufer, Marie Lespinasse, Joseph Minervini, Baptiste Oriez et Victor Parmentier pour leurs précieux conseils, leur expérience, leur rigueur, leur curiosité intellectuelle, et surtout pour leur bonne humeur.

Enfin je souhaitais remercier Vincent Delbecque avec qui j'ai eu la chance de pouvoir initier ce projet de recherche.

Introduction

À la suite de plusieurs affaires judiciaires mettant en cause des auteurs d'infractions sexuelles au lourd passé judiciaire (affaires Arce Montes et Traoré en 1996 et affaire Jourdain en 1997), le législateur a souhaité améliorer la prévention et renforcer la répression des infractions sexuelles en votant la loi du 17 juin 1998. Cette loi a créé le suivi socio-judiciaire dans le but d'inciter le condamné à suivre des soins adaptés à son état le temps de sa détention et de l'enjoindre à suivre ou à poursuivre ces soins après sa détention.

Parmi les obligations du suivi socio-judiciaire, l'injonction de soins est celle qui retient le plus l'attention car elle mobilise à la fois des acteurs judiciaires, sanitaires et pénitentiaires. Ce dispositif a en effet la particularité d'être le plus souvent une peine complémentaire ordonnant au condamné un suivi médical ou psychologique après sa remise en liberté¹³⁵. Son prononcé intervient à la suite d'une expertise médicale préalable concluant à l'opportunité d'un traitement.

Cette mesure d'injonction de soins a connu plusieurs évolutions législatives aboutissant à un élargissement de son champ d'application :

1- Initialement prévu pour lutter contre la récidive des infractions sexuelles, le suivi socio-judiciaire, et donc l'injonction de soins, ont vu leur champ d'application s'élargir. La loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales a permis notamment l'application de cette peine aux cas d'atteintes volontaires à la vie (assassinat, meurtre, enlèvement, séquestration) et même aux cas d'infractions contre les biens (destruction, dégradation ou détérioration d'un bien par une substance explosive, un incendie, etc.). La loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance a, quant à elle, prévu le prononcé de cette peine lorsque les vio-

135. Même si l'injonction de soins est le plus souvent consécutive à une peine de privation de liberté, nous verrons qu'elle peut également être prononcée à titre de peine principale.

lences aggravées sont commises par le conjoint, concubin ou partenaire pacsé (et aussi par l'ex conjoint, ex concubin, etc.) de la victime et lors de violences habituelles sur mineur de 15 ans. La loi prévoit que le SSJ est obligatoire en matière correctionnelle lorsque ces violences sont habituelles.

2- À l'origine, l'injonction de soins était une obligation particulière pouvant uniquement être prononcée dans le cadre d'une peine de suivi socio-judiciaire. Mais le législateur a également étendu la possibilité d'utiliser ce dispositif. Il a d'abord systématisé le recours à cette mesure en cas de condamnation à un suivi socio-judiciaire (loi du 10 août 2007), avant de permettre au juge de l'application des peines de pouvoir prononcer une injonction de soins dans le cadre d'une libération conditionnelle ou d'une surveillance judiciaire et, depuis la loi du 25 février 2008, dans le cadre d'une surveillance de sûreté. Pour finir, le législateur a également permis, depuis 2007, au juge d'application des peines d'ordonner une injonction de soins (sous réserve de l'expertise médicale) alors même que la juridiction de jugement n'en avait pas prononcée¹³⁶.

Cet élargissement important du champ d'application de l'injonction de soins a certainement eu pour conséquence une augmentation du nombre de personnes concernées par cette mesure. La deuxième loi, celle du 5 mars 2007 élargissant le domaine d'application, a en effet augmenté le domaine d'application du suivi socio-judiciaire de 104,5 % entre 2006 et 2007 (Josnin, 2013). Toutefois, concernant l'injonction de soins, nous ne pouvons pas estimer le nombre de personnes qui pourraient être concernées par ce dispositif, ni même le nombre de personnes qui y sont condamnées. En effet, nous ne sommes actuellement pas en mesure de connaître le nombre exact de personnes sous injonction de soins.

Après vingt années d'existence, il n'existe que peu d'informations sur ce dispositif. Une meilleure connaissance de cette mesure pourrait pourtant permettre un ajustement des besoins ou une amélioration de sa mise en application. Celle-ci coexiste avec l'obligation de soins et peut apparaître, tant au regard des conditions de son prononcé que de sa mise en œuvre, plus contraignante. Si son existence n'est pas remise en question, les connaissances générales carentielles de cette mesure peuvent être une limite à son efficacité.

Cette carence fut mise en exergue dès 2011 par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) qui, dans un rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins, ont fait ce même constat. Ce rapport évoque dès les premières pages une « pauvreté de la production statistique disponible » et insiste sur l'idée « qu'il serait indispensable que les instruments statistiques soient disponibles, nationalement et localement, pour adapter les moyens nécessaires à la mise en œuvre de l'injonction de soins ». Selon ce rapport, le nombre estimé de personnes sous injonction de soins variait en 2011, entre 3 800 et 7 800. Il était impossible d'être plus précis puisqu'aucune donnée sur cette mesure n'était disponible.

Plus de sept ans après la restitution de ce rapport, le constat reste le même. Malgré une volonté d'améliorer l'état des connaissances sur l'injonction de soins, caractérisée par certaines initiatives locales (Priet, 2012; Halleguen et Baratta, 2014; Gautron, 2017), le niveau de connaissances général et statistique de ce dispositif reste faible. Le nombre de personnes sous injonction de soins n'est notamment toujours pas une information disponible.

¹³⁶. La condition restant toutefois qu'un SSJ ait été prononcé.

Étant consciente du manque de connaissances sur un dispositif à partir duquel ses membres sont souvent amenés à travailler, la Fédération française des Centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FF-CRIAVS) s'est associée à l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) dans un projet commun ayant pour objectif de collecter des informations détaillées sur l'injonction de soins. Ce rapport s'inscrit donc dans une réflexion plus large dont l'objectif est de réaliser un état des lieux sur l'injonction de soins, initiée par ces deux institutions.

Vingt ans après la loi du 17 juin 1998¹³⁷, instaurant en France l'injonction de soins, l'audition publique nous permet de faire un bilan de cette mesure impliquant à la fois la Santé et la Justice. Après vingt années d'application, cette loi continue de faire émerger un certain nombre d'interrogations. Nous tenterons de répondre, à travers ce rapport, à certaines d'entre-elles. Précisons que, dans le cadre de l'audition publique, nous avons été missionnés pour répondre aux questions suivantes : « 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 ? ».

S'il nous est difficile de répondre spécifiquement à ces questions, nous apporterons toutefois des éclairages essentiels permettant de dégager des pistes de réflexion pour certaines d'entre-elles. Ainsi, nous évoquerons dans une première partie un certain nombre d'éléments permettant de définir les soins pénalement ordonnés et de mentionner la méthodologie sur laquelle nous nous appuyons pour répondre à ces questions. Nous analyserons ensuite le profil des personnes sous injonction de soins avant de faire un bilan de ce dispositif et de tenter de savoir s'il est pertinent ou non.

Éléments de cadrage

Cette partie permettra à la fois de définir avec précision ce qu'est l'injonction de soins au regard des autres mesures de soins pénalement ordonnés et d'expliquer la méthode que nous avons utilisée pour analyser de manière détaillée cette mesure.

Qu'est-ce que l'injonction de soins ?

Présentation de cette mesure

Il est impossible de dissocier l'injonction de soins du suivi socio-judiciaire (SSJ). En effet, le SSJ est une peine créée par la loi du 17 juin 1998 dont l'objectif était de lutter contre la récidive et plus spécifiquement contre la récidive sexuelle. Ce nouveau système de sanction crée un type de suivi obligatoire qui prend effet à la sortie de la détention. Ainsi, la personne condamnée doit se soumettre, sous le contrôle du juge d'application des peines, à diverses nouvelles mesures de surveillance, d'assistance ou de soins, et, parmi elles, l'injonction de soins.

L'injonction de soins est donc une mesure pénalement ordonnée qui permet de lutter contre la récidive en mettant en place une prise en charge sanitaire (médicale ou psychologique) à la suite de la détention. Le SSJ, et ainsi l'injonction de soins, peut constituer une peine principale sans mise en détention à la suite de la commission d'un délit¹³⁸, ou complémentaire à une peine privative de liberté (Joseph-Jeanneney et Beau, 2011).

Cette mesure a la particularité d'instaurer une articulation entre la Justice et la Santé. D'abord avant la condamnation, en subordonnant son recours à une expertise psy-

137. Loi n°98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs.

138. Article 131-36-7 du Code pénal.

chiatricque préalable¹³⁹ concluant à l'opportunité de ce dispositif, et après la condamnation, via l'intervention d'un médecin coordonnateur et d'un praticien traitant (médecin et/ou psychologue). Il est important de noter que depuis le 1er mars 2008, une injonction de soins est prononcée si le psychiatre expert conclut à son opportunité. Seule une décision expresse contraire du juge peut éviter la mise en place de ce dispositif.

Comme cela fut évoqué dans l'introduction, le champ d'application de l'injonction de soins fut élargi au fil des années. D'abord concernant son domaine d'application : si l'injonction de soins ne pouvait être prononcée, à l'origine, que dans le cadre d'un suivi socio judiciaire, elle peut dorénavant l'être, depuis la loi du 10 août 2007, dans le cadre d'une libération conditionnelle ou d'une mesure de sûreté, et depuis la loi du 25 février 2008, dans le cadre d'une surveillance de sûreté ou d'une rétention de sûreté.

L'élargissement a également visé les infractions pouvant faire l'objet de ce type de sanction. Comme précisé dans l'introduction, l'injonction de soins était à l'origine, une mesure destinée à lutter contre la récidive des auteurs d'infraction à caractère sexuel. Il est dorénavant possible, depuis la loi du 12 décembre 2005, de condamner une personne à une injonction de soins lorsqu'elle a commis des atteintes aux personnes (assassinat, meurtre, enlèvement, séquestration) ou des atteintes aux biens (ex : destruction, dégradation ou détérioration d'un bien par une substance explosive, un incendie ou tout autre moyen). La loi du 5 mars 2007 ajoute à nouveau d'autres crimes et délits pouvant être sanctionnés par une injonction de soins (violences conjugales, violences familiales, délit de proposition sexuelle à un mineur de 15 ans, etc.).

La juridiction compétente pour prononcer une telle mesure a également été élargie. En effet, la loi du 10 août 2007 permet au JAP d'ajouter une injonction de soins (dans le cadre d'une libération conditionnelle par exemple) alors même que le SSJ auquel la personne a préalablement été condamnée n'en comportait pas.

La durée d'une injonction de soins varie en fonction du type d'infractions pour laquelle ou lesquelles la personne a été condamnée. Elle est de 10 ans maximum en matière délictuelle¹⁴⁰ et 20 ans maximum¹⁴¹ en cas de crime. Notons que la durée d'une injonction de soins est rarement atteinte puisqu'elle est en moyenne de 5 ans et 8 mois pour les délits et de 7 ans pour les crimes (ces chiffres sont issus de la base de données que nous avons créée sur l'injonction de soins, N=1 872). La décision de condamnation à un SSJ avec injonction de soins fixe également la durée d'emprisonnement en cas d'inobservation des obligations. La durée maximale d'emprisonnement en cas d'inobservation est, depuis la loi du 11 mars 2004, de 3 ans lors d'une condamnation à la suite d'un délit et de 7 ans pour un crime.

Une mesure différente des autres mesures de soins pénalement ordonnés

L'injonction de soins se différencie de l'obligation de soins et de l'injonction thérapeutique à travers différents points qui justifient l'intérêt d'un tel dispositif.

L'obligation de soins, établie par l'ordonnance du 23 décembre 1958 et prévue par le code de procédure pénale (art. 138), est une disposition antérieure à l'injonction de soins. Son domaine d'application est bien plus large puisqu'il peut être appliqué à toutes infractions. Notons en outre que, contrairement à l'injonction de soins, l'obli-

139. Article 706-47 du Code de procédure pénale.

140. Peut être portée, depuis la loi du 11 mars 2004, à 20 ans par décision spécialement motivée.

141. Peut être portée, depuis la loi du 11 mars 2004, à 30 ans en cas de condamnation à un crime puni de 30 ans de réclusion criminelle. Pour les crimes punis de la réclusion criminelle à perpétuité, le SSJ peut être sans limitation de durée.

	Injonction de soins	Obligation de soins	Injonction thérapeutique
Date	Loi du 17 juin 1998	Ordonnance du 23 décembre 1958	Loi du 31 décembre 1970
Juridiction compétente	Juridiction de jugement Juge d'application des peines	Procureur de la République Juridiction de jugement	Procureur de la République Juridiction de jugement
Moment du prononcé	Après déclaration de culpabilité	Avant <u>ou</u> Après déclaration de culpabilité	Avant <u>ou</u> Après déclaration de culpabilité
Expertise médicale	Expertise psychiatrique obligatoire	Pas d'expertise préalable obligatoire	Examen médical ou évaluation socio-psychologique obligatoire
Cadre	Suivi socio-judiciaire Contrainte pénale Libération conditionnelle Surveillance judiciaire Surveillance de sûreté	Contrôle judiciaire Sursis avec mise à l'épreuve Contrainte pénale Ajournement avec mise à l'épreuve Placement extérieur Semi-liberté	Contrôle judiciaire Sursis avec mise à l'épreuve Sursis TIG Composition pénale sur majeur ou mineur de plus de 13 ans
Domaine d'application	Délinquance et criminalité sexuelle Crimes et délits avec actes de violences Violences sur mineur de 15 ans ou personne vulnérable Violences intrafamiliales Atteintes aux biens	Pour toute infraction	Usage illicite de stupéfiants Consommation habituelle et excessive d'alcool
Valeur pénale	Peine principale Peine complémentaire	Avant prononcé de culpabilité (alternative aux poursuites) Peine complémentaire	Avant prononcé de culpabilité (alternative aux poursuites) Peine complémentaire
Durée	Délit : 20 ans maximum Crime : 30 ans maximum (voire sans limitation de durée)	3 ans maximum	2 ans maximum
Sanctions possibles en cas d'inobservation	Mise à exécution totale ou partielle de l'emprisonnement prévu en cas d'inobservation Modification, complément des obligations ou interdictions, rappel des mesures, obligation, interdictions, mises à exécution totale ou partielle de la peine d'emprisonnement Mise à exécution totale ou partielle de l'emprisonnement initialement prononcé par la juridiction de jugement Révocation totale ou partielle de la liberté conditionnelle Retrait de tout ou partie de la durée des réductions de peine Placement en centre socio-médico-judiciaire de sûreté	Placement en détention provisoire Prolongation du délai d'épreuve, révocation totale ou partielle du sursis Modification, complément, rappel d'obligation, emprisonnement Saisine de la juridiction de jugement afin de statuer sur la peine Suspension de la mesure qui peut entraîner l'incarcération	

Tableau 1 : Récapitulatif des mesures pénalement ordonnées

gation de soins peut être ordonnée sans que la culpabilité de l'individu n'ait été déclarée et sans qu'une expertise médicale favorable ait été rendue. L'autre différence notable est sa durée puisqu'une obligation de soins peut être prononcée pour une durée maximum de 3 ans contre 30 ans pour une injonction de soins¹⁴² (Ministère de la Santé et Ministère de la Justice, 2009).

L'injonction thérapeutique, établie par la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, a été pensée par le législateur dans une démarche de protection de la santé publique pour lutter contre l'usage illicite de stupéfiants ainsi que la consommation habituelle et excessive d'alcool. L'injonction thérapeutique peut être prononcée avant ou après un jugement et consiste en un suivi médical et/ou socio-psychologique. Un examen médical réalisé par un médecin relais ou une évaluation socio-psychologique par un psychologue habilité est donc, au préalable, nécessaire au procureur de la République ou à la juridiction de jugement pour prononcer ce type d'injonction.

Le rôle des différents acteurs concernés par l'injonction de soins

La mise en place d'une injonction de soins mobilise un nombre d'institutions important et de champs d'intervention différents. Ce dispositif met en effet en relation à la fois des acteurs judiciaires et des acteurs sanitaires.

Les acteurs judiciaires :

Les juridictions de jugement sont les juridictions chargées de prononcer la mise à exécution ou non de l'injonction de soins dans l'un des cadres prévus à cet effet (cf. tableau récapitulatif).

Le juge d'application des peines (JAP) est chargé de « fixer les principales modalités de l'exécution des peines privatives de liberté ou de certaines peines restrictives de liberté, en orientant et en contrôlant les conditions de leur application » (art. 712-1, al. 1^{er} du Code de procédure pénale). Depuis la loi du 10 août 2007, le JAP peut également ordonner l'injonction de soins si la juridiction de jugement ne l'avait pas préalablement fait, sous réserve de l'avis favorable d'une expertise médicale. Le JAP peut également mettre à exécution l'emprisonnement encouru en cas d'inobservation des obligations, et notamment de l'injonction de soins.

Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) sont missionnés par le JAP pour veiller au respect des obligations imposées au condamné (art. 763-1 CPP). Le SPIP favorise l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion des détenus et des PPSMJ ; il concourt à la préparation des décisions de justice ; il assure le suivi et le contrôle des PPSMJ ; il met en œuvre les mesures propres à favoriser la prévention de la récidive (art. D 572 et suivants du CPP).

Les acteurs sanitaires :

Le médecin coordonnateur organise la mise en place de l'injonction de soins en transmettant au médecin traitant les éléments de dossier du condamné. Il assure tout au long de ce dispositif la liaison entre les acteurs judiciaires et sanitaires. Il est désigné par le juge d'application des peines à partir d'une liste de psychiatres ou de médecins ayant reçu une formation appropriée. Cette liste est dressée par le procureur de la République et est renouvelée tous les trois ans.

Le praticien traitant est le professionnel de santé assurant la prise en charge du traitement thérapeutique et est choisi par le condamné lui-même. Il peut être un méde-

¹⁴². Voir même sans limitation de durée en cas de crimes punis de la réclusion criminelle à perpétuité.

cin ou, depuis la loi du 12 décembre 2005, un psychologue justifiant d'une expérience professionnelle d'au moins 5 ans. Tenu au secret professionnel, le praticien traitant est le seul acteur impliqué dans la thérapie médicale du condamné. La loi prévoit toutefois qu'il puisse déroger à ce principe en cas d'interruption du traitement ou de difficultés dans son application en informant le médecin coordonnateur, le CPIP ou directement le juge d'application des peines.

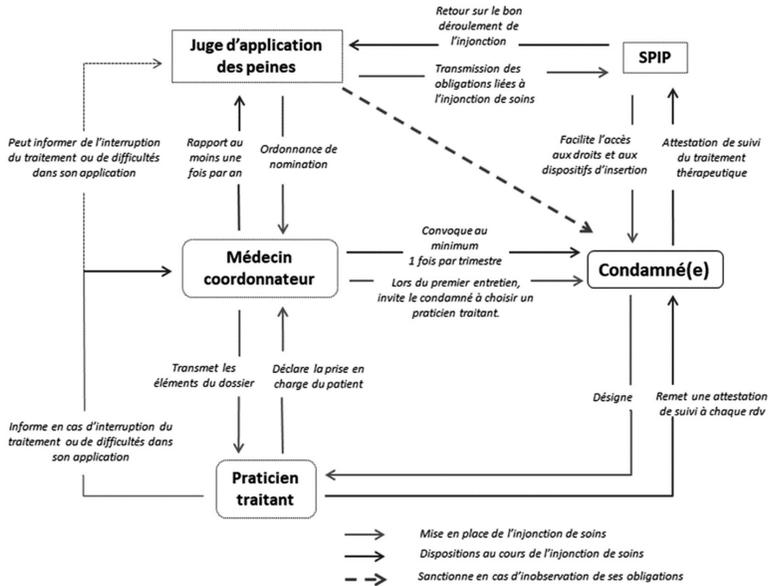


Figure 1 : Les acteurs de l'injonction de soins

Méthodologie

Comme évoqué précédemment, l'ONDRP et la FF-CRIAVS mènent conjointement un projet de recherche dont l'objectif consiste à analyser quantitativement le dispositif d'injonction de soins. Malgré les recommandations du rapport d'inspection de 2011, il n'existe à ce jour aucune base de données administrative nous permettant d'accéder à des informations suffisamment détaillées sur le nombre de personnes sous injonction de soins ni sur leurs caractéristiques ou celles de leur suivi.

Afin de mener à bien cet objectif, une base de données détaillée et anonymisée recensant les injonctions de soins en cours sur une grande partie du territoire français a été créée à partir des dossiers centralisés par les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)¹⁴³. Cette base recense actuellement des informations détaillées sur près de 1 900 adultes¹⁴⁴ qui étaient sous injonction de soins au 15 avril 2017. Plus

143. Le groupe de travail, composé de médecins psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, de juristes et de chercheurs en criminologie, créé en vue de la réalisation du projet de recherche sur l'injonction de soins, a estimé que les SPIP étaient les services qui centralisent le plus d'informations sur le dispositif d'injonction de soins.

144. Il est important de préciser qu'en application des circulaires du 13 septembre 2004 et du 11 avril 2005, les SPIP ne sont plus compétents pour intervenir auprès de mineurs condamnés détenus que dans les cas où la condamnation est prononcée par une juridiction pour enfants antérieurement au 1^{er} janvier 2005 et sous réserve que le juge de l'application des peines ne se dessaisisse pas au profit du juge des enfants (Molle, 2005). Les dossiers saisis ne concernent donc que les personnes majeures.

de cent variables¹⁴⁵ composent cette base de données et nous renseignent sur les caractéristiques des personnes sous injonction de soins, sur les caractéristiques du/des faits ayant conduit à l'injonction de soins et sur le suivi des personnes placées sous main de justice concernées par ce dispositif. Il est important de préciser qu'il ne s'agit pas d'un recensement exhaustif du nombre de personnes sous injonction de soins au 15 avril 2017 mais de l'étude d'un échantillon que nous estimons être représentatif¹⁴⁶.

Cette base de données va nous permettre d'avoir une meilleure connaissance de ce dispositif et de réaliser le profil des personnes qui ont été condamnées à une injonction de soins.

Le profil des personnes sous injonction de soins

Caractéristiques de la personne sous injonction de soin

Les caractéristiques individuelles : le sexe, l'âge et la nationalité

Le sexe et la nationalité des personnes sous injonction de soins sont des informations peu discriminantes dans la mesure où les personnes concernées par cette mesure sont principalement des hommes de nationalité française. En effet, 98 % de ces personnes sont de sexe masculin contre 2 % de sexe féminin.

La quasi-totalité des personnes sous injonction des soins composant notre échantillon est de nationalité française (96 %), seuls 4 % sont de nationalité étrangère.

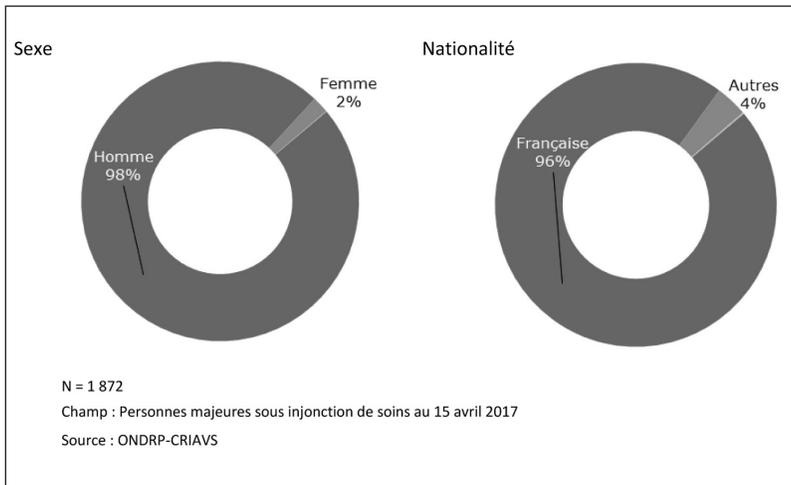


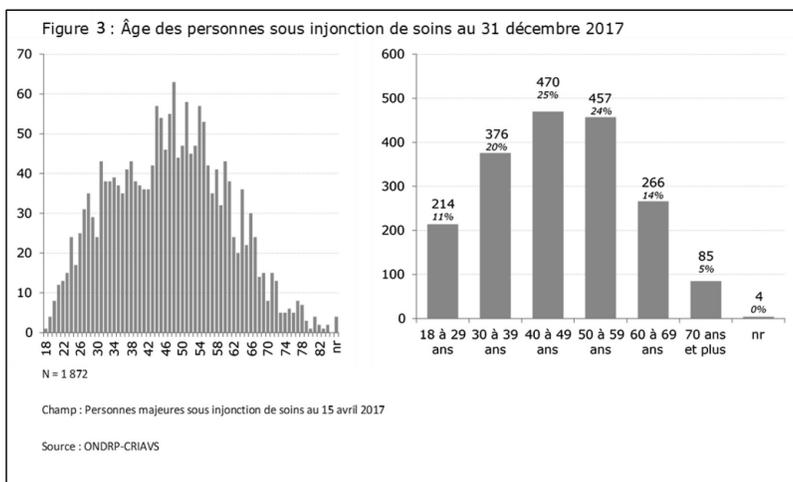
Figure 2 : Sexe et nationalité de la personne sous injonction de soins

145. Une grille d'analyse fut élaborée en amont par le groupe de travail en se basant sur la littérature existante et sur l'expérience de chacun des membres de ce groupe. Elle fut ensuite testée sur une dizaine de dossiers puis modifiée pour ne garder que les variables dont le taux de renseignement était supérieur à 90%. Cette grille d'analyse détaillant l'ensemble de ces variables se trouve en Annexe A de ce document.

146. Si la collecte des données n'a été réalisée que sur 36 départements français, il est important de noter que la population cumulée de ces départements représente plus de la moitié de la population adulte française (comprenant notamment les deux départements les plus peuplés de France : le Nord et Paris) (voir carte en Annexe B). Notons également que le rapport de l'IGAS et de l'IGS sur l'évaluation de l'injonction de soins estimait à 3 800 le nombre de personnes sous injonction de soins, notre échantillon couvre ainsi la moitié de cette estimation (Joseph-Jeanneney et Beau, 2011).

L'âge moyen des personnes sous injonction de soins est de 47 ans au 31 décembre 2017¹⁴⁷. Il s'agit également de l'âge médian, cela signifie que la moitié des personnes sous injonction de soins a moins de 47 ans et l'autre moitié a plus de 47 ans.

Une analyse plus approfondie de l'âge nous permet de constater que 11 % des personnes sous injonction de soins ont entre 18 et 29 ans et 20 % ont entre 30 et 39 ans. Les catégories d'âge des 40-49 ans et des 50-59 ans représentent chacune un quart de l'échantillon. Ainsi, la moitié des personnes sous injonction de soins sont âgées de 40 à 59 ans. Enfin, 14 % des condamnés à une injonction de soins ont entre 60 et 69 ans et 5 % ont au moins 70 ans.



La situation familiale et professionnelle des personnes sous injonction de soins

Le fait d'être en couple est une source de soutien social informel importante souvent prise en compte par les instruments de mesure du soutien social (Beauregard et Dumont, 1996). Ainsi, être en couple pourrait permettre aux personnes sous injonction de soins d'avoir un soutien moral en cas de difficultés et de les protéger en cas d'influence antisociale (Guay, Benbouriche et Parent, 2015). Pour autant, il semblerait que cette situation ne concerne que 29 % des personnes sous injonction de soins (21 % se déclarent en couple¹⁴⁸ et 8 % sont mariés). Notons plus des deux-tiers des personnes composant notre échantillon sont célibataires ou veuves.

Il est en outre intéressant de constater que 45 % de ces individus étaient en couple ou mariés au moment des faits (- 16 points). Seuls 44 % des personnes mariées ou en couple au moment des faits le sont encore aujourd'hui. Notons en outre que parmi les individus qui étaient en couple au moment des faits, 21 % le sont encore avec la même personne.

147. Pour rappel, la base que nous avons constituée ne recense que les personnes âgées de plus de 18 ans (voir note de bas de page 10).

148. Il ne s'agit pas de l'état civil légal mais de la situation matrimoniale déclarée par les personnes sous injonction de soins. Notons également qu'ils peuvent ne pas habiter ensemble et ne sont pas forcément liés à leur partenaire par un contrat de mariage ou de PACS.

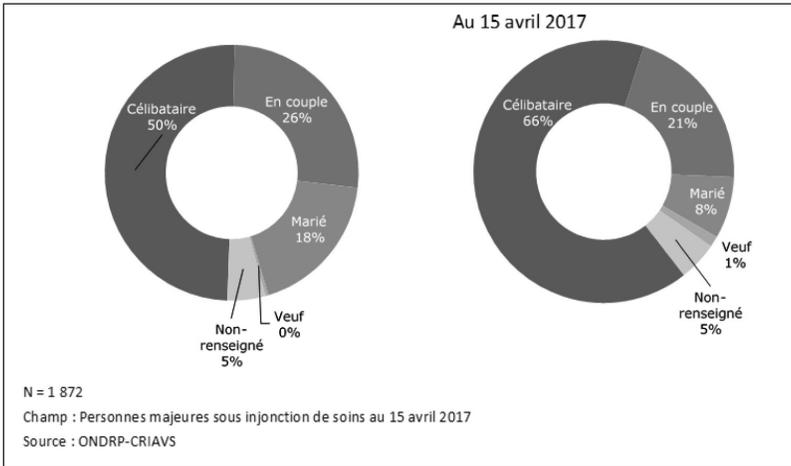


Figure 4 : La situation matrimoniale

Au 15 avril 2017, plus des trois quarts des individus ne vivaient pas avec leurs enfants dans leur domicile actuel (soit parce qu'ils n'en ont pas, soit parce que leur garde leur a été retirée) alors qu'ils étaient plus de 40 % à vivre avec leurs enfants à leur domicile au moment de la révélation des faits.

Il est possible d'observer que parmi les individus qui vivaient avec leurs enfants au moment de la révélation des faits, moins d'un quart vivent encore avec eux actuellement (23 %). Cela pourrait notamment s'expliquer par le type d'infraction commise par la personne sous injonction de soins. En effet, plus des trois-quarts des personnes qui vivaient avec leurs enfants au moment des faits et qui ne vivent plus avec actuellement ont commis une infraction à l'encontre d'un membre de leur famille ou sur leur conjoint (78 %).

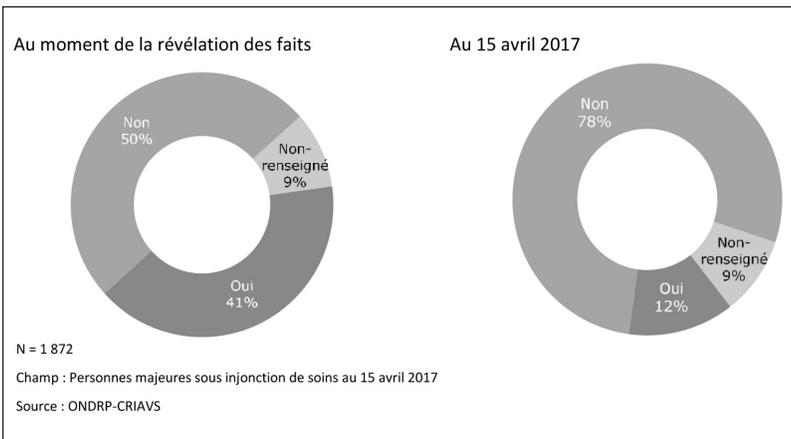


Figure 5 : Présence des enfants au domicile de la personne sous IS

La situation au regard de l'emploi est souvent évoquée comme étant un des huit facteurs les plus communément liés à la récidive (Andrews et Bonta, 2010). En effet, le fait d'occuper un emploi est considéré comme étant un facteur de stabilité sociale dans la mesure où des valeurs prosociales sont transmises dans ce contexte (Guay, Benbouriche et Parent, 2015). Il s'agit donc d'une information importante que nous avons pu collecter dans les dossiers des personnes sous injonction de soins.

Au 15 avril 2017, 44 % des personnes sous injonction de soins occupaient un travail. Près d'un quart des condamnés sous IS n'avaient pas d'emploi alors qu'ils étaient en âge et en mesure de travailler (23 %). Enfin, 29 % étaient inactifs, c'est-à-dire retraités, étudiants ou en incapacité de travailler.

Notons par ailleurs que 20 % des personnes composant notre échantillon sont en situation de handicap ou d'invalidité et que parmi eux, seuls 14 % ont une activité professionnelle.

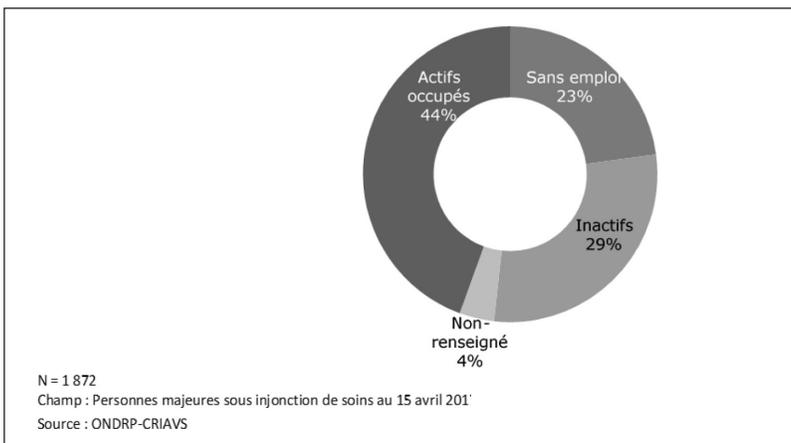


Figure 6 : Situation professionnelle actuelle

Les antécédents des personnes sous injonction de soins

Deux types d'antécédents ont été recensés dans notre base de données. Le premier concerne les antécédents psychiatriques. Il nous permet de savoir si les personnes sous injonction de soins ont déjà eu un suivi psychiatrique avant la révélation des faits pour lesquels ils ont été condamnés à une injonction de soins. Cette information peut être importante pour améliorer la qualité des soins de la personne sous injonction de soins.

Ainsi, lorsque l'information était renseignée¹⁴⁹, on observe que plus d'un tiers des personnes sous injonction de soins avait déjà eu des antécédents psychiatriques (37 %). En effet, dans 14 % des cas où l'information était renseignée, la personne avait déjà été hospitalisée en psychiatrie et dans 23 % des cas la personne avait déjà fait l'objet d'un suivi psychiatrique.

149. 31,8 % des informations concernant les antécédents judiciaires ne figuraient pas dans les dossiers. Dans la mesure où ne pouvions pas supposer que l'absence de cette information dans les dossiers supposait une absence d'antécédents psychiatriques, nous avons préféré réaliser l'analyse descriptive sur un effectif plus restreint de notre échantillon.

Le deuxième type d'antécédents collectés concerne les antécédents judiciaires. L'historique infractionnel de la personne, faisant référence au nombre et à la nature des antécédents judiciaires, est souvent considéré comme étant l'un des prédicteurs les plus importants de la récidive (Gendreau, Little et Goggin, 1996; Campbell, French et Gendreau, 2009 ; Mulder, Brand, Bullens et Van Marle, 2011).

Plus de la moitié des personnes composant notre échantillon avait déjà été condamnée pour une autre infraction que celle ayant entraîné l'injonction de soins (53 %). Il s'agissait alors d'une condamnation à la suite d'une infraction sexuelle pour 59 % d'entre eux.

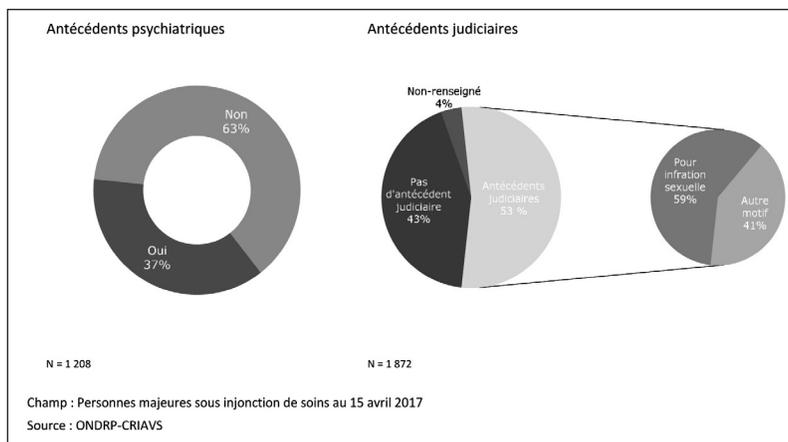


Figure 7 : Antécédents psychiatriques et judiciaires des personnes sous injonction de soins

Caractéristiques de l'infraction menant à l'injonction de soins

Le type d'infraction

Le profil des personnes sous injonction de soins ne serait pas complet sans évoquer la ou les infractions qu'ils ont commises et qui ont entraîné la condamnation à une injonction de soins. Il est important de rappeler ici que les lois du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales et du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance ont élargi le champ d'application de cette mesure. Il est dorénavant possible pour le juge (juridiction de jugement ou d'application des peines) de prononcer une injonction de soins à la suite de la commission d'une infraction à caractère sexuel, à la suite de la commission de violences aux personnes (autre que sexuelles : assassinat, meurtre, enlèvement, séquestration, violences intrafamiliales, etc.) et même en cas d'infraction contre les biens (destruction, dégradation ou détérioration d'un bien par une substance explosive, un incendie, etc.).

Il est d'abord important de préciser que plus de la moitié des personnes composant notre échantillon ont commis un seul type d'infraction (57 %). Il ne faut pas confondre cela avec le fait de commettre une infraction unique ; en effet, une personne peut avoir commis un seul type d'infraction mais la répéter plus d'une fois. Lorsqu'une personne a commis plusieurs types d'infractions, nous avons, pour les distinguer, considéré l'infraction qui, au sens légal, était la plus grave.

Ainsi, au 15 avril 2017, les personnes composant notre échantillon ont, dans 90 % des cas, été condamnées à une injonction de soins à la suite de la commission d'au moins une infraction à caractère sexuel (infraction la plus grave). Dans plus d'un tiers des cas, cette mesure pénalement ordonnée a été prononcée dans le cadre d'une condamnation pour viol (37 %), et dans une proportion quasi équivalente, suite à une agression sexuelle. Les injonctions de soins à la suite de la commission d'infractions liées aux images pédopornographiques, comme la captation, la détention ou la fabrication représentent quant à elles 8 %.

Notons que les violences aux personnes autres que sexuelles ne représentent que 7 % (dont 3 % à la suite d'un homicide). Le prononcé d'une condamnation à une injonction de soins à la suite d'une atteinte aux biens est marginal : cela concerne 1,8 % des personnes composant notre échantillon.

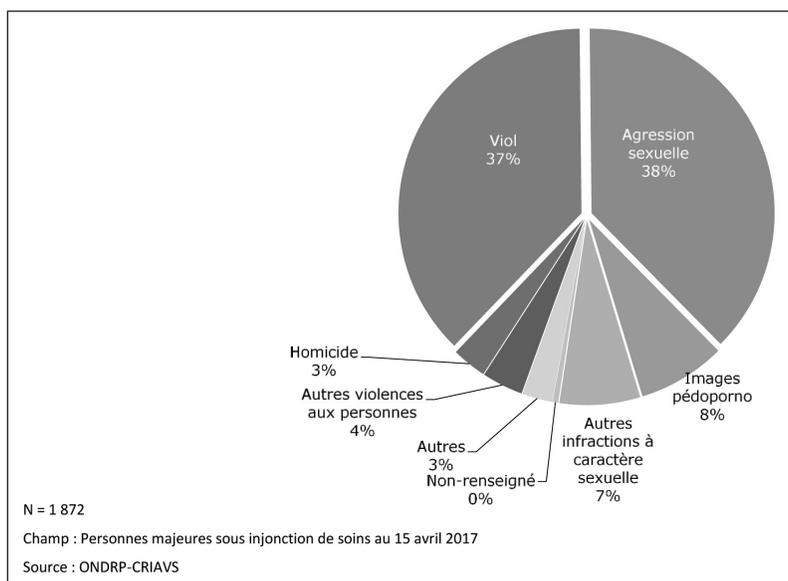


Figure 8 : Type d'infractions menant à une condamnation à une injonction de soins

Caractéristiques des victimes

Le type de victime (le sexe, l'âge ou encore le lien avec l'auteur) est une information essentielle afin d'adapter au mieux les soins qui seront apportés par le médecin ou le psychologue traitant. En effet, le type de victime visé peut mettre en évidence la présence de certains troubles de la préférence sexuelle (ou paraphilies) illégale nécessitant un traitement plus spécifique¹⁵⁰.

Pour plus de 90 % des personnes composant notre échantillon, l'infraction qu'ils ont commise et qui a amené à une condamnation à une injonction de soins, a fait des victimes directes, c'est-à-dire des victimes qui ont été directement en contact avec leur

150. La recherche a mis en évidence le fait que certaines prises en charge pouvaient être plus efficaces que d'autres. À titre d'exemple, les psychothérapies dites spécialisées sont, pour les pédophiles, plus efficaces que les thérapies dites classiques (Hanson, et al., 2002; Baratta, Morali, Halleguen et Milosescu, 2011).

agresseur¹⁵¹. Pour plus de la moitié de ces cas, il s'agit d'infractions ayant fait une seule victime directe (51 %) et dans 41 % la ou les infractions commises ont fait plus d'une victime. Il est important de préciser que lorsque le dossier fait mention de plusieurs victimes, cela ne signifie pas qu'elles ont été victimes de façon simultanée, il peut en effet s'agir de plusieurs infractions commises à des temporalités différentes pour lesquelles la personne placée sous main de justice a été condamnée lors d'un seul et même jugement. À l'inverse, lorsque le dossier mentionne une unique victime, cela ne signifie pas qu'elle a été victime une seule fois. Une victime peut avoir subi diverses violences à des temporalités différentes.

Dans 9 % des cas, les informations contenues dans les dossiers nous permettaient de savoir que l'auteur avait commis une infraction ayant fait une ou plusieurs victimes directes sans que le nombre de victimes n'y soit spécifié.

Les victimes de sexe masculin sont statistiquement moins nombreuses puisque dans plus des trois-quarts des cas, la ou les infractions ayant entraîné une condamnation à une injonction de soins ont fait au moins une victime de sexe féminin (78 %).

Près des trois-quarts des personnes condamnées à une injonction de soins présentes dans notre échantillon ont fait des victimes mineures : dans 66 % des dossiers la ou les victimes étaient mineures et dans 5 % les victimes étaient à la fois des mineures et des majeures.

En croisant les informations du genre et de l'âge des victimes, nous pouvons constater que lorsque l'infraction a fait des victimes mineures, 60 % des victimes sont uniquement des filles et dans 17 % des cas les victimes sont à la fois des filles et des garçons. La part des garçons victimes est tout de même relativement importante parmi les victimes mineures puisque dans 38 % des infractions commises envers des mineurs, au moins une victime est de sexe masculin contre 22 % en cas d'infractions contre un adulte.

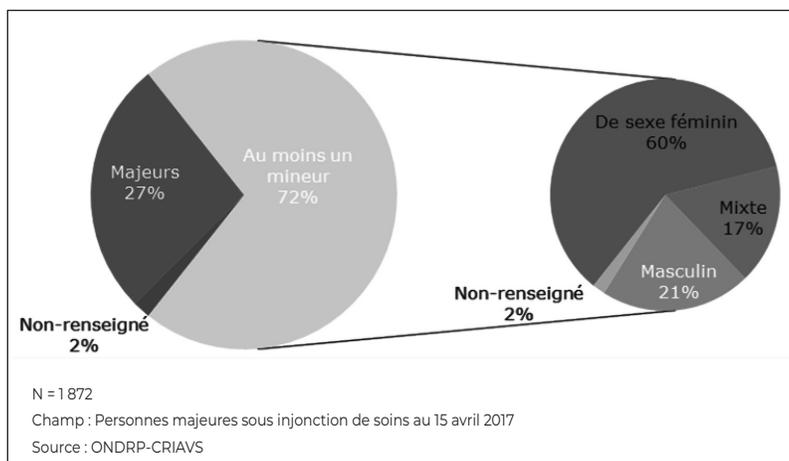


Figure 9 : Minorité et sexe des victimes

151. Cette notion de « victimes directes » est à opposer à la notion de « victimes indirectes » qui concerne les victimes avec lesquelles l'auteur de l'infraction n'a pas eu de contact physique direct. C'est notamment le cas pour les infractions concernant la détention ou la diffusion d'images pédopornographiques. Des victimes mineures sont évidemment concernées par ce type d'infraction mais l'auteur peut ne pas avoir eu de contact direct avec celles-ci.

Le lien entre les auteurs et la ou les victimes est également une information importante qui peut, comme nous l'avons vu précédemment expliquer parfois la situation familiale actuelle de la personne condamnée à une injonction de soins. Nous avons pu distinguer quatre types de liens entre les personnes sous injonction de soins et les personnes victimes.

Il est ainsi possible de constater que les victimes ne sont pas connues des auteurs dans plus d'un quart des cas (27 %). Pour près de la moitié des personnes composant notre échantillon, le lien qui les unit à la ou les victimes est un lien conjugal ou familial¹⁵² (respectivement 8 et 39 %). Enfin, les personnes sous injonction de soins connaissaient leur victime dans plus de 20 % des cas (hors lien familial et conjugal, cela peut être une relation amicale, de voisinage, de travail, etc.).

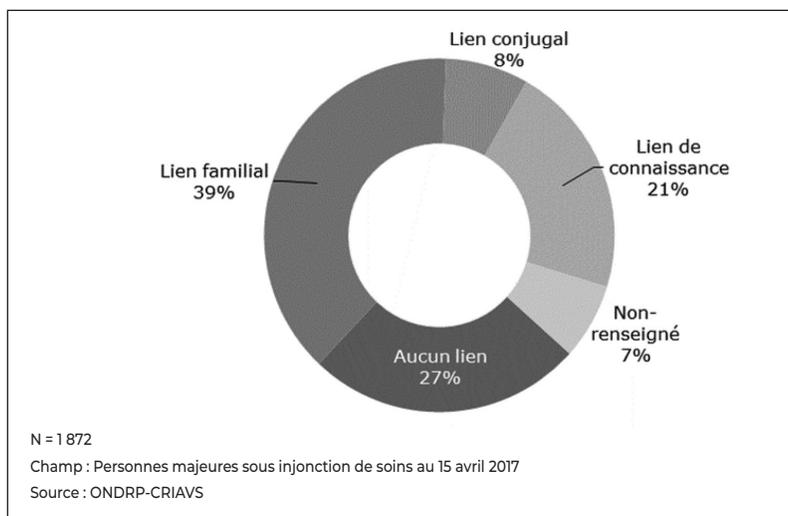


Figure 10 : Lien entre les personnes condamnées à une injonction de soins et leurs victimes

Caractéristiques de l'injonction de soins

Après avoir décrit qui étaient les personnes concernées par cette mesure, les raisons pour lesquelles elles ont été condamnées à cette peine, il s'agit à présent de décrire comment l'injonction de soins est concrètement appliquée et si les personnes concernées ont été à nouveau condamnées durant sa mise en œuvre.

Le cadre et la durée de l'injonction de soins

Avant de décrire son cadre et sa durée, il est important de savoir que 46 % des personnes composant notre échantillon, et pour lesquelles l'information était disponible (N=1 564), étaient sous injonction de soins depuis moins de deux ans au 15 avril 2017. Ainsi, à cette date, plus de la moitié des personnes était contrainte à une injonction de soins depuis plus de deux ans (54 %).

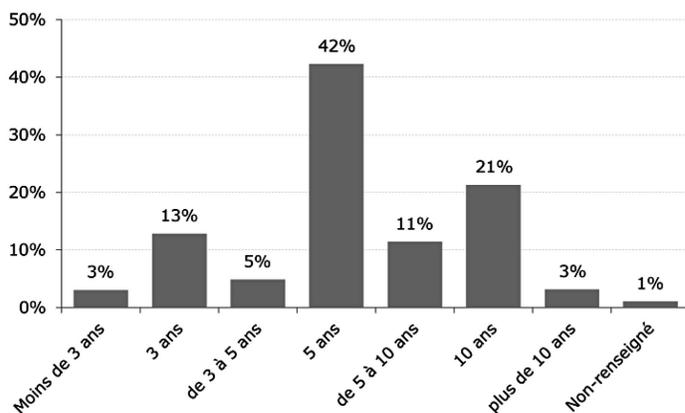
Dans la quasi-totalité des cas, l'injonction de soins à laquelle ont été condamnées les personnes composant l'ensemble de notre échantillon fut prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (96 %).

152. Le lien familial a ici une définition assez large, comprenant notamment les oncles, tantes ou encore la belle famille

Le plus souvent, cette mesure pénalement ordonnée vient compléter une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle. Dans 90 % des dossiers, les personnes condamnées à une injonction de soins avaient également été condamnées à de l'emprisonnement (ferme ou avec sursis). La durée moyenne de cet emprisonnement est de 6 ans et 4 mois (N=1 672).

La durée de l'injonction de soins est, quant à elle, en moyenne de 6 ans et 3 mois. Le plus souvent, elle est prononcée pour une durée de 5 ans (dans 42 % des cas). Dans 21 % des dossiers, la durée de cette mesure était de 10 ans et dans 13 % des cas, elle était de 3 ans.

Au final, la durée prononcée pour l'injonction de soins est inférieure à 5 ans dans 21 % des cas et supérieure à 5 ans dans 35 % des cas.



N = 1 872

Champ : Personnes majeures sous injonction de soins au 15 avril 2017

Source : ONDRP-CRIAVS

Figure 11 : Durée de l'injonction de soins prononcée

Nouvelles infractions commises durant l'injonction de soins

Il est nécessaire de rappeler que le SSJ, et donc l'injonction de soins, furent créés pour lutter contre la récidive, et plus spécifiquement contre la récidive sexuelle.

Or, le taux de récidive pour des violences sexuelles en France est une information difficile à obtenir, seule une étude faisant état d'un suivi de cohorte, datant de 1997, nous informe sur le taux de récidive (au sens légal) pour viol et attentat à la pudeur. Selon cette étude, ces taux varient entre 1,9 et 3 % pour les viols et entre 8,5 et 10 % pour les attentats à la pudeur¹⁵³ (Burrigand, 1997). Actuellement, il est seulement possible de connaître la part des personnes condamnées pour viol en état de récidive (5,6 % en 2016) et celle des personnes condamnées à un délit sexuel en état de récidive (6,3 % ou en état de réitération (12,7 %) (Ministère de la Justice, 2017)¹⁵⁴.

153. Précisons qu'en 1994, les attentats à la pudeur sont devenus les agressions sexuelles.

154. Notons qu'au niveau international, une équipe de recherche a publié en 1998 les résultats d'une méta-analyse recensant plus de 60 études ayant analysé le taux de récidive des auteurs d'infractions sexuelles. Cette étude estime que le taux de récidive pour ce type d'infraction est de 13,4 % à 5 ans et de 24 % à 15 ans (Hanson et Bussière, 1998).

Si la base de données que nous avons créée ne nous permet pas d'estimer le taux de récidive des personnes sous injonction de soins¹⁵⁵, elle nous permet toutefois d'estimer la part de celles qui au 15 avril 2017, avaient à nouveau été condamnées avant cette date.

Ainsi, parmi les personnes sous injonction de soins composant notre échantillon, 17 % ont été à nouveau condamnées pour une autre infraction. Cette condamnation survient dans plus de la moitié des cas à la suite du non-respect des obligations (54 %). Dans 17 % des cas, la condamnation fait suite à une infraction à caractère sexuel (dont 3 % en lien avec la détention, la diffusion, la captation ou la fabrication d'images pédopornographiques).

Les autres violences aux personnes représentent 16 % des nouvelles condamnations commises durant l'injonction de soins. Enfin, 13 % des condamnations ont pour objet des infractions d'autre nature, comme les délits routiers.

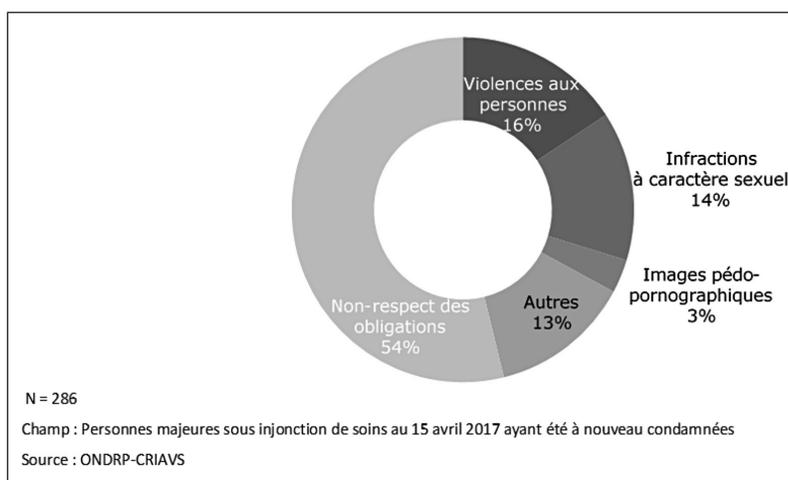


Figure 12 : Type de nouvelle infraction commise durant l'IS

Existe-il différents profils de personnes sous injonction de soins ?

Après avoir décrit les caractéristiques générales des personnes sous injonction de soins et la mise en œuvre de ce dispositif à leur égard, nous avons tenté de déterminer si toutes ces personnes se ressemblaient ou si des profils distincts pouvaient émerger de notre échantillon.

L'analyse de l'ensemble des caractéristiques présentées précédemment a permis de révéler différents types d'individus sous injonction de soins. Cette analyse repose sur une méthode appelée *two-steps cluster*, permettant de générer un nombre optimal de classes, de sorte que l'ensemble des individus composant chacune des classes aient des caractéristiques les plus homogènes possibles, mais que chacune des classes se distingue les unes des autres. Ainsi, grâce à cette méthode, trois profils d'individus sous injonction de soins se sont distingués.

155. Il faudrait pour cela, réaliser un suivi de cohorte de personnes sous injonction de soins durant plusieurs années. Notre base ne recense que les personnes sous injonction de soins au 15 avril 2017 et ne fait état que des nouvelles condamnations à cette date.

Si plus de 10 variables pouvaient potentiellement être utilisées pour créer une typologie de qualité, le nombre de valeurs manquantes ou la faible valeur prédictive de certaines d'entre elles justifie l'utilisation d'un nombre de variables moindres.

À titre d'exemple, la variable indiquant la présence ou non d'antécédents psychiatriques dans les dossiers avait trop de valeurs manquantes (taux de non-réponse à 35,5 %) et n'a donc pas été utilisée pour créer la typologie. Les variables nous informant sur le sexe et la nationalité des personnes sous injonction de soins avaient quant à elles une très faible valeur prédictive puisque chacune possède une modalité représentant plus de 95 % de l'échantillon (respectivement le fait d'être un homme et le fait d'être français).

In fine, 10 variables ont servi à la construction de la typologie. Six sont des variables nous informant sur les caractéristiques des personnes sous injonction de soins : 1) leur âge, 2) leur situation matrimoniale (s'ils vivent en couple ou non) 3) la présence de leur enfant au domicile, 4) s'ils occupent un travail ou non, 5) s'ils ont déjà été condamnés à une injonction de soins et 6) s'ils ont des antécédents judiciaires. Les quatre autres variables nous informent sur l'infraction commise ayant conduit à une condamnation avec injonction de soins : 1) le type d'infraction commise, 2) si la victime était mineure, 3) le lien entre la victime et l'auteur et 4) si la PPSMJ a été incarcérée avant le début de l'IS.

Le groupe 1 recense les personnes qui commettent des infractions sexuelles sur mineurs (principalement des agressions sexuelles et des viols) mais pas uniquement dans le cadre familial. Il regroupe également les individus qui semblent les plus insérés dans la société : avec le moins d'antécédents judiciaires, ils occupent un travail dans près de la moitié des cas et ont moins été incarcérés que les personnes des autres groupes, avant le début de l'injonction de soins. Ils semblent aussi être les plus entourés puisqu'ils sont plus souvent en couple et avec un enfant à leur domicile.

Le groupe 2 recense quant à lui les personnes qui commettent différents types d'infractions violentes (il s'agit du groupe qui commet la majorité des infractions violentes contre les personnes, dont des viols et agressions sexuelles) visant principalement des victimes adultes sans lien personnel avec elles. Il s'agit également du groupe recensant les personnes ayant le plus souvent des antécédents judiciaires. L'âge médian des personnes de ce groupe est le plus faible : 42 ans.

Le dernier groupe recense les personnes ayant commis uniquement des viols sur mineurs dans le cadre familial. Du fait de l'infraction spécifique commise, il est le seul groupe composé de personnes ayant toutes été incarcérées avant le début de l'injonction de soins.

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
	n=618	n=494	n=206
Victime mineure	Oui (98,9%)	Non (68,4%)	Oui (93,2%)
Type d'infraction commise	Autres infractions sexuelles (66,6%)	Infractions protéiformes	Viol (100%)
Lien entre l'auteur et la victime	Lien conjugal ou familial (53,5%)	Aucun lien (55,6%)	Lien conjugal ou familial (100%)
Antécédents judiciaires	Non (65,5%)	Oui (81,9%)	Non (63,1%)
Etat civil de la PPSMJ	Célibataire (53,4%)	Célibataire (77,2%)	Célibataire (100%)
Age de la PPSMJ (médiane)	49,5	42,1	52,1
Déjà eu une IS	Non (98,1%)	Non (85,2%)	Non (100%)
A été incarcéré (a fait de la prison)	Oui (74,6%)	Oui (86%)	Oui (100%)
Enfant au domicile	Non (80,1%)	Non (89%)	Non (100%)
Occupe un travail	Non (50,6%)	Non (54,2%)	Non (58,7%)

Note de lecture : Les modalités indiquées sont celles qui sont les plus souvent présentes au sein de chaque groupe. Ainsi, pour le groupe 1, les victimes étaient le plus souvent mineures : 98,9 % des individus du groupe 1 ont commis une infraction contre un mineur.

Champ : Personnes majeures sous injonction de soins au 15 avril 2017 pour lesquelles chacune des variables est renseignée

Source : ONDRP-CRIAVS

Tableau 2 : Résultats l'analyse de classification (n = 1 318)

Dans la mesure où trois profils de personnes sous injonction de soins se distinguent les uns des autres, il est légitime de se demander si un groupe réagit mieux qu'un autre à la mesure de l'injonction de soin, et à l'inverse, si un profil d'individus respecte plus difficilement les obligations qui lui sont assignées et a plus tendance à récidiver. Grâce à la base de données constituée, nous pouvons savoir si la PPSMJ a été condamnée pour une autre infraction durant son injonction de soins. Nous observons ainsi qu'à peine moins d'une personne sur cinq sous injonction de soins au 15 avril 2017 a été à nouveau condamnée à cette date (19,2 %) ¹⁵⁶. En croisant cette infor-

156. Notons que ce taux est différent de celui présenté précédemment puisqu'il est estimé à partir de l'échantillon de personnes retenues pour l'analyse de classification et pour lesquels nous avons des informations sur leur « recondamnation » (N = 1 120).

mation avec le profil révélé, il est possible de constater que des différences significatives s'observent entre chaque groupe. Le groupe 2 présente en effet un pourcentage plus élevé de nouvelles condamnations pendant l'injonction de soins (26,1 % contre 15 % pour le premier groupe et 14,5 % pour le troisième groupe). Autrement dit, les individus ayant un profil se rapportant au groupe 2, c'est-à-dire ayant déjà des antécédents judiciaires et ayant commis une infraction de nature autre que sexuelle à l'encontre d'inconnus, auront davantage tendance à être condamnés à nouveau au cours de l'injonction.

		Nouvelle condamnation pendant l'IS		
		Non	Oui	Total
Groupe 1	Effectif	438	77	515
	%	85,0%	15,0%	100,0%
Groupe 2	Effectif	320	113	433
	%	73,9%	26,1%	100,0%
Groupe 3	Effectif	147	25	172
	%	85,5%	14,5%	100,0%
Ensemble	Effectif	905	215	1120
	%	80,8%	19,2%	100,0%

$P < 0,001$; V de Cramer = 0,10

Champ : Personnes majeures sous injonction de soins au 15 avril 2017

Source : ONDRP-CRIAVS

Tableau 3 : Tableau croisé entre les groupes de personnes sous injonction de soins et les nouvelles condamnations sous IS

Toutefois, il est important de préciser que cette partie du document ne répond à la question de savoir si l'injonction de soins est efficace ou non. En effet, l'échantillon étudié est uniquement composé de personnes sous injonction de soins, et nous ne pouvons pas le comparer avec des individus n'ayant pas été condamnés à ce type de dispositif ou ayant été condamnés à d'autres mesures pénalement ordonnées comme l'obligation de soins. Ainsi, nous ne comparons pas le taux de récidive ou de réitération des personnes sous injonction de soins, nous cherchons simplement à mettre en évidence un profil de personnes qui nécessiterait peut-être une attention plus particulière afin qu'elles soient moins souvent condamnées pendant l'effectivité de cette mesure. De même, ces nouvelles condamnations ne s'inscrivent pas nécessairement dans un contexte de récidive. Certaines de ces condamnations interviennent à la suite du non-respect des obligations, en particulier de l'injonction de soins.

Mais finalement, au-delà du profil général, il existe des facteurs pouvant expliquer que certaines personnes soient à nouveau condamnées et d'autres non. Ces facteurs peuvent être inhérents à la PPSMJ, à l'acte commis ou à l'application de l'injonction de soins, et sont décrits dans la partie suivante qui présente un bilan plus général de ce dispositif.

Bilan de l'injonction de soins

Un dispositif plus ou moins efficient selon le type de personnes qui y sont condamnées

Après avoir observé que le fait d'être à nouveau condamné pouvait différer selon le profil des individus sous injonction de soins, nous allons chercher à mettre en évidence les facteurs qui peuvent expliquer cette différence.

Pour ce faire, une analyse de régression logistique a été effectuée¹⁵⁷. Ce type d'analyse permet de savoir à quel point un ensemble de variables dites indépendantes (caractéristiques de la PPSMJ ou de son infraction) prédit la probabilité pour un individu d'être à nouveau condamné durant l'injonction de soins. La régression logistique permet également de mesurer l'impact de chaque variable indépendante sur la variable dépendante (ici, le fait d'avoir été à nouveau condamné). Cet impact, estimé par un indice appelé rapport de cote ou « *odds-ratio* », représente la probabilité pour une population présentant une caractéristique particulière (par exemple être un homme), d'être à nouveau condamné, par rapport aux individus ne présentant pas cette caractéristique (être une femme).

L'intérêt de l'analyse en régression logistique est également de mesurer l'impact de chaque variable sur le fait d'être à nouveau condamné, indépendamment de l'influence des autres variables indépendantes. L'expression « toutes choses égales par ailleurs » est alors utilisée pour préciser que l'effet d'une caractéristique particulière est estimé en maintenant inchangés tous les autres prédicteurs.

La littérature existante sur la récidive a mis en évidence un certain nombre de facteurs pouvant influencer un nouveau passage à l'acte (Kensey et Benaouda, 2011 ; Guay, Benbouriche et Parent, 2015). Certain de ces facteurs ont pu être mesurés par des informations présentes dans notre base de données. Ces variables indépendantes, explicatives dont nous avons choisi de tester l'influence sur le fait d'être à nouveau condamné pendant l'injonction de soins, peuvent se regrouper en trois catégories : les caractéristiques inhérentes à la personne placée sous main de justice, les caractéristiques de l'infraction commise et le traitement pénal. Parmi les caractéristiques individuelles de la personne sous injonction de soins, quatre variables sont de nature sociodémographique, à savoir le sexe, l'âge (18-49 ans ou 50 ans et plus), la nationalité et l'état civil actuel (en couple ou célibataire). Cette dernière variable peut traduire, comme expliqué précédemment, un certain soutien social qui permettrait d'apporter à la personne sous injonction de soins une certaine stabilité affective. Toujours dans l'idée d'estimer le concept de stabilité environnementale, nous avons intégré à l'analyse la présence ou non d'enfants au domicile actuel de la PPSMJ et sa situation professionnelle (occupe un travail ou non). Enfin, le dernier facteur individuel est la présence ou non d'antécédents judiciaires. Souvent mis en évidence par la littérature sur le sujet, le fait d'avoir déjà eu des antécédents judiciaires semble être un important prédicteur de la récidive (Bonta, Law et Hanson, 1998).

D'autres facteurs, concernant l'infraction qui a mené au prononcé de l'injonction de soins, ont également été intégrés à l'analyse, notamment la qualification de l'infraction (crime ou délit) ainsi que la nature de l'infraction la plus grave (à caractère sexuel ou non). L'idée était de vérifier si le fait de commettre une infraction plus ou moins grave et/ou de commettre une infraction sexuelle pouvait avoir une influence sur le fait d'être à nouveau condamné.

157. Il est important de préciser que tous les postulats d'utilisation de la régression logistique ont été respectés, notamment l'absence de multicolinéarité (voir matrice de corrélation en Annexe C).

Certaines caractéristiques des victimes ont également été intégrées comme le fait qu'elles soient mineures (lorsqu'il s'agit de victimes directes) ou leur lien avec la personne sous injonction de soins (lien conjugal ou familial, lien de connaissance, aucun lien). Ces variables peuvent mesurer l'existence de certaines paraphilies telles que la pédophilie et nous souhaitons savoir si le fait d'avoir cette caractéristique pouvait avoir une influence sur le fait d'être à nouveau condamné. En cas de réponse positive, il serait nécessaire de suivre avec plus d'attention les personnes qui ont cette caractéristique.

Enfin certains facteurs liés au traitement pénal de l'affaire ont été étudiés, en particulier le fait que la PPSMJ ait été incarcérée pour l'infraction ayant conduit à l'injonction de soins avant que ce dispositif ait débuté. Le temps déjà passé sous injonction de soins a également été intégré, avec d'une part les individus étant sous IS depuis moins de deux ans, et d'autre part ceux qui y sont depuis au moins deux ans. L'intégration de cette variable dans l'analyse était essentielle car il était légitime de penser que plus une personne reste longtemps sous injonction de soins, plus elle a de chance de commettre une nouvelle infraction durant ce laps de temps qui est, de fait, plus long. Il était donc nécessaire de le vérifier. En outre, puisque l'analyse réalisée est de type régression logistique, l'intégration de cette variable, va permettre d'interpréter les résultats à durée passée sous injonction de soins constante. On s'affranchit alors des potentiels biais liés au temps déjà écoulé sous ce dispositif.

Grâce à l'ensemble de ces treize variables, notre modèle peut prédire le fait d'être à nouveau condamné dans près des trois quart des cas (pourcentage de concordance de 74,4). En d'autres termes cela signifie que, en fonction des caractéristiques d'un individu sous injonction de soins, de l'infraction qu'il a commise et de son traitement pénal, nous pouvons prédire dans près des trois quarts des cas s'il a été à nouveau condamné ou non.

À partir des résultats de la régression logistique, nous pouvons observer que six de ces facteurs ont une influence plus significative que les autres sur le fait d'être à nouveau condamné durant l'application de l'injonction de soins. Certains font même augmenter la probabilité d'être à nouveau condamné durant l'injonction de soins.

Les facteurs individuels, c'est-à-dire les caractéristiques propres à la PPSMJ, les plus significatifs dans l'explication du fait d'être condamné à nouveau sont l'âge, la situation professionnelle et la présence d'antécédents judiciaires. Plus précisément, le fait d'être âgé de 50 ans ou plus, a une influence négative sur la probabilité d'être à nouveau condamné (*odds-ratio* < 1). Une personne sous injonction de soins âgée de 50 ans ou plus a 1,96 fois moins de chances d'être à nouveau condamnée qu'un individu ayant entre 18 et 49 ans ($1/0,511=1,96$). Les personnes les plus âgées ont donc moins de chances d'être à nouveau condamnées, toutes choses égales par ailleurs (à même traitement pénal, caractéristiques de l'infraction et autres facteurs individuels).

Le fait d'occuper un emploi, souvent rattaché au concept d'intégration sociale (Fougère et Sidhoum, 2006), est un facteur significatif dans l'explication du phénomène de « recondamnation ». Une personne ayant un travail aura 1,86 fois moins de chances d'être à nouveau condamnée durant l'injonction de soin qu'une personne sans emploi ($1/0,538 = 1,86$).

Enfin, le dernier facteur inhérent à l'individu révélé comme significatif est la présence d'antécédents judiciaires antérieurs à la condamnation menant à l'injonction de soins. Le fait d'avoir des antécédents judiciaires augmente les chances d'être à nouveau condamné. Plus exactement, une personne sous injonction de soins qui avait déjà des antécédents judiciaires aura 2,145 fois plus de chances, toutes choses égales par ailleurs, d'être à nouveau condamné durant la durée du dispositif qu'une personne n'ayant jamais eu d'antécédents judiciaires auparavant.

		Odds-ratio	[IC à 95 %]
Facteurs individuels à la PPSMJ			
Sexe			
	Femme (modalité de référence : homme)	0,0001	[0,001-999]
Âge			
	50 ans et plus (ref: 18-49 ans)	0,511**	[0,322-0,811]
Nationalité			
	Etrangère (ref: Française)	1,2	[0,474-3,042]
Etat civil actuel			
	En couple (ref: Célibataire)	0,727	[0,431-1,224]
Présence d'enfants au domicile actuel			
	Oui (ref: Non)	0,672	[0,326-1,388]
Situation professionnelle			
	En emploi (ref: Sans emploi)	0,538**	[0,347-0,834]
Antécédents judiciaires			
	Oui (ref: Non)	2,145**	[1,327-3,467]
Caractéristiques de l'infraction commise			
Qualification			
	Crime (ref: Délit)	0,613*	[0,385-0,977]
Nature de l'infraction la plus grave			
	Infraction sexuelle (ref: Autre type d'infraction)	0,568	[0,267-1,212]
Minorité des victimes			
	Aucune victime	0,411	[0,146-1,156]
	Victime pas mineure (ref: Victime mineure)	1,375	[0,827-2,285]
Lien avec la victime			
	Lien conjugal ou familial	0,797	[0,471-1,348]
	Lien de connaissance (ref: Aucun lien)	0,747	[0,420-1,328]
Traitement pénal			
Détention suite à l'infraction			
	Oui (ref: Non)	2,418*	[1,233-4,745]
Temps passé sous IS			
	2 ans ou plus (ref: Moins de 2 ans)	1,899**	[1,235-2,919]

N=781

% de concordance = 74,4

*p<0,05 ; **p<0,01

Champ : Personnes majeures sous injonction de soins au 15 avril 2017 pour lesquelles chacune des variables est renseignée

Source : ONDRP-CRIAVS

Note de lecture : Un *odds-ratio* supérieur à 1 indique une augmentation des chances de faire partie du groupe « personnes à nouveau condamnées durant l'injonction de soins », tandis qu'un *odds-ratio* inférieur à 1 diminue les probabilités d'appartenance à ce groupe (Desjardins, 2005). Pour interpréter un *odds ratio* inférieur à 1, il faut diviser 1 par la valeur de cet *odds ratio*. Ainsi, à titre d'exemple une personne possédant une caractéristique (être âgées de 50 ans ou plus) avec un *odds-ratio* de 0,511, aurait 1,96 fois moins de chances, toutes choses égales par ailleurs, d'appartenir au groupe de référence (être à nouveau condamné) qu'une personne ne possédant pas cette caractéristique (être âgées de 18 à 49 ans) puisque $1/0,511=1,96$.

Tableau 4 : Résultats de la régression logistique sur le fait d'être à nouveau condamné pendant l'injonction de soins

Les facteurs intégrés dans l'analyse afin de mesurer le concept de « stabilité affective » tels que le fait d'être en couple et la présence de ses enfants au domicile, ne semble pas influencer le fait d'être à nouveau condamné.

Concernant les caractéristiques de l'infraction commise pour laquelle la PPSMJ a été condamnée à une injonction de soins, seule la gravité est significativement et négativement liée au fait d'être à nouveau condamné pendant l'injonction de soins. En d'autres termes, le fait d'avoir été condamné pour la commission d'un crime fait baisser de 1,6 (1/0,613) la probabilité d'être à nouveau condamné pendant l'injonction de soins. Ce résultat semble difficilement interprétable. Toutefois, nous pouvons supposer que les PPSMJ condamnées pour un crime sont considérées comme étant les plus dangereuses et justifiant d'un suivi plus important, ce qui expliquerait la probabilité moindre d'être à nouveau condamné.

Les deux variables faisant référence au traitement pénal de la PPSMJ sont significativement liées au fait d'être à nouveau condamné pendant l'injonction de soins. Avoir fait de la détention avant le début de l'IS est d'ailleurs le prédicteur le plus important puisque le fait d'avoir cette caractéristique augmente de 2,4 la probabilité d'être à nouveau condamné pendant l'injonction de soins. En d'autres termes, les personnes condamnées à une injonction de soins qui font de la détention avant le début de l'IS ont 2,4 fois plus de chances d'être à nouveau condamnées que ceux qui ne font pas de détention. Ce résultat est important puisqu'il met en évidence que ce dispositif semble plus efficace lorsqu'il est utilisé directement, sans détention préalable. Il est nécessaire pour bien mesurer l'importance de ce résultat de rappeler qu'il s'interprète toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire à infraction constante et à caractères socio-démographiques constants. Ainsi, si deux personnes aux caractéristiques communes commettent le même type d'infraction, et que l'un est condamné à faire de la détention et l'autre non, celui qui en aura fait aura 2,4 fois plus de chances d'être à nouveau condamné. Notons en outre que ce résultat va dans le sens de la littérature (Monnery, 2016) qui explique à ce sujet que faire de la détention peut engendrer un éloignement de leur réseau social (Hirschi, 1969) et provoquer des stigmates (Bernburg, Krohn et Rivera, 2006) justifiant une plus importante probabilité à récidiver.

Le temps passé sous injonction de soins est également significativement lié au fait d'être à nouveau condamné. Plus la PPSMJ passe de temps sous injonction de soins, plus la probabilité qu'elle soit à nouveau condamnée augmente. Une personne qui est sous injonction de soins depuis plus de deux ans a 1,9 fois plus de chance d'être à nouveau condamnée durant l'injonction de soins qu'une personne sous IS depuis moins de deux ans. Si ce résultat ne semble pas surprenant, il est important de noter que la durée sous IS n'est pas le prédicteur le plus important. Il est également nécessaire de rappeler que le fait d'avoir intégré cette variable dans le modèle de régression logistique permet d'interpréter les autres résultats à durée déjà passée sous injonction de soins constante.

Ainsi, nos résultats suggèrent que six facteurs peuvent prédire le fait qu'une personne a plus de chances d'être à nouveau condamnée qu'une autre. En particulier, le fait d'avoir déjà eu des antécédents judiciaires, d'avoir commis un délit et d'avoir fait de la détention avant le début de l'injonction de soins augmentent la probabilité pour un individu d'être à nouveau condamné. Il serait donc important de renforcer le suivi des personnes qui présentent ces caractéristiques.

Un dispositif complexe difficile à mettre en œuvre

Comme peut le montrer le schéma expliquant le rôle de chacun des acteurs impliqués (Figure 1), la mise en œuvre d'une injonction de soins et son suivi sont des entre-

prises complexes. La collecte des informations sur le terrain, auprès des SPIP, n'a fait que confirmer cette idée. À chaque étape clé du dispositif de l'injonction de soins, des difficultés sont apparues.

En amont du prononcé de l'injonction de soins : les expertises psychiatriques

Une expertise psychiatrique préalable concluant à l'opportunité pour la PPSMJ d'être condamnée à une injonction de soins est obligatoire avant qu'un juge ne la prononce. Si cette étape est respectée, le contenu, la forme et l'interprétation par les juges posent parfois questions.

Concernant le contenu, nous ne sommes évidemment pas en mesure de juger de la qualité d'une expertise mais nous avons pu constater qu'il n'existait pas d'harmonisation ni de consensus pour justifier de l'opportunité d'une condamnation à une injonction de soins. Il n'a, en effet, pas été rare d'observer que pour un même individu, certaines de ses caractéristiques justifiaient pour un expert psychiatre qu'il puisse être apte à suivre des soins, et pour un autre, en raison de ces mêmes caractéristiques, non. À titre d'exemple, nous avons rencontré des cas pour lesquels, certains psychiatres préconisaient une IS en la justifiant du fait que la PPSMJ ne reconnaissait pas les faits, et dans le même dossier, pour la même raison, un autre expert psychiatre s'était prononcé en défaveur d'une IS.

Cela entraîne un pourcentage important d'expertises contradictoires ne facilitant pas la tâche du juge. Au sein de notre échantillon recensant près de 1 900 personnes sous injonction de soins, dans 16 % des dossiers pour lesquels il y avait plus d'une expertise psychiatrique (N=1 020), celles-ci étaient contradictoires.

Il serait donc pertinent de définir un ensemble de critères aussi objectifs que possibles, justifiant l'opportunité de la mise en place d'une injonction de soins. Ceci aurait en plus pour avantage, de faciliter la compréhension des expertises par les juges.

Le rôle du médecin coordonnateur dans la mise en œuvre de l'injonction de soins

Le médecin coordonnateur doit rencontrer la PPSMJ condamnée à une injonction de soins dans le mois suivant sa nomination par le JAP. Ce premier rendez-vous est primordial car il permet d'expliquer à la personne condamnée le contenu du suivi imposé par l'injonction de soins. C'est également lors de ce premier rendez-vous qu'il invite la PPSMJ à choisir son praticien traitant. L'injonction de soins débute donc réellement à la suite de ce premier rendez-vous. Pourtant, les résultats issus de notre base de données ont montré que dans près des trois quarts des cas, la date du premier rendez-vous avec le médecin coordonnateur a lieu plus d'un mois après l'ordonnance de sa nomination.

Cela retarde souvent la prise en charge de la PPSMJ par un professionnel de santé et le suivi débute alors plusieurs mois après la sortie de détention de la PPSMJ. Le rapport sur l'évaluation de l'injonction de soins publié en février 2011 préconisait déjà la mise en place de désignations anticipées (avant la libération de la PPSMJ) du médecin coordonnateur afin que le début de l'IS soit réellement effectif à la sortie de détention¹⁵⁸. Sept ans après, aucune mesure n'a été prise en ce sens ce qui ne favorise pas un suivi rigoureux de la PPSMJ après sa libération.

Le suivi de la PPSMJ : l'absence de continuité des soins

Le médecin coordonnateur doit transmettre au praticien traitant les éléments du dossier de la PPSMJ condamnée à une IS. Malheureusement, il ne figure pas dans ce dossier d'informations sur les soins que la PPSMJ a potentiellement suivis en détention. Il n'y a donc pas de continuité possible dans les soins qui sont prodigués à la personne

¹⁵⁸. Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins, IGAS et IGSJ (Joseph-Jeanneney et Beau, 2011), page 71, recommandation 16.

condamnée à une IS. Notons également que l'information selon laquelle la PPSMJ a suivi des soins en détention ou non est absente des dossiers SPIP dans plus de 40 % des cas.

Manque de communication entre les différents acteurs

La mise en place et le suivi de l'injonction de soins mobilise un nombre important d'acteurs judiciaires et sanitaires, et leur coordination est essentielle au bon suivi de la PPSMJ. Pour autant, nous avons pu constater une absence de communication entre certains acteurs, ce qui ne facilite pas ce suivi. Le médecin coordonnateur n'a, par exemple, que très rarement de lien avec les SPIP. Il doit remettre chaque année au JAP un rapport faisant état du respect de l'injonction de soins mais ce rapport n'est que très rarement transmis aux SPIP en charge d'assurer le suivi et le contrôle des PPSMJ. À titre d'exemple, moins de 3 % des dossiers SPIP font mention d'un contact entre le médecin coordonnateur et le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP).

Un manque de connaissances sur les soins pénalement ordonnés

Certaines incohérences ont été révélées dans les dossiers collectés. Notamment, le terme d'injonction de soins se soustrayait parfois à l'expression d'obligation de soins ou d'injonction thérapeutique. En effet, nous avons pu constater que de nombreux CPIP et certains magistrats utilisaient de manière indifférenciée ces termes renvoyant, comme nous l'avons précisé, à trois dispositifs distincts dont la forme et la mise en application diffèrent. Cette substitution d'un mot par un autre peut traduire un manque de connaissances sur les différents dispositifs existants, entraînant des difficultés dans le déroulement des mesures.

Conclusion

Dans le cadre de l'audition publique du 14 et 15 juin 2018 sur la thématique des auteurs de violences sexuelles, j'ai été sollicité en tant qu'expert afin d'apporter des réponses aux questions suivantes : « 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 ? ».

Je suis contraint d'affirmer qu'aujourd'hui, il est impossible de répondre littéralement aux deux premières questions qui m'ont été posées. En effet, malgré les constats alarmant sur le manque d'informations statistiques au sujet de l'injonction de soins mis en évidence par le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ en 2011, il n'est, en 2018, toujours pas possible de connaître le nombre de personnes sous injonction de soins en France. Il est donc impossible de connaître le profil des personnes condamnées à cette peine et encore moins de savoir si cette mesure leur est bénéfique.

Cette carence est un réel problème puisqu'elle limite toute possibilité d'évaluer l'efficacité de ce dispositif. Un bilan de l'injonction de soins est donc également impossible à réaliser.

Ce constat est également le point de départ d'une étude initiée par l'ONDRP et la FF-CRIAVS dont l'objectif était de collecter un maximum d'informations sur les personnes condamnées à une injonction de soins en France. Dans ce cadre, nous avons créé une base de données détaillée recensant près de 1 900 individus sous injonction de soins au 15 avril 2017.

Grâce à ce travail nous avons pu mettre en évidence les caractéristiques des personnes sous injonction de soins, décrire les infractions à l'origine du prononcé de cette peine et analyser l'application de cette mesure (sa durée et son suivi). L'ensemble de

ses éléments nous a permis d'identifier trois groupes de personnes sous injonction de soins aux caractéristiques différentes.

Si cette base de données ne nous a pas permis de savoir si l'injonction de soins était efficace ou non¹⁵⁹, elle nous a tout de même été utile pour identifier des caractéristiques influençant le fait d'être à nouveau condamnées pendant l'IS. Notons en particulier le fait d'avoir moins de 50 ans, d'être sans emploi, d'avoir déjà eu des antécédents judiciaires, d'avoir commis un délit plutôt qu'un crime ou encore d'avoir fait de la détention pour l'infraction ayant conduit au prononcé de l'IS avant que celle-ci ne débute. La mise en évidence de ces facteurs doit permettre aux acteurs concernés par l'injonction de soins (JAP, SPIP, médecins coordonnateurs, praticiens traitants) d'être plus attentifs lorsque les personnes qu'elles suivent dans le cadre de ce dispositif présentent ces caractéristiques.

Bibliographie

- Andrews, D., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: Lexis Nexis.
- Baratta, A., Morali, A., Halleguen, O., & Milosescu, G.-A. (2011). Prise en charge médico-judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles. *Médecine & Droit*, 114-123.
- Beaugard, L., & Dumont, S. (1996). La mesure du soutien social. *Service social*(45), 55-76.
- Bernburg, J., Krohn, M., & Rivera, C. (2006). Official labeling, criminal embeddedness, and subsequent delinquency: A longitudinal test of labeling theory. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 43, 67-88.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*(123), 123-142.
- Burricand, C. (1997). La récidive des crimes et délits sexuels. *Infostat justice*(50), 1-4.
- Campbell, M., French, S., & Gendreau, P. (2009). The prediction of violence in adult offenders: A meta-analytic comparison of instruments and methods of assessment. *Criminal Justice and Behavior*, 36(6), 567-590.
- Desjardins, J. (2005). L'analyse de régression logistique. *Tutorial in Quantitative Methods for Psychology*, 35-41.
- Fougère, D., & Sidhoum, N. (2006). Les nouvelles inégalités et l'intégration sociale. *Horizons stratégiques*, 2(2), 6-20.
- Gautron, V. (2017). « (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin ». Nantes: Mission recherche Droit et Justice.
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! *Criminology*, 34(4), 575-607.
- Guay, J., Benbouriche, M., & Parent, G. (2015). L'évaluation structurée du risque de récidive des personnes placées sous main de justice : méthodes et enjeux. *Pratiques psychologiques*, 21(3), 235-257.
- Halleguen, O., & Baratta, A. (2014). L'injonction de soins. À propos d'une étude réalisée sur les régions Alsace et Lorraine. *L'encéphale*, 40(1), 42-47.
- Hanson, K., & Bussière, M. (1998). Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.
- Hanson, K., Gordon, A., Harris, A., Marques, J., Murphy, W., Quinsey, V., et al. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(2), 169-194.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of Delinquency*. Berkeley: University of California.
- Joseph-Jeanneney, B., & Beau, P. (2011). *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins*. Paris: IGS3/IGAS.
- Josnin, R. (2013). Le recours au suivi socio-judiciaire. *Infostat Justice*(122), 1-8.
- Kensey, A., & Benaouda, A. (2011). Les risques de récidive des sortants de prison. Une nouvelle évaluation. *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*(36), 1-8.

159. Pour cela, il faudra recenser un nombre suffisant de personnes condamnées à une IS et un nombre suffisant de personnes non condamnées à une IS, suivre ces cohortes et vérifier si le taux de récidive/réitération diffère entre ces groupes.

- Ministère de la Justice. (2017). Références statistiques Justice, année 2016. Ministère de la Justice.
- Ministère de la Santé et Ministère de la Justice. (2009). Guide de l'injonction de soins. Paris.
- Molle, P. (2005). Circulaires de la direction de l'administration pénitentiaire, signalisation des circulaires du 1er juillet au 30 septembre 2005. Bulletin officiel du ministère de la justice(99).
- Monnery, B. (2016). Prison, réinsertion et récidive : applications micro-économétriques. Thèse. Lyon.
- Mulder, E., Brand, E., Bullens, R., & Van Marle, H. (2011). Risk factors for overall recidivism and severity of recidivism in serious juvenile offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(1), 118-135.
- Priet, H. (2012). L'indication d'injonction de soins par l'expert repose-t-elle sur un diagnostic médical ? Question autour d'un paradoxe. Thèse. Rennes.

Annexes

Annexe A - Grille d'analyse recensant les variables collectées dans le cadre du projet ELIS

INFORMATIONS SUR LA SAISIE	Numéro de la variable	Nom de la variable dans Excel	Nom complet de la variable	Modalités
	1	COMPTE	Numéro de compte	Variable numérique ouverte
	2	NSAISIE	Numéro de la saisie	Variable numérique ouverte
	3	DATSAISIE	Date de la saisie	Variable ouverte sous format date : 16.12.2016
	4	NOMSAISIE	Nom de la personne qui effectue la collecte	Variable nominale ouverte
	5	DPTSAISIE	Département du SPIP dans lequel s'est effectuée la collecte	Variable numérique ouverte
	6	SEXPPSMJ	Sexe de la PPSMJ	Variable nominale fermée : · Homme · femme · Non renseigné
	7	NAISSPPSMJ	Année de naissance de la PPSMJ	Variable numérique ouverte 9999 = non renseigné
	8	NATPPSMJ	Nationalité de la PPSMJ	Variable nominale ouverte 9999= Non renseigné
	9	COMMUNEACT	Commune de résidence actuelle de la PPSMJ	Variable nominale ouverte 9999= Non renseigné
	10	DPTACT	département de résidence actuel de la PPSMJ	Variable numérique ouverte 9999= Non renseigné
	11	TYPLOGACT	Type de logement actuel	Variable nominale fermée : · Logement individuel · Foyer · Hôtel · semi-liberté · Hébergé par la famille · Sans-domicile · Non-renseigné · Autre, précisez
	12	TXT_TYPLOGACT	Précision du type de logement actuel	Variable nominale ouverte
13	ETCIV_FAIT	État civil de PPSMJ au moment des faits	Variable nominale fermée : · Célibataire · En couple · Marié · Veuf · Non-renseigné · Autre, précisez	

CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE PLACÉE SOUS MAIN DE JUSTICE (PPSMJ)	14	TXT_ETCIV_FAIT	Précision du type d'état civil de la PPSMJ au moment des faits	Variable nominale ouverte
	15	ETCIV_ACT	État civil actuel de la PPSMJ	Variable nominale fermée : · Célibataire · En couple · Marié · Veuf · Non-renseigné · Autre, précisez
	16	TXT_ETCIV_ACT	Précision du type d'état civil actuel de la PPSMJ	Variable nominale ouverte
	17	MEM_CONJ	Si la personne est toujours en couple, est-ce avec le même conjoint ?	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Non-renseigné · Sans objet
	18	ENFDOM_FAIT	Présence des enfants de la PPSMJ au domicile au moment de la révélation des faits	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Par intermittence · Non-renseigné
	19	ENF_MIN	Présence d'enfants mineurs au domicile au moment de la révélation des faits	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Non-renseigné
	20	ENFDOM_ACT	Présence des enfants de la PPSMJ au domicile actuellement	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Par intermittence · Non-renseigné
	21	ENF_MIN_ACT	Présence d'enfants mineurs au domicile actuellement	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Non-renseigné
	22	SITUPRO_FAIT	Situation professionnelle effective au moment de la révélation des faits	Variable nominale fermée : · Agriculteur · artisan · cadre · médecin · vendeur · élève/étudiant · ouvrier · salarié · retraité · en formation · bénévole · sans emploi · non-renseigné · Autre, précisez
	23	TXT_SITUPRO_FAIT	Précision sur la situation professionnelle au moment de la révélation des faits	Variable nominale ouverte
	24	SITUPRO_ACT	Situation professionnelle effective actuelle	Variable nominale fermée : · Agriculteur · artisan · cadre · médecin · vendeur · élève/étudiant · ouvrier · salarié · retraité · en formation · bénévole · sans emploi · non-renseigné · Autre, précisez
	25	TXT_SITUPRO_ACT	Précision sur la situation professionnelle actuelle	Variable nominale ouverte

CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE PLACÉE SOUS MAIN DE JUSTICE (PPSMJ)	26	TYPREV	Type de revenu perçu par la PPSMJ actuellement	Variable nominale fermée : · Revenu d'activité · Allocation retraite · Allocation chômage · Allocation Adulte Handicapé · Pension invalidité · Autre, précisez · Non renseigné
	27	TXT_TYPREV	Précision sur le type de revenu perçu par la PPSMJ actuellement	Variable nominale ouverte
	28	ANTEPSY_FAIT	Antécédents de suivis psychiatriques au moment de la révélation des faits	Variable nominale fermée : · Suivi psychiatrique · Hospitalisation psychiatrique · Aucun antécédent · Non-renseigné
	29	NBANTE_JUD	Nombre d'antécédents judiciaires	Variable numérique ouverte : 0 = aucun antécédent judiciaire 9999= non renseigné
	30	NBANTE_IS	Nombre d'antécédents concernant une infraction à caractère sexuel	Variable numérique ouverte : 0 = aucun antécédent concernant une infraction à caractère sexuel 9999= non renseigné
	31	NBANTE_PERS	Nombre d'antécédents concernant une infraction contre les personnes	Variable numérique ouverte : 0 = aucun antécédent concernant une infraction contre les personnes 9999= non renseigné
	32	NBANTE_BIENS	Nombre d'antécédents concernant une infraction contre les biens	Variable numérique ouverte : 0 = aucun antécédent concernant une infraction contre les biens 9999= non renseigné
	33	NBANTE_STUP	Nombre d'antécédents concernant une infraction en lien avec les stupéfiants	Variable numérique ouverte : 0 = aucun antécédent concernant une infraction en lien avec les stupéfiants 9999= non renseigné
	34	INCARCER_AVT	Incarcération avant la condamnation à l'injonction de soins	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Non-renseigné
	35	DUREINCARCER	Durée d'incarcération	Variable ouverte
CARACTÉRISTIQUES DE L'INFRACTION À L'ORIGINE DE L'INJONCTION DE SOIN (IS)	36	IS_AVT	condamnée préalablement à une injonction de soins	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Non-renseigné
	37	TYPINFRA_IS_1	Type d'infraction à l'origine de l'IS (1)	Variable nominale fermée : · Infraction à caractère sexuel · Violences aux personnes · Atteintes aux biens · Autre · Non-renseigné
	38	PRECINFRA_IS_1	Précision d'une infraction à l'origine de l'injonction de soins (1)	Variable nominale ouverte 9999 = Non renseigné
	39	DATPERIODINFRA_IS_1	Date ou période(s) de commission de la première infraction à l'origine de l'injonction de soins	Variable nominale ouverte 9999 = Non renseigné
	40	DPTCOM_IS_1	Département de commission (IS 1)	Variable numérique ouverte 9999= Non renseigné
	41	TYPINFRA_IS_2	Type d'infraction à l'origine de l'IS (2)	Variable nominale fermée : · Infraction à caractère sexuel · Violences aux personnes · Atteintes aux biens · Autre · Non-renseigné
	42	PRECINFRA_IS_2	Précision sur la deuxième infraction à l'origine de l'injonction de soins (2)	Variable nominale ouverte 9999 = Non renseigné
43	DATPERIODINFRA_IS_2	Date ou période(s) de commission de la deuxième infraction à l'origine de l'injonction de soins (2)	Variable nominale ouverte 9999 = Non renseigné	

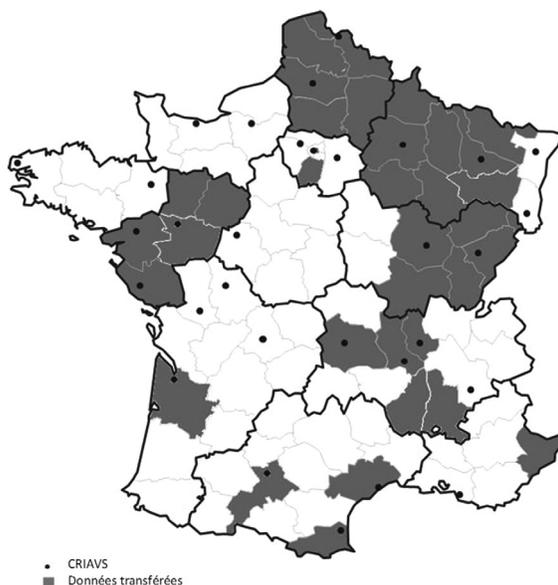
CARACTÉRISTIQUES DE L'INFRACTION À L'ORIGINE DE L'INJONCTION DE SOIN (IS)	44	DPTCOM_IS_2	Département de commission (2)	Variable numérique ouverte 9999= Non renseigné
	45	TYPINFRA_IS_3	Type d'infraction à l'origine de l'IS (3)	Variable nominale fermée : · Infraction à caractère sexuel · Violences aux personnes · Atteintes aux biens · Autre · Non-renseigné
	46	PRECINFRA_IS_3	Précision sur la troisième infraction à l'origine de l'injonction de soins (3)	Variable nominale ouverte 9999 = Non renseigné
	47	DATPERIODINFRA_IS_3	Date ou période(s) de commission de la troisième infraction à l'origine de l'injonction de soins (3)	Variable nominale ouverte 9999 = Non renseigné
	48	DPTCOM_IS_3	Département de commission (IS 3)	Variable numérique ouverte 9999= Non renseigné
	49	TYPINFRA_IS_4	Type d'infraction à l'origine de l'IS (4)	Variable nominale fermée : · Infraction à caractère sexuel · Violences aux personnes · Atteintes aux biens · Autre · Non-renseigné
	50	PRECINFRA_IS_4	Précision sur la troisième infraction à l'origine de l'injonction de soins (3)	Variable nominale ouverte 9999 = Non renseigné
	51	DATPERIODINFRA_IS_4	Date ou période(s) de commission de la troisième infraction à l'origine de l'injonction de soins (4)	Variable nominale ouverte 9999 = Non renseigné
	52	DPTCOM_IS_4	Département de commission (IS 4)	Variable numérique ouverte 9999= Non renseigné
	53	NBRE_VICT	Nombre de victimes	Variable numérique ouverte 9999= Non renseigné
	54	SEX_VICT	Sexe(s) victime(s)	Variable nominale fermée : · Masculin · Féminin · Les deux · Non renseigné · Sans objet
	55	VICT_MIN	Victime(s) mineure(s)	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Les deux · Non renseigné · Sans objet
	56	VICT_VULN	Victime(s) vulnérable(s)	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Les deux · Non renseigné · Sans objet
	57	LIENVICT_AUT	Lien entre la ou les victimes et l'auteur	Variable nominale fermée : · Père · Mère · Frère · Soeur · Oncle · Tante · Conjoint · Ex-conjoint · Ami · Voisin · Collègue · Aucun · Non renseigné · Autre, précisez · Sans objet

	58	TXT_LIENVICT_AUT	type de lien si un autre lien unit la ou les victimes et l'auteur	Variable nominale ouverte
	59	RECIDIV	Infraction commise en état de récidive	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Les deux · Non renseigné
CARACTÉRISTIQUES DE LA PEINE AMENANT L'IS	60	DAT_PEIN	Date de prononcé de la peine	Variable ouverte sous format date : 16.05.2014 9999 = Non renseigné
	61	NATPEIN_PPAL	Nature de la peine principale	Variable nominale fermée : · Réclusion criminelle · Peine d'emprisonnement · SSJ (dont IS) · Mesure et sanction éducative · Autre, précisez · Non renseigné
	62	TXT_NATPEIN_PPAL	type de peine principale si «autre»	Variable nominale ouverte
	63	QUANTUM_PEIN	Quantum de la peine principale prononcée	Variable nominale ouverte Ex : 5 ans dont 4 avec sursis 9999 = Non renseigné
	64	DUREE_INCAR	Durée d'incarcération	Variable nominale ouverte Ex : 5 ans dont 4 avec sursis 9999 = Non renseigné
	65	DUREEMIS_ECROU	Durée de mise sous écrou	Variable nominale ouverte Ex : 5 ans et 3 mois 9999 = Non renseigné
	66	ETAB_FLECH	Passage par un établissement fléché	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Sans objet
	67	COMMUNE_DET	Dernière commune de détention	Variable nominale ouverte 9999 = non renseigné
	68	DATSORTL_DET	Date de sortie de détention (Hors placement sous surveillance électronique)	Variable ouverte sous format date : 16.05.2014 9999 = Non renseigné
	69	DATLEVEE_ECROU	Date de levée d'écrou	Variable ouverte sous format date : 16.05.2014 9999 = Non renseigné
	70	SOINS_DET	Le condamné a-t-il suivi des soins en détention ?	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Non renseigné · Sans objet
	71	NB_EXP	Nombre d'expertises	Variable numérique ouverte
	72	N B R _ P R E C O _ SOINS	Nombre d'expertises qui préconisent des soins	Variable numérique ouverte 9999 = Non renseigné
	73	CONFLIT_EXP	Conflit entre les expertises	Variable nominale fermée : · Oui · Non · Non renseigné · Sans objet
74	CADRE_IS	Cadre de l'injonction de soin	Variable nominale fermée : · Suivi socio-judiciaire · Surveillance judiciaire · Surveillance de sureté · Aménagement de peine · Sursis mis à l'épreuve · Non-renseigné	

CARACTÉRISTIQUES DE L'INJONCTION DE SOIN	75	JURID_IS	Juridiction ayant prononcé l'injonction de soins	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> · Tribunal correctionnel · Cour d'assises · JAP · TAP · Cour d'Assises des mineurs · Tribunal correctionnel pour mineurs · Non-renseigné
	76	TAP_MODIF_IS	Si décision du TAP, modifie-t-elle le prononcé de l'injonction de soins	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> · Oui · Non · Non renseigné · Sans objet
	77	DAT_IS	Date de la décision prononçant l'IS	Variable ouverte sous format date : 16.05.2014 9999 = Non renseigné
	78	DUREE_IS	Durée de l'injonction de soin	Variable numérique ouverte 9999 = Non renseigné
	79	DUREEMANQ_IS	Durée d'emprisonnement en cas de manquement à l'injonction de soins	Variable nominale ouverte Ex : 5 ans 6 mois 9999 = Non renseigné
	80	DATORD_MCO	Date d'ordonnance de désignation du médecin coordonnateur	Variable ouverte sous format date : 16.05.2014 9999 = Non renseigné
	81	DATRDV_MCO	Date de rendez-vous avec le médecin coordonnateur	Variable ouverte sous format date : 16.05.2014 9999 = Non renseigné
	82	DATDEBU_IS	Date de début de l'injonction de soins	Variable ouverte sous format date : 16.05.2014 9999 = Non renseigné
	83	NBRVISITE_MCO	Nombre de visites auprès du médecin coordonnateur	Variable numérique ouverte 9999 = Non renseigné
	84	PROF_PRATICIEN	Profession du praticien traitant	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> · Médecin généraliste · Psychologue · Psychiatre · Infirmier · Autre, précisez · Non renseigné
	85	TXT_PROF_PRATICIEN	Précision de la profession du praticien traitant	Variable nominale ouverte
	86	SUIVI_PREAL	Suivi préalable du praticien traitant	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> · Oui · Non · Non renseigné
	87	TYPLIEU_EXER	Lieu d'exercice du praticien	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> · CMP · CAST · Cabinet libéral · Hôpital psychiatrique · Autre, Précisez · Non-renseigné
	88	TXT_TYPLIEU_EXER	Précision du type de lieu	Variable nominale ouverte
	89	NBRVISIT_PRAT	Nombre de visites auprès du praticien traitant depuis le début du suivi	Variable mixte à la fois numérique et nominale
	90	INCIDENT_IS	Incidents relevés pendant l'injonction de soins	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> · Oui · Non · Non renseigné
	91	CONDAPDT_IS	Condammnation pendant l'Injonction de soins	Oui - non - non renseigné

92	TYPNVL_COND	Type d'infraction commise pendant l'injonction de soins	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> · Meurtre · Viol · Violences · Violences intrafamiliales · Agression sexuelle · Vol · Usage/trafic stup · Incendie volontaire · Autre, précisez · Sans objet · Non-renseigné
93	TXT_TYPNVL_COND	Précision du type d'infraction commise pendant l'injonction de soins	Variable nominale ouverte
94	SUIT_RELEVMT	Suite après demande de relèvement	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> · Expertise · Accord · Refus · non-renseigné · Sans-objet
95	NBRAPPOR_MC	Nombre de rapport(s) de médecin coordonnateur	Variable numérique ouverte 9999 = Non renseigné
96	CTACT_CPIP_PRAT	Contacts entre CPIP et praticien traitant	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> · Oui · Non
97	CTACT_CPIP_MCO	Contacts entre CPIP et le médecin coordonnateur	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> · Oui · Non
98	CHANGE_SPIP	Changement de SPIP en cours d'IS	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> · Oui · Non
99	CHANGE_MCO	Changement de médecin coordonnateur en cours d'IS	Variable nominale fermée : <ul style="list-style-type: none"> · Oui · Non

Annexe B - Carte des départements pour lesquels des données ont été collectées par les CRIAVS



Annexe C - Matrice de corrélation

	Sexe	Âge	Nationalité	Être en couple	Enfants au domicile actuel	Être en emploi	Antécédents judiciaires	Crime ou délit commis	Infraction sexuelle	Victimes mineures	Lien avec la victime	Détention	Temps déjà passé
Sexe		0,05*	0,01	-0,06*	-0,02	-0,01	0,06**	-0,06**	0,19**	0,03	0,09**	-0,03	0,01
Âge 2 modalités			0,01	0,01	-0,14**	-0,22**	-0,07**	0,06*	0,08**	0,19**	0,18**	-0,04	0,04
Nationalité				0,03	0,03	-0,01	0,04	0,04	-0,03	0,14**	0,061*	-0,04	-0,05*
Être en couple					0,38**	0,13**	-0,01	0,01	0,03	0,05	0,071*	-0,01	0,10**
Enfants au domicile actuel						0,11**	0,02	-0,05*	-0,04	0,03	0,035	-0,02	0,03
Être en emploi							-0,06**	0,03	0,02	0,03	0,035	-0,01	0,01
Antécédents judiciaires								-0,11**	-0,06**	0,23**	0,19**	0,13**	-0,04
Crime ou délit commis									0,01	0,26**	0,23**	0,39**	0,016
Infraction sexuelle										0,35**	0,06	-0,05*	0,06*
Victimes mineures											0,32**	0,28**	0,12**
Lien avec la victime												0,10**	0,08*
Détention													0,22**
Temps déjà passé sous IS													

Champ : Personnes sous injonction de soins au 15 avril 2017 pour lesquels toutes ces variables ont été renseignées.

Source : ONDRP-CRIAVS

Note de lecture : Le coefficient présenté, appelé V de Cramer, permet d'estimer l'intensité du lien entre deux variables. Plus le V est proche de zéro, moins les variables étudiées sont dépendantes et inversement.

Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? #1

Florence THIBAUT

Professeur de psychiatrie, CHU Cochin-Site Tarnier, Centre Psychiatrie et neurosciences, Unité INSERM U 894, Faculté de médecine Paris Descartes, présidente honoraire du WFSBP, présidente de l'IAMH.

Introduction

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que l'incarcération seule ne résout pas le problème de la violence sexuelle et que le traitement des délinquants sexuels est une étape critique dans la prévention de la récurrence, en particulier chez les personnes à risque élevé de violence sexuelle comme les pédophiles et les violeurs récidivistes (Garcia et Thibaut 2011 ; Thibaut 2013 and 2015). Cependant, en dépit de l'utilisation croissante des traitements pharmacologiques dans ces indications, nous disposons de peu de données sur l'utilisation des antidépresseurs chez ces personnes, sur les effets indésirables à long terme des traitements anti androgènes et sur la durée de traitement nécessaire. Un projet de recherche clinique national va débuter fin 2018 dans le but de constituer une importante cohorte de délinquants sexuels atteints de paraphilies chez lesquels nous étudierons l'efficacité et les effets secondaires des antidépresseurs et des antiandrogènes prescrits.

Dans ce chapitre nous ferons une revue de la littérature internationale actuellement disponible sur ce sujet en utilisant PubMed et les mots clefs suivants : sex offender, paraphilia, paraphilic disorder, pedophilia, SSRIs, antidepressants, antipsychotics, antiandrogen treatment, GnRH analogues ou agonists, cyproterone acetate). Cette revue portera sur la période allant de janvier 1970 à avril 2018.

Antidépresseurs sérotoninergiques

Efficacité des inhibiteurs spécifiques de recapture de la sérotonine (ISRS)

La justification de l'utilisation des antidépresseurs sérotoninergiques chez les délinquants sexuels est basée sur plusieurs arguments (pour revue Thibaut et al. 2010; Assumpção et al. 2014): (1) dans les études précliniques, l'augmentation des niveaux de sérotonine dans l'hypothalamus inhibe la motivation sexuelle et la testostérone tandis que l'augmentation des niveaux de sérotonine dans le cortex préfrontal améliore la résilience émotionnelle et le contrôle de l'impulsivité; (2) l'observation clinique des similitudes entre les fantasmes et comportements paraphiles et certains types de symptômes obsessionnels compulsifs; (3) les relations observées entre la dérégulation sérotoninergique et des dimensions spécifiques de la psychopathologie observées dans les troubles paraphiles: impulsivité, comportement antisocial, anxiété, dépression et hypersexualité; et (4) enfin, une meilleure connaissance des effets secondaires inhibiteurs des ISRS sur le comportement sexuel. Ces derniers pourraient être médiés par l'inhibition sérotoninergique sur la neurotransmission dopaminergique des circuits cérébraux impliqués dans le comportement sexuel (Bijlsma et al. 2014). L'efficacité des ISRS et les effets indésirables observés avec la clomipramine, ont limité son utilisation dans le traitement des troubles paraphiles.

Dans une revue systématique des données disponibles sur l'efficacité des ISRS dans le traitement des délinquants sexuels, les ISRS ont montré une bonne efficacité clinique dans le traitement des agresseurs sexuels bien que la qualité des études disponibles soit limitée par des biais méthodologiques (par exemple durée de suivi insuffisante, populations hétérogènes). En effet, la plupart des données disponibles sont des études de cas et une revue systématique concernant l'utilisation des ISRS chez les délinquants sexuels a retenu seulement neuf séries de cas pour l'analyse (Adi et al. 2002). Les patients présentant un exhibitionnisme, une masturbation compulsive ou une pédophilie sans risque de passage à l'acte sont des indications d'un traitement par ISRS (Adi et al. 2002). L'observance et l'acceptation des ISRS semblent être meilleures comparativement aux traitements hormonaux chez les délinquants sexuels (Fedoroff 1995). Plusieurs études en ouvert réalisées avec des ISRS ont montré une diminution des comportements de délinquance sexuelle à court terme. Cependant, il est important de rappeler qu'aucune étude à long terme contrôlée et randomisée concernant l'efficacité des ISRS dans le traitement des troubles paraphiles n'a été publiée à ce jour. Enfin, ces produits n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication et sont prescrits sous la responsabilité des prescripteurs.

La fluoxétine et la sertraline ont été les ISRS les plus étudiés dans le traitement des troubles paraphiles. L'efficacité de la fluoxétine dans la réduction des fantasmes et des comportements paraphiles a été décrite dans le traitement de la pédophilie (Perilstein et al. 1991 ; Coleman et al. 1992 ; Greenberg et al. 1996 ; Bourgeois et Klein 1996 ; Aguierre 1999), de l'exhibitionnisme (Bianchi 1990 ; Perilstein et al. 1991 ; Coleman et al. 1992 ; Yang et Liang 2010) et des troubles paraphiles en général (Kafka 1991 et 1994 ; Kafka et Prentky 1992 ; Fedoroff 1995 ; Greenberg et al. 1996 ; Galli et al. 1999 ; Kafka et Hennen, 2000). Cependant, une étude rétrospective portant sur des patients atteints de troubles paraphiles (Bradford et al. 1996) ainsi qu'une étude de cas concernant un exhibitionniste et une autre avec sadisme sexuel (Wawrose et Sisto 1992) ont rapporté une efficacité insuffisante, voire absente, avec la fluoxétine. Quatre études en ouvert concernant l'utilisation de la fluoxétine chez des patients souffrant de troubles paraphiles ont également été publiées. Kafka et Prentky (1992) ont traité 10 patients atteints de troubles paraphiles et 10 patients atteints d'hypersexualité et obtenu une réduction significative du comportement sexuel non conventionnel. Une deuxième étude a obtenu 70% de rémission des troubles paraphiles (n=13) et des troubles liés à la paraphilie (n=11) après un programme de traitement pharmacologique en deux étapes comprenant la sertraline suivie par la fluoxétine (Kafka 1994). Enfin, Kafka et Hennen (2000) ont rapporté une réduction du nombre total d'actes sexuels et du temps passé dans les comportements paraphiles avec une association de fluoxétine et de méthylphénidate (n=26). Une dernière étude conduite par Fedoroff (1995) a décrit près de 95% de rémission des symptômes avec la fluoxétine en association avec une psychothérapie comparativement à la psychothérapie seule (n=51). La stratégie la plus fréquemment utilisée est la titration de la dose jusqu'à l'obtention d'une réduction importante ou la disparition complète des symptômes. La dose moyenne utilisée dans ces études était de 40 mg (20-80) et la durée maximale de traitement était de 4 à 6 semaines.

Des études portant sur l'efficacité de la sertraline dans le traitement de la pédophilie (Bradford 2000 ; Chow et Choy 2002), des troubles paraphiles (Kafka 1994 ; Kafka et Hennen 2000) et des troubles en lien avec les paraphilies (Kafka 1994), ont été publiées. Une étude en ouvert a décrit 50% de rémission des symptômes paraphiles en utilisant 100 mg de sertraline pendant une durée moyenne de suivi de 17 semaines (Kafka 1994). Une autre étude rétrospective portant sur 25 patients traités par la ser-

traline pour pédophilie ou des troubles paraphiles a montré une diminution significative des fantasmes paraphiles (Greenberg et al. 1996). Enfin, une étude en ouvert de 12 semaines avec titration des doses de sertraline dans le traitement de la pédophilie (n = 20) a montré une réduction des pulsions sexuelles, des fantasmes sexuels, et des comportements sexuels déviants. Ces auteurs ont également rapporté une réduction de l'excitation sexuelle avec la suppression de l'excitation déviante, contrastant avec un maintien ou une augmentation relative de l'excitation non-pédophile et des relations sexuelles avec des adultes consentants (Bradford 2000).

Finalement, l'efficacité de la fluvoxamine a été décrite chez 16 patients pédophiles (Greenberg et al. 1996) et un patient exhibitionniste avec masturbation compulsive (Zohar et al. 1994). La fluvoxamine a également été associée au méthylphénidate et a montré une efficacité dans le traitement des troubles paraphiliques (Kafka et Hennen 2000).

Effets secondaires des IRSR

La majorité des gens n'éprouvent que quelques effets secondaires légers avec les IRSR. Quelques-uns des principaux effets secondaires des IRSR sont décrits ci-dessous, mais cela ne constitue pas une liste exhaustive (National Health Service, Royaume-Uni, www.nhs.uk). Les effets secondaires courants des IRSR peuvent inclure: sensation d'agitation, tremblements ou anxiété, nausées ou vomissements, diarrhée ou constipation, perte d'appétit et perte de poids, vertiges, vision floue, bouche sèche, transpiration excessive, insomnie ou somnolence, maux de tête, baisse de la libido, difficulté à atteindre l'orgasme pendant les rapports sexuels ou la masturbation, et chez les hommes difficulté à obtenir ou à maintenir une érection (dysfonction érectile). Des effets secondaires moins communs mais plus sévères des IRSR peuvent inclure: des ecchymoses ou des saignements, y compris des vomissements de sang ou la présence de sang dans les selles, une confusion, une rigidité ou des tremblements, des hallucinations visuelles ou auditives, des difficultés à uriner. Le syndrome sérotoninergique est un syndrome rare mais potentiellement grave pouvant survenir avec les IRSR. Il est généralement déclenché quand un IRSR est utilisé en association avec d'autres médicaments (ou substances) qui augmentent également les niveaux de sérotonine, comme un autre antidépresseur, du lithium ou du millepertuis. Les symptômes du syndrome sérotoninergique peuvent inclure : une confusion, une agitation, des spasmes musculaires, des sueurs, des frissons, de la diarrhée. Les symptômes du syndrome sérotoninergique dans sa forme grave comprennent : une fièvre, des convulsions, une arythmie, une perte de conscience. Les personnes âgées qui prennent des IRSR peuvent présenter une hyponatrémie parfois sévère avec confusion mentale voire des convulsions.

Les jeunes de moins de 25 semblent plus à risque de survenue d'idées ou de comportements suicidaires avec les IRSR (pour revue: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/child-and-adolescent-mental-health/antidepressant-medications-for-children-and-adolescents-information-for-parents-and-caregivers.shtml>).

En conclusion, les études mentionnées précédemment ont montré que les IRSR pourraient être intéressants dans le traitement des troubles paraphiles. Les IRSR sont probablement plus efficaces dans le traitement des troubles paraphiles qui ressemblent ou sont accompagnés par des symptômes de type obsessionnels ou dépressifs. Les indications recommandées pour l'utilisation des IRSR concernent principalement le traitement des troubles paraphiles mineurs ou des patients présentant des comorbidités à type de dépression ou de trouble obsessionnel-compulsif (Bradford 1999 et 2000; Bradford et Federoff 2006 et 2013 ; Thibaut et al. 2010 ; Garcia et Thibaut 2011).

Ils peuvent également être utilisés en association avec les traitements antiandrogènes dans le traitement des symptômes dépressifs fréquemment observés dans les premiers mois qui suivent l'instauration d'un traitement antiandrogène. Des études contrôlées portant sur l'efficacité des ISRS dans le traitement des troubles paraphiles sont nécessaires et les études à long terme font défaut. Il est important de rappeler que leur utilisation dans cette indication se fait jusqu'alors hors AMM et sous la responsabilité personnelle du praticien qui le prescrit.

Du fait de leur moindre coût, les ISRS sont utilisés chez environ 45% des délinquants sexuels en Amérique du Nord comparativement à environ 12% dans les services de psychiatrie légale en Allemagne (Mc Grath et al. 2010 ; Turner et al 2013) et à environ 25% en France (résultats préliminaires de la cohorte française de 343 sujets délinquants sexuels paraphiles coordonnée par F. Thibaut).

Traitements antiandrogènes

Malgré l'efficacité des œstrogènes dans les troubles paraphiles, des effets secondaires nombreux et graves ont été rapportés avec ces derniers (nausées, prise de poids, féminisation, cancer du sein, ischémie cérébro-vasculaire ou cardio-vasculaire, thromboembolie...) excluant désormais leur utilisation chez les délinquants sexuels ou chez les sujets souffrant de troubles paraphiles.

De la même manière, en dépit de nombreuses études ayant rapporté l'efficacité de l'acétate de médroxyprogestérone (MPA) chez des délinquants sexuels paraphiles, le rapport bénéfice-risque n'est pas en faveur de l'utilisation du MPA, qui a été abandonné en Europe.

En France, seule l'acétate de cyprotérone (CPA) et les agonistes (ou analogues) de la gonadolibérine ou gonadotrophin releasing hormone (GnRH ou encore LHRH) sont utilisés dans cette indication. Les antagonistes de la GnRH ont une activité antagoniste plus inconstante et, pour cette raison, les agonistes leur sont préférés en dépit de leur effet stimulant initial sur la sécrétion de testostérone qui peut être contrôlé par l'adjonction d'acétate de cyprotérone dont le mode d'action est très différent.

L'acétate de cyprotérone (CPA) (pour revue des études, Thibaut et al. 2010)

Efficacité du CPA

Le CPA (Androcur®) est un stéroïde synthétique, semblable à la progestérone, qui a une action progestative et antiandrogène. Le CPA agit par l'intermédiaire de sa liaison à tous les types de récepteurs aux androgènes, y compris les récepteurs du cerveau, bloquant l'absorption intracellulaire de la testostérone et son métabolisme. En effet, le CPA est un inhibiteur compétitif de la liaison de la testostérone et de la dihydrotestostérone (ou DHT, son métabolite) aux récepteurs aux androgènes. En outre, le CPA a une forte action progestative provoquant l'inhibition de la sécrétion de GnRH et une diminution à la fois de la GnRH et de la libération de LH. Par contre la diminution du taux de testostérone observée est modérée et inconstante. Le CPA a une autorisation de mise sur le marché dans plus de 20 pays, dont la France, pour la modulation de la libido chez les hommes adultes atteints de déviations sexuelles ainsi que pour le cancer de la prostate non opérable (Androcur®) et il est principalement utilisé au Canada, au Moyen-Orient et en Europe (Thibaut et al. 2010). Le CPA peut être prescrit par voie orale sous forme de comprimés à 50 et 100 mg à la dose totale de 50 à 300 mg/ jour (en pratique l'efficacité est en général obtenue entre 150 et 200 mg/jour et l'augmentation des doses jusqu'à 300 mg/jour est peu utile). Dans

sa forme comprimés à 100 mg, il bénéficie d'un remboursement. L'utilisation du CPA chez les délinquants sexuels, principalement des exhibitionnistes, a été décrite pour la première fois en Allemagne (Laschet et Laschet 1967 et 1971), dans une étude en ouvert. Neuf études de cas, dix études en ouvert et double ou simple aveugle, en cross over sans comparatif, et enfin, deux études comparatives en cross over et en double aveugle concernant le traitement de plus de 900 sujets de sexe masculin au total ont été publiées. Une étude en cross over et en double aveugle comparant CPA et éthynyl-estradiol a conclu que les deux traitements avait également diminué l'intérêt sexuel et l'activité sexuelle déviante, sans effets secondaires majeurs (Bancroft et al. 1974). Une autre étude comparant le CPA et le MPA chez 7 délinquants sexuels a rapporté une efficacité équivalente sans effets secondaires, sauf ceux liés à l'hypoandrogénie, cependant, aucune analyse statistique n'a été effectuée (Cooper et al. 1992). Parmi les études en double aveugle réalisées, une seule étude comparant CPA versus placebo et CPA versus absence de traitement, a effectué une analyse statistique et fait état d'une diminution statistiquement significative de l'activité sexuelle déviante (Bradford et Pawlak 1993). Cinq autres études en ouvert ont rapporté l'efficacité du CPA (Mothes et al. 1971 ; Laschet et Laschet 1971 ; Davies 1974 ; Laschet et Laschet 1975 ; Bradford et Pawlak 1993). Dans la plupart de ces études, le CPA est prescrit à la dose de 50 à 300 mg/jour *per os* ou par voie intramusculaire (300-600 mg, toutes les 1 ou 2 semaines). Sur une durée de 4 à 12 semaines, le CPA a entraîné une diminution significative des fantasmes sexuels et de la fréquence de l'activité sexuelle et, dans environ 80-90% des cas, une disparition complète du comportement sexuel déviant. En outre, les érections matinales, l'éjaculation et la spermatogénèse ont diminué. Ces auteurs ont suggéré que le CPA pourrait être utilisé, d'une manière dose dépendante, soit comme un inhibiteur soit comme un simple réducteur du désir sexuel, ce qui permettrait un maintien des capacités érectiles dans le cadre d'un comportement sexuel non déviant. Dans une population de 300 hommes souffrant de troubles paraphiles, l'efficacité du CPA (50-200 mg/jour par voie orale ou 300-600 mg toutes les 1 ou 2 semaines par voie intra-musculaire (i.m.)) a été maintenue alors que les patients étaient sous traitement pour une durée maximale de 8 ans (Laschet et Laschet, 1975). Les effets du CPA sur l'activité sexuelle étaient totalement réversibles, un à deux mois après l'arrêt du traitement. Les taux de récurrence ont été évalués dans sept études concernant un total de 127 personnes qui prenaient du CPA (Meyer et Cole 1997). À la fin du suivi (période comprise entre 2 mois et 4 ans ½), le taux moyen de récurrence était de 6% ; nombre des récurrences avaient été commises par des individus qui n'avaient pas une bonne observance. Il était environ 10 fois plus faible que le taux de 85% décrit avant le traitement. L'efficacité du CPA a également été rapportée chez cinq adolescents ayant un comportement sexuel déviant ou une hypersexualité (Davies 1974). Cependant, le CPA ne doit pas être prescrit avant la puberté car il empêche l'achèvement de la croissance osseuse.

Enfin, les concentrations sériques de FSH et de LH étaient soit diminuées soit inchangées par l'administration du CPA ; les taux de testostérone plasmatique étaient modérément diminués (Guay 2009). Ainsi, ces marqueurs ne peuvent pas être utilisés comme marqueurs de l'observance du traitement. Le dosage sanguin du CPA n'est pas disponible en France.

Effets secondaires liés à l'hypoandrogénie

Asthénie, troubles du sommeil, symptômes ou troubles dépressifs, bouffées de chaleur, gynécomastie (20% des cas, réversible dans la plupart des cas), changements de pilosité, diminution du taux d'excrétion du sébum, crampes dans les jambes, chute

de cheveux, réduction de la spermatogenèse (réversible), impuissance, diminution de l'activité sexuelle et des fantasmes, réduction du volume de l'éjaculat et enfin ostéoporose (une fracture de hanche due à la perte minérale osseuse a été observée après 10 ans de traitement) sont rapportés dans les études.

Effets secondaires liés au CPA

Céphalées, dyspnée, prise de poids, phénomènes thrombo-emboliques, augmentation du taux de prolactine, insuffisance surrénale ou hyperplasie (0,5% des cas chez les jeunes), hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, diminution de la tolérance au glucose, dysfonctionnement rénal, dysfonctionnement de l'hypophyse, anémie, douleurs locales au site d'injection (formulation retard), nausées, lésions hépatocellulaires (mais l'hépatotoxicité grave est rare ; observée dans moins de 1% des cas) sont rapportés. Enfin, des antécédents thromboemboliques veineux ou une chirurgie récente augmentent de 4 à 13 fois le risque thromboembolique.

En conclusion, bien que de nombreuses études aient été publiées avec le CPA, la plupart des études ne sont pas contrôlées, et certains biais ont été observés (par exemple, la petite taille des échantillons, la courte durée de suivi dans la plupart des cas, les études contrôlées ont été réalisées en cross-over, enfin de nombreuses études sont des études rétrospectives). En outre, certains effets secondaires graves (en particulier hépatiques ou thrombo-emboliques) ont été observés avec le CPA. Dans certains pays comme la France, seule la forme orale est disponible, l'observance du traitement peut alors être erratique. Le taux de testostérone n'est pas systématiquement diminué et les mesures des concentrations plasmatiques du CPA ne sont pas disponibles dans de nombreux pays, il n'y a donc pas de moyen de contrôler l'observance en dehors de ce que rapporte le patient, ce qui peut être compliqué lorsque le patient n'adhère pas complètement au projet de soins.

Les analogues ou agonistes de la gonadolibérine (GnRHa)

Les analogues de la GnRH (GnRHa) sont en fait des agonistes de la GnRH qui agissent sur les récepteurs hypophysaires de la GnRH. Une augmentation transitoire de la testostérone, au début du traitement par les GnRHa est causée par une augmentation transitoire de la libération de LH, un phénomène appelé « flare-up ». Après cette stimulation initiale, l'administration continue des GnRHa permet d'obtenir une désensibilisation rapide des récepteurs de la GnRH et ainsi une réduction de la LH (et dans une moindre mesure de l'hormone folliculo-stimulante (FSH)) et consécutivement de la testostérone à des niveaux équivalents à ceux obtenus avec une castration chirurgicale, ceci dans un délai de 2 à 4 semaines. Les GnRHa n'interfèrent pas avec l'action des androgènes d'origine surrénalienne. En outre, des neurones contenant de la GnRH envoient des projections dans l'hypophyse et dans des sites extra-hypophysaires, tels que le bulbe olfactif ou l'amygdale. Dans ces régions, les GnRHa peuvent avoir un effet neuromodulateur sur le comportement sexuel.

Trois analogues de la gonadolibérine (GnRH) sont disponibles : la triptoréline est un décapeptide de synthèse développé en tant que sel de pamoate injectable par voie intra-musculaire (3 mg, formulation mensuelle ou 11,25 mg, formulation trimestrielle), récemment approuvé en Europe pour la diminution réversible de la testostérone plasmatique à des niveaux de castration afin de réduire les pulsions sexuelles déviantes des hommes adultes (dans la formulation trimestrielle : triptoréline longue durée d'action 11,25 mg); la leuproréline a été développée sous forme injectable intra musculaire d'administration quotidienne, ou sous forme retard (3,75 ou 7,5 mg, formulation mensuelle ou encore 11,25 mg, formulation trimestrielle), ce dernier n'a pas

d'AMM dans les troubles paraphiles; enfin, la goséreléine a été développée sous forme injectable d'administration quotidienne, ou sous forme retard avec des injections mensuelles (3,6 mg ou formulation mensuelle à 10,8 mg en administration sous-cutanée), et n'a pas d'AMM dans les troubles paraphiles. Quelques études de cas ont rapporté l'efficacité de la goséreléine, qui n'est pas utilisée dans cette indication en France (pour revue Turner et Briken 2018).

En ce qui concerne le traitement des patients souffrant de troubles paraphiles, plusieurs études en ouvert et quelques études de cas ont été publiées. À ce jour, aucune étude randomisée n'a été publiée du fait des problèmes éthiques que pose ce type d'études chez des personnes présentant une paraphilie et ayant commis un délit ou un crime sexuel. Dans la plupart des études, le CPA ou le flutamide ont été utilisés en coprescription avec les GnRHa pendant les premières semaines de traitement afin de prévenir les conséquences éventuelles d'un effet de « flare-up » sur le comportement sexuel. Dans la plupart des cas, une psychothérapie a été utilisée parallèlement au traitement pharmacologique.

Efficacité de la triptoréline

L'utilisation de la triptoréline a été décrite dans deux études ouvertes prospectives (41 hommes) (Thibaut et al. 1993, 1996 et 1998 ; Rösler et Witztum 1998), une étude rétrospective (30 hommes) (Hansen et Lykke-Olesen 1997), une étude en ouvert comparant différents GnRHa, y compris la triptoréline (chez 3 sujets) par rapport au CPA (Czerny et al. 2002) et enfin dans plusieurs études de cas (Amelung et al. 2012 ; Ho et al. 2012 ; Jordan et al. 2014) incluant en tout une dizaine de sujets. La majorité des patients traités par triptoréline pendant des durées variant de quelques mois à 7 ans (11.25 mg/3 mois dans 4 cas et 3,75 mg/mois dans les autres cas) avaient surtout une pédophilie ou parfois un exhibitionnisme. Un tiers des cas (13 cas) avaient préalablement reçu du CPA seul sans efficacité. Dans l'étude de Thibaut et al. (1993), le CPA a été utilisé pendant les premières semaines de traitement conjointement avec la triptoréline, afin d'éviter les conséquences sur le comportement sexuel d'un effet de « flare-up ». Parallèlement à une diminution rapide et importante de la testostérone et de la LH, une réduction des fantasmes et des comportements sexuels déviants et non déviants a été observée avec un effet maximal obtenu après 1 à 3 mois de traitement. Dans l'étude de Ho et al. (2012), la forme mensuelle (4 cas) et la forme trimestrielle (3 cas) avaient une efficacité comparable.

En conclusion, dans toutes ces études (environ 90 sujets dont les ¾ étaient délinquants sexuels et la moitié présentaient une pédophilie), pendant la durée du traitement avec la triptoréline, aucun comportement sexuel déviant n'a été observé et aucune infraction sexuelle n'a été commise, sauf dans un cas qui correspondait très vraisemblablement à la période de « flare up » (Thibaut et al. 1993). L'efficacité jugée sur la prévention de la récurrence est ainsi de 99%. Cependant, un sujet délinquant sexuel pédophile a vu ses fantasmes déviants sexuels réapparaître lorsque le traitement par la triptoréline a été substitué par de la leuproréline et la triptoréline a alors dû être reprise. Dans un autre cas de délinquance sexuelle avec pédophilie, le CPA a dû être ajouté à la triptoréline (à la dose maximale de 200 mg/jour) afin de supprimer les fantasmes sexuels déviants, incomplètement contrôlés par la triptoréline seule (Thibaut, communication personnelle).

Efficacité de la leuproréline (ou acétate de leuprolide)

L'utilisation de la leuproréline a été décrite dans le traitement de 45 sujets ayant des comportements paraphiles par quatre équipes avec trois études en ouvert, une

étude rétrospective comparant la leuproréline et le CPA et une étude en ouvert comparant leuproréline et psychothérapie (Krueger et Kaplan 2001 ; Briken et al. 2001 et 2002 ; Czerny et al. 2002 ; Schober et al. 2005 et 2006). Le CPA ou le flutamide ont été utilisés en association avec les GnRHa au cours des premières semaines de traitement. Dans les différentes études, les troubles paraphilies les plus fréquemment observés étaient la pédophilie, le sadisme sexuel et l'exhibitionnisme. Des infractions sexuelles antérieures avaient été signalées dans 16 cas. La durée maximale du suivi était de 57 mois (durée moyenne environ 1 an). Schober et al. (2005) ont comparé la thérapie comportementale avec de la leuproréline (formulation trimestrielle pendant 1 an) puis un placebo (pendant un an) dans une étude prospective en cross over chez cinq pédophiles. Dans trois cas, alors que les sujets recevaient un traitement placebo, les fantasmes sexuels déviants sont revenus et ont nécessité la reprise du traitement par leuprolide, les niveaux de testostérone étaient parallèlement revenus aux niveaux de base. La pléthysmographie montrait une diminution de l'intérêt pour la sexualité pédophile chez les patients traités par leuproréline.

Plus récemment, Ahn et al. (2013) ont confirmé l'efficacité de la leuproréline dans 9 cas de paraphilies (dont 3 pédophiles) dans une étude prospective transversale. Koo et al. (2014) ont décrit une efficacité identique de la leuproréline dans sa forme trimestrielle (38 cas) comparativement à la forme semestrielle (18 cas) dans une étude prospective transversale chez 56 délinquants sexuels (incluant 29 pédophiles et 5 exhibitionnistes). Enfin Gallo et al. (2017) ont comparé l'efficacité de la leuproréline (forme mensuelle) associée à une psychothérapie (25 cas) à une psychothérapie seule (22 cas) chez 47 délinquants sexuels avec une paraphilie non spécifiée. Malgré un risque plus important de récurrence (évalué par l'échelle Static), le taux de récurrence (crime ou délit sexuel) était nul dans le groupe leuproréline comparativement à une récurrence dans le groupe psychothérapie (durée minimale du traitement de 1 an, durée du suivi post pénal en moyenne 7 ans).

Plusieurs études de cas ont également rapporté l'efficacité de la leuproréline dans la sexualité déviante (Briken et al. 2004 et 2009 ; Bussmann et Finger 2009 : 5 délinquants sexuels incarcérés incluant 4 pédophiles). Dans cette dernière étude, la leuproréline (formulation mensuelle) avait remplacé le CPA dans 2 cas du fait des effets secondaires du CPA dont un cas d'ostéoporose. Cependant, dans une étude de cas (Briken et al. 2004), un patient pédophile a rechuté pendant le traitement par la leuproréline (formulation trimestrielle) et a commis une infraction sexuelle à la fin de la 1^{ère} année. Il présentait une comorbidité addictive et un retard mental léger. Enfin, Saleh et al. (2004 et 2005) ont décrit 7 cas de sujets délinquants sexuels présentant différentes paraphilies (dont 5 pédophilies) traités par leuproréline (forme mensuelle). L'efficacité jugée sur les fantasmes et comportements sexuels déviants était bonne dans 6 cas sur 7. Dans ce dernier cas, l'acétate de médroxyprogesterone a été ajouté avec succès du fait d'une réapparition de fantasmes sexuels déviants sous leuproréline seule. La pléthysmographie avait confirmé la réduction d'intérêt pour la sexualité déviante sous traitement chez 6 sujets.

Enfin, Fosdick et Mohiuddin (2016) ont rapporté l'efficacité de la leuproréline (formulation trimestrielle) chez un autiste avec retard mental modéré présentant un comportement sexuel inapproprié envers les enfants. L'interruption du traitement après 7 ans (entre l'âge de 15 et de 22 ans) a été suivie d'une reprise rapide du comportement sexuel inapproprié. Park et Kim (2014) ont également décrit l'efficacité de la leuproréline (formulation mensuelle) chez un patient avec retard mental sévère et masturbations en public.

En conclusion, le devenir de 160 sujets dont environ 150 délinquants sexuels recevant de la leuproréline a été publié avec 99% d'efficacité (en terme de récurrence de crime ou de délit sexuel : une seule récurrence sous traitement). Environ la moitié d'entre eux étaient pédophiles. Parmi ceux-ci, dans 2 cas seulement, la leuproréline n'a pas eu une efficacité suffisante : dans un cas (Saleh et al. 2004), le MPA a été associé à la leuproréline et a permis un contrôle de la sexualité déviante et dans l'autre cas (Briken et al. 2004) le patient a récidivé au bout de 1 an de traitement.

Comparaison CPA/GnRHa

Dans l'étude de Czerny et al. (2002), le CPA et les GnRHa ont montré une efficacité équivalente incluant une absence d'effet sur le comportement sexuel déviant dans trois cas au sein de chaque groupe (58 sujets au total). Une augmentation des fantasmes sexuels a été signalée dans un cas traité par le CPA. Dans deux autres cas traités avec le CPA, l'intensité du désir sexuel et des symptômes a été notablement réduite avec des GnRHa par rapport au traitement antérieur par le CPA (Czerny et al. 2002). Turner et al. (2013) confirment la bonne efficacité des traitements antiandrogènes chez 65 délinquants sexuels avec une efficacité équivalente du CPA et des agonistes de la GnRH mais une meilleure tolérance des GnRHa. Il est important de rappeler qu'en Allemagne, dont toutes ces études sont originaires, une forme de CPA injectable à longue durée d'action existe, ce qui n'est pas le cas en France où seule la forme orale est disponible. Dans la mesure où aucun marqueur d'observance n'existe en France, celle-ci est difficile à contrôler.

Les antiandrogènes ont été utilisés dans 30% des cas aux USA et dans 42 à 60 % des cas au Canada (McGrath et al. 2010). Dans une étude récente conduite en Allemagne sur 611 délinquants sexuels (viols d'adultes ou d'enfants dans 90% des cas) présents dans 32 services de psychiatrie légale, 16% bénéficiaient d'un traitement antiandrogène (11% par GnRHa, 5% par l'acétate de cyprotérone). En France, environ 15% des sujets ont bénéficié d'un traitement par CPA et 14% d'un GnRHa dans le cadre de leur parcours de soins (résultats préliminaires de la cohorte française de 343 sujets délinquants sexuels paraphiles coordonnée par F. Thibaut).

Durée du traitement par GnRHa

La durée minimale de traitement nécessaire et les conditions de l'arrêt du traitement restent discutées. L'efficacité est maintenue aussi longtemps que le traitement anti-androgène est utilisé c'est à dire dans 99% des cas et la durée maximale de suivi a été de 7 ans pour la triptoréline et de 10 ans pour la leuproréline. Par contre que se passe-t-il lorsque le traitement est interrompu ?

Dans l'étude de Rousseau et al. (1990), les auteurs ont rapporté une récurrence lorsque le traitement par la leuproréline (et la flutamide) a été brusquement interrompu à 26 semaines en dépit de son efficacité.

Dans l'étude de Thibaut et al. (1996), les auteurs ont décrit la réapparition des comportements et/ou des fantasmes sexuels déviants dans les 8 à 10 semaines qui ont suivi l'interruption de la triptoréline dans deux cas après, respectivement, 12 et 34 mois de traitement. Dans ce dernier cas, le traitement GnRHa a été réintroduit et les fantasmes déviants ont de nouveau disparu. Enfin, dans un troisième cas, la triptoréline a progressivement été interrompue après 4 années ½ de traitement efficace en s'aidant d'une supplémentation en testostérone conjointement avec la triptoréline pendant 10 mois chez un patient qui présentait une déminéralisation osseuse. Aucune récurrence n'a été observée mais le traitement par GnRHa a finalement dû être repris à la demande du patient devant la réapparition des fantasmes sexuels déviants

après environ 2 ans d'interruption (violetur multirécidiviste). Dans l'étude de Rösler et Witztum (1998), dans huit cas, la triptoréline a été interrompue après 8-10 mois et les troubles paraphiles ont repris dans cinq cas. Dans deux de ces cas, la triptoréline a été reprise avec une bonne efficacité ; dans les trois autres cas, du fait d'effets secondaires de la triptoréline, le CPA (à la dose de 200 mg/jour) a été introduit, mais sans efficacité dans deux des trois cas. Dans une étude rétrospective, dans laquelle cinq sujets avaient interrompu la triptoréline à leur sortie de prison, un cas de reprise du comportement sexuel déviant a été observé (Hansen et Lykke-Olesen 1997). Dans des études de cas supplémentaires, le comportement sexuel déviant a repris lorsque la triptoréline a été arrêtée après 3 ans en raison d'une déminéralisation osseuse (Hoogveen et Van der Ver 2008). Dans l'étude de Krueger et Kaplan (2001), dans un cas, la leuproréline a été arrêtée et le comportement sexuel déviant a réapparu. Dans l'étude de Schober (2005), où la leuproréline a été remplacée par un placebo, dans trois des cinq cas, le comportement sexuel déviant est réapparu dans les 2 mois qui ont suivi l'arrêt avec dans un cas, un risque élevé d'infraction sexuelle. Dans l'étude de Koo et al. (2014) (56 délinquants sexuels dont 29 pédophiles), lorsque le traitement par leuproréline a été interrompu après 3 mois, un effet rebond des taux de testostérone a été observé dans les 2 premiers mois suivant l'interruption brutale du traitement avec la formulation trimestrielle. Cet effet rebond était moins évident avec la forme semestrielle du simple fait des propriétés pharmacologiques de la formulation. La durée de suivi après interruption (14 mois) ne permet pas de conclure sur le risque de récurrence mais les fantasmes sexuels déviants étaient revenus au niveau initialement observé avant traitement. Cet effet rebond pourrait constituer un facteur de risque de reprise du comportement sexuel déviant identique à celui associé à l'effet flare up lors de l'introduction des GnRH α (Bussman et Finger 2009). Fosdick et Mohiuddin (2016) ont également décrit une récurrence rapide d'abus sexuel chez un jeune autiste avec retard mental traité par leuproréline trimestrielle lorsque celle-ci a été interrompue au bout de 7 années. Enfin, dans l'étude de Voss et al. (2016), les GnRH α ont été interrompus dans 15/30 cas. La testostérone s'est normalisée dans un délai de 3 à 7 mois avec en parallèle une réapparition des fantasmes sexuels déviants mais la période de suivi après l'interruption du traitement était trop courte pour juger du risque de récurrence du comportement sexuel déviant.

Selon l'expérience des différents auteurs, une durée minimale de 3 ans serait nécessaire afin d'établir une relation stable avec le patient et de lui permettre d'accepter sa paraphilie et la nécessité d'un traitement pharmacologique. Il est difficile, au vu des nombreuses études qui rapportent une reprise des fantasmes sexuels déviants (11/18 avec la triptoréline ; 75/78 avec la leuproréline soit 90% des cas) de conclure sur la possibilité d'interrompre le traitement par antiandrogènes sans exposer le sujet à un risque de récurrence criminelle sexuelle dans les années qui suivent l'interruption. En effet, dans la plupart des études, la durée du suivi après interruption du traitement est trop courte (inférieure à 2 ans dans la majorité des cas) pour juger du risque de récurrence. Une substitution des agonistes de la GnRH par du CPA pendant quelques mois lors de l'interruption des GnRH α , pourrait permettre de juguler le risque de récurrence favorisé par le rebond de sécrétion de testostérone qui peut suivre l'interruption brutale des GnRH α .

Examens complémentaires

Plusieurs auteurs ont utilisé l'imagerie fonctionnelle avec la visualisation d'images d'enfants chez des sujets pédophiles pour appréhender les modifications des patterns d'activation cérébrale sous traitement par leuproréline. Ainsi, Schiffer et al. (2009) dé-

crivent une diminution des fantasmes déviants et de l'activité masturbatoire associée à une suppression de l'activation des régions sous corticales, de l'amygdale et de l'hippocampe en réponse à des stimuli sexuels chez un pédophile hétérosexuel traité par la leuproréline (formulation trimestrielle) depuis 3 ans. Habermeyer et al. (2012) ont également décrit une modification de l'activation des circuits cérébraux chez un patient pédophile non exclusif traité par leuproréline dans sa forme trimestrielle. Enfin Moulier et al. (2012) ont comparé les activations cérébrales chez un patient pédophile homosexuel traité (leuproréline formulation mensuelle) avant et après plusieurs mois de traitement à un témoin hétérosexuel non déviant. Les niveaux d'activation cérébrale (images de jeunes garçons) sous traitement devenaient équivalents chez le patient et le témoin et une absence d'intérêt pédophile a également été observée sous traitement avec la pléthysmographie.

Des modifications d'activation cérébrale sont observées dans 3 cas sur 3 sous leupropréline. Cependant ces modifications, bien qu'associées à la réduction des fantasmes sexuels déviants ne permettent pas de prédire l'évolution du patient en cas d'interruption du traitement.

Par contre la mesure de la poursuite oculaire montrait une modification des processus attentionnels mais pas de ceux qui sont automatiques lors de la visualisation d'images d'enfants laissant penser que le sujet pédophile traité par triptoréline (forme trimestrielle) pourrait mieux contrôler son attirance pour les enfants mais que celle-ci persistait alors même que les patterns d'activation cérébrale étaient modifiés (Jordan et al. 2014).

Plusieurs études de cas (Schober et al. 2005 (leupropréline); Saleh et al. 2005 (leupropréline); Ho et al. 2012 (triptoréline)) ont utilisé la pléthysmographie pour tester la réponse pénienne des patients sous traitement par GnRHa avec une réduction de l'excitation dans 3 cas sur 8. La pléthysmographie ne semble donc pas constituer un marqueur fiable de l'efficacité du traitement.

Effets secondaires des GnRHa

La minéralisation osseuse devrait être évaluée régulièrement chez les patients recevant un traitement par GnRHa à l'aide d'une ostéodensitométrie. L'étude de Thibaut et al. (1996) (6 cas), a rapporté une diminution des valeurs de densité osseuse vertébrale et fémorale sans signes cliniques, mais nécessitant un suivi médical, chez un patient âgé de 27 ans au cours de la troisième année de traitement par la triptoréline. Dans l'étude de Rösler et Witzum (1998), l'effet de la triptoréline sur la densité minérale osseuse a été évalué chez 18 hommes par ostéodensitométrie avec un suivi séquentiel. Parmi ceux-ci, la densité minérale osseuse vertébrale ou fémorale a été réduite chez 11 hommes et inchangée chez les 7 autres. Deux patients présentant une déminéralisation osseuse progressive ont reçu des suppléments de calcium et de vitamine D par voie orale après 24 mois de traitement par la triptoréline. Ho et al. (2012) a également rapporté 1 cas de perte osseuse parmi 7 délinquants sexuels traités par triptoréline (forme mensuelle ou trimestrielle). Cinq autres cas de déminéralisation osseuse ont été observés dans des études de cas. Czerny et al. (2002) ont rapporté 1/29 cas de perte minérale osseuse avec des GnRHa. Grasswick et Bradford (2003) ont concentré leur étude sur la densité osseuse et rapporté une déminéralisation dans 2/4 des cas avec le CPA, un cas avec la leuproréline et dans 2/2 cas avec la castration chirurgicale. Briken et al. (2009) ont rapporté 2 cas d'ostéoporose parmi 26 délinquants sexuels emprisonnés traités par différents GnRHa. Turner et al. (2013) en rapportent 8 parmi 65 délinquants sexuels traités par différents GnRHa. Enfin, dans

l'étude de Koo et al. (2014), 6 cas sur 56 présentent une aggravation de la déminéralisation osseuse préexistante après 3 mois de leuproréline.

En tout, 38 cas de déminéralisation osseuse ont été rapportés parmi 250 cas de sujets traités par GnRHa publiés soit 15% des cas.

Les patients traités par GnRHa peuvent également présenter d'autres symptômes liés à l'hypoandrogénie : des bouffées de chaleur (environ 30% des cas), une transpiration excessive, une diminution de la croissance des poils du visage et du corps (2-23%), une chute des cheveux, une diminution du volume des testicules (4-20%), une éjaculation douloureuse épisodique, et une gynécomastie légère (2-7%).

D'autres symptômes liés aux GnRHa eux-mêmes tels qu'une asthénie, une rigidité musculaire diffuse ou des myalgies, des céphalées, des troubles du sommeil, des symptômes dépressifs, des nausées, une prise de poids (2-13%), une douleur passagère ou une réaction cutanée au site d'injection (voire un granulome) sont aussi décrits.

Des variations de la pression artérielle, une diminution de la tolérance au glucose, des modifications des taux de LDL cholestérol et des triglycérides ont été rapportées chez des patients âgés traités par GnRHa, mais ces patients présentaient également d'autres facteurs de risque cardio-vasculaires, ces dernières données nécessitent d'être validées chez des déviants sexuels plus jeunes traités pendant plusieurs années.

Un risque d'apoplexie hypophysaire peut être observé en début de traitement en cas d'adénome préexistant même si celui-ci est non sécrétant (Huygh et al. 2015). Mayrhofer et al. (2016) ont rapporté dans 3 cas la survenue de calculs d'oxalate de calcium chez des délinquants sexuels d'âge moyen traités par triptoreline (formulation trimestrielle) dans 2 cas ou par leuproréline (formulation mensuelle) dans 1 cas, parallèlement à une ostéoporose.

Dans l'étude de Koo et al. (2014) portant sur 56 sujets, ils rapportent des effets secondaires dans 2/3 des cas (bouffées de chaleur dans la moitié des cas, prise de poids chez 1/3 des patients, réduction du volume testiculaire dans 1/4 des cas, humeur dépressive dans 20% des cas, douleurs au site d'injection voire granulome, myalgies, réduction de densité osseuse (6 cas soit 11%), chute des cheveux). Ces auteurs n'ont pas retrouvé de différence en termes d'effets secondaires en comparant la leuproréline trimestrielle ou sa formulation semestrielle.

Autres traitements pharmacologiques

Certaines études de cas rapportent l'efficacité des traitements antipsychotiques ou thymorégulateurs chez des patients dont la déviance sexuelle s'inscrit dans le cadre d'une maladie psychiatrique (trouble bipolaire ou schizophrénie) ou neurologique (maladie de Parkinson traitée par des agonistes dopaminergiques, démence) (Fernandez et Durso 1998; McKnight et Rojas-Fernandez 2000 ; Zourkova 2000 ; Nelson et al. 2001 ; Wang et al. 2014).

Un certain nombre de psychotropes ont été proposés dans le traitement des comportements sexuels inappropriés associés à la démence. Dans ce cadre, Ozkan et al. (2008) ont proposé des recommandations de prise en charge.

Il est important de rappeler que chez les patients schizophrènes délirants présentant des idées sexuelles déviantes, les traitements antiandrogènes peuvent aggraver la symptomatologie psychotique et ne sont pas indiqués (Thibaut 2013).

Recommandations disponibles

Même si aucune étude contrôlée n'a été réalisée et si certains biais ont été observés (petite taille des échantillons, courtes durées de suivi, conception des études en ouvert ou rétrospectives, hétérogénéité des sujets inclus en termes de type de paraphilie ou de condamnation pour crime ou délit sexuel), l'efficacité des GnRHa observée dans ces études est très importante (99% si le critère est l'absence de récurrence, environ 75 à 80% si le critère retenu est la réduction importante des fantasmes et comportements sexuels déviants). Il convient de souligner que, dans la plupart des cas décrits, les sujets avaient été traités antérieurement par psychothérapie, ISRS ou d'autres anti-androgènes sans efficacité. En outre, les traitements par l'acétate de médroxyprogestérone (MPA) et le CPA sont associés à un pourcentage élevé d'effets secondaires qui limite considérablement leur utilisation, en particulier pour le MPA en Europe. En outre, une mauvaise observance du traitement est fréquemment observée avec le traitement par CPA qui n'existe que sous forme orale en France. En revanche, les GnRHa sont plus puissants que le CPA ou le MPA ; ils induisent également moins d'effets secondaires, à l'exception de ceux relatifs à l'hypoandrogénie (Czerny et al., 2002). Enfin, les GnRHa peuvent être administrés par voie parentérale, mensuellement ou trimestriellement (voire semestriellement), ce qui accroît la bonne observance du traitement. Les GnRHa devraient être utilisés quand d'autres solutions ont été écartées ou dans les situations où il y a un risque élevé de violence sexuelle. Les GnRHa constituent probablement le traitement le plus prometteur pour les délinquants sexuels à risque élevé de violence sexuelle, comme les pédophiles, les sadiques sexuels ou les violeurs en série.

En France (ainsi que dans de nombreux pays en Europe), dans ce contexte de faibles preuves scientifiques, l'agence française du médicament (ANSM) a approuvé deux traitements antiandrogènes chez les sujets paraphiles : l'acétate de cyprotérone a été approuvé pour la «modération du désir sexuel chez les hommes adultes atteints de déviance sexuelle» (Androcur® 100mg en comprimés); la triptoréline (Salvacyl®, 11,25 mg formulation à longue durée d'action par voie intramusculaire, trimestrielle) a été approuvé dans l'indication «diminution réversible des taux de testostérone jusqu'à des niveaux de castration afin de diminuer le désir sexuel chez les hommes adultes atteints de déviance sexuelle».

Les ISRS ne sont pas approuvés dans le traitement des troubles paraphiles mais sont très souvent utilisés hors AMM sans preuves scientifiques en faveur de leur efficacité.

La «Haute Autorité de Santé» a publié des recommandations (2010) afin d'aider les cliniciens impliqués dans le suivi des agresseurs d'enfants (Recommandations nationales pour la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans (Haute Autorité de Santé 2010⁶⁰).

La Fédération Mondiale des sociétés de psychiatrie biologique (WFSBP ; www.wfsbp.org dans la rubrique guidelines) (F. Thibaut et al. World J Biol Psychiatry, WFSBP 2010; (http://www.wfsbp.org/fileadmin/user_upload/Treatment_Guidelines/Paraphilias_Guidelines.pdf) a également publié des recommandations internationales concernant le traitement pharmacologique des paraphilies. Dans ce cadre, un algorithme (voir ci-dessous) (qui figure également dans les recommandations HAS) distingue six niveaux de traitement selon le niveau de risque de violence sexuelle. La psychothérapie est utilisée chez tous les délinquants. La psychothérapie de type cognitive et comportementale est la plus indiquée, car seule cette dernière a montré un degré

160. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_recommandations.pdf

modeste d'efficacité chez les agresseurs sexuels (Losel et Schmucker 2005 ; Dennis et al. 2012 : revue Cochrane). Chez les sujets paraphiles à risque élevé de récurrence ou de passage à l'acte sexuel violent, le traitement pharmacologique devrait être utilisé comme traitement de première intention. La combinaison d'une psychothérapie et d'un traitement pharmacologique est associée à une meilleure efficacité par rapport à une seule des deux modalités thérapeutiques en monothérapie (Hall et Hall 2007). Les traitements pharmacologiques (ISRS ou traitement anti-androgène) sont recommandés à partir du niveau 2 de risque de violence sexuelle.

Le traitement pharmacologique vise principalement à contrôler les fantasmes et comportements sexuels inappropriés afin de réduire le risque de récurrence et à réduire le niveau de détresse du patient parophile. Une réduction de la pulsion sexuelle contribue ainsi à rendre certains patients plus accessibles à l'approche psychothérapeutique. Notons que les traitements antiandrogènes ne modifient guère l'orientation sexuelle du patient. Ils ne seront pas prescrits en cas de non consentement du patient ou chez un adolescent dont la puberté, et en particulier la croissance osseuse, n'est pas achevée. Une analyse Cochrane en 2015 (Khan et al., 2015) a considéré que les études pharmacologiques disponibles ne répondaient pas aux critères requis pour les inclure dans ce type d'analyse. Pourtant, il est important de rappeler que ces critères ont été établis pour juger de l'efficacité des traitements somatiques et ne prennent pas en compte la spécificité des délinquants sexuels chez lesquels il est difficile éthiquement d'envisager des études randomisées en double aveugle.

Holoyda et Kellaher (2016) ont modifié l'échelle de Maletsky de 2006 qui propose de calculer un score d'aide à l'indication d'un traitement antiandrogène. Parmi les critères retenus, la notion de victimes mineures de sexe masculin, de déviance sexuelle si possible confirmée par la pléthysmographie, d'antécédents de lésion cérébrale d'origine développementale ou acquise ou encore d'antécédents d'échec d'un traitement antérieur sont très importants dans l'évaluation du risque de nouveau passage à l'acte sexuel déviant.

La pléthysmographie est très utilisée au Canada (en s'aidant de stimulations audios de scénari de violences sexuelles, de photos d'enfants dénudés ou encore de vidéos pornographiques adultes) mais son utilisation est très discutée en Europe pour des raisons à la fois éthiques mais également de fiabilité puisque des patients peuvent conserver une érection pénienne alors même que leur désir est très réduit et qu'on n'observe pas de récurrence criminelle (pour revue sur ce sujet, voir Fedoroff et al. 2009 ; Marshall 2014).

Les modifications de patterns d'activation cérébrale et de poursuite oculaire lors de la visualisation d'images d'enfants dénudés n'apportent pas, en l'état actuel des connaissances, d'éléments décisifs pour juger du risque de récurrence.

Algorithme du traitement pharmacologique des paraphilies (Thibaut et al. WFSBP 2010)	
Objectifs et indications	Traitements et posologies
Niveau 1	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Objectifs : contrôle des fantasmes, compulsions et comportements sexuels inappropriés sans impact sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychothérapie de préférence cognitivo-comportementale (TCC)
Niveau 2	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Objectifs : contrôle des fantasmes, compulsions et 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 troubles paraphiles associés à un risque faible d'agression sexuelle (ex. exhibitionnisme sans risque de viol ou pédophilie sans antécédents de passage à l'acte par ex : consultation isolée de vidéos érotiques pédophiles) ➤ Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 1 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychothérapie (TCC) ➤ Inhibiteurs spécifiques de la recapture de sérotonine (ISRS), éventuellement augmenter la dose comme dans le traitement des TOC (ex. fluoxétine 40-60mg/j ou paroxétine 40 mg/j)
Niveau 3	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Objectifs : contrôle des fantasmes, compulsions et comportements sexuels inappropriés avec une réduction modérée de l'activité sexuelle et du désir sexuel ➤ Troubles paraphiles avec caresses mais sans pénétration ➤ Fantasmes sexuels inappropriés ou déviants sans sadisme sexuel ➤ Absence de résultats avec le niveau 2 en prescription de 4-6 semaines d'IRS à dose élevée 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychothérapie (TCC) ➤ Ajouter à l'ISRS une faible dose d'antiandrogène, acétate de cyprotérone (CPA) 50-200 mg/jour <i>per os</i>
Niveau 4	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Objectifs : contrôle des fantasmes, compulsions et comportements sexuels inappropriés avec une réduction importante de l'activité sexuelle et du désir sexuel ➤ Risque modéré de violence sexuelle (troubles paraphiles avec notamment des caresses plus intrusives et un nombre limité de victimes) ➤ Absence de comportement ou fantasmes de sadisme sexuel (si présent voir niveau 5) ➤ Bonne observance du traitement, sinon passer au niveau 5 ➤ Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 3 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychothérapie (TCC) ➤ Acétate de cyprotérone 200 mg/jour (plus rarement 300 mg/jour) <i>per os</i> sous réserve de l'assurance d'une bonne observance ➤ Si présence d'anxiété, de dépression ou de symptômes obsessionnels compulsifs, un ISRS peut être associé à l'antiandrogène
Niveau 5	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Objectifs : contrôle des fantasmes, compulsions et comportements sexuels inappropriés avec une disparition quasi complète de l'activité sexuelle et du désir sexuel ➤ Risque élevé de violence sexuelle et cas de troubles paraphiles sévères ➤ Fantasmes ou comportements sexuels sadiques ou violence sexuelle ➤ Mauvaise observance ou résultats non satisfaisants avec le niveau 4 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychothérapie (TCC) ➤ Analogue de la GnRH à longue durée d'action, triptoréline : 11,25 mg tous les 3 mois par voie intramusculaire (seul produit ayant l'AMM et un remboursement dans cette indication) ➤ Associer l'acétate de cyprotérone pendant le premier mois pour contrecarrer l'effet 'flare-up' (augmentation transitoire du taux de testostérone)
Niveau 6	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Objectifs : contrôle des fantasmes, compulsions et comportements sexuels inappropriés avec une disparition complète de l'activité sexuelle et du désir sexuel ➤ Cas très sévères de troubles paraphiles ➤ Pas de résultats satisfaisants obtenus avec le niveau 5. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychothérapie (TCC) ➤ Analogue de la GnRH à longue durée d'action, triptoréline : 11,25 mg tous les 3 mois par voie intramusculaire en association avec l'acétate de cyprotérone (50-200 mg/jour <i>per os</i>) ➤ Un ISRS peut également être associé

Bilan prétraitement

Le suivi médical de la prescription des ISRS dans cette indication hors AMM n'est guère différent de celui pratiqué lors du traitement de la dépression, incluant au minimum ECG et bilan hépato-rénal.

Le bilan clinique initial recommandé en cas de prescription d'un traitement antiandrogène par CPA ou GnRHa comprend principalement les aspects suivants :

- examen physique complet incluant l'examen des organes génitaux externes ;
- recherche des antécédents de maladie thromboembolique (CPA) ou hépatique (CPA), d'une ostéoporose, d'un diabète, d'un syndrome dépressif ;
- évaluation de la fonction hypophysaire et testiculaire (dosage de la testostérone, de la protéine de liaison de la testostérone 'testosterone binding protein', de la LH et de la FSH dans le plasma) et du taux de prolactinémie ;
- ECG, ainsi que l'évaluation des fonctions hépato-cellulaire et rénale, de la glycémie, de la calcémie, et du bilan lipidique.

Le suivi médical

Un suivi médical est indispensable en cas de traitement antiandrogène. Il comprend :

- une évaluation régulière de la nature, de l'intensité et de la fréquence des fantasmes et de l'activité sexuelle (déviant et non déviant) ;
- une évaluation régulière de l'apparition de symptômes dépressifs et/ou d'idées suicidaires ;
- tous les 3-6 mois, mesure de la pression artérielle, du poids, recherche d'une gynécomastie et réalisation d'un bilan hépatique en cas de CPA ;
- contrôle de la glycémie (une fois par an), du bilan lipidique (une fois par an si anormal sinon tous les 5 ans), de la calcémie et de l'ECG au moindre signe clinique cardiaque
- tous les 2 ans (annuellement si risque ostéoporotique) évaluation de la densité minérale osseuse par ostéodensitométrie ;
- mesure du taux de testostérone : seulement en cas d'arrêt du traitement ou de suspicion de prise de testostérone exogène.

Durée du traitement

La paraphilie est un trouble chronique et il n'y a guère d'études scientifiques quant à la durée optimale du traitement dans cette indication. Selon la majorité des auteurs celle-ci varie généralement entre 3 et 5 ans au minimum. Le traitement sera prolongé en cas de paraphilie sévère ou de risque élevé de récurrence à évaluer au cas par cas. L'arrêt éventuel du traitement antiandrogène devra se faire par paliers et sous contrôle médical strict (pour éviter tout rebond lié à l'interruption brutale des analogues de la GnRH, l'acétate de cyprotérone pourra alors être utilisé pour réduire le risque de récurrence qui pourrait être favorisé par ce rebond de sécrétion de testostérone). Le CPA ou les GnRHa peuvent être de nouveau prescrits en cas de réapparition de fantasmes sexuels déviants.

Les données actuellement publiées dans la littérature internationale laissent penser qu'à l'arrêt d'un traitement par GnRHa prescrit chez des sujets atteints de pédophilie

ou ayant commis un crime ou délit sexuel violent, dans 90% des cas, des fantasmes déviants réapparaissent dans les mois qui suivent leur interruption. Peu de récidives criminelles sont notées mais les durées de suivi après interruption du traitement ne dépassent en général pas 2 ans dans les cas publiés.

La durée du traitement peut être prolongée pendant de nombreuses années lorsque le niveau de sévérité est supérieur à 4 dans l'algorithme présenté ci-dessus.

Considérations éthiques (Cosyns et Thibaut, 2017)

Le traitement biologique médicamenteux est réservé à une minorité d'agresseurs sexuels présentant un trouble paraphile sévère avec un risque de violence sexuelle cliniquement objectivé par une évaluation psychiatrique rigoureuse (soit environ 10% d'entre eux : Tesson et al. 2012). Il convient de rappeler que tous les agresseurs sexuels ne présentent pas nécessairement un trouble paraphile tel que défini par le DSM-5 ou un 'trouble de la préférence sexuelle' défini par la CIM-10 de l'OMS, et que nombre de paraphiles ne sont pas des agresseurs sexuels au sens juridique du terme.

L'effet bénéfique du traitement médicamenteux rend généralement le patient plus accessible à une approche thérapeutique de l'ensemble de sa problématique psychologique et sociale.

Les délinquants sexuels paraphiles susceptibles de recevoir un traitement antiandrogène (improprement appelé traitement hormonal ou encore «castration chimique») font souvent l'objet d'une coercition externe plus ou moins importante. Le principe du consentement éclairé du patient recevra dans ces cas une attention particulière de la part du psychiatre en charge du patient. Tout traitement doit, en première intention, se faire dans l'intérêt du patient mais l'objectif sécuritaire de non récidive n'est généralement pas étranger à la demande d'un traitement pharmacologique dans le cas des agresseurs sexuels. Il n'y a pas d'incompatibilité de fond entre l'intérêt du patient et celui de la société en ce sens que toute rechute sexuelle est également néfaste pour le patient.

Le Conseil de l'Europe a approuvé en 2004 une recommandation concernant le traitement psychiatrique sous contrainte et le Comité Consultatif de Bioéthique Belge a remis en 2006 un avis relatif aux traitements hormonaux des auteurs de délits sexuels. Ces documents peuvent se résumer comme suit en ce qui concerne la prescription d'un traitement antiandrogène chez ces sujets :

- le patient présente un trouble paraphile formellement diagnostiqué par un psychiatre moyennant un examen psychiatrique approfondi ;
- le traitement cible des signes cliniques, symptômes et comportements spécifiques en tenant compte de l'état de santé du patient ;
- la pathologie du patient présente un risque sérieux pour sa santé ou l'intégrité physique ou morale d'une tierce personne ;
- il n'existe pas d'alternative de traitement moins intrusive pour obtenir le résultat escompté ;
- il s'agit d'un traitement médical dont le psychiatre traitant assume seul la responsabilité quant à : premièrement l'indication (un juge peut imposer un suivi médical mais pas une médication particulière) ; deuxièmement, l'information de l'intéressé et l'obtention de son consentement ; et enfin, le suivi de l'intéressé, sur le plan psychiatrique mais également sur le plan somatique et si nécessaire avec l'aide d'un endocrinologue ;

- le traitement fait partie d'un plan de traitement plus détaillé qui, outre les aspects psychiatriques, prend aussi en considération les aspects psychologiques et sociaux.

Conclusion

Les ISRS ont été utilisés dans la moitié des programmes de traitement communautaire en Amérique du Nord sans réelle preuve scientifique d'efficacité dans cette indication et les antiandrogènes ont été utilisés dans 30% des cas aux USA et dans 42 à 60 % des cas au Canada (McGrath et al. 2010). Dans une étude récente conduite en Allemagne sur 611 délinquants sexuels (viols d'adultes ou d'enfants dans 90% des cas) présents dans 32 services de psychiatrie légale, 16% bénéficiaient d'un traitement antiandrogène (11% par GnRHa, 5% par l'acétate de cyprotérone), 11.5% recevaient un traitement par ISRS et 10% recevaient un traitement antipsychotique en raison d'une comorbidité psychiatrique (Turner et al. 2013). En France (résultats préliminaires de la cohorte française de 343 sujets délinquants sexuels paraphiles coordonnée par F. Thibaut), environ 25% des sujets ont bénéficié pendant une durée variable au cours de leur parcours de soins d'un traitement par un ISRS, 15% par du CPA et 14% par un GnRHa. Nous n'avons pas l'équivalent des services de psychiatrie légale qui existent dans la plupart des pays européens ou encore des programmes communautaires ou résidentiels nord-américains. Depuis 1998, en France, les délinquants sexuels sont soumis, lors de leur condamnation, à une injonction de soins qui débute à la sortie de prison, elle dépasse rarement une dizaine d'années dans les cas les plus graves de crime sexuel. Cette période d'injonction de soins est, pour le thérapeute, une aide à la mise en place d'un traitement psychologique et/ou pharmacologique chez les délinquants sexuels atteints de troubles paraphiles. Le nouvel état biologique créé par ces traitements entraîne incontestablement un apaisement sur le plan des pulsions sexuelles irrépressibles, qui est propice à l'approche psychothérapique. Compte tenu des longs délais d'action des techniques psychothérapiques (préférentiellement de type cognitivo-comportementales) et de l'incertitude quant à leurs résultats, on a pu constater qu'avec les anti-androgènes, elles étaient entreprises avec plus de sérénité et qu'elles n'étaient pas interrompues par la récurrence transgressive.

Les anti-androgènes sont particulièrement indiqués chez les pédophiles multirécidivistes, en particulier homosexuels ; chez les pédophiles profondément immatures ou déficients intellectuels qui ont en quelque sorte l'âge mental de leur victime. Ce type de traitement évite un « destin asilaire » et favorise leur réinsertion sociale. Le Comité Consultatif National d'Éthique a recommandé dans ce cas un consentement libre éclairé, exprimé par écrit et qui peut être renouvelé. Cette prescription suppose une prise de conscience minimale d'une anomalie par le patient. On peut admettre que cette prise de conscience soit en relation avec la crainte de la répression sociale et qu'elle ait pu être inspirée par une pression familiale, sociale ou judiciaire. Elle suppose, dans ces cas, une bonne maîtrise de la relation avec le patient, où cohabitent l'objectif de soigner et celui d'empêcher de nuire.

Il faut rappeler par ailleurs qu'en prescrivant des anti-androgènes, on ne modifie pas l'orientation sexuelle, et que l'action thérapeutique est essentiellement symptomatique. On observe une réapparition des fantasmes sexuels déviants dans environ 90% des cas dans les mois qui suivent l'interruption des GnRHa. Il ne faut pas perdre de vue que l'orientation sexuelle de nature pédophilique, surtout lorsqu'elle est exclusive, est chronique. Ce serait une erreur de croire que l'efficacité des traitements antiandrogènes est totale. Seul l'effet biologique des anti-androgènes peut être garanti. On a

observé quelques rares récurrences sous anti-androgènes mais également après castration chirurgicale (environ 1% des cas publiés recevant des GnRHα (2 cas sur 250), ce qui est cependant considérablement moins que le taux de récurrence observé sans traitement ou chez ceux qui bénéficient d'une psychothérapie seule, à sévérité équivalente).

Les ISRS n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché dans cette indication en France. Un médecin peut toujours prescrire hors « AMM » lorsqu'il estime qu'un médicament est nécessaire pour le traitement de son patient, mais il engage alors son entière responsabilité. Leurs indications se résument aux troubles paraphiliques avec un risque faible de violence sexuelle ou chez les exhibitionnistes ou encore lorsque des symptômes anxieux ou dépressifs sont associés au comportement sexuel déviant. Ils peuvent dans ce cas être associés aux traitements antiandrogènes.

Quel que soit le type de thérapeutique utilisé (médicamenteuse ou non), les difficultés majeures auxquelles se heurtent les thérapeutes sont les suivantes : (1) l'absence de critères standardisés et reproductibles de mesure de l'activité sexuelle. La plupart des études utilisent des autoquestionnaires quantifiant l'activité sexuelle et les éventuels rapports judiciaires d'actes délictueux ; (2) la difficulté d'évaluer le risque de récurrence criminelle sexuelle (des échelles d'évaluation statique et dynamique existent mais elles sont peu utilisées en France ; enfin (3) l'extrême difficulté de mettre en place des études randomisées en double aveugle chez ce type de patient.

Les difficultés représentées par la prise en charge d'adolescents non pubères, présentant des troubles du comportement sexuel parfois sévères, et nécessitant un traitement médicamenteux, justifieraient également la mise en place d'études contrôlées. Des recommandations d'aide à la prise en charge des adolescents avec comportement sexuel délictueux ont été publiées par la WFSBP (Thibaut et al. 2016).

En conclusion, prescrire un anti-androgène à l'auteur d'agressions sexuelles, c'est lui apporter un traitement symptomatique efficace. Mais une telle prescription ne peut être banalisée car elle se situe souvent dans un contexte de pression socio-familiale ou judiciaire.

Bibliographie

- Adi Y, Ashcroft D, Browne K, Beech A, Fry-Smith A, Hyde C (2002). Clinical effectiveness and cost-consequences of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of sex offenders. *Health Technol Assess* 6(28): 1-66.
- Ahn J, Shim C, Lee J (2013). Preliminary study of effect of leuprolide acetate treatment on sexual fantasy of sex offenders. *Korean J Leg Med.* 37:139-44.
- Aguiere B (1999). Fluoxetine and compulsive sexual behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(8):943.
- Amelung T, Kuhle LF, Konrad A (2012). Androgen deprivation therapy of self-identifying, help-seeking pedophiles in the Dunkelfeld. *Int J Law Psychiatry* 35:176-84.
- Association, A. P. A. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), American Psychiatric Publishing.
- Assumpção AA, Garcia F, Garcia H, Bradford JM, Thibaut F (2014). Pharmacologic treatment of paraphilias. *Psychiatr Clin North Am* 37(2): 173-181.
- Bancroft J, Tennent G, Loucas K and J. Cass J (1974). The control of deviant sexual behaviour by drugs. I. Behavioural changes following oestrogens and anti-androgens. *Br J Psychiatry* 125(0):310-5.
- Bianchi MD (1990). Fluoxetine treatment of exhibitionism. *Am J Psychiatry.* 147(8):1089-90.
- Bijlsma EY, Chan JS, Olivier B, Veening JG, Millan MJ, Waldinger MD, Oosting RS (2014). Sexual side effects of serotonergic antidepressants: mediated by inhibition of serotonin

- on central dopamine release? *Pharmacol Biochem Behav.* 121:88-101.
- Bourgeois JA, Klein M (1996). Risperidone and fluoxetine in the treatment of pedophilia with comorbid dysthymia. *J Clin Psychopharmacol* 16(3): 257-8.
 - Bradford JM, Pawlak A (1993). Double-blind placebo crossover study of cyproterone acetate in the treatment of the paraphilias. *Arch Sex Behav.* 22(5):383-402.
 - Bradford JM, Martindale JJ, Goldberg M, Greenberg D, Lane JG (1996). Sertraline in the treatment of pedophilia: An open label study. *New Research Program Abstracts, NR 441, APA Annual Meeting 1996; Miami, FL.*
 - Bradford JM (1999). The paraphilias, obsessive compulsive spectrum disorder, and the treatment of sexually deviant behaviour. *Psychiatr Q* 70(3): 209-19.
 - Bradford JM (2000). The treatment of sexual deviations using a pharmacological approach. *J Sex Res* 37(3):248-57.
 - Bradford JM, Fedoroff P (2006). Pharmacological treatment of the juvenile sex offender. In: Barbaree H, Marshall W, editors. *The juvenile sex offender.* 2nd ed. New York: Guildford Press pp.358-82.
 - Briken P, Nika E, Berner W (2001). Treatment of paraphilia with luteinizing hormone-releasing hormone agonists. *J Sex Marital Ther.* 27(1):45-55.
 - Briken P (2002). Pharmacotherapy of paraphilias with luteinizing hormone-releasing hormone agonists. *Arch Gen Psychiatry* 59(5):469-70; author reply 70.
 - Briken P, Hill A, Berner WA (2004). A relapse in pedophilic sex offending and subsequent suicide attempt during luteinizing hormone-releasing hormone treatment. *J Clin Psychiatry* 65(10):1429.
 - Briken P, Welzel K, Habermann N (2009). Antiandrogenic pharmacotherapy of sexual offenders and home leave steps in the forensic psychiatric hospital Berlin. *Psychiatr Prax.* 36:232-7 [in German].
 - Bussmann H, Finger P (2009). Die Durchführung antiandrogenen Behandlung von Sexualstraftätern im Berliner Maßregelvollzug [Anti-androgenic treatment of sex-offenders in the Forensic Psychiatric Hospital of Berlin]. *Forensische Psychiatr Psychol Kriminol.* 3:129-40.
 - Chow, EW, Choy AL (2002). Clinical characteristics and treatment response to SSRI in a female pedophile. *Arch Sex Behav.* 31(2): 211-5.
 - Coleman, E, Rosser BR, Strapko N (1992). Sexual and intimacy dysfunction among homosexual men and women. *Psychiatr Med.* 10(2): 257-71.
 - Cooper AJ, Sandhu S, Loszтын S, Cernovsky Z (1992). A double-blind placebo controlled trial of medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate with seven pedophiles. *Can J Psychiatry* 37(10):687-93.
 - Cosyns P, Thibaut F (2017). La psychopharmacologie. In « *Traité de l'agression sexuelle : théories explicatives, évaluation et traitement des agresseurs sexuels* » Eds. Cortoni F and Pham T. Editions Mardaga Belgique Partie 3. Ch 9 pp.179-197.
 - Czerny JP, Briken P, Berner W (2002). Antihormonal treatment of paraphilic patients in German forensic psychiatric clinics. *Eur Psychiatry.* 17(2):104-6.
 - Davies TS (1974). Cyproterone acetate for male hypersexuality. *J Int Med Res.* 2(2):159-63.
 - Dennis JA, Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Duggan C (2012). Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev* 12:CD007507.
 - Fedoroff JP (1995). Re: A treatment for impulse control disorders. *Can J Psychiatry* 40(6): 361.
 - Fedoroff JP, Kuban M, Bradford JM (2009). Laboratory measurement of penile response in the assessment of sexual interests. In: Saleh F, Grudzinskas A, Bradford J, Brodsky, editors. *Sex offenders: identification, risk assessment, treatment and legal issues.* New York: Oxford University Press pp. 89-100.
 - Fernandez HH, Durso R (1998). Clozapine for dopaminergic-induced paraphilias in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 13(3):597-8.
 - Fosdick C, Mohiuddin S (2016). Case report: resolution of severe sexual aggression in a developmentally disabled adolescent during leuprolide acetate use. *J Autism Dev Disord.* 46:2267-9.
 - Galli V, McElroy SL, Soutullo CA, Kizer D, Raute N, Keck PE, McConville BJ (1999). The psychiatric diagnoses of twenty-two adolescents who have sexually molested other children. *Compr Psychiatry* 40(2): 85-8.
 - Gallo A (2017). The use of leuprolide acetate in the management of high-risk sex offenders. *Sex Abuse* in press.
 - Garcia FD, Thibaut F (2011). Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. *Drugs* 71(6): 771-90.
 - Grasswick LJ Bradford JM (2003). Osteoporosis associated with the treatment of paraphilias: a clinical review of seven case reports. *J Forensic Sci.* 48(4):849-55.
 - Greenberg DM, Bradford JM, Curry S, O'Rourke A (1996). A comparison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors: a retrospective study. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 24(4): 525-32.

- Guay DR (2009). Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Clin Ther* 31(1): 1-31.
- Habermeyer B, Händel N, Lemoine P (2012). LH-RH agonists modulate amygdala response to visual sexual stimulation: a single case fMRI study in pedophilia. *Neurocase* 18: 489-95.
- Hall RC, Hall R (2007). A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clin Proc* 82(4): 457-71.
- Hansen H, Lykke-Olesen L (1997). Treatment of dangerous sexual offenders in Denmark. *J Forensic Psychiatry* 8:195-9.
- Haute Autorité de santé (2010). Recommandations de bonne pratique. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. Paris: Haute Autorité de santé, <http://www.has-sante.fr>.
- Ho DK, Kottalgi G, Ross CC (2012). Treatment with triptorelin in mentally disordered sex offenders. Experience from a maximum-security hospital. *J Clin Psychopharmacol.* 32:739-40.
- Holyoya BJ, Kellaher DC (2016). The biological treatment of paraphilic disorders: an updated review. *Curr Psychiatry Rep.* 18:19.
- Hoogeveen J, Van der Veer E (2008). Side effects of pharmacotherapy on bone with long-acting gonadorelin agonist triptorelin for paraphilia. *J Sex Med.* 5(3):626-30.
- Huygh J, Verhaegen A, Goethals K (2015) Prolonged flare-up of testosterone after administration of a gonadotrophin agonist to a sex offender: an under-recognised risk? *Crim Behav Ment Health* 25:226-30.
- Jordan K, Fromberger P, Laubinger H, Dechent P, Müller JL (2014). Changed processing of visual sexual stimuli under GnRH-therapy – a single case study in pedophilia using eye tracking and fMRI. *Jordan et al. BMC Psychiatry* 14:142
- Kafka MP (1991). Successful antidepressant treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry* 52(2):60-5.
- Kafka MP, Prentky R (1992). Fluoxetine treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry* 53(10): 351-8.
- Kafka MP (1994). Sertraline pharmacotherapy for paraphilias and paraphilia-related disorders: an open trial. *Ann Clin Psychiatry* 6(3): 189-95.
- Kafka MP, Hennen J (2000). Psychostimulant augmentation during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in men with paraphilias and paraphilia-related disorders: a case series. *J Clin Psychiatry* 61(9): 664-70.
- Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Dennis JA, Duggan C (2015). Pharmacological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD007989.
- Koo KC, Ahn JH, Hong SJ (2014). Effects of chemical castration on sex offenders in relation to the kinetics of serum testosterone recovery: implications for dosing schedule. *J Sex Med.* 11:1316-24.
- Krueger RB, Kaplan MS (2001). Depot-leuprolide acetate for treatment of paraphilias: a report of twelve cases. *Arch Sex Behav.* 30(4):409-22.
- Laschet U, Laschet L (1967). Antiandrogen treatment of pathologically increased and abnormal sexuality in men. *Klin Wochenschr.* 45(6):324-5.
- Laschet U, Laschet L (1971). The results of clinical studies of the suppression of sexuality by anti-androgens. *J Neurovisc Relat. suppl* 10:388-93.
- Laschet U, Laschet L (1975). Antiandrogens in the treatment of sexual deviations of men. *J Steroid Biochem.* 6(6):821-6.
- Losel F, Schmucker M (2005) The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. *J Exp Criminol* 1(1): 117-46.
- McGrath R, Cumming G, Burchard B, Zeoli S, Ellerby L (2010) Current Practices and Emerging Trends in Sexual Abuser Management: The Safer Society 2009 North American Survey. Brandon, Vermont: Safer Society Press.
- McKnight C, Rojas-Fernandez C (2000). Quetiapine for sexually inappropriate behavior in dementia. *J Am Geriatr Soc.* 48(6):707.
- Marshall WL (2014). Phallometric assessments of sexual interests: an update. *Curr Psychiatry Rep.* 16(1):428-34.
- Mayrhofer G, Wegner D, Voß T (2016). Urolithiasis in the long-term GnRH agonist treatment of patients with paraphilia: 3 case studies. *Aktuelle Urol* 47:487-90 [in German].
- Meyer WJ, Cole C.M. (1997). 'Physical and Chemical Castration of Sex Offenders: A Review', *J Off Rehab*, 25(3/4), 1-18.
- Mothes B, Lehnert J, Samimi, Ufer J (1971) Klinische Prüfung von cyproteronacetat bei sexualdeviationen gesamttauswertung. In Schering symposium über sexualdeviationen und ihre medikamentöse behandlung. Berlin Live Sci Monogr 2, Raspe G eds 65-87.
- Moulrier V, Fontelle V, Pelegrini-Issac M (2012). 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.* 56:50-60.
- Nelson E, Brusman L, Holcomb J (2001).

- Divalproex sodium in sex offenders with bipolar disorders and comorbid paraphilias: an open retrospective study. *J Affect Disord.* 64:249-55.
- Organisation mondiale de la santé (1993). Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Trad. française : C.B. Pull. Paris : Masson.
 - Ozkan B, Wilkins K, Muralee S, Tampi RR (2008). Pharmacotherapy for inappropriate sexual behaviors in dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 23(4):344-54.
 - Park WS, Kim KM (2014). A case of mental retardation with paraphilia treated with depot leuporelin. *J Korean Med.* 29:1320-4.
 - Perilstein RD, Lipper S, Friedman LJ (1991). Three cases of paraphilias responsive to fluoxetine treatment. *J Clin Psychiatry* 52(4):169-70.
 - Rousseau L, Couture M, Dupont A, Labrie F and N. Couture (1990). Effect of combined androgen blockade with an LHRH agonist and flutamide in one severe case of male exhibitionism. *Can J Psychiatry* 35(4):338-41.
 - Rosler A, Witztum E (1998). Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone. *N Engl J Med.* 338(7):416-22.
 - Saleh FM, Niel T, Fishman MJ (2004). Treatment of paraphilia in young adults with leuprolide acetate: a preliminary case report series. *J Forensic Sci.* 49:1343-8.
 - Saleh F (2005). A hypersexual paraphilic patient treated with leupro- lide acetate: a single case report. *J Sex Marital Ther.* 31:433-44.
 - Schiffer B, Gizewski E, Krueger T (2009). Reduced neuronal responsiveness to visual sexual stimuli in a pedophile treated with long-acting LH-RH agonist. *J Sex Med* 6:890-5.
 - Schober JM, Kuhn PJ, Kovacs PG, Earle JH, Byrne PM, Fries FA (2005). Leuprolide acetate suppresses pedophilic urges and arousability. *Arch Sex Behav.* 34(6):691-705.
 - Schober JM, Byrne PM, Kuhn PJ (2006). Leuprolide acetate is a familiar drug that may modify sex-offender behaviour: the urologist's role. *BJU Int.* 97(4):684-6.
 - Tesson J, Cordier B, Thibaut F (2012). Assessment of a new law for sex offenders implemented in France in 1998. *Encephale* 38(2): 133-40.
 - Thibaut F, Cordier B, Kuhn JM (1993). Effect of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia. *Acta Psychiatr. Scand.* 87(6):445-50.
 - Thibaut F, Cordier B, Kuhn JM (1996). Gonadotrophin hormone releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia: a lifetime treatment? *Psychoneuroendocrinology* 21(4):411-9.
 - Thibaut F, Kuhn JM, Cordier B, Pelit M (1998). Hormone treatment of sex offenses. *Encephale* 24(2):132-7.
 - Thibaut, F, De La Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JM and the WFSBP Task Force on Sexual Disorders (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J. Biol. Psychiatry* 11(4): 604-55.
 - Thibaut F (2013). Approche psychiatrique des déviations sexuelles. Springer Verlag 2013.
 - Thibaut F (2015). Les abus sexuels: des clefs indispensables pour comprendre, aider et prévenir. Paris: Odile Jacob.
 - Thibaut F, Bradford JMW, Briken P, de la Barra F, Hassler F, Cosyns P and the WFSBP Task Force on sexual disorders (2016). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the treatment of adolescent sexual offenders with paraphilic disorders. *World J Biol Psychiatry* 17(1):2-38.
 - Turner D, Basdekis-Jozsa R and P. Briken (2013). Prescription of testosterone-lowering medications for sex offender treatment in German forensic-psychiatric institutions. *J Sex Med*10(2):570-8.
 - Turner D, Briken P (2018). Treatment of paraphilic disorders in sexual offenders or men with a risk of sexual offending with luteinizing hormone-releasing hormone agonists: an updated systematic review. *J. Sex. Med.* 14:77-93.
 - Voß T, Klemke K, Schneider-Njepel V (2016). When yes, for how long?—Duration of antiandrogenic treatment of sexual offenders with paraphilic disorders. *Forensische Psychiatr Psychol Kriminol.* 10:21-31.
 - Wang SC, Kao YC, Liu YP. (2014). Divalproex sodium and quetiapine treatment of a pedophile with bipolar spectrum disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 26(3): E47-8.
 - Wawrose FE and Sisto TM (1992). Clomipramine and a case of exhibitionism. *Am J Psychiatry* 149(6): 843.
 - Yang FW, Liang CS (2010). Paraphilias in schizophrenia: differential diagnosis and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. *Prog. Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry* 34(6):1126-7.
 - Zohar J, Kaplan Z, Benjamin J (1994). Compulsive exhibitionism successfully treated with fluvoxamine: a controlled case study. *J Clin Psychiatry* 55(3): 86-8.
 - Zourková A (2000). Use of lithium and depot neuroleptics in the treatment of paraphilias. *J Sex Marital Ther.* 26(4):359-60

Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? #2

Olivier VANDERSTUKKEN

Docteur en psychologie, psychologue clinicien, URSAVS, psychologue clinicien du SMPR de Lille-Annoeullin, CHRU de Lille.

Historique des soins aux Auteurs de Violences Sexuelles en France

Nous proposons de débiter cette réflexion par un bref rappel de l'évolution de ce champ théorique et clinique au Canada, qui a largement influencé la perception des Thérapies Cognitivo-Comportementales (ci-après TCC) aux Auteurs de Violences Sexuelles en France. Ainsi, au Canada comme dans d'autres pays anglo-saxons, les recherches et les traitements relatifs aux Auteurs de Violences Sexuelles (ci-après AVS) datent des années 1970-80 et ont été, dans un premier temps, majoritairement de type psychiatrique et cognitivo-comportemental. Ainsi, le premier grand ouvrage francophone, écrit par l'équipe de Pinel et sous la direction de Jocelyn Aubut, date de 1993. Ce livre, « Les agresseurs sexuels : Théorie, évaluation et traitement » (Aubut et coll., 1993), proposait déjà un état des lieux des repères théoriques (biologiques, psychanalytiques, comportementaux et sociaux), ainsi que des pistes d'évaluation et de traitement. La France a connu une toute autre évolution.

En France, c'est en 1993 que le Dr Claude Balier (Psychiatre et chef du Service Médico Psychologique Régional de Varces), en collaboration avec André Ciavaldini et Martine Girard-Khayat, ont été missionnés, dans le cadre d'un partenariat des Ministères de la Santé et de la Justice, afin de réaliser une première étude nationale relative à la personnalité (et ses composantes) des auteurs d'agression sexuelle. Cette étude a duré trois ans (1993-1996) ; elle s'est inscrite « dans une optique thérapeutique selon un axe de compréhension psychanalytique » (Ciavaldini, 2001, p.2). Les résultats de cette étude sont disponibles dans l'excellent ouvrage « Psychopathologie des agresseurs sexuels » (Ciavaldini, 2001). La dynamique initiée par cette recherche a permis la création en 1996 de l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggression Sexuelle (ci-après ARTAAS), première association française dédiée à la recherche et au traitement des AVS. Cette association a réuni, dans un premier temps, des soignants auprès des AVS en grande majorité, avec comme référentiel privilégié (mais non exclusif) : la psychanalyse. L'ARTAAS a pesé dans l'esprit de la loi relative à l'injonction de soin (loi du 17 juin 1998), mais a également contribué à la création des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (ci-après CRIAVS). Ces derniers se sont regroupés en Fédération Française des CRIAVS (FFCRIAVS) qui, elle aussi, soutient et développe la recherche avec différents repères théoriques et cliniques, les TCC y tenant une place désormais importante.

Ainsi, la France est classiquement associée à la psychanalyse et le Canada aux « TCC » en termes de prise en charge : ce clivage artificiel est source de confusion entre les repères théoriques et les pratiques cliniques.

Les Congrès Internationaux Francophones sur l'Aggression Sexuelle ont permis d'échanger sur les modèles et les pratiques. Cependant, ils n'ont que trop peu insisté sur les différences de cadre (culturel et judiciaire) de leurs interventions. Le terme de

« traitement » n'est pas défini de la même façon : en France, le traitement consiste en des soins assurés par des soignants issus du milieu Médico-social, mandatés par le Ministère de la Santé ; au Canada par contre, le traitement a une visée sociale ou de prévention de la récidive et de réhabilitation. Il y est assuré par des professionnels mandatés par le Ministère de la Sécurité Intérieure. Ces interventions ont pourtant été comparées comme si elles étaient interchangeables, ou visaient les mêmes objectifs. A l'heure de la mondialisation, de l'hyper-rapidité/réactivité, de l'implantation rapide de « programmes de traitement » sous couvert d'*efficacité*¹⁶¹, il est plus que nécessaire de se poser pour questionner les dimensions propres aux cadres. Importer des modèles sans les réfléchir peut s'avérer dangereux, tant pour les professionnels que pour les Patients Placés Sous Main de Justice¹⁶² (ci-après PPSMJ). Aucun modèle ne devrait être transposé *in globo* dans un autre pays sans réflexion préalable sur son cadre culturel, social et judiciaire.

Un retour s'avère nécessaire sur la définition des AVS et de leur soin en France :

« La terminologie « auteur d'agression sexuelle » choisie pour définir cette population induit une prise en charge thérapeutique globale du sujet. Cette prise en charge, pas uniquement centrée sur le passage à l'acte, permet d'en appréhender le contexte et le processus psychologique qui le sous-tend. » (Haute Autorité de la Santé, 2009 ; p.13).

De même, « les objectifs de la prise en charge de l'auteur d'agression sexuelle visent à créer les conditions d'une bonne relation thérapeutique (alliance thérapeutique, bonne observance), à améliorer le fonctionnement psycho-social du patient et à diminuer l'activité sexuelle inappropriée. Elle peut ainsi contribuer à éviter la récidive de l'agression sexuelle, sans jamais pouvoir l'exclure. Dès lors, l'absence de récidive ne saurait apparaître comme le premier et le seul objectif du soin. » (Haute Autorité de la Santé, 2009, p.13).

Cette définition du soin reste valable, quel que soit le repère théorique et clinique utilisé. Toutefois, les Thérapies Cognitivo-Comportementales sont malheureusement confondues avec les Interventions Cognitivo-Comportementales (ci-après ICC) qui, quant à elles, visent la prévention de la récidive, et sont assurées par des psychologues et criminologues canadiens.

Il nous semble important de bien différencier ces deux modalités d'intervention par des terminologies distinctes. Les TCC sont appliquées par des soignants en France, en lien avec la définition des soins présentée *supra*. Les ICC, quant à elles, sont pratiquées au Canada et dans d'autres pays anglo-saxons, en lien avec un objectif de prévention de la récidive et de réhabilitation. Si ces pratiques présentent des points communs, elles ne se basent pas sur la même définition du traitement et ne hiérarchisent pas leurs objectifs de la même manière.

Cette réflexion sur le cadre est nécessaire pour plusieurs raisons :

- Les TCC en France se sont développées dans le cadre strict du soin et des mala-

161. L'efficacité ne s'évalue qu'en fonction de l'objectif fixé : diminution de la récidive au Canada, mais quels critères pour le soin en France... quels paramètres évaluer, en fonction de quels repères théoriques et cliniques (psychoanalytiques, TCC, systémiques, etc.) ? Question bien plus ouverte, complexe et constructive que celle limitée à la récidive (Benbouriche, Vanderstukken, Palaric et Le bas, 2013 ; Benbouriche, Vanderstukken, et Guay, 2015).

162. « Patients Placés Sous Main de Justice » est une terminologie qui nous semble pertinente. Elle est utilisée pour parler de nos patients et est assez proche de celle des « Personnes placées Sous Main de Justice » (PPSMJ, terminologie propre au SPIP et à l'Administration Pénitentiaire), qui rappelle leur lien à la justice, même s'il est temporaire. Lorsque ceux-ci sont incarcérés, cette terminologie est bien nécessaire pour rappeler que les PPSMJ ne rentrent pas chez eux après la séance, et que ce milieu spécifique est à prendre en considération dans le cadre de leur suivi. De même, cette terminologie induit une réflexion sur le poids de la contrainte aux soins, de la demande et sur la motivation aux traitements.

dies ou pathologies associées, complémentaires d'autres courants théoriques et thérapeutiques tels que la psychanalyse. « Peu de chiffres sont disponibles dans la littérature scientifique sur les pratiques psychologiques utilisées en France. Toutefois, Van Rillaer (1999) énonçait qu'environ 1 000 praticiens reconnus exerçaient les TCC en 1999, et en 2010 environ 1500 personnes dont un millier possède des diplômes de TCC publics ou privés et pratiquent quotidiennement (Cottraux, 2011) » (Vanderstukken, Benbouriche et Letto, 2017, p.16). Ces chiffres en augmentation nécessitent d'être réévalués dans les années à venir.

- Contrairement aux pays anglo-saxons, les TCC en France n'ont pas développé de cursus spécialement dédié aux prises en charge des problématiques psycho-criminologiques. Ainsi, les soignants de référentiel TCC se retrouvent sollicités pour prendre en charge des populations AVS pour lesquelles ils n'ont pas reçu de « formations spécifiques ». Peu de formations sont proposées ; de plus, la littérature française est encore limitée sur le sujet, c'est pourquoi les TCCistes se tournent vers la littérature anglo-saxonne, et développent par conséquent des prises en charge orientées vers la prévention de la récidive. De plus, la confusion est amplifiée par une des références francophones plébiscitées portant sur les TCC et l'application du modèle de « Prévention de la rechute/récidive » (*relapse prevention*). Cette référence est issue de la conférence de consensus (2001) et porte sur la psychothérapie cognitive et comportementale des AVS (Cosyns, Hoérée et De Doncker, 2001, pp.243-255), avec une approche des TCC au travers des écrits anglo-saxons. Ce chapitre porte plus spécifiquement sur un modèle de prévention de la récidive, laissant ainsi penser que les TCC et leurs approches thérapeutiques, en France comme ailleurs, prioriseraient les mêmes objectifs.

Les TCC, relatives aux soins en France, ne sont donc pas à confondre avec leurs « cousines » ICC canadiennes. Dans ce cadre, il est primordial de définir des points de repère sur les TCC et ICC et leurs implications sur le terrain. Ainsi, les différencier et les articuler permettrait de ne plus commettre de confusions préjudiciables aux professionnels, comme à leurs PPSMJ.

Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) en France

Nous ne pouvons faire ici une revue exhaustive des théorisations et pratiques historiques et actuelles des TCC. Cette partie reprend donc les fondamentaux des TCC et leurs pratiques en France : pratiques non spécifiques aux auteurs de violence sexuelle, mais applicables à tout patient présentant des troubles ou maladies relevant de ce type de prise en charge. Celle-ci se base, entre autres, sur les ouvrages de Jean Cottraux (2004, 2011).

Définitions

Elles sont issues des théories de l'apprentissage et mettent l'accent sur la modification, de façon clairement observable, des modes de pensée, des réactions émotionnelles et des façons d'agir (Van Rillaer, 1999). « L'accent est mis sur l'utilisation d'une méthodologie expérimentale afin de comprendre et de modifier les troubles psychologiques qui perturbent la vie du patient et qui suscitent une demande auprès d'un spécialiste de santé mentale » (Cottraux, 2004, p.3). Les TCC sont des thérapies qui rentrent dans le cadre médical, et elles visent à réduire la souffrance, si possible en ayant compris d'où elle vient, mais avec d'abord le souci d'apporter des solutions pour des patients en demande de changements concrets (Granier et Castel, 2001). « Leur

but final est d'accroître les possibilités d'autogestion du sujet. Le point de départ est donc une souffrance perçue presque toujours par le patient, parfois seulement par son entourage, et souvent par les deux à la fois » (Cottraux, 2004, p.6).

Socles théoriques

Trois grandes « vagues » ou courants historiques ont été décrits pour définir les TCC : le comportementalisme, le cognitivisme et enfin la troisième vague articulante les deux premières aux émotions et introduisant de nouveaux modèles.

Les théories cognitives (deuxième vague) se sont développées à partir des travaux de Aaron T. Beck (un des pères fondateurs du cognitivisme) sur la dépression en 1959. Il définit les cognitions en trois catégories : les produits cognitifs, les structures cognitives et les processus cognitifs. Les produits cognitifs sont accessibles consciemment, ce sont des pensées automatiques, des attributions ou des images mentales, alors que les structures cognitives représentent les schémas mentaux situés dans la mémoire à long terme, guidant le traitement de l'information. Les processus cognitifs sont, quant à eux, les filtres en lien aux schémas, aussi appelés distorsions cognitives (exemple de distorsion cognitive : l'inférence arbitraire). Ces trois éléments interagissent constamment entre eux. Ainsi, les différencier semble plus pertinent pour la pédagogie et la recherche que pour la thérapeutique.

Dans la troisième vague, de nouveaux modèles apparaissent :

- La thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy, ACT*, Hayes, Strosahl et Wilson, 1999) représente une synthèse entre la thérapie comportementale, les thérapies humanistes et la thérapie cognitive (Hayes, Strosahl et Wilson, 1999). Le sens et les valeurs que le patient veut donner à sa vie en sont les composantes essentielles. Son message principal peut être ainsi résumé : « accepter ce qui est hors de votre contrôle personnel et s'engager à entreprendre des actions qui enrichissent votre vie » (Harris, 2017).
- La thérapie de pleine conscience (*Mindfulness Training*), autrement dit la thérapie de plénitude de l'éveil, se rapproche du bouddhisme et de la tradition cognitive car elle intègre des techniques cognitives associées à la pratique de la méditation. Elle favorise la construction d'une nouvelle attitude à l'égard des pensées et émotions négatives (Cottraux, 2004).
- La thérapie des schémas de Young (1999) en fait également partie. Elle accorde une place majeure à la mise en lumière des émotions et à la modification des dérégulations émotionnelles dans la thérapie cognitive des troubles de la personnalité. « C'est une extension de la thérapie cognitive et comportementale qui insiste sur l'exploration de l'origine des problèmes de l'enfance et de l'adolescence, sur les techniques émotionnelles, sur la relation thérapeutique et sur les styles d'adaptation dysfonctionnels » (Young, Klosko et Weishaar 2005, p.12). La notion de schéma précoce inadapté est centrale, tant pour la théorie que pour la clinique.
- Les TCC ont aussi intégré la psychologie positive. « La psychologie positive est l'étude scientifique de ce qui va bien dans la vie. L'accumulation de connaissances sur le « négatif » de la condition humaine ne rend pas véritablement compte des forces « positives » qui maintiennent la vie et lui donnent sa valeur » (Cottraux, 2011, p.35). Les domaines d'application de la psychologie positive sont l'anxiété, la dépression et les troubles de la personnalité, mais elle touche aussi le développement personnel, la vie au quotidien.

En ce qui me concerne, l'intérêt des TCC réside dans ce mouvement constant qui est celui de la connaissance. Les théorisations ne cessent de se complexifier, d'apporter et d'intégrer de nouvelles connaissances et de nouveaux prismes. En ce sens, une parfaite maîtrise des TCC dans leur globalité est un leurre. Elles offrent, toutefois, un ensemble de théories et de techniques auxquelles les soignants peuvent adhérer et y trouver une forme d'accomplissement, mais cela est valable aussi et surtout pour leurs patients.

Techniques

Les techniques utilisées interviennent sur trois niveaux : comportemental, cognitif et émotionnel. « Les indications aux TCC sont multiples : nombreux types d'anxiété et de phobies, stress, troubles alimentaires, toxicomanie, troubles de la personnalité, schizophrénie, dépression, douleurs chroniques, problèmes relationnels et sexuels, mais aussi problèmes psychologiques de l'enfant et de l'adolescent » (Vanderstukken, Benbouriche et Letto, 2018, p.16). Les techniques sont basées essentiellement sur : l'analyse fonctionnelle, la psychoéducation, l'analyse des coûts et des bénéfices, l'auto observation, les jeux de rôle, ou encore la restructuration cognitive. Ces différentes techniques sont tout à fait adaptées à de nombreux AVS (mineurs ou majeurs) présentant ces types de problématiques.

Ce référentiel, complémentaire aux autres prismes théoriques et pratiques thérapeutiques, correspond par ailleurs aux attentes formulées par les recommandations de bonne pratique (Haute Autorité de la Santé, 2009) : « Les modalités de la psychothérapie peuvent évoluer dans le temps au cours de la prise en charge, en fonction des étapes successives du processus thérapeutique et des besoins du sujet. » (Haute Autorité de la Santé, 2009, p.13). Ainsi, le PPSMJ peut commencer une prise en charge thérapeutique par un groupe de parole psychanalytique, puis continuer avec une prise en charge TCC centrée sur l'affirmation de soi.

La diversité des prismes théoriques enrichit les prises en charge des PPSMJ. Les modalités thérapeutiques doivent répondre aux ressources et vulnérabilités des PPSMJ et à l'adéquation de ce qui peut lui être proposé, bien plus qu'à des débats universitaires ou d'écoles sur la « meilleure » modalité de soin. Le patient doit être au cœur de nos préoccupations. Toutefois, si les thérapies se rejoignent par l'objectif, elles ne possèdent pas les mêmes indications et contre-indications, elles ne sont donc pas interchangeables.

« Le type de prise en charge tient compte des capacités psychologiques, du niveau de verbalisation du sujet, de sa motivation (démarche personnelle ou injonction de soins), et du savoir-faire des thérapeutes. L'évolution du sujet est à prendre en compte (une prise en charge initialement non indiquée peut le devenir quelques mois plus tard). » (Haute Autorité de la Santé, 2009, p.14).

L'affirmation de soi, comme technique thérapeutique peut être, par exemple, contre-indiquée pour des patients présentant le diagnostic de psychopathie (tel que décrit par Hare, 1991). En effet, ceux-ci présentent certaines « compétences » en termes de communication (manipulation, mensonge pathologique, etc.) : il serait délétère (et socialement irresponsable) de les renforcer ou de les aider à mieux identifier les vulnérabilités de leurs interlocuteurs.

Motivation aux soins

Lorsque les AVS sont en soins sous contrainte, « la première étape de la prise en charge consiste à faire émerger la demande, y compris dans les cas fréquents où la demande n'est ni apparente ni explicite. Elle permet également la construction du

cadre de soin » (Haute Autorité de la Santé, 2009, p.13). Les TCC répondent à cette problématique par le travail sur la motivation aux soins. Sans motivation, il ne peut y avoir de changement, notamment chez un PPSMJ ou un AVS qui débute une thérapie. L'engagement en TCC dépend donc du désir de changement du patient, et non de celui du thérapeute. Notons que résister au changement est un processus normal, et ce pour tout patient (Cottraux, 2011).

Toute thérapie peut appliquer le modèle du changement de Prochaska et Di Clemente (1983). Ce modèle a été créé pour l'alcoolisme (Miller et Rollnick, 2002) et le tabagisme. Prochaska et Di Clemente (1983) ont décrit sept stades de développement de la motivation au changement :

Pré-contemplation <=> contemplation <=> préparation <=> action <=> maintien et rechute ou sortie permanente. La motivation est ainsi décrite comme un facteur dynamique susceptible d'évoluer dans les deux sens. Elle est donc à réévaluer à différents moments de la prise en charge. « En effet, les TCC se voulant interactives, les participants doivent pouvoir être impliqués dans la prise en charge et participer activement au processus de changement et ce, durant l'intervention, mais également en dehors » (Vanderstukken et Benbouriche, 2012, p.125).

La formation aux techniques de l'entretien motivationnel est nécessaire pour que le professionnel puisse ajuster sa posture et ses formulations (Bertsch et Cano, 2015).

Formations aux TCC en France

Nous reprenons ici la synthèse réalisée par Cottraux (2011) :

Il existe des diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaires (DIU) dans la plupart des universités françaises. Ces formations doivent suivre les recommandations de l'Association européenne de thérapie comportementale et cognitive.

La formation est de 450 heures, dont 200 sont assurées par un thérapeute compétent, ainsi que 200 heures relatives au développement des compétences psychothérapeutiques. Elle nécessite aussi 200 heures de supervision, et au moins huit cas supervisés couvrant trois types de problématiques. La formation comporte aussi la rédaction d'un mémoire de quatre cas au moins (2000 à 4000 mots). Elle doit être suivie de formation continue durant toute la vie professionnelle. Enfin, la personne formée doit entamer une thérapie didactique avec le thérapeute de son choix (Cottraux, 2011).

« La formation s'adresse aux psychiatres, mais aussi aux médecins généralistes possédant une bonne formation préalable, et aux psychologues. Les infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens et éducateurs spécialisés ont accès à certaines formations. ... le diplôme universitaire (DU) s'obtient en deux ans en 1990, puis en trois ans en 2000, pour s'aligner sur les normes européennes en matière de formation » (Cottraux, 2011, p.20).

Publications TCC sur les AVS

On pourrait pointer le faible nombre d'articles scientifiques publiés portant sur le traitement des AVS par la *Mindfulness*, par la thérapie des schémas ou encore par *ACT*, et ce comparativement aux nombreux articles portant sur les modèles de prévention de la récidive ou sur des dimensions psycho-criminologiques telles que le déni, les distorsions cognitives ou encore les fantasmes sexuels de type pédophilique. Il convient de rappeler que le cadre du soin n'est pas le cadre de la prévention de la récidive. Il en va de même pour les attentes associées, mais surtout pour les indications et contre-indications. Nous pourrions reformuler ainsi les objectifs : quel type de prise en charge TCC pour quelle problématique ou pathologie ? Versus quel modèle

pour diminuer au mieux le risque de récidive pour quel type de délinquant ? La troisième vague en TCC n'a pas été conçue pour répondre à cette dernière question, mais s'adresse bien à tout patient (délinquant ou non, auteur de violence sexuelle ou non) présentant des troubles que ces modèles sont à même de gérer.

Ainsi, la littérature scientifique spécifique aux auteurs de violence sexuelle (majoritairement anglo-saxonne) met en exergue leurs spécificités et les prises en charge associées, sans développer les prises en charge « génériques », qui ne répondent pas (ou peu) aux critères des modèles de prévention de la récidive.

Les Interventions Cognitivo-Comportementales destinées aux AVS

Les Interventions Cognitivo-Comportementales auprès des AVS intéressent et questionnent, en France, tant les professionnels de la Justice que ceux de la Santé. Afin de mieux comprendre leurs enjeux, un retour sur leur historique et leur évolution permet de mettre en lumière leurs richesses et complexité.

Historique des ICC

Pour ce point, nous nous basons sur deux excellents articles de Laws et Marshall (2003) et Marshall et Laws (2003), qui retracent l'histoire des ICC depuis leurs premiers développements jusqu'à « aujourd'hui ».

Les prismes théoriques

Les ICC destinées aux AVS reposent sur deux grands courants théoriques : la sexologie et le comportementalisme, qui s'intéressent aux comportements sexuels déviants.

- Les recherches menées par Kinsey (1938, cité dans Laws et Marshall, 2003) sur des citoyens américains vont poser les bases de la sexologie moderne. Leur objectif était d'approcher la sexualité humaine dans sa diversité, et ce de la manière la plus objective possible (intérêts, préférences, et pratiques sexuelles), dans les détails (plaisants et non plaisants), afin de pouvoir créer des classifications des comportements sexuels.

Leur influence est majeure sur l'objectivation des réponses comportementales dans l'évaluation des auteurs d'agression sexuelle. Kinsey a influencé les travaux de Kurt Freund (1957, cité dans Laws et Marshall, 2003) et l'utilisation de l'évaluation phallométrique dans le cadre de l'évaluation des préférences sexuelles. Cette méthode d'évaluation a été transposée aux auteurs d'agression sexuelle sur enfant en 1965. Cette méthode est décrite comme plus objective car non soumise à la volonté, et donc plus fiable que ce que les personnes rapportent elles-mêmes de leur sexualité. La phallométrie est, en effet, la méthode la plus couramment utilisée afin d'évaluer les préférences sexuelles d'auteurs d'agression sexuelle (Proulx et Lafortune, 2003). Leclerc et Proulx (2006) rappellent que cette méthode consiste à enregistrer les réponses pénienues d'un homme lors de la présentation de stimuli sexuels déviants (stimuli qui impliquent des enfants, des adolescents ou des adultes contraints à avoir des relations sexuelles) et non déviants (stimuli qui décrivent une relation entre deux adultes consentants).

- Le second grand courant théorique, le comportementalisme, postule quant à lui que la réponse sexuelle déviante résulte d'un conditionnement répondant, opérant ou encore de l'observation du sujet. Toutefois, avant même les écrits qui poseront les bases du comportementalisme (début du 20^{ème} siècle), certains auteurs avaient déjà énoncés des théories semblables concernant la sexualité déviante (par exemple : Binet en 1887, ou encore Norman en 1892,

cités dans Laws et Marshall, 2003). Ces théorisations ont largement inspiré celles qui ont suivi, notamment celle de Bond et Evans (1967, cités dans Laws et Marshall, 2003), décrivant les comportements sexuels déviants comme découlant d'un seul facteur, soit une préférence sexuelle déviante.

Les pratiques comportementales

Historiquement, ces prises en charge portaient sur les personnes présentant des « déviations sexuelles » répertoriées à l'époque (transvestisme, homosexualité, fétichisme) et conçues comme étant en dehors de la norme. Leur objectif était de changer la préférence sexuelle, objectivée par la diminution des réponses sexuelles déviantes. Les techniques alors utilisées étaient de type aversif, et se composaient d'injections de produits provoquant la nausée, de chocs électriques (associant des images ou comportements sexuels décrits comme déviants), de stimuli olfactifs (ammoniac), et de l'induction du sentiment de honte.

Les AVS ont été incorporés dans ces populations, ces techniques ont donc été transposées aux AVS. Les thérapies de la satiété sexuelle, ou encore le reconditionnement (masturbatoire) orgasmique viendront les compléter.

Les résultats sont peu significatifs pour des changements à long terme concernant les comportements sexuels déviants, ils le sont encore moins quant à un changement de préférence sexuelle.

Au-delà de ces considérations en terme « d'efficacité », il a fallu attendre Davison (1974) pour que soit soulevé l'aspect éthique de ces techniques très controversées. Les premiers apports des pratiques comportementales ont laissé des traces : encore maintenant, les comportementalistes peuvent être perçus comme des personnes « insensibles » avec peu d'éthique. Actuellement, ces techniques ne peuvent se concevoir qu'avec le consentement du patient.

Cette approche par la sexualité déviante a montré ses limites, ne prenant pas en considération la complexité de ces comportements. Les préférences sexuelles déviantes ne constituent, sans nul doute, qu'une partie d'une problématique bien plus large. Cette approche a, pour autant, permis un grand pas en avant vers la complexification des connaissances.

La révolution cognitive

Les années 70 sont marquées par l'avènement des théories cognitives et le développement des premières descriptions de Programmes de Traitement (Marshall et Laws, 2003).

Les processus cognitifs dirigeant les comportements sont mis en avant : perceptions, mémoire, attitudes, croyances et autres pensées. L'apport du courant cognitiviste a contribué à complexifier ces modèles, en intégrant l'étude du système conscient, intellectuel, idéique du sujet (Cornet et coll., 2003). Selon la perspective cognitiviste, les auteurs d'agression sexuelle sur enfant, par exemple, présentent un déficit des processus cognitifs mis en œuvre dans les situations impliquant les autres adultes (Salter, 1988 ; Proulx, 1993).

La majorité des théories explicatives de l'agression sexuelle considèrent les distorsions cognitives comme un élément clef de l'étiologie de ce comportement délinquant (Mann et Schingler, 2006 ; Ward et Beech, 2006).

Ces théories font alors référence aux distorsions cognitives comme une manifestation des schémas ou des théories implicites spécifiques à l'agression sexuelle développées par Ward et collaborateurs (Ward, Hudson, Johnston, et Marshall, 1997 ; Ward

et Keenan, 1999 ; Ward et Siegert, 2002). Les schémas cognitifs sont relativement stables et renvoient à une association de contenus cognitifs enracinés dans la mémoire à long terme (Ward, Polaschek et Beech, 2006). Les Théories Implicites, ou des schémas cognitifs spécifiques à l'agression sexuelle, seraient alors responsables de biais dans l'interprétation des informations sociales. Ces auteurs ont développé des théories implicites pour les AVS sur enfants et pour les AVS sur femmes adultes. Cette perspective est dominante dans la littérature.

Toutefois, depuis peu, une seconde perspective considère les distorsions cognitives comme réactionnelles au passage à l'acte, proches de la justification, de l'attribution causale ou du déni (Vanderstukken, Benbouriche, Pham et Lefebvre, 2015).

Ainsi, les distorsions cognitives font généralement référence à l'ensemble des arguments et des croyances sur les comportements sexuels déviants utilisés par les AVS sur enfant, et qui ont pour fonction de rationaliser, minimiser, et justifier l'agression sexuelle (Abel, Becker et Cunningham-Rathner, 1984 ; Abel, Gore, Holland, Camp, Becker, et Rathner, 1989 ; Murphy, 1990). Parmi les distorsions cognitives utilisées par les AAS, on peut retrouver : « L'activité sexuelle avec les enfants peut les aider à se renseigner sur la sexualité » en ce qui concerne l'agression sexuelle sur enfant, ou « souvent, lorsque les femmes disent « non », elles jouent simplement un jeu et veulent dire « oui » » en ce qui concerne l'agression sexuelle de femme adulte. Ces exemples sont issus des questionnaires de Bumby, (*Molest Scale* et *Rape Scale*, 1996), les questionnaires recommandés pour l'évaluation des distorsions cognitives (Vanderstukken, Benbouriche, Pham et Lefebvre, 2015).

Les distorsions cognitives sont souvent considérées comme un facteur important de la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle sur enfant (Arkowitz et Vess, 2003 ; Hanson, Pronovost, Proulx, Scott et Raza, 1998 cités dans Benbouriche, Vanderstukken, Guay, Testé et Renaud, 2012). Toutefois, les deux perspectives (pré ou post acte) ne conduisent pas au même type de prise en charge.

L'émergence des Programmes de Traitement

L'autre grand apport et corollaire des avancées théoriques des années 70 est l'apparition des nouveaux Programmes de Traitement qui vont intégrer l'empathie pour la victime, l'estime de soi, et la perception du monde et des autres. La première publication relative à un Programme de Traitement intégrant ces notions est celle présentée par Marshall et Williams (1975). Ces auteurs proposent des objectifs, le déroulement et le contenu sont « programmés », prédéfinis. Les Programmes de Traitement vont connaître un développement majeur dans les années 1980 et 1990. Ils vont se diversifier et se spécialiser (parfois à outrance) : programmes à destination des auteurs de violence sexuelle sur mineurs, sur majeurs, des exhibitionnistes, des auteurs intra-familiaux, des auteurs extra-familiaux, des adolescents, des femmes auteurs de violence sexuelle, des auteurs latino-américains, des personnes souffrant de déficience intellectuelle ou de surdité, des autochtones, des membres du clergé, etc.

Les modèles multifactoriels

Dans les années 1980, plusieurs modèles multifactoriels de l'agression sexuelle émergent de ces avancées théoriques sur les cognitions. Ces modèles ont été conçus tant pour les auteurs d'agression sexuelle sur enfant (Finkelhor, 1984 ; Hall et Hirschman, 1992) que pour les auteurs d'agression sexuelle de manière indifférenciée (Marshall et Barbaree, 1990 ; Ward et Beech, 2006 ; Ward et Casey, 2010). Les cognitions et les distorsions cognitives (capacité à surmonter les inhibitions internes) les ont influencés de manière significative. Nous proposons de présenter ici brièvement les modèles multifactoriels qui sont le plus souvent rapportés dans la littérature.

L'un des premiers modèles a été celui de Finkelhor en 1984 (*Precondition model*). En 1990, Marshall et Barbaree (*Intergrated theory*), quant à eux, proposent d'expliquer l'agression sexuelle (auteurs indifférenciés) comme l'interaction d'une série de vulnérabilités (biologiques, sociales et psychologiques) développées durant l'enfance et de facteurs situationnels compris comme autant de vulnérabilisations transitoires du sujet et d'opportunités infractionnelles (Ward, Polaschek et Beech, 2006). Hall et Hirschman (1992) ont développé un modèle à quatre facteurs (*Quadripartite model*). Ward et Siegert (2002) ont proposé, avec leur modèle du « cheminement » (*Pathway model*), de rendre compte de l'agression sexuelle à partir de quatre composantes : sexuelle, relationnelle, émotionnelle et cognitive. Enfin, Ward a développé des théories étiologiques relatives aux auteurs d'agression sexuelle (indifférenciés) : la Théorie Intégrative de l'Aggression Sexuelle (*ITSO*, Ward et Beech, 2006), puis l'*Extended Mind Theory* (Ward et Casey, 2010). Ces dernières théories sont intégratives ou bio-psycho-sociales car elles incluent les dimensions cognitives, biologiques, environnementales et neuropsychologiques, interagissant ensemble. La dernière théorie inclut des composantes internes et externes pour dépasser les limites des précédents modèles principalement « internalistes » (Vanderstukken, Benbouriche, Pham et Lefebvre, 2015).

Ces modèles sont devenus multi factoriels, articulant : comportementalisme, cognitivisme, psychologie sociale, psychologie développementale et même neuropsychologie. Ils tiennent compte des facteurs explicatifs mentionnés dans les modèles précédents, mais également de dimensions non sexuelles (aptitudes de gestion des émotions négatives, habiletés pour résoudre les problèmes, troubles de la personnalité). Les déficits reliés à ces facteurs constituent des obstacles à un fonctionnement satisfaisant sur les plans interpersonnel et professionnel (Proulx et Lafortune, 2004). L'agression sexuelle est désormais considérée comme un phénomène complexe aux intrications multiples (Cornet, Giovannangeli et Mormont, 2003).

Les « Relapse Prevention » ou Programmes de Prévention de la Récidive

C'est également dans les années 80 que le modèle cognitivo-comportemental des addictions (Marlatt, 1982) va être adapté aux AVS, par Pithers dans le Vermont et Marques en Californie. Ils seront à l'origine de nombreux autres Programmes de Prévention de la Récidive. Ce sont les premiers à adapter les applications du modèle de la rechute ou récidive au traitement des AVS. Le modèle cognitiviste de la « prévention de la récidive » est un programme dit « d'autocontrôle ». Le but est d'éviter la réapparition du processus ayant amené le sujet au passage à l'acte (c'est-à-dire la chaîne des événements qui conduisent à l'agression sexuelle) et d'améliorer ainsi les capacités d'anticipation. Ces programmes ont donc pour objectifs principaux l'apprentissage du cycle de l'agression et de stratégies afin de l'interrompre. Ils s'articulent en fonction d'objectifs propres au délit, et en fonction d'objectifs indirectement liés au délit (Lussier et Proulx, 2001 ; Marshall, 1999 cités dans Leblanc, Ouimet et Szabo, 2004). Ce sont ces programmes qui ont été présentés dans la Conférence de Consensus de 2001 par mon compatriote belge le Dr Paul Cosyns dans le cadre des TCC aux AVS. La chaîne de la rechute peut être décrite comme suit :

Déséquilibre dans la vie => Evènement => Désir de se laisser aller => Besoin de satisfaction immédiate => Décisions apparemment sans importance => Situation à risque élevé => Besoin accru de satisfaction immédiate et sentiment réduit d'auto-efficacité avec l'attente d'un résultat positif => Faux pas => Effet d'infraction => Récidive (Cosyns, Hoérée et De Doncker, 2001, p. 245).

Toutefois, ces programmes de traitement très (voire trop) rapidement devenus populaires (90% des programmes de traitement pour les AVS utilisaient cette méthode dans les années 1990 en Amérique du Nord) n'ont fait l'objet d'une évaluation empirique relative à leur efficacité qu'assez tardivement (Laws, 1989). De plus, l'étude longitudinale concernant ce modèle, menée par Marques et collaborateurs (2005) sur 612 auteurs d'agression sexuelle, ne met pas en lumière de résultats significatifs dans la réduction du nombre de récidives.

Enfin, la comparaison avec un modèle issu de la toxicomanie a induit un adage peu adapté et peu pertinent : « Auteur de violence sexuelle un jour, auteur de violence sexuelle toujours ». Cette comparaison sous-tend un taux de récidive élevé¹⁶³, ce qui est contredit par les chiffres des méta-analyses de Hanson et Bussière (1998) et de Hanson et Morton-Bourgon (2005). Par ailleurs, elle pose la victime de l'AVS sur le même pied que le produit inanimé, ce qui exclut *de facto* une réflexion sur les interactions entre l'auteur et la victime. De plus, elle nourrit la vision des AVS sous la terminologie « abuseur sexuel » qui, en français, ne correspond pas à la traduction de « *sexual abuser* ». Les AVS et les patients toxicomanes ne devraient pas être confondus.

L'essor des outils d'évaluation du risque de récidive

Outre l'explosion du nombre de Programmes de Traitement, les années 90 voient le développement des outils actuariels (Statique 99, Hanson et Thornton, 2000 ; Statique 2002 ; Hanson et Thornton, 2003), de Jugement Professionnel Structuré (SORAG, Quinsey, Harris, Rice, et Cormier, 1998 ; SVR-20, Boer, Hart, Kropp, et Webster, 1997) et de risque dynamique (SONAR, Hanson et Harris, 2000 qui a évolué en Stable et Acute, Hanson et Harris, 2001). Ils vont incarner un des grands principes du modèle R-B-R qui sera développé plus bas.

Les ICC aux AVS aujourd'hui

Présentation

Les ICC sont très nombreuses et d'une grande diversité, mais elles proposent toutes « de considérer l'agression sexuelle comme un comportement acquis résultant d'une interaction dysfonctionnelle entre comportements, pensées et émotions » (Vanderstukken et Benbouriche, 2012, p. 124). Elles ont pour objectif de remplace les cognitions ou comportements inappropriés par d'autres plus réalistes et adaptés. Les stratégies peuvent être définies par des objectifs d'approche ou d'évitement ; ces derniers doivent être limités, mesurables, atteignables et réalistes.

Elles proposent des prises en charge structurées (ou programmes de traitement) au travers de différents modules (Vanderstukken et Benbouriche, 2012). Elles sont ainsi incluses dans les grands modèles de prévention de la récidive que sont le R-B-R et le *Good Lives Model*.

Les intervenants

Au Canada, les ICC centrées sur la diminution de la récidive sont menées par des criminologues, des psychologues ou encore des sexologues payés par le Ministère de la Sécurité Publique.

163. Face aux affaires médiatisées, l'impression donnée est qu'ils récidivent à 100 % (ou presque), et que c'est un groupe homogène, alors que c'est un groupe hétérogène et que de nombreuses études sur la récidive discriminent clairement les différentes catégories d'AVS. Je suis conscient de parler de pourcentage, et non de vies de victimes. Je sais que, quels que soient les chiffres énoncés, ils seront toujours trop élevés au regard de la souffrance vécue. Toutefois, il est indispensable de passer au-delà de ses émotions, de penser ses émotions afin de partager des chiffres réels concernant ce phénomène. Contre le chaos, contre la monstruosité, il n'y a pas d'autres armes que celles de la pensée, de la dignité, de l'attention à autrui, de la construction permanente d'un vivre ensemble.

Les cibles

Le contenu des ICC est divisé en « modules ». Chaque module travaille des problématiques générales ou spécifiques en lien avec le passage à l'acte sexuel infractionnel, ainsi que des dimensions associées, théoriquement et/ou empiriquement à l'agression sexuelle (Vanderstukken et Benbouriche, 2012). Par exemple : l'acquisition et le développement d'habiletés sociales correspondent à un objectif de traitement non associé au risque de récidive, alors que l'identification des schémas cognitifs et la restructuration des distorsions cognitives, et plus largement des attitudes antisociales, y sont associées. Ces modules sont composés d'un nombre délimité de séances.

Les techniques

Elles empruntent leurs techniques aux TCC dites « classiques », les méthodes sont nombreuses et variées (Polaschek, 2011). Elles proposent des interventions explicites, cohérentes, progressives et interactives. Le groupe, souvent associé aux ICC, constitue également un levier intéressant (Cortoni et Longpré, 2010). N'excluant pas l'association à des séances individuelles, une intervention de groupe, lorsqu'elle n'est pas contre-indiquée (trouble mental aigu, affirmation de soi et diagnostic de psychopathie, etc.), permet en effet d'apprécier la généralisation des acquis d'un participant lors de ses interactions avec les autres participants (Vanderstukken et Benbouriche, 2012).

La motivation

Les notions de motivation, de préparation à la prise en charge et d'alliance thérapeutique sont de plus en plus questionnées dans le milieu judiciaire et/ou carcéral, dans lesquels les TCC aux AVS sont instaurées (Vanderstukken et Benbouriche, 2012). Ces cadres interrogent légitimement le processus de volonté de changement chez les AVS (Bertsch et Cano, 2015). Le paragraphe traitant de la motivation aux soins (p.6 de ce document) se justifie d'autant plus que cette problématique clinique doit être intégrée dans les prises en charge.

La théorie sur la motivation implique que toute PPSMJ n'est pas « prête » à tout moment à s'inscrire ou s'engager dans n'importe quel type de traitement. Elle fait appel au respect du rythme du patient, et ce malgré les attentes du soignant (voire du service ou de l'institution dans lequel il travaille). Selon McMurran et Ward (2004), une majorité d'AVS se situerait aux stades de pré-contemplation ou de contemplation, là où les facteurs de la motivation sont le plus externes (Bertsch et Cano, 2015). La résistance fait ainsi partie de la dynamique de la prise en charge.

Alliance de travail : attitudes des intervenants et travail sur leurs attitudes

En thérapie cognitive, la relation thérapeutique s'apparente à une relation de collaboration empirique entre deux chercheurs. Elle est une condition nécessaire, mais pas suffisante à l'alliance thérapeutique (Cottraux, 2011). Les contre-attitudes observées ou exprimées par certains thérapeutes, alimentées par des représentations sociales fortes (Bertsch et Cano, 2015), viennent influencer l'alliance thérapeutique et la motivation au traitement de l'AVS. Les intervenants se doivent d'instaurer une relation de respect et de tolérance avec les PPSMJ, en faisant preuve d'enthousiasme, d'ouverture, et de flexibilité, tout en étant capables de fermeté. Leurs attitudes ou « styles cliniques », leurs compétences, bien sûr, mais aussi leur force morale et leur santé mentale sont primordiaux : d'où la nécessité de sélectionner et de former les intervenants (Vanderstukken et Benbouriche, 2012).

Prescott (2018)¹⁶⁴, qui a développé la notion de « *who works doctrine* » (ou la notion de « qui fait que cela marche »), revient sur les grandes qualités qui font le bon clinicien : positives et prosociales. Elles ont été décrites par Marshall (2005) : être chaleureux, en empathie, encourageant et directif (dans le sens de la guidance, afin de faire avancer le processus du traitement). Ces compétences professionnelles sont aussi retrouvées chez de bons agents de probation (Blasko et Taxman, 2018). Ces qualités, (re)connues de la plupart des soignants comme gage d'alliance thérapeutique, sont pourtant souvent surestimées lorsqu'il s'agit de décrire ses propres compétences cliniques, et donc rarement travaillées ou optimisées (Walfish et coll., 2012). Ce constat est renforcé par les résultats de l'étude de Chow et collaborateurs (2015), démontrant que les caractéristiques inhérentes au thérapeute (nombre d'années de pratique, âge, sexe, profession, diplômes, etc.) n'influencent pas l'efficacité thérapeutique perçue par le patient.

Les grands modèles de prévention de la récidive

L'ouvrage incontournable de Martinson (1974) met en lumière l'absence de résultats en matière de réduction de la récidive et concernant la croyance que « rien ne fonctionne » lorsqu'il s'agit de modification des comportements criminels, aussi communément appelée le « *nothing works* ». Cet ouvrage va avoir deux conséquences : les politiques de nature répressive et sécuritaire vont se mettre en place et vont montrer leurs limites (Andrews et Bonta, 2010) ; de plus, un courant de recherches sur les facteurs associés à l'efficacité des traitements va en découler. Celles-ci vont se baser sur les travaux sur la prédiction de la récidive, ainsi que sur des méta-analyses d'études empiriques sur cette même notion. Ces nombreux travaux ont mis en exergue 18 principes propres à une intervention efficace. Ceux-ci sont repris dans le modèle Risque-Besoins-Réceptivité ou R-B-R.

R-B-R

Développé à partir des années 1980, le Risque-Besoins-Réceptivité (ou R-B-R) est le modèle de prévention de la récidive dominant au Canada. Ce modèle postule que, pour être efficace, toute intervention doit respecter trois grands principes que sont : le « Risque », les « Besoins » et la « Réceptivité ». Il doit donc identifier correctement le risque de récidive, cibler les besoins ou facteurs de risque dynamiques, et choisir la modalité la plus efficace, tout en respectant les particularités de l'AVS (Keeling, Rose et Beech, 2007). Il a montré une efficacité pour prévenir la récidive générale, la récidive violente et la récidive sexuelle (Benbouriche, Vanderstukken et Guay, 2015).

Risque

Le principe du « Risque » consiste en deux propositions : la prédiction et l'adaptation. La prédiction stipule qu'il est nécessaire d'évaluer et de prédire le niveau de risque individualisé de chaque AVS. Ensuite, il est demandé d'adapter l'intensité et la fréquence de la prise en charge pour chaque AVS en fonction de son niveau de risque (Ogloff et Davis, 2004). Il est le préalable à toute intervention et nécessite l'utilisation d'outils standardisés validés (présentant de bonnes qualités psychométriques). Enfin, les évaluateurs doivent avoir bénéficié de formations accréditantes à ces outils.

164. David S. Prescott est l'un des animateurs du blog de *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. Il commente les derniers congrès et communications marquantes, ainsi que les dernières publications ou faits divers. Il est aussi l'auteur de livres et articles, réalisés en collaboration avec Tony Ward. Je ne peux que vous recommander de vous inscrire sur ce blog, qui fourmille d'informations pertinentes et précieuses.

Besoins¹⁶⁵

Selon le principe des « Besoins », pour diminuer le risque de récidive, le traitement doit avoir comme objectif prioritaire un travail sur les besoins criminogènes ou les facteurs de risque dits dynamiques de l'AVS. Les facteurs de risque dynamiques pour toute PPSMJ sont les suivants¹⁶⁶ : personnalité antisociale (impulsivité, agressivité, recherche de sensations, etc.), attitudes et cognitions antisociales (ce qui vient justifier et encourager le fait de commettre une infraction), pairs antisociaux, problèmes scolaires et emploi (et peu de satisfaction), famille et couple (mauvaises relations familiales, contextes de séparation, divorce, disputes), loisirs et absence d'activités prosociales, ainsi que abus de substances (Andrews et Bonta, 2010). Les facteurs de risque dynamiques spécifiques aux AVS sont : intérêt sexuel déviant et régulation sexuelle, instabilité de l'emploi, toxicomanie(s), influences sociales significatives, autorégulation et coopération avec la supervision/surveillance, problématiques liées à l'intimité, ainsi que attitudes soutenant l'agression sexuelle ou les distorsions cognitives (Hanson et Bussière, 1998 ; Hanson et Morton-Bourgon, 2004). Les AVS présentent ainsi une part de facteurs communs avec les autres PPSMJ, mais aussi des facteurs plus spécifiques.

Réceptivité

Le principe de « Réceptivité » inclut deux dimensions : générale (relative à la modalité de traitement) et spécifique (relative aux particularités de l'AVS). Ce principe postule qu'il faut choisir la modalité d'intervention la plus efficace pour diminuer la récidive (ici les ICC), et que cette modalité doit prendre en considération les particularités de l'AVS. Par exemple : la présence d'une déficience intellectuelle ou d'une schizophrénie, l'estime de soi, le niveau de reconnaissance des faits, la motivation au traitement, etc. Ogloff et Davis (2004) considèrent ces particularités, lorsqu'elles ne sont pas traitées, comme de possibles sources de stades motivationnels bas (pré-contemplation ou contemplation). La motivation reste un élément clé pour la réussite du traitement. Dans ce cadre, Marshall et collaborateurs (2008) ont mis en lumière l'amélioration de l'intervention lorsque des entretiens motivationnels l'accompagnent. Les résultats montrent une amélioration de la perception d'efficacité potentielle de la thérapie ($p < 0.01$), une augmentation de l'espoir ($p < 0.01$), et une augmentation des besoins de changement avec un besoin de passer à l'action (Bertsch et Cano, 2015). La prise en compte des besoins non criminogènes est nécessaire à l'élaboration d'une alliance de travail (Benbouriche, Vanderstukken et Guay, 2015). Cette dimension spécifique est très proche des objectifs du soin en France. Pour revenir succinctement sur le principe de réceptivité générale, les interventions respectant ce principe permettent une réduction de 23% du taux de récidive (Andrews et Bonta, 2010). C'est le principe qui amène à la plus grande diminution du taux de récidive et en cela, en fait un atout majeur.

Efficacité des ICC et du R-B-R

La littérature relative à l'efficacité des ICC est complexe à interpréter car les résultats sont hétérogènes et reposent souvent sur des méthodologies « faibles », des définitions différentes des AVS, des sous-catégories d'AVS peu définies (pédophiles ou non, antisociaux ou non, etc.), ou encore des différences de traitements proposés (incluant l'hormonothérapie ou non). Enfin, nombre de variables modératrices influencent

165. Un chapitre a été consacré à leur évaluation dans le Traité de l'agression sexuelle sous la Direction de Cortoni et Pham (2017) : L'évaluation des besoins en matière de traitement (Cortoni et Vanderstukken, 2017).

166. Andrews et Bonta (2010) définissent huit facteurs de risque dynamiques principaux (*central eights*), dont sept le sont réellement et sont cités ici.

la récédive (une mesure distale), qui ne connaît pas de lien de causalité (Lösel et Schmucker, 2014). Toutefois, au regard de méta-analyses de grande qualité relatives à l'efficacité des traitements des AVS (Hanson, Bourgon, Helms et Hodgson, 2009 ; Lösel et Schmucker, 2005 ; Lösel et Schmucker, 2014), les résultats indiquent que les taux de récédive sont plus bas pour les AVS traités (AVS traités : de 8,2% à 19,3%, contre AVS non traités : 12,4% à 27,4%). La méta-analyse de Lösel et Schmucker (2005), portant sur 69 études comparant les taux de récédive, a conclu que les ICC représentaient la modalité de traitement la plus efficace. L'effet est supérieur lorsque le traitement est effectué en milieu ouvert (« dans la communauté »), mais malheureusement les populations d'AVS comparées sont rarement les mêmes. De plus, les programmes incluant de l'individuel à la prise en charge groupale obtiennent de meilleurs résultats que si les AVS étaient pris en charge en groupe uniquement (Lösel et Schmucker, 2014). L'efficacité est supérieure pour les AVS à risque élevé, comparé aux AVS à risque faible. Enfin, les programmes respectant les principes du R-B-R obtiennent les plus grandes diminutions de la récédive sexuelle et de la récédive générale. L'efficacité du traitement est fonction du nombre de principes respectés (Hanson et coll., 2009).

Critiques portées au modèle

Ce modèle, s'il est efficace, ne doit pas être considéré comme un modèle étiologique de l'agression sexuelle. Il cible la gestion du risque, renvoie une perception de l'AVS comme un ensemble de facteurs de risque (ce qui est stigmatisant et peu propice à motiver l'AVS au traitement), il pourrait ainsi être utilisé de manière « mécanique ». De plus, il ne propose pas d'alternative pour vivre une vie meilleure, et ne s'intéresse pas aux besoins fondamentaux et non criminogènes de l'AVS. Ces critiques ont été majoritairement portées par Ward et ses collaborateurs, qui ont proposé le *Good Lives Model* comme contre-point du R-B-R. Une dernière critique porte sur le manque d'humanisme de ce modèle. Cette critique peut s'entendre sur la forme, mais il convient de rappeler que sur le fond, ce modèle a permis une diminution des durées d'incarcération et une augmentation des suivis en milieu ouvert.

Je conseille vivement aux personnes intéressées par le R-B-R la lecture du dossier sur la prévention de la récédive en France, datant de 2015, dans *Pratiques Psychologiques*, numéro 21 (Benbouriche et Guay, 2015). Ce dossier porte sur le R-B-R et ses différents principes.

Good Lives Model (GLM)

Le GLM est un modèle de réhabilitation psycho-sociale et de prévention de la récédive basé, *a contrario* du R-B-R, sur les besoins primaires non directement liés au risque de récédive des PPSMJ (Vanderstukken, Garay, Letto, et Benbouriche, 2017). Le GLM vise ainsi deux grands objectifs : promouvoir les ressources de l'AVS et diminuer son risque de récédive. Ce modèle humaniste insiste sur les besoins de l'AVS, des besoins fondamentaux et non criminogènes que celui-ci cherche à rencontrer (Ward, 2002). Ces besoins primaires, ou valeurs, décrits par Purvis et collaborateurs (2013), sont au nombre de onze : la vie (avoir une vie saine au niveau psychologique, physique et financier, un fonctionnement optimal), la connaissance, l'excellence dans les loisirs (recherche de loisirs ou d'activités, sources de satisfaction, de fierté, d'accomplissement ou de développement de compétences), l'excellence dans le travail, l'excellence dans la capacité d'agir (recherche de la capacité de décider pour soi-même, d'être autonome), la paix intérieure (recherche d'un équilibre émotionnel), l'appartenance (établir des liens affectifs avec d'autres personnes), la communauté/collectivité (faire partie d'un groupe, avoir un sentiment d'appartenance à un milieu social parta-

geant ses domaines d'intérêts, ses valeurs), la spiritualité, le plaisir (recherche d'un état de bien-être, lié au plaisir hédonique), et enfin la créativité. Les AVS vont tenter d'atteindre ces besoins primaires par différents moyens (définis comme des besoins secondaires), qu'ils soient prosociaux ou non (Chu, Ward et Willis, 2014). De même, pour atteindre ces besoins, l'AVS a besoin d'un ensemble de capacités (internes et externes). Celles-ci font l'objet d'une évaluation et sont des objectifs de la prise en charge. Les interventions visent à promouvoir l'auto-détermination et l'autonomisation de l'AVS (Ducro, Pham et Cortoni, 2017). Ce modèle est humaniste car il est valable pour tout individu, délinquant ou non ; il déstigmatise les PPSMJ et les AVS. Il est positif car il privilégie les besoins perçus par les AVS et un travail collaboratif avec l'intervenant (Vanderstukken, Garay, Letto, et Benbouriche, 2017).

Toutefois, le GLM n'a pas pu démontrer son efficacité dans la réduction de la récidive, mais permet de développer l'engagement de l'AVS dans sa prise en charge.

Complémentarité des deux modèles¹⁶⁷

Ces modèles sont complémentaires, et se sont rapprochés ces dernières années. Le GLM répond à une critique/difficulté rencontrée dans le R-B-R : la motivation de l'AVS. Il permet d'augmenter l'engagement de l'AVS dans sa prise en charge, et améliore l'alliance de travail car il met en lumière les besoins de l'AVS et ses ressources positives. Le GLM met en avant l'AVS et ses besoins, et permet ainsi de corriger la possible utilisation du R-B-R en mode « boîte à outil ». De plus, des liens sont établis entre les besoins criminogènes du R-B-R et les besoins primaires du GLM, ce qui offre aux intervenants des pistes pour aménager leurs interventions. Le GLM optimise donc le R-B-R, mais ne peut en aucun cas le remplacer en ce qui concerne la prévention de la récidive (Ogloff et Davis, 2004).

Considérations terminologiques : évolution des représentations relatives aux AVS

L'évolution de la société, de ses valeurs, a généré des représentations évolutives de la sexualité, de la violence, de l'individu, qui elles-mêmes poussent à des représentations différentes d'auteurs d'agression sexuelle et de leurs prises en charge (Cornet, Giovannangeli et Mormont, 2003).

En effet, l'interprétation de la réalité se fait inévitablement à travers le maillage de nos croyances, valeurs, et plus globalement du contexte idéologique de la société dans laquelle nous nous trouvons (Valence, 2010). Elles sont partout, dès lors que l'on se situe dans une interaction sociale. Les représentations composent les mécanismes d'échange et de communication (dans tous les domaines de la pensée sociale), et proposent des mécanismes qui régissent l'assimilation des connaissances et les interactions sociales (Mannoni, 1998). Les représentations sociales renvoient aux conditions sociales de production et de circulation des objets de pensée qui incarnent subséquemment une valeur, ainsi qu'une position sociale (Valence, 2010).

Dans ce cadre, questionner les terminologies (et par conséquent les représentations sociales) utilisées pour définir cette population que sont les auteurs d'agression sexuelle permet d'interroger la représentation de cette population et de sa ou ses prises en charge à un moment donné.

¹⁶⁷. Cette partie sur la complémentarité R-B-R et GLM repose sur un article de Vanderstukken, Benbouriche, et Letto, actuellement soumis à publication.

La perspective théorique comportementaliste des ICC a, dans un premier temps, utilisé le terme de « déviance sexuelle », reliant cette problématique aux perversions sexuelles ou « paraphilies » décrites dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2003), ou à des « troubles de la préférence sexuelle » dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10, Organisation Mondiale de la Santé, 1994).

Toutefois, comme le rappellent Cornet, Giovannangeli et Mormont (2003), la paraphilie ne peut être assimilée à la délinquance sexuelle. Cette dernière désigne en effet les actes sexuels définis par la loi comme étant des délits, ce qui n'est pas le cas de certaines formes de paraphilies (comme le fétichisme, le transvestisme, le masochisme sexuel, le sadisme sexuel).

La littérature anglo-saxonne a, par la suite, privilégié un autre terme : celui de « *sexual offender* » ou « agresseur sexuel ». Cette évolution terminologique a fait passer cette problématique de la question de la norme sexuelle à celle de la transgression sexuelle, où il y a absence du respect du consentement libre et éclairé de l'autre. Elle a signé un glissement considérable du moral au judiciaire. Cette évolution a mené à des comparaisons, non plus avec d'autres déviances sexuelles, mais bien avec d'autres catégories infractionnelles. Le second corollaire de cette terminologie a été de « coller » l'auteur à son acte, de la même façon que pour d'autres terminologies utilisées : délinquant sexuel ou criminel sexuel. Cette terminologie a induit une représentation de « l'auteur » et de la prise en charge centrée sur le passage à l'acte, qu'il soit infractionnel, délictuel ou criminel. Cette terminologie collait bien avec la mission de prévention de la récidive. Cependant, depuis quelques années, avec l'apparition du *Good Lives Model* et son abord humaniste, la dimension « réhabilitation » a repris de l'ampleur et a remis le sujet, auteur de la violence sexuelle, ainsi que ses aspirations et préoccupations, au centre des réflexions des intervenants.

Les AVS en France : quels intervenants pour quelles pratiques ?

Les AVS sont aux prises avec des intervenants issus de réseaux différents : santé, justice (administration pénitentiaire et magistrats), associatifs, et éducation nationale. Depuis une dizaine d'années, le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (ci-après SPIP) s'inspire des ICC pour l'évolution de ses prises en charge (par exemple, les Programmes de Prévention de la Récidive). Plus récemment, la loi du 15 août 2014, relative à la contrainte pénale, et son manuel d'application (2016) ont introduit le R-B-R comme modèle de référence, et le GLM comme son complément. Ces modèles, incluant les ICC, ont été confirmés dans le Référentiel des Pratiques Opérationnelles qui est le référentiel de la méthodologie de l'intervention des SPIP (RPO, Direction de l'Administration Pénitentiaire, 2017). De même, depuis 2014, l'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ci-après ENAP) a intégré dans ses cours destinés aux élèves Conseillers Pénitentiaires d'Insertion de Probation des formations relatives aux modèles de prévention de la récidive (R-B-R et GLM), mais aussi, depuis 2017 aux Accompagnements Cognitivo-Comportementaux (ci-après ACC). L'introduction de ces modèles et de ces pratiques dans les SPIP, partenaires du soin, induit des débats sur l'intégration de référentiels et pratiques psychologiques auprès des Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation.

En effet, lorsque les prismes théoriques, voire les pratiques des intervenants (santé et justice) se rapprochent, une clarification des missions, des qualifications et des objectifs de prise en charge est nécessaire, afin de diminuer les malentendus qui pourraient être sources d'incompréhension.

TCC aux AVS en France

Les soignants français pratiquant les TCC, comme tous les autres soignants, se trouvent sollicités pour le soin aux AVS. Leur formation « classique » les a préparés à soigner les pathologies, mais les AVS amènent d'autres questions. Le recours aux théories anglo-saxonnes, qui font appel aux mêmes terminologies (mais pas toujours avec les mêmes définitions), et aux ICC se centrant majoritairement sur les dimensions spécifiques à l'agression sexuelle, introduit des risques de confusion et de pratiques ne relevant pas du soin (Vanderstukken, Benbouriche, Pham et Lefebvre, 2015).

Il est donc nécessaire de réfléchir quelles dimensions spécifiques ou quels modèles anglo-saxons peuvent être intégrés aux pratiques soignantes en France.

Dimensions spécifiques et associées au soin

Pour aborder ces dimensions, nous basons notre analyse sur deux grands modèles de prévention de la récidive : le R-B-R et le GLM.

*Le R-B-R et les soins*¹⁶⁸

Deux principes du R-B-R semblent plus particulièrement pertinents à analyser à la lumière du soin : le principe des « besoins » et celui de la « réceptivité spécifique ». Ce dernier principe s'attèle à la prise en compte des besoins non criminogènes susceptibles d'adapter au mieux la prise en charge, mais également d'augmenter l'alliance de travail, en ne réduisant pas le sujet à une accumulation de facteurs de risque. De même, les dimensions associées au principe de réceptivité spécifique peuvent clairement correspondre à des besoins propres à la PPSMJ (rapprochant ainsi la prise en charge de celle du GLM). De nombreuses dimensions (dépression, affirmation de soi, anxiété, schizophrénie, et même motivation au traitement, etc.) représentent des objectifs du soin en TCC. Le principe des « besoins », quant à lui, définit les grandes cibles (ou facteurs de risque dynamiques) du traitement dans le R-B-R. En ce qui concerne les AVS, elles sont : l'intérêt sexuel déviant et la régulation sexuelle, l'instabilité de l'emploi, la ou les toxicomanie(s), les influences sociales significatives, l'autorégulation et la coopération avec la supervision/surveillance, les problématiques liées à l'intimité, ainsi que les attitudes soutenant l'agression sexuelle ou les distorsions cognitives. Certains de ces facteurs de risque font partie des objectifs du soin aux AVS¹⁶⁹ : les intérêts sexuels déviants et la régulation sexuelle, les consommations de substances, les problématiques liées à l'intimité, ou encore les distorsions cognitives. Pour autant, les soignants ne le font pas dans une optique de prévention de la récidive, mais bien d'amélioration de la qualité de vie du patient, et ce depuis de nombreuses années déjà.

Ce modèle, importé en France *in globo* et sans grande réflexion préalable sur toutes les ressources culturelles existantes du pays, montre que différents intervenants, provenant de différentes institutions (santé et justice), sont susceptibles d'y contribuer, et ce souvent sans en avoir conscience, ou même l'intention de le faire.

Il nous semble donc important d'énoncer que le travail thérapeutique en TCC sur certaines dimensions peut contribuer, sans que ce soit son objectif premier, à la diminution du risque de récidive.

Le GLM et les soins

Un retour rapide sur la définition des soins en France va nous permettre d'introduire le GLM. Le soin y est décrit comme bio psycho social, considérant « le sujet

168. Cette partie sur le R-B-R et le soin repose sur un article de Vanderstukken, Benbouriche et Letto, actuellement soumis à publication.

169. Objectifs pour des équipes de soin en milieu fermé ou des équipes plus spécialisées en milieu ouvert.

dans son intégralité (parcours de vie, ressources, problématiques générales, etc.) » (Haute Autorité de la Santé, 2009, p.15) et ce faisant, se rapproche de la dimension holistique défendue dans le GLM. En effet, la définition des soins aux AVS correspond aux objectifs décrits dans le GLM. L'amélioration de la qualité de vie et du fonctionnement psycho-social reflète assez bien la recherche des besoins primaires par le biais de besoins secondaires prosociaux, en accord avec les aspirations propres à la PPSMJ (Vanderstukken, Garay, Letto et Benbouriche, 2018).

« Les modalités de la psychothérapie peuvent évoluer dans le temps, au cours de la prise en charge, en fonction des étapes successives du processus thérapeutique et des besoins du sujet » (Haute Autorité de la Santé, 2009, p.13). La notion de besoins du sujet ou de la PPSMJ n'est que trop rarement explicitement et systématiquement structurée dans les prises en charge thérapeutiques de type TCC. Voilà tout l'intérêt du *Good Lives Model*. Il propose un modèle qui met l'accent sur un lien thérapeutique fort, permet un travail sur les valeurs fondamentales de l'AVS, sur ses besoins primaires et propose des liens avec les actes commis. Ce modèle offre une opportunité théorique et clinique d'articulation entre les actes et les valeurs, qui n'avait pas été proposée jusque-là. Les professionnels mettant en place le GLM, quels que soient les pays, sont des psycho-criminologues, des psychologues ou des psychiatres, ce qui les rapproche d'autant plus des soignants en France (Vanderstukken, Benbouriche, Pham et Lefebvre, 2015).

Le GLM présente des points de convergence avec le modèle de thérapie ACT qui mériteraient d'être investigués. De même, les besoins primaires devraient être réfléchis en lien aux schémas précoces inadaptés de Young (exemple : besoin d'appartenance pour GLM et schémas précoces inadaptés de Young : schémas « d'abandon/instabilité », ou encore de « carence affective »). Ces modèles provenant d'horizons théoriques différents offrent des complémentarités intéressantes.

Ce modèle rencontre un intérêt croissant en Europe francophone, à tel point que, depuis 2016, se tiennent à Tournai (Belgique) les rencontres internationales francophones sur le GLM.

Soins en individuel et en groupe

Les TCC peuvent se réaliser en groupe ou en individuel, cette dernière modalité étant la plus utilisée, quel que soit le modèle théorique de référence, que ce soit en milieu ouvert ou fermé. Les TCC proposent l'utilisation des deux modalités de manière articulée, afin que celles-ci s'enrichissent l'une l'autre.

La composition des groupes peut se faire de deux façons différentes. Il est possible de réaliser des « groupes mixtes » mélangeant des AVS et non AVS lorsque l'on travaille sur des dimensions générales uniquement, telles que l'affirmation de soi, la gestion des émotions ou encore l'excès de stress. Des groupes « spécifiques » aux AVS sont constitués lorsqu'ils abordent des dimensions psycho-criminologiques, associées ou non à des dimensions plus générales.

Il n'est pas recommandé d'associer, au sein des « groupes spécifiques », les AVS sur mineurs et les AVS sur majeurs car ils ne partagent pas les mêmes problématiques ; souvent, les AVS sur majeurs refusent d'être mélangés aux AVS sur mineurs, et ce d'autant plus si le groupe prend place en milieu fermé.

Evaluation

« Toute psychothérapie doit être régulièrement réévaluée et adaptée si besoin. Elle se doit de considérer le sujet dans son intégralité (parcours de vie, ressources, problématiques générales, etc.). » (Haute Autorité de la Santé, 2009, p.13). En ce sens, la ques-

tion de l'évaluation est intrinsèquement liée aux théorisations et pratiques en TCC, que cette évaluation porte sur des entretiens structurés ou des outils standardisés. De plus, « L'évaluation clinique initiale est indispensable aux choix des modalités de prise en charge, parce qu'elle permet de déterminer et d'identifier les vulnérabilités et les ressources du sujet, et plus généralement des facteurs qui ont pu contribuer au développement des troubles et à les précipiter. » (Haute Autorité de la Santé, 2009, p.11). Il est donc nécessaire que cette évaluation soit rigoureuse et tienne compte des données actuelles de la science, tout en reconnaissant ses limites (Aubut, 1993). Les recommandations de bonne pratique avaient ainsi proposé (Haute Autorité de la Santé, 2009, Annexe 3, p.27-28) une liste non exhaustive d'outils d'évaluation standardisée. Cette liste permet une réflexion sur les niveaux associés à l'évaluation et peut être réinterprétée comme suit :

- Le premier niveau propose une évaluation des dimensions de base (valables pour tout type de traitement), par exemple l'évaluation de l'intelligence (afin de connaître les ressources et limites du patient, pour ne pas le mettre en échec par la proposition d'une modalité de soin inadaptée), l'évaluation neuropsychologique (afin de ne pas confondre certaines atteintes avec des troubles de la personnalité, ou à nouveau de mettre le patient en échec).
- Le second niveau se concentre sur des évaluations liées au type de prise en charge TCC classique (exemples : la *Rathus* pour l'affirmation de soi ou la *Toronto Alexithymia Scale* pour l'alexithymie). L'importance de ce second niveau doit être soulignée car il propose des objectifs de soin, mais aussi des *critères d'efficacité thérapeutique* en tant que tels.

Les évaluations relatives aux deux premiers niveaux peuvent être considérées comme des évaluations de facteurs de « réceptivité spécifique » dans le modèle R-B-R.

Les deux derniers niveaux sont, quant à eux, spécifiquement dédiés aux AVS car ils concernent des dimensions psycho-criminologiques ou de prédiction du risque de récidive.

- Le troisième niveau concerne les dimensions psycho-criminologiques plus spécifiques aux auteurs de violence sexuelle (exemples : la *Molest Scale et la Rape Scale* pour les distorsions cognitives relatives à l'agression sexuelle, la *Screening Scale for Pedophilic Interest* ou *SSPI* pour le screening du diagnostic de pédophilie). Ce troisième niveau, plus souvent cité dans la littérature anglo-saxonne, propose des outils d'évaluation des *besoins* ou des *critères* de « réceptivité spécifique » dans le cadre du modèle R-B-R. Certains de ces outils d'évaluation sont toutefois recommandés pour les soignants français.
- Le quatrième et dernier niveau reprend les outils relatifs à la prédiction du risque de récidive (exemples : la *Static 99* pour les facteurs de risque statiques et la *Stable* et l'*Acute* pour les facteurs de risque dynamiques stables et aigus). Ces outils servent à identifier un niveau de risque et correspondent majoritairement au premier critère du modèle R-B-R, celui de l'évaluation du risque (ce point sera approfondi dans une partie suivante). En France, l'utilisation de ces outils est plus pertinente dans le cadre expertal, ou plus spécifiquement dans l'évaluation réalisée au sein des Centres Nationaux de l'Evaluation. Ces outils sont à manier avec prudence et intelligence par les soignants pour ne pas tomber dans une évaluation du soin qui se limiterait à ces critères. L'efficacité thérapeutique ne s'apprécie pas par le recours à l'évaluation du risque de récidive. Cette dernière représente une mesure distale et sans lien direct avec le

traitement effectué. « La récurrence ne dit rien, ou bien trop peu, de l'amélioration de la santé et du bien-être du patient, de la diminution des troubles, ainsi que de la qualité du lien intersubjectif » (Vanderstukken et Benbouriche, 2012, p.131).

Ces différents outils ne visent pas la stigmatisation du PPSMJ, mais permettent le respect et l'adaptation à ses ressources et vulnérabilités. Ils permettent de remettre en question la perception du clinicien et lui offrent d'autres sources d'information. Ils donnent des indications sur l'état du patient, à un moment donné, et ce au travers d'une mesure spécifique. Cette dernière peut servir de point de repère « objectif », et ce tant pour le thérapeute que pour le patient, afin de visualiser le chemin parcouru et celui restant à parcourir.

Les questionnaires et autres outils standardisés ne prennent en considération que certains aspects du fonctionnement de l'individu ; ils ne peuvent le considérer dans sa globalité. Cependant, ils permettent d'affiner des problématiques, de les clarifier, de les questionner, d'apporter des pistes de réflexion, d'améliorer la pratique clinique. Ils sont le complément nécessaire de l'évaluation clinique non structurée.

Enfin, l'évaluation n'est ni une fin en soi ni un gage scientifique suffisant. Il est nécessaire de choisir le questionnaire le plus proche de la modalité de soin mise en place, et le plus sensible aux changements qui pourraient être possiblement apportés. En ce sens, travailler en partenariat avec une université ou un département de recherche est une garantie complémentaire à la démarche d'évaluation.

Motivation de l'AVS

Cette thématique a déjà été développée dans les parties précédentes. Toutefois, lorsqu'il est question de soins aux AVS en France, elle conduit à poser la question : « motiver, mais à quoi ? ». La motivation à ne pas récidiver ne peut être comparée à la motivation à s'engager dans un soin (pour soi). Les deux ne relèvent pas des mêmes objectifs. De plus, être motivé à changer (notion générale et floue) n'équivaut pas à être motivé à s'engager dans un traitement clairement défini (précis et détaillé). Enfin, la motivation peut fluctuer en fonction des objectifs d'un programme de traitement : tous les AVS ne partageront pas la même motivation à travailler l'affirmation de soi comme les fantasmes pédophiliques. Cette motivation peut donc être travaillée de deux manières différentes et complémentaires : a) face à un objectif de soin tel que « arriver à mieux s'affirmer », b) à travers un travail de la PPSMJ sur ses valeurs, les moyens d'y arriver, sur ses freins et ses ressources (modèle GLM). Cette seconde voie ne se limite pas, bien entendu, à un simple travail sur la motivation, mais constitue bien un modèle de soin à part entière.

Formations complémentaires pour les TCCistes

Les soignants, bénéficiant d'une formation aux TCC classiques, disposent d'un prisme de compréhension et d'actions auprès des AVS. En effet, les thérapies TCC relatives aux AVS prennent les PPSMJ dans leur globalité (et pas seulement par rapport aux actes commis), et ce comme tout autre patient. Toutefois, des formations complémentaires à celles des TCC classiques sont nécessaires afin de pouvoir aborder des dimensions psycho-criminologiques plus singulières (en lien au passage à l'acte). Ce point correspond à la description/définition des AVS de la Haute Autorité de la Santé (2009) et des professionnels travaillant auprès de cette population : une population avec des spécificités, et non une population spécifique.

Alliance de travail : attitudes des intervenants et travail sur leurs attitudes et représentations sociales

En effet, il n'est pas si simple pour les professionnels de la santé de travailler leurs compétences « de base », définies par Prescott (2018) supra, et de se remettre en question. Pour autant, les AVS font émerger de nombreux a priori ou représentations sociales dans le grand public, mais aussi chez les soignants. Pour ceux amenés à les prendre en charge, il est donc nécessaire de pouvoir analyser ces représentations sociales, mais aussi les puissantes émotions associées pouvant mener à des attitudes spontanées ne relevant pas de positions cliniques et thérapeutiques. La Grille d'Analyse des Représentations Sociales relatives aux Auteurs d'Aggression Sexuelle (GARS AAS) a été construite comme un outil de repérage des représentations sociales et des émotions activées, mais aussi des attitudes qui peuvent en découler. Deux grandes attitudes spontanées sont ainsi dégagées : antipathie ou sympathie envers le PPSMJ. Cette grille permet un travail sur soi, afin de mieux gérer leur impact et de (re)trouver une position professionnelle et soignante. Cet outil ne stigmatise pas le professionnel car il lui rappelle qu'il est, lui aussi, un homme comme les autres, aux prises avec sa perception et ses émotions. Cet outil fournit, entre autres, une bonne mise en abîme du travail sur les cognitions et émotions demandé aux AVS, permettant ainsi de prendre conscience de la difficulté à les énoncer facilement. (Vanderstukken, Benbouriche et Petit, 2015).

Dimensions psycho-criminologiques ou spécificités de la prise en charge

Ces dimensions ont été, bien entendu, davantage développées par les collègues anglo-saxons et nécessitent des formations complémentaires. Toutefois, certaines équipes françaises (en milieu fermé ou ouvert) ont acquis une expertise certaine dans la prise en charge de ces dimensions.

- En ce qui concerne le R-B-R, les dimensions spécifiques et thérapeutiques sont liées aux principes des « besoins » et de la « réceptivité spécifique ». Les TCC « classiques » répondent au principe de réceptivité spécifique, et ne nécessitent donc pas de formation (et ce, à l'exception du « déni » ou de la non reconnaissance des faits, qui fait partie des critères de réceptivité). Les dimensions relatives au principe des « besoins » telles que les distorsions cognitives, les préférences sexuelles déviantes et la régulation sexuelle (pour ne parler que des facteurs de risque dynamiques spécifiques aux AVS) nécessitent, quant à elles, des formations.
- En ce qui concerne le GLM, modèle original et novateur pour le soin, des formations sont nécessaires afin d'en comprendre et maîtriser l'esprit, ainsi que les techniques propres à ce modèle. Ce modèle a connu un grand et vif succès, de telle sorte que de nombreux professionnels s'en revendiquent. C'est pourquoi, afin de réaliser une intervention structurée, Ward et collaborateurs ont défini entre cinq (Chu, Ward et Willis, 2014) et six (Ward, Mann et Gannon, 2007) étapes que tout intervenant se revendiquant du GLM doit respecter.

Formations aux outils d'évaluation spécifiques à l'agression sexuelle

Ce point concerne spécifiquement les niveaux trois et quatre décrits dans la section « évaluation » des TCC aux AVS en France. Il est important de continuer à tester empiriquement, à valider et faire évoluer les théories au regard des résultats obtenus lors des recherches (Ogloff et Davis, 2004).

Ces formations concernent, par exemple, des outils relatifs au déni (*FoSOD*, de Scheneider et Wright, 2001), aux distorsions cognitives (*Molest Scale* et *Rape Scale*

de Bumby, 1996), au coping par la sexualité, aux fantasmes sexuelles (*Screenin Scale of Pedophilic Interest* de Seto et Lalumière en 2001 ou le Questionnaire sur l'intensité du désir et des symptômes sexuels, de Stoléro et Moulrier, 2009), à l'engagement et au Good Lives Plan (*Personal Aspirations and Concerns Inventory for Offenders* ou PACI O ; Sellen, Gobbett, et Campbell, 2013), ainsi qu'aux outils de prédiction du risque. Ces outils, relevant de thématiques plus spécifiques, ne sont pas inclus dans les enseignements de base des TCC.

Le choix de ces outils relève d'un minimum de connaissances sur les dimensions spécifiques à prendre en charge, mais surtout requiert quelques notions de base en psychométrie. En effet, l'effet de nouveauté d'un outil peut induire un manque de recul sur son réel intérêt clinique et scientifique. Un outil non validé, ou présentant de mauvaises qualités psychométriques relatives à sa validité, sa fiabilité ou encore sa prédictivité, n'aura que peu d'intérêt. L'entretien clinique seul, avec les compétences acquises, serait alors aussi pertinent et plus cohérent.

De même, certains outils proviennent de pays anglo-saxons et n'ont pas fait l'objet d'une validation sur une population européenne francophone. Leurs normes, et donc le groupe de référence auquel on pourrait comparer le PPSMJ, seraient critiquables. La validation de ces outils est préférable avant leur utilisation, et ce surtout lorsqu'il s'agit d'outils relatifs à la prédiction du risque de récidive. Les enjeux sociaux et personnels relatifs à la PPSMJ sont bien trop grands pour jouer les « apprentis-sorciers ». Un certain nombre d'outils standardisés nécessitent une formation qualifiante, afin de bien maîtriser tant l'outil, les scores et leur interprétation que les théories les sous-tendant. Souignons, une fois encore, que le partenariat avec une université ou un laboratoire de recherche spécialisé et accrédité dans ce domaine permet une réflexion plus approfondie sur le choix de ces outils souvent complexes.

Le SPIP, l'évaluation et les Accompagnements Cognitivo-Comportementaux

Les Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (ci-après CPIP), travaillant au sein des SPIP, sont des acteurs essentiels de la justice pénale et des partenaires incontournables du soin aux PPSMJ (Vanderstukken, Garay, Letto et Benbouriche, 2017). Depuis quelques années, les SPIP traversent une (nouvelle) mutation, avec l'intégration de nouveaux paradigmes et de nouvelles pratiques de travail. La circulaire du 19 mars 2008 a défini la prévention de la récidive comme étant la finalité de leur action. Les SPIP introduisent, concomitamment, les Programmes de Prévention de la récidive, définis comme des prises en charge groupales d'inspiration cognitivo-comportementale. Ceux-ci sont loin de respecter les principes tels que décrits dans le R-B-R afin de permettre une diminution de la récidive (pour plus de détails, la lecture conseillée est Vanderstukken et Benbouriche, 2014), mais incarnent cette évolution des pratiques et l'intégration de référentiels cognitivo-comportementaux. La conférence de consensus sur la prévention de la récidive (2012) a renforcé ce mouvement en présentant les grands modèles anglo-saxons de prévention de la récidive que sont le R-B-R et le GLM. « Elle a mis en lumière l'évolution nécessaire des compétences des CPIP tendant vers celles des criminologues d'Outre Atlantique, indispensable à l'efficacité de ces modèles » (Vanderstukken, Garay, Letto et Benbouriche, 2017, p.13). Ces modèles ont été incorporés dans la loi du 15 août 2014 (pour le R-B-R) et dans le Manuel d'application de la contrainte pénale (Direction de l'Administration Pénitentiaire, 2016, pour le GLM). L'introduction de ces pratiques et modèles s'accom-

pagne, *de facto*, d'une mission d'évaluation du risque de récidive (avec l'utilisation et la maîtrise d'outils standardisés valides et fiables), ainsi que de la gestion du risque (avec des interventions de type ICC).

CPIP et Evaluation du risque de récidive

Une étude menée auprès de CPIP de milieu ouvert (Benbouriche, Ventéjoux, Lebourgault et Hirschelmann, 2012) indiquait un recours majoritaire au jugement professionnel non structuré afin d'élaborer un plan de gestion du risque de récidive. De plus, les CPIP adoptaient une position relativement critique vis-à-vis de la contribution des outils standardisés, à qui ils attribuaient un caractère déshumanisant ; l'outil se retrouve ici réduit à son seul aspect de quantification. Toutefois, depuis la réalisation de cette étude, des outils standardisés de l'évaluation du risque de récidive ont été validés sur des populations françaises, et ce, entre autres, par l'équipe du Centre de Recherche en Défense Sociale (Tournai, Belgique). De plus, des textes officiels (lois et décrets) poussent à l'utilisation de ces outils. Le dernier RPO (Direction de l'Administration Pénitentiaire, 2017) va dans ce sens.

Mais si les textes évoluent, les CPIP de terrain suivent-ils ce mouvement ? La recherche de Benbouriche et collaborateurs (2012) mériterait d'être répliquée, en milieu ouvert et fermé, afin de constater les évolutions des pratiques. Alors que l'évaluation du risque de récidive fait débat, il existe un second risque propre à la culture française : celui de la tentation du rejet (caricatural) des apports étrangers et du retour à un outil franco-français, motivé par la conviction que la culture française est radicalement différente des autres et ne doit pas intégrer des outils qui n'en seraient pas issus. Malheureusement, ce type de conviction mène à l'utilisation d'outils qui n'ont pas fait l'objet d'une validation. Selon nous, certaines thématiques d'ordre social telles que l'évaluation du risque ou de dimensions propres à celui-ci ne peuvent souffrir d'approximation, que ce soit pour la société ou la PPSMJ qui, elle aussi, a le droit à l'évaluation la plus juste possible, en fonction des avancées des connaissances scientifiques (Vanderstukken et Lacambre, 2011).

Nous nous permettons de faire ici les mêmes recommandations (qui ne sont pas adressées aux soignants) quant au choix des outils que dans la partie des TCC aux AVS, dédiée à la « Formation aux outils d'évaluation spécifiques à l'agression sexuelle ».

CPIP et Accompagnements Cognitivo-Comportementaux

Le développement des compétences des CPIP est nécessaire et inéluctable afin de rencontrer au mieux les modèles de prévention de la récidive. Les interventions des CPIP tendent à se rapprocher de plus en plus des ICC menées par les criminologues canadiens. La formation continue met, par exemple, l'accent depuis quelques années sur les techniques d'entretien motivationnel (associées au principe de réceptivité spécifique du R-B-R), auxquelles sont formés l'ensemble des CPIP et sensibilisés certains personnels d'encadrement. Toutefois, au-delà de ces évolutions de pratiques, ceux-ci ne possèdent pas la même formation initiale et continue que leurs collègues criminologues canadiens. L'implantation d'une pratique ne peut s'opérer sans tenir compte des moyens, des compétences et des qualifications dont disposent les professionnels qui y participent (Vanderstukken, Benbouriche et Letto, 2018).

« Les CPIP, au-delà de l'évolution de leurs compétences, et quel que soit le cadre de référence choisi (R-B-R ou GLM), ne sont pas qualifiés pour réaliser un travail psychologique tel que la restructuration cognitive ou encore la gestion des émotions. ... En effet, au-delà de l'évolution des compétences des CPIP, la pratique psycholo-

gique doit rester l'apanage des professionnels qualifiés et formés à ce type de prise en charge. » (Vanderstukken, Garay, Letto et Benbouriche, 2017).

« La sélection et la formation des intervenants, énoncées dans le quatorzième principe du R-B-R, constituent un élément primordial du travail efficace en prévention de la récidive. » (Vanderstukken, Benbouriche et Letto, 2018, p.45).

C'est pourquoi l'École Nationale d'Administration Pénitentiaire mène un travail de fond sur la réforme de la formation des personnels depuis 2013, et intègre depuis 2017 des cours relatifs à la mise en place des ACC dans sa formation initiale aux élèves CPIP. Ces derniers ne sont donc ni des TCC, ni des ICC, qui demanderaient des qualifications particulières, et ce même s'ils partagent certains objectifs et techniques délimités, issus des ICC. Les ACC font ainsi référence aux techniques utilisées par les CPIP dans le cadre des modèles de prévention de la récidive (R-B-R ou GLM). Ils peuvent être définis comme un travail sur les facteurs de risque dynamiques comme les pairs anti-sociaux ou encore les attitudes ou cognitions antisociales concernant le R-B-R, et un travail sur l'évaluation de la motivation ou de l'engagement à la prise en charge (individuelle ou/et groupale), ainsi que la répartition du travail qui peut être menée suite à cet entretien (par le SPIP ou la santé, à la demande du PPSMJ), par le biais de l'outil : le *Personal Aspirations and Concerns Inventory for Offenders (PACIO)* ; Sellen, Gobbett et Campbell, 2013). Cet outil est reconnu par certains auteurs (McMurrin et Ward, 2010 ; Sellen, Gobbett et Campbell, 2013) comme étant un des instruments les plus rigoureux actuellement pour renforcer la motivation et l'implication de l'utilisateur dans une intervention.

Les ACC sont ainsi intégrés dans les modèles de prévention de la récidive, et liés à des techniques spécifiques, bien délimitées¹⁷⁰. Une bonne connaissance et maîtrise de ces techniques permet de ne pas glisser vers une pratique psychologique qui relèverait des ICC pour la prévention de la récidive ou des TCC pour le soin. Toutefois, l'intégration de ces modèles et pratiques pose une question à moyen terme (environ une dizaine d'années) : comment atteindre un niveau de compétences et de qualifications propres aux intervenants pour les rendre efficaces ? Une première voie serait l'évolution des formations initiales et continues des CPIP, afin de rejoindre celles des criminologues canadiens. Cette voie nécessiterait des moyens en temps et en argent. La seconde voie pourrait être l'évolution des missions des psychologues, recrutés depuis 2013, au sein des équipes des SPIP, afin d'approfondir le travail issu des ACC, et ainsi permettre une structuration du travail plus aboutie pour la PPSMJ (Vanderstukken, Garay, Letto et Benbouriche, 2017).

Articulation entre les soignants et les CPIP

La Haute Autorité de la Santé (2009) rappelle que la prise en charge d'un AVS peut se concevoir comme un accompagnement médico-psycho-éducatif ; elle associe donc des séquences de prise en charge par le SPIP et le soin. L'articulation de ces séquences est importante pour la cohérence des interventions entre les différents intervenants, mais aussi pour que les PPSMJ puissent appréhender au mieux la diversité et la complémentarité des offres qui lui sont proposées par la justice et la santé, et ce sans risque de confusion ou de clivage. Les TCC et les ACC partageant des points

170. Des dérives ont pu être observées : certains organismes de formation peu scrupuleux proposent ainsi de former les CPIP à l'EMDR (technique psychothérapeutique du trauma), semant la confusion entre les intervenants, délivrant à coûts onéreux des formations inadaptées aux qualifications des CPIP, et surtout mettant le professionnel et la PPSMJ en danger. Elles contribuent à laisser croire que les compétences psychologiques peuvent s'acquérir en quelques heures...

communs (théoriques), une clarification sereine et constructive des compétences et apports des CPIP sera nécessaire auprès des professionnels du soin, et plus particulièrement ceux pratiquant les TCC, afin de réduire les *a priori* et malentendus qui peuvent susciter de nouvelles pratiques (Vanderstukken, Benbouriche et Letto, 2018 ; Vanderstukken, Garay, Letto et Benbouriche, 2017).

A cet égard, les TCC et les ACC, qui ont des bases théoriques communes, offrent l'opportunité d'une réflexion sur le travail de dimensions complémentaires portant sur l'amélioration de la qualité de vie de la PPSMJ et sur la prévention de la récidive. La *PACIO* (rattachée au modèle GLM) représente ici un outil qui pourrait être source de « partage » pour une répartition réfléchie et construite des actions et interventions des professionnels santé et justice (Vanderstukken, Garay, Letto et Benbouriche, 2017).

Conclusions

La plupart des professionnels de la santé formés aux TCC « classiques » ne sont pas formés au travail sur des dimensions plus spécifiques aux PPSMJ, et encore moins sur celles des AVS. Les CPIP, quant à eux, sont sensibilisés à des prises en charge et des modèles de prévention de la récidive incluant des ICC, et entament des formations adaptées à leur qualification : les ACC. C'est pourquoi la formation à ces différentes pratiques est un enjeu d'avenir en France, afin de prévenir de nombreuses dérives de part et d'autre (Vanderstukken, Benbouriche et Letto, 2018).

- Les TCC « classiques » proposent un modèle de soin parmi d'autres, complémentaire aux autres référentiels thérapeutiques, et ce en fonction des ressources et vulnérabilités de la PPSMJ à un moment donné. Elles font l'objet de contre-indications (par exemple, psychopathie et affirmation de soi). Leurs pertinence et efficacité thérapeutique doivent être réévaluées.
- Lorsque les TCC intègrent des éléments psycho-criminologiques (travail sur les distorsions cognitives relatives à l'agression sexuelle, les fantasmes sexuelles pédophiliques, etc.), les professionnels qualifiés ont besoin de formations complémentaires sur :
 - o les théories anglo-saxonnes,
 - o les outils standardisés validés et fiables afin d'évaluer au mieux les dimensions spécifiques aux AVS,
 - o et enfin, les techniques utilisées pour travailler ces dimensions, lorsque ces éléments relèvent de dimensions soignantes associées au R-B-R.

Ces dimensions spécifiques doivent être travaillées de manière articulée avec les dimensions non spécifiques relatives aux TCC classiques, afin de ne pas réduire l'AVS à des dimensions spécifiques, liées à son passage à l'acte. Par exemple, il est pertinent d'associer la thérapie des schémas de Young à un travail sur les distorsions cognitives et leurs théories implicites.

Le GLM propose, quant à lui, un nouveau modèle de soin aux PPSMJ, intégrant deux dimensions rarement articulées théoriquement dans le champ des ICC : la personne (avec ses ressources et vulnérabilités), ainsi que son passage à l'acte.

- Ces deux modèles de prévention de la récidive (R-B-R et GLM) offrent des ponts entre la santé et la justice, à la seule condition que le rôle et les missions des acteurs de terrain soient clairement définis, afin de ne pas créer de la confusion et des malentendus nocifs aux liens qui les unissent et à la prise

en charge de la PPSMJ. Le GLM, plus particulièrement, grâce entre autres à la *PACI O*, permettrait d'élaborer des prises en charge articulées et constructives avec le SPIP.

Le champ des TCC et des ICC étant particulièrement perméable aux apports des nouvelles connaissances, les conclusions et recommandations de ce rapport devront faire l'objet d'une réactualisation d'ici quelques années.

Bibliographie

- Abel, G. C., Becker, J. V., & Cunningham-Rathner, J. (1984). Complication, consent, and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1984, 7, 89-103.
- Abel, G. C., Gore, D. K., Holland, C. L., Camp, N., Becker, J. V., & Rathner, J. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters. *Annals of Sex Research*, 2, 135-153.
- American Psychiatric Association (2000, 2003, traduction française). Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. 4e éd. rév. Paris: Masson.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5ème éd.). New Providence, NJ: LexisNexis/Matthew Bender.
- Aubut, J., et coll. (1993). *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement*. Montréal, Québec: Editions de la Chenelière.
- Benbouriche, M., & Guay, J. P. (Éditeurs invités, 2015). *La prévention de la récidive en France: Les principes d'une évaluation et d'une intervention efficaces*. Numéro thématique, *Pratiques Psychologiques*, 21(3), 213-304.
- Benbouriche, M., Vanderstukken, O., Guay, J.-P., Testé, B. & Renaud, P. (2013). Quelle pertinence pour l'évaluation standardisée des distorsions cognitives en délinquance sexuelle ? Présentation, illustration, limites et perspectives. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique Scientifique*, LXVI, 29-46.
- Benbouriche, M., Vanderstukken, O., Palaric, R., & Le Bas, P. (2013). Prévenir la récidive des Auteurs d'Aggression Sexuelle en France : Présentation et Mise en Perspective des Interventions Cognitivo-Comportementales. In J.-L. Senon, C. Jonas & M. Voyer (Eds.), *Psychiatrie légale et Criminologie clinique* (pp.330-334). Paris, France: Masson.
- Benbouriche, M., Ventéjoux, A., Lebougault, M. & Hirschelmann, A. (2012). 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*, 66, 305-318.
- Bertsch, I., & Cano, J-P (2015). Approche motivationnelle auprès des auteurs de violences sexuelles: état de la littérature et aspects cliniques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 25(2),48-57.
- Blasko, B. L., & Taxman, F. S. (2018). Are Supervision Practices Procedurally Fair? Development and Predictive Utility of a Procedural Justice Measure for Use in Community Corrections Settings. *Criminal Justice and Behavior*, 45(3), 402-420.
- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R. & Webster, C. D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver (C.-B.): Mental Health Law & Policy Institute, Simon Fraser University.
- Bumby, K. M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the Molest and Rape Scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 37-54.
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., Andrews, W. P. (2015) The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337-345.
- Chu, C. M, Ward, T. & Willis, G. M. (2014). Practicing the Good Lives Model. In I. Durnescu, & F. McNeill (Eds.), *Understanding penal practice* (pp. 206-222). London, UK: Routledge.
- Ciavaldini, A. (2001). *Psychopathologie des agresseurs sexuels* (réédition). Paris: Masson.
- Cornet, J-P., Giovannangeli, D., & Mormont, C. (2003). *Les délinquants sexuels. Théories, évaluation et traitements*. Paris: Frison-Roche.
- Cortoni, F., & Longpré, N. (2010). Est-ce que les traitements pour les agresseurs sexuels sont efficaces pour réduire la récidive ? In D. Lafortune, D., J. Poupart & S. Tanner, (Eds.), *Questions de criminologie* (pp. 107-115). Montréal: Presse de l'Université de Montréal.
- Cortoni, F., & Vanderstukken, O. (2017). L'évaluation des besoins de traitement. In : F. Cortoni & T.H. Pham (Eds.), *Traité de l'agression sexuelle: Théories explicatives, évaluation et*

- traitement des agresseurs sexuels (pp.129-144). Sprimont : Mardaga.
- Cosyns, P., Hoérée, J., & De Doncker, D. (2001). Psychothérapie cognitive et comportementale des auteurs d'agression sexuelle. In Conférence de consensus (Ed.), Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle (pp. 243-255). Montrouge: John Libbey Eurotext.
 - Cottraux, J. (2004). Les psychothérapies cognitives et comportementales. Paris: Elsevier Masson.
 - Cottraux, J. (2011). Les psychothérapies cognitives et comportementales. Paris: Elsevier Masson.
 - Davison, G. C. (1974). Homosexuality: The ethical challenge. Presidential address to the 8th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago.
 - Direction de l'Administration Pénitentiaire (2016). Manuel de mise en œuvre de la contrainte pénale. Paris: Ministère de la Justice et des Libertés.
 - Direction de l'Administration Pénitentiaire (2017). Référentiel des Pratiques Opérationnelles - RPOI: Référentiel de la méthodologie de l'intervention des SPIP. Paris: Ministère de la Justice et des Libertés.
 - Ducro, C., Pham, T. H., & Cortoni, F. (2017). L'efficacité du traitement des agresseurs sexuels adultes. Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, XXII (3), 25-33.
 - Finkelhor, D. (1984). Child sexual abuse: New theory and research. NY: Free Press.
 - Granier, C., & Castel, P.-H. (2001). La thérapie comportementale, entretien avec Christophe André. Journal français de psychiatrie, 22, 32-35.
 - Hall, G. C. N., & Hirschman, R. (1992). Sexual aggression against children: A conceptual perspective of etiology. Criminal Justice and Behavior, 19, 8-23.
 - Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, J. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. Criminal Justice and Behavior, 36, 865-891.
 - Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. Journal of Consulting Clinical Psychology, 66, 348-362.
 - Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting Relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 348-362.
 - Hanson, K. R., & Harris, A. J. R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. Criminal Justice and Behavior 27, 6-35.
 - Hanson, K. R., & Harris, A. J. R. (2001). A structured approach to evaluating change among sexual offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 13, 105-122.
 - Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 1154-1163.
 - Hanson, K. R., & Thornton, D. (2000). Improving risk assessments for sex offenders: a comparison of three actuarial scales. Law and Human Behavior 24, 119-136.
 - Hanson, K. R., & Thornton, D. (2003). Notes sur l'élaboration de la Statique-2002. Ministère du Solliciteur général du Canada et Department of Health and Family Services of Wisconsin, Ottawa, Ontario & Wisconsin, USA.
 - Hare, R. D. (1991). The Hare Psychopathy Checklist Revised. Toronto: Multi-Health Systems.
 - Harris, R. (2017). Passez à l'ACT: Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement. Louvain-La-Neuve: De Boeck.
 - Haute Autorité de la Santé (2009). Recommandations de bonne pratique: Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans. 2009. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_argumentaire.pdf
 - Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change. New York: Guilford.
 - Laws, D. R. (1989). Relapse prevention with sex offenders. New York: Guildford Press.
 - Laws, D. R., & Marshall, W. L. (2003). A brief history of behavioral and cognitive-behavioral approaches to sexual offenders, Part 1, Early developments. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 15, 75-92.
 - Leblanc, M., Ouimet, M., & Szabo, D. (2004) Traité de criminologie empirique. Troisième Edition. Canada: Presses de l'Université de Montréal.
 - Leclerc, B., & Proulx, J. (2006). La pléthysmographie pénienne chez les agresseurs sexuels. Dans T. H. Pham (Ed.), L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels (pp.137-159). Sprimont: Mardaga.
 - Lösel, F., & Schmucker, M. (2014). Treatment of sex offenders. In G. Bruinsma and D.

- Weisburd (Eds.), *Encyclopedia of criminology and criminal justice* (pp. 5323-5332). New York: Springer.
- Mann, R.E., & Shingler, J. (2006). Schema-driven cognition in sexual offenders: Theory, assessment and treatment. In W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, L. E. Marshall & G. A. Serran (Eds.), *Sexual offender treatment: Controversial issues* (p. 173-185). Chichester, Royaume-Uni: John Wiley.
 - Mannoni, P. (1998). *Les représentations sociales*. Paris: Que sais-je, Presses Universitaires de France.
 - Marlatt, G. A. (1982). Relapse prevention: A self-control program for the treatment of addictive behaviours. In R.B. Stuart (Ed.), *Adherence, compliance and generalization in behavioral medicine* (pp.329-378). New York: Brunner/Mazel.
 - Marques, J., K., Weideranders, M., Day, D. M., Nelson, C., & van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 79-107.
 - Marshall, W. L. (2005). Therapist Style in Sexual Offender Treatment: Influence on Indices of Change. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(2), 109-116.
 - Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). Outcome of comprehensive cognitive behavioural treatment programs. Dans W. L. Marshall, D. R. Laws & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offender* (pp. 363-385). New York: Plenum Press.
 - Marshall, W. L., & Laws, D. R. (2003). A brief history of behavioral and cognitive behavioral approaches to sexual offender treatment: Part 2. The modern era. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 93-120.
 - Marshall, L. E., Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., Malcolm, P. B., & Moulden, H. M. (2008). The Rockwood Preparatory Program for sexual offenders: Description and preliminary appraisal. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 20, 25-42.
 - Marshall, W.L., & Williams, S. (1975). A behavioural approach to the modification of rape. *Quarterly Bulletin of the British Association for Behavioural Psychotherapy*, 4, 78.
 - Martinson, R. (1974). What works?-questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, 35, 22-54.
 - McMurran, M., & Ward, T. (2004). Motivating offenders to change in therapy: an organizing framework. *Legal Criminological Psychology*, 9, 295-311.
 - McMurran, M., & Ward, T. (2010). Treatment readiness, treatment engagement and behaviour change. *Criminal behaviour and mental health*, 20(2), 75-85.
 - Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. Paris: Dunod.
 - Murphy, W. D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In E. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 331-340). New York: Plenum Press.
 - Ogloff, J. R. P., & Davis, M. R. (2004). Advances in offender assessment and rehabilitation: Contributions of the risk-needs-responsivity approach. *Psychology, Crime and Law*, 10(3), 229-242.
 - Organisation Mondiale de la Santé (1994). *Classification Internationale des Maladies*, 10ème édition. Paris: Masson.
 - Polaschek, D. L. L. (2011). Many sizes fit all: A preliminary framework for conceptualizing the development and provision of cognitive-behavioral rehabilitation programs for offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 20-35.
 - Prescott, D.S. (2018). Four Articles for Newcomers. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, Blogspot. [https://sajrt.blogspot.fr/2018/04/four-articles-for-newcomers.html?utm_source=feedburner&utm_medium=email&utm_campaign=Feed:+SexualAbuseAJournalOfResearchAndTreatment+\(Sexual+Abuse:+A+Journal+of+Research+and+Treatment\)](https://sajrt.blogspot.fr/2018/04/four-articles-for-newcomers.html?utm_source=feedburner&utm_medium=email&utm_campaign=Feed:+SexualAbuseAJournalOfResearchAndTreatment+(Sexual+Abuse:+A+Journal+of+Research+and+Treatment))
 - Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrated model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
 - Proulx, J. (1993). Les théories comportementales. Dans J. Aubut (Ed.), *Les agresseurs sexuels: Théories, évaluation et traitement* (pp 35-43). Montréal: Les éditions de la Chenelière.
 - Proulx, J., & Lafortune, D. (2003). La diversité des agresseurs sexuels : implications théoriques et pratiques. Dans M. Leblanc, M. Ouimet, & D. Szabo (Eds), *Traité de criminologie empirique*. Troisième Edition (pp.469-502). Canada: Presses de l'Université de Montréal.
 - Purvis, M., Ward, T., & Shaw, S. (2013). *Applying the Good Lives Model to the case management of sexual offenders: A practical guide for probation officers, parole workers, and case workers*. Vermont: The Safer Society Press.

- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Salter, A. C. (1988). *Treating child sex offenders and victims: A practical guide*. Newbury, CA: Sage.
- Schneider, S. L. & Wright, R. C. (2001). The FoSOD: A measurement tool for re-conceptualizing the role of denial in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 545-564.
- Sellen, J. L., Gobbett, M., & Campbell, J. (2013). Enhancing treatment engagement in sexual offenders: A pilot study to explore the utility of the Personal Aspirations and Concerns Inventory for Offenders (PACI-O). *Criminal Behavior and Mental Health*, 23, 203-216.
- Seto, M. C., & Lalumière, M. L. (2001). A brief screening scale to identify pedophilic intents among child molesters. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 13, 15-25. <http://dx.doi.org/10.1177/10790632010130010>
- Stoléro, S., Moulrier, V. (2009). Questionnaire sur l'intensité du désir et des symptômes sexuels, version 16. Paris: Inserm unité 742.
- Valence A. (2010). *Les représentations sociales*. Bruxelles: De Boeck.
- Vanderstukken, O., & Benbouriche, M. (2012). Interventions cognitivo-comportementales et prise en charge des auteurs d'agression sexuelle en France: entre Santé et Justice. In J-L Senon, G. Lopez & R. Cario (Eds.), *Psychoriminologie : clinique, prise en charge, expertise* (pp. 123-132). Paris: Dunod.
- Vanderstukken, O. & Benbouriche, M. (2014). Principes de prévention de la récidive et principe de réalité en France: Les Programmes de Prévention de la Récidive à la lumière du modèle « Risque-Besoins-Réceptivité ». *AJ Pénal*, 11, 522-527
- Vanderstukken, O., Benbouriche, M., & Letto, N. (2018). Prévention de la récidive et interventions cognitivo-comportementales en France: quelles formations pour quels intervenants ? *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 28, 42-47.
- Vanderstukken, O., Benbouriche, M., & Letto, N. (soumis à publication). Les modèles de prévention de la récidive et le soin en France. *Pratiques Psychologiques*.
- Vanderstukken, O., Benbouriche, M., & Petit, A.-C. (2015). Proposition d'une Grille d'Analyse des Représentations Sociales pour la prise en charge des Auteurs d'Aggression Sexuelle. *L'Information Psychiatrique*, 91, 305-312.
- Vanderstukken, O., Benbouriche, M., Pham, H.T., & Lefebvre, L. (2015). Les distorsions cognitives des auteurs d'agression sexuelle d'enfant : Définitions, Fonctions, et Enjeux théoriques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 25, 29-34.
- Vanderstukken, O., Garay, D., Letto, N., & Benbouriche, M. (2018). L'introduction du Good Lives Model en France un risque de confusion avec le soin ? *AJPénal*, 1, 13-18.
- Vanderstukken, O., & Lacambre, M. (2011). Dangereusité, prédictivité, et échelles actuarielles: confusion ou détournement. *Information Psychiatrique*, 87 (7), 549-550.
- Van Rillaer, J. (1999). Plaidoyer pour les thérapies comportementales. *Le Vif - L'express*, septembre, 49-50.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An Investigation of Self-Assessment Bias in Mental Health Providers. *Psychological reports*, 110(2), 639-644.
- Ward, T. (2002) Good lives and the rehabilitation of offenders: promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 513-28. doi: 10.1016/S1359-1789(01)00076-3.
- Ward T. & Beech A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggressive and Violent Behavior*, 11, 44-63.
- Ward T. & Casey A. (2010). Extending the mind into the world: a new theory of cognitive distortions in sex offenders. *Aggressive and Violent Behavior*, 15, 49-58.
- Ward, T., Hudson, S. M., Johnston, L., & Marshall, W. L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders: an integrated review. *Clinical Psychology*, 17, 479-507.
- Ward, T., & Keenan, T. (1999). Child Molesters' implicit theories. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 821-838.
- Ward, T., Mann, R. E., & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 87-107. doi:10.1016/j.avb.2006.03.004
- Ward, T., & Polaschek, D. L. L., & Beech, A. R. (2006). *Theories of sexual offending*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ward, T., & Siegert, R. (2002). Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: a theory of knitting perspective. *Psychology, Crime and Law*, 8, 319-351.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2005). *La thérapie des schémas: approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles: De Boeck.

Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? #3

Odile VERSCHOOT

Psychologue clinicienne SMPR de Nantes, présidente de l'ARTAAS (2011- 2017), co-présidente du comité scientifique du CIFAS 2019, présidente du comité international permanent du CIFAS.

Résumé

La loi du 17 juin 1998 a instauré une articulation santé-justice dans la prise en charge des AVS. La différenciation et la complémentarité des professionnels qui y sont impliqués sont la pierre angulaire du maillage et la gageure de son efficacité. La psychopathologie mise en exergue par la recherche menée sous l'égide de C.BALIER en 1994-95 est à l'origine de la création de ce dispositif où condamnation pénale et soin doivent œuvrer conjointement.

L'approche psycho dynamique propose des soins psychiques centrés sur la personne dans ses ressorts conscients et inconscients. Dans la continuité des conceptualisations cliniques depuis S.FREUD, la psychothérapie analytique consiste à accompagner un travail réflexif sur soi-même à partir de la mise en mot des éprouvés sur le parcours de vie. Au-delà des subjectivités de chaque individu AVS, des mécanismes psychiques, notamment de défense, apparaissent avec récurrence et s'avèrent à l'origine du déni d'altérité qui a engendré le/les recours à l'agir sexuel violent sur des personnes de l'entourage. Cette pathologie du lien est l'objet substantiel du soin psycho dynamique et en détermine les modalités. Ainsi, l'espace thérapeutique cadré va permettre une expérimentation sécurisée de l'altérité et la relation thérapeutique investie de part et d'autre va favoriser l'élaboration psychique.

Tisser un lien de confiance mutuelle en vue de générer une altérité suffisamment opérante nécessite d'en prendre le temps. Il est complexe d'en mesurer précisément la progression et de quantifier objectivement le mieux-être existentiel et relationnel.

Par différenciation et complémentarité d'avec l'action socio-judiciaire, les soins psychodynamiques n'ont pas vocation première à prévenir la récidive légale. Néanmoins, en explorant avec le patient-criminel/délinquant sa vérité historique et les ressentis associés aux événements qui la ponctue, ils permettent de remonter aux origines des mécanismes de violences à caractère sexuel commises et contribuent à prévenir la répétition de situations relationnelles à risque.

« Rien n'est plus proche de la vérité du crime que l'écoute sans a priori des acteurs eux-mêmes, quand la relation instaurée avec eux leur permet de se révéler »

Truman Capote

Introduction : Des soins centrés sur la personne

La loi du 17 juin 1998 a créé pour les AVS¹⁷¹ un dispositif juridique spécifique. Il repose sur une articulation santé-justice qui tend à répondre à un fonctionnement psychique récurrent mis en évidence par la recherche menée, en 1994-95, par A. CIAVALDINI et M. GIRARD-KHAYAT sous l'égide de C. BALIER. Pourtant dans le champ sanitaire aucun traitement thérapeutique spécifique n'a été inventé pour soigner ces AVS, force est de constater qu'aucune panacée n'a été trouvée.

En effet, quelles que soient les obédiences et les modalités (individuelles, familiales, groupales, médicamenteuses) le soin œuvre avec les outils et les références théoriques qui fondent ses stratégies et objectifs thérapeutiques « habituels ». Le contexte judiciaire du patient sous main de Justice est bien sûr pris en compte mais il ne modifie pas fondamentalement son essence. La nouveauté la plus notoire pour les soignants fut et est toujours la confrontation à une psychopathologie peu répandue en psychiatrie générale et peu enseignée dans les universités. Le défaut d'altérité ne s'inscrit effectivement que rarement dans le champ de la maladie mentale psychiatrique (les psychoses) et n'engendre pas de souffrance psychique repérable ou identifiée par l'individu lui-même (les névroses). Précisons d'ailleurs que d'une part il n'y a pas corrélation entre la typologie criminologique d'une infraction pénale et la psychopathologie de son auteur et que d'autre part il n'existe pas un profil d'AVS mais une diversité et une hétérogénéité des personnalités et des histoires de vie.

Néanmoins des fonctionnements psychiques apparaissent avec récurrence. La plupart se retrouve toutefois tout aussi prégnant chez bien des auteurs de violences aux personnes sans qualification « sexuelle » : les violences caractérisées de sexuelles ne sont donc pas le fruit d'un mécanisme psychique complètement différent ou à part. Il convient toutefois de prendre en considération dans le traitement psychothérapeutique cette particularité criminologique que constitue le recours au sexe comme « arme de destruction ».

Dans le champ judiciaire, le Code Pénal classe les violences qualifiées de sexuelles, en deux incriminations : viol ou agression sexuelle. Dans le champ psychopathologique, les tableaux cliniques sont infiniment plus nombreux et plus contrastés car les agresseur(e)s sont des individus uniques et différents les uns des autres ; l'objectif de l'approche psychodynamique est de se consacrer à chacun d'eux dans ses particularités individuelles et dans sa subjectivité ; c'est pourquoi nous parlons de « **soins centrés sur la personne** ».

Il nous apparaît primordial de commencer cet exposé par une explicitation de notre compréhension clinique et psychopathologique de la problématique psychique consciente et inconsciente des AVS avant d'exposer les modalités de soins, ses intérêts et ses limites. En effet, à l'instar de la médecine somatique qui soigne ce qu'elle a diagnostiquée, le soin psychique psychanalytique œuvre à traiter les difficultés existentielles du patient qui produisent les troubles repérés comme étant à l'origine du « problème », en l'occurrence des recours à l'agir sexuel violent. Chaque obédience s'attèle ainsi à ce qu'elle saisit subjectivement de la problématique en cause : la diversité des courants théorico-cliniques permet sans nul doute de répondre à la diversité des personnalités des AVS. Leur mise en concurrence dans l'adversité ou leur hiérarchisation arbitraire nuit tout autant au partage d'expérience des professionnels qu'aux patients dans leur choix de traitement.

171. AVS : Auteurs de Violences Sexuelles

La loi de 1998 est issue du constat que, pour la prise en charge des AVS, punir ne suffit pas et soigner ne suffit pas. Pari avait alors été fait à l'époque que l'alliance balisée de ces deux champs aux objectifs et missions parfois antagonistes, pouvait et devait être efficiente. Cette logique de différenciation et de complémentarité s'applique tout autant aux diverses approches thérapeutiques : aucune ne peut affirmer se suffire à elle-même. Les violences sexuelles et leurs conséquences dévastatrices sont trop graves pour s'attarder sur des querelles idéologiques.

1^{ère} partie : De la problématique psychique des AVS

Ma formation initiale en clinique psychanalytique, mon expérience de psychologue au SMPR¹⁷² depuis plus de deux décennies, mes connaissances théoriques et empiriques mais aussi la confrontation incessante aux expériences et aux pratiques de mes confrères & consœurs au sein de l'ARTAAS¹⁷³ alimentent en permanence ma réflexion sur la psychopathologie des AVS. Le point de départ de ma quête de compréhension et d'analyse, tant dans la pratique du quotidien avec le patient que dans les essais de théorisations qui en découlent, repose sur une question centrale : « **comment** ces violences à caractère sexuelle sont-elles advenues ? ». Il s'agit de rechercher les motivations conscientes et inconscientes des multiples choix qui ont jalonné le parcours de vie de l'auteur, qu'ils aient un rapport direct ou non avec le crime commis : impossible en effet d'affirmer d'entrée des déterminants criminogènes généraux tant la subjectivité individuelle prévaut.

Deux principales recherches (BALIER- 1996, GAUTRON- 2017), dirigées sous deux prismes, ont investigué la personnalité des AVS et notamment leurs antécédents familiaux, professionnels ou judiciaires. Nous en avons retenu quelques points pour tenter une sorte « d'autopsie clinique » de l'auteur de violences sexuelles.

Les violences dans l'enfance

Ces recherches constatent qu'environ un tiers des AVS déclare avoir été victimes de viol ou d'agression sexuelle durant l'enfance. Cette statistique souligne l'absence de déterminisme ou de causalité au passage à l'acte à l'âge adulte : clairement avoir été victime n'implique heureusement pas systématiquement de devenir auteur !

La clinique nous montre que, si effroyable soit l'agression subie, c'est surtout son traitement au moment des faits qui est psychologiquement déterminant pour la suite de l'existence et est susceptible d'engendrer un effet traumatique. Ce trauma peut prendre une dimension « chaude » c'est-à-dire être omnipotent dans la vie psychique en produisant de nombreux symptômes visibles. Il peut aussi être absorbé par l'inconscient, rester « froid » et muet mais n'en reste pas moins actif. Ainsi, en thérapie, maints patients racontent le silence dans lequel ils se sont enfermés ou encore comment la personne secourable à laquelle ils se sont confiés les a enjoint à l'oubli ou les a traités de menteurs. La révélation de ce passé douloureux, parfois « oublié » de la mémoire consciente, surgit avec les poursuites pénales en cours et/ou au décours de la thérapie analytique. Aucune recherche n'a, à ce jour et à ma connaissance, tenté de repérer l'impact des poursuites judiciaires et la condamnation de l'agresseur de l'enfant sur son devenir d'adulte. Sans doute, n'avons-nous pas actuellement suffisamment de recul pour confirmer l'espérance que la prise en considération familiale, sociale, judiciaire et sanitaire de la parole de l'enfant agressé court-circuite effectivement le risque délinquant et/ou la souffrance psychique.

172. Service Médico Psychologique Régional en milieu carcéral

173. Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles

Par ailleurs, les autres formes de violence ou maltraitance subies, non caractérisées de sexuelles, sont peu mises en exergue dans ces recherches alors qu'elles sont omniprésentes dans la vérité psychique historique de ceux/celles qui un jour sont devenus agresseurs sexuels. Pourtant dans ces violences, souvent répétées, faites au corps, la frontière entre le sexuel et le non-sexuel est indubitablement floue (par exemple la fessée déculottée ou les mises à nu punitives). La caractérisation « objectivement sexuelle » telle que définit par la Justice exclut de fait du passé des AVS ces violences que nous affirmons « sexuées ». Leurs effets destructeurs à long terme sont tout aussi remarquables que les agressions sexuelles subies. En effet, en plus de la terreur qu'inspirent la Toute Puissance de l'adulte « éduquant » et son lot d'excitations, la punition douloureuse et/ou humiliante infligée « pour ton bien » ou la sanction non reliée (disproportionnée, différée) à la « bêtise » envoie un message indéchiffrable. Inclues parmi les « maltraitances » ou dissimulées sous couvert d'éducation, ces violences « sexuées » sont récurrentes dans les parcours de vie de la plupart des AVS rencontrés et constituent nombre « traumatismes froids ». La confusion psychique suscitent des motions irréprésentables donc indicibles : le geste violent n'est pas explicitement sexuel alors que l'éprouvé en est empreint. Ajoutons à la liste de ces messages incompréhensibles car paradoxaux, le spectacle sidérant que constitue la violence et les « retrouvailles », parfois tout aussi bruyantes, au sein du couple parental. Dès lors, comment distinguer les contours de la sexualité de ceux de la violence ?

De même, sans que des violences physiques - sexuelles ou non - n'aient été subies ou observés, tant la littérature psychanalytique que l'expérience clinique constatent l'effet destructeur, ou plutôt « l'empêchement de structuration psychique », que constitue le climat « incestuel » au sein d'une famille où règnent la porosité entre l'intime et le social, l'indifférenciation générationnelle ou la promiscuité physique. Le corps y est soit nié dans un tabou rigide, soit exposé voire imposé sans retenu et il n'est pas rare que ces deux extrêmes œuvrent en alternance. Cette dynamique incestuelle réduit les possibilités de construction d'une identité différenciée et l'instauration d'une assise narcissique stable sous forme d'une estime subjective de soi.

En plus d'une profonde incompréhension dévalorisante, toutes ces expériences suscitent de profonds sentiments d'injustice à l'origine d'une haine farouche. Excitation, perplexité et haine se trouvent ainsi indistinctement emmêlées. Ce paradoxe se jouera dans les agir sexuels violents qui seront ultérieurement commis : la personne estimée subira des assauts sous couvert d'affection.

Quelle que soit leur forme ou leur réalité objective, ces violences subies ou ressenties durant l'enfance sont constitutives de l'histoire de l'individu et impactent les relations à soi-même et à autrui, notamment dans le champ de la sexualité et de l'intimité. Elles génèrent un sentiment d'insécurité intense qui se manifeste à la fois par un cruel manque de confiance en soi et par une méfiance, voire une défiance, à l'égard d'autrui. Cet éprouvé pérenne détermine les modalités défensives inconscientes mobilisées pour grandir malgré tout : la protection de soi y prévaut pour pallier le sentiment d'être objet des pleins pouvoirs de l'autre et son lot d'humiliation récurrente. L'hyper conformité aux normes sociales y apparait comme un gage d'invisibilité protectrice : les perturbations douloureuses internes sont masquées, voire déniées, en faveur de l'intégration sociale. Souffrance interne et conformité sociale coexistent alors dans un **clivage** sans jamais cohabiter, ni s'interagir. Il ne s'agit point là d'une duplicité stratégique délibérée mais bien d'un fonctionnement psychique inconscient (c'est-à-dire dont la personne n'a pas elle-même une lucide conscience) qui vise à juguler l'insécurité interne.

Ainsi, si l'énoncé du factuel et le repérage d'événement considéré socialement comme traumatique sont des informations importantes, le vécu subjectif et les éprouvés qui y sont rattachés pèsent tout autant sur les choix de vie ultérieurs. Noyés dans une indécidable ambiguïté, ces « traumatismes froids » n'adviennent pas comme représentation et ne constituent pas une expérience qui fait sens. Le soin psychodynamique va œuvrer pour en favoriser le repérage et la mise en mot.

La relation victime-agresseur

Les recherches et les statistiques judiciaires mettent en évidence de façon constante au fil des décennies, que dans environ 90% des affaires de violences à caractère sexuel, l'auteur et la victime se connaissent peu ou prou avant le surgissement d'un passage à l'acte. En matière de violences sexuelles sur mineur notamment, il est objectivement constaté que l'agresseur fait partie de l'entourage de l'enfant. Il serait erroné d'en conclure aussitôt qu'il s'agit de stratégies prédatrices pour se rapprocher intentionnellement d'un enfant en vue de lui infliger des actes sexuels. La pratique clinique démontre plutôt que c'est au décours de cette relation, souvent très investie affectivement, que se met en acte une dimension sexuelle inadéquate. Ce même mécanisme de confusion et d'ambiguïté relationnelle se retrouve tout aussi fréquemment dans les agressions envers un adulte. De par sa structuration psychique, sur laquelle nous reviendrons plus bas, l'auteur est pris dans une indifférenciation entre son désir et celui de l'autre qu'il n'identifie pas comme différent du sien. Le défaut d'altérité, voire le déni d'altérité, est cœur du processus qui conduit à la commission de violences à caractère sexuel.

Les troubles sexuels

Les recherches auxquelles nous nous référons ici n'ont pas non plus révélé de « troubles sexuels » médicalement diagnostiqués qui préfigurerait avec récurrence dans les antécédents des auteurs. Si les violences sexuelles commises constituent indiscutablement une atteinte à l'intime sexuel de la victime et risquent d'impacter durablement sa sexualité, l'agresseur n'est pas pour autant « un obsédé ou un détraqué sexuel ». En effet, ces recherches montrent que bien souvent il a par ailleurs une vie sexuelle active. Même si elle est fréquemment qualifiée de « peu satisfaisante » ou encore de « peu épanouissante », il n'est pas « en manque » sur le plan sexuel. L'absence ou la pauvreté de vie sexuelle adulte n'explique en rien le recours à un acte sexuel imposé à autrui qui relève essentiellement d'une immaturité psycho affective. En effet, sexuel et sexualité sont deux dynamiques distinctes qui classiquement décollent l'une de l'autre. Chez les AVS, on observe avec récurrence une fixation au sexuel archaïque sans évolution vers une sexualité relationnelle partagée.

Rappelons par ailleurs que conjuguer violence et sexualité peut relever d'un choix sadomasochiste et que les « addictions sexuelles » qui empoisonnent indubitablement la vie quotidienne de la personne dépendante et peuvent se révéler peu plaisantes pour le ou les partenaire(s), ne relèvent pas du champ qui est le nôtre aujourd'hui. Ajoutons enfin que la clientèle des travailleurs/travailleuses du sexe n'est pas non plus à considérer comme agresseur sexuel hormis si le/la prostitué(e) est un enfant. Quelle que soit la réprobation sociale ou morale qui entoure ces pratiques sexuelles dont on ne peut exclure totalement une tonalité perverse, le consentement mutuel les rend légales et les exclut du champ des violences sexuelles. Cette clarification à la fois clinique et légale souligne combien la problématique des violences sexuelles n'est point une question de sexualité mais bien celle de la violence. Il serait donc plus exact de parler de violences à caractère sexuel pour éviter confusion et amalgame.

2^{ème} partie : Des mécanismes psychiques à l'œuvre

Aborder les auteurs de violences à caractère sexuel sous le prisme de la violence faite à autrui plutôt que sous celui d'un dysfonctionnement de la sexualité, est étayé à la fois par les résultats de la recherche d'envergure menée en 1994-95, par les travaux de C. BALIER et par ma pratique clinique au quotidien au SMPR. L'observation au long cours et la réflexion théorico-clinique qui en découle mettent en évidence des mécanismes psychiques récurrents au-delà des parcours de vie et des vécus subjectifs individuels : la pathologie du lien d'altérité y apparaît première et les distorsions narcissiques (sentiment d'exister, estime de soi) y jouent un rôle déterminant : les carences identitaires et l'indifférenciation Moi-Non Moi sont le terreau des effractions destructrices de l'intime que sont les violences sexuelles.

Comme nous l'avons précédemment constaté, l'environnement éducatif a été bien souvent le berceau de violences physiques et/ou psychiques. Les souvenirs d'une enfance fréquemment d'abord annoncée comme étant « sans histoire » du point de vue factuel, révèlent toutefois un climat insécure à l'origine d'une angoisse existentielle qui mobilise des modalités défensives intenses.

Le Clivage du Moi

Pour survivre face à ce climat plus perçu qu'identifié, le psychisme va en effet déployer des stratégies de protection que nous retrouvons en l'état initial à l'âge adulte chez bien des AVS. Le Moi s'est construit en clivage : une partie reste immature, archaïque sans possibilité de liaison pulsionnelle alors qu'une autre se soumet docilement aux normes sociales sans état d'âme. De ce Moi clivé, la question du désir et de la subjectivité sont forcloses au profit d'un effacement protecteur. Ainsi, par exemple voit-on des AVS, décrit socialement comme des monstres prédateurs et calculateurs, être dans l'incapacité de prendre position sur des choses banales de la vie quotidienne tel que choisir entre deux horaires de rendez-vous : faire un choix les met profondément mal à l'aise aussi tendent-ils à s'en remettre à l'interlocuteur ou à se mouler dans une préférence qu'il suppose. Ce contournement de l'épreuve du choix ou du risque de la décision souligne l'intensité et l'efficacité de l'effacement de soi mais aussi l'évitement de tout ce qui pourrait engendrer un conflit redouté, tant avec soi-même qu'avec autrui.

Le déni psychique

Le déni de toute motion hostile est à la fois l'origine et le corolaire du clivage du Moi. Le déni est un mécanisme protecteur inconscient qui exclut systématiquement du champ conscient tout ce qui est susceptible d'être source de turbulences pour le Moi fragile. Il procure l'illusion de percevoir l'entièreté de la réalité objective alors qu'il n'en reçoit qu'une partie. Métaphoriquement, nous pourrions dire que celui/celle qui fonctionne dans le déni est borgne sans le savoir ! Ainsi, la conflictualisation est exclue du champ de pensée et des éprouvés, qu'elle concerne le vécu interne ou le rapport à l'environnement. La notion de conflit est en effet assimilée à la violence guerrière destructrice et à la mort. La conflictualisation n'y est point vécue comme une des facettes des relations humaines mais uniquement comme ce qui déchire et sépare.

Insistons ici pour préciser que ce déni psychique est bien un mécanisme de défense inconscient qui peut être sans lien avec le « déni des faits » si souvent reprochés aux AVS. Ils ont néanmoins en commun le refus partiel d'une réalité objective : ainsi, hormis les revendications d'une totale innocence, nombre AVS reconnaissent des « relations sexuelles » mais en dénie la dimension criminelle c'est-à-dire la violence

imposée à autrui. L'affirmation « c'est moi et c'est pas moi », mainte fois entendue en psychothérapie, est la signature du clivage et du déni de la partie haineuse et violente du Moi. Cette dualité interne qui s'exprime crûment dans le discours est toujours troublante pour l'interlocuteur qui peine à y repérer une cohérence.

L'emprise

Eviter le surgissement de tout conflit impose une maîtrise absolue de soi, de toute émotion et de l'environnement : puisque les différences (de sexe, de génération, de gout, d'opinion, etc.) sont susceptibles d'être source de tension alors mieux vaut les abolir et dénier l'idée-même d'une subjectivité-altérité. L'emprise consiste à déposer l'autre de sa subjectivité intime perçue comme menaçante. Elle vise l'absolue sécurité interne et éradique les risques-dangers du doute ou des hésitations ressentis comme déstabilisants et affaiblissants. Dans une indifférenciation probante Moi-non Moi, cette emprise s'étend et s'impose aussi au « hors soi ». La certitude que « tout le monde est pareil » est rassurante. Nous comprenons là combien une telle logique psychique, substantiellement inconsciente, engendre une personnalité rigide et une tyrannie relationnelle qui font violence à autrui.

Clivage, déni et emprise dominent le fonctionnement psychique de la plupart des auteurs de violences, en particulier celles à caractère sexuel. De telles modalités de défense constituent le plus souvent un stade transitoire dans l'évolution psychique du petit humain. Généralement, elles s'abrasent ensuite progressivement dans une structuration névrotique. Chez nos patients AVS, le vécu insécuritaire ne permet pas cette maturation ; le fonctionnement reste donc figé à l'état « brut » inachevé dans cette phase précoce et archaïque. L'immaturité psycho affective domine alors leur rapport à eux-mêmes, à la réalité et à autrui : leur corps grandit mais le fonctionnement psychique reste infantile, dans un clivage probant entre soma et psyché. Cette fixation défensive définit la perversion au sens psychanalytique du terme. Le jugement moral et social porté sur le « pervers » et son incurabilité est bien loin de ce tableau psychopathologique où règne essentiellement une immaturité psychique toujours susceptible de mûrir. Ainsi, la clinique nous incite à nous référer à ces « mécanismes de défense du champ pervers » plutôt que d'affirmer un diagnostic de perversion empreint de déterminisme et dénué d'espoir thérapeutique.

3^{ème} partie : De l'approche psychodynamique

La psychanalyse est un soin psychique que S. FREUD a théorisé à partir de sa formation médicale de neurologue et de sa pratique clinique thérapeutique il y a maintenant plus de 120 ans. Elle a fait école et s'est depuis enrichie et déclinée au fil des travaux et expériences des praticiens. En effet, la psychanalyse n'est point une théorie issue de la recherche fondamentale, elle découle essentiellement d'une praxis qui est inlassablement interrogée, pensée, mise au travail et dénuée de certitude puisque chaque rencontre avec un patient est inédite.

Il serait fastidieux et inadéquat de relater ici l'ensemble des théorisations freudiennes aussi ne citerons-nous que celles qui principalement nous éclairent sur la problématique des AVS.

L'Inconscient

Une des grandes révélations des travaux de S. FREUD qui a exploré le psychisme tel un archéologue, fut de mettre en lumière l'existence de l'inconscient qui opère tel le disque dur d'un ordinateur : invisible, souvent imperceptible mais ô combien omniprés-

sent et indispensable au fonctionnement humain. L'inconscient est le réceptacle des percepts et des affects : il est le noyau intime de nos personnalités et interagit à notre insu en permanence avec le conscient « malgré nous ». A l'instar donc du disque dur qui enregistre, sauvegarde et restitue (l'humain n'a-t-il point construit l'ordinateur à son image ?), il absorbe, nourrit et impacte sans cesse nos émotions et nos pensées et détermine ainsi nos choix. L'inconscient règne sur nos rêves et nos rêveries, faisant surgir dans notre sommeil des images ou sensations à peine perçues dans la journée ou corrélant des événements apparemment et consciemment sans lien.

Envisager un soin psychique en excluant l'inconscient nous apparaît renier une part essentielle de ce qui constitue un individu et nous semble aussi vain que de vouloir réparer un ordinateur en se contentant de changer l'écran !

La Vérité historique du Sujet

Pour poursuivre avec cette métaphore informatique : si nous avons tous quasiment le même ordinateur, nous ne disposons pas tous des mêmes logiciels et les données que nous enregistrons et sauvegardons sont très variables d'un utilisateur à l'autre.

L'approche thérapeutique psycho dynamique s'attèle à la « mémoire » individuelle subjective. Elle vise à ouvrir progressivement les « fichiers des éprouvés ». Selon le principe de « libre association », elle invite à explorer les « fichiers cachés en abyme » : une émotion ou une pensée en appelle et en rappelle une autre. Elle « fait avec » la Vérité historique subjective. Elle accompagne le patient dans cette enquête sur sa réalité interne qui peut sembler parfois en décalage ou en contradiction avec une réalité externe : le « paraître » ne définit pas entièrement « l'être ». Il s'agit avant tout de travailler avec ce vécu subjectif qui de fil en aiguille a amené le patient dans son actualité présente c'est-à-dire à bâtir ce qu'il est, ce qu'il pense, ce qu'il fait et en l'occurrence l'a conduit à commettre des violences à caractère sexuel.

Le vécu singulier est la matière première des soins psycho dynamiques en ce sens qu'il détermine l'ici et maintenant de l'individu et de ses actes. A l'instar des préférences de goûts et des couleurs, les éprouvés ou les pensées ne sont pas raisonnables ; ils sont, au contraire, un creuset où se mêlent souvenirs, fantasmes, percepts et affects en toute partialité subjective et cela les rend bien complexes à expliquer, à argumenter ou à justifier. La thérapie d'approche psycho dynamique exclut la vérification des informations car elle n'est pas une enquête objective ou la quête d'un savoir *sur* la personne mais un cheminement *avec* elle.

Les pulsions

En étudiant le psychisme, S. FREUD a révélé l'activité et l'objet des « pulsions ». Définies comme l'effet somatique d'un déclencheur psychique, souvent inconscient, ces pulsions constituent la mise en acte de pensées et la mise en scène d'éprouvés dans le champ de la réalité concrète et sociale. Au fil de sa pratique et de ses théorisations cliniques, S. FREUD a observé que certaines visent à préserver la vie (pulsions de vie/pulsions sexuelles) là où d'autres œuvrent pour détruire (pulsions de mort).

Il est parfois complexe de distinguer clairement les intentions pulsionnelles notamment lorsqu'elles produisent un crime et en particulier quand celui-ci revêt un caractère sexuel. Les violences sexuelles apparaissent en effet comme une conjugaison pulsionnelle ou plutôt une déliaison inorganisée de l'ensemble des pulsions. Leur sur-gissement brutal et soudain est souvent synonyme « d'impulsion » tant pour l'agresseur que pour la victime mais l'on se permettra d'affirmer ici qu'il n'en est rien ! Si l'acte commis ne repose sur aucune pensée perceptible et dicible, la mise en action de la pulsion n'en a pas moins une longue histoire et des origines. Une certaine confu-

sion de sentiments, source d'insécurité, ou encore l'absence ou l'effondrement des repères tel que la confrontation à la conflictuelle différence au décours d'une situation relationnelle, nécessite une réaction (action en réponse à) urgente pour rétablir une sécurité suffisante. La destruction de l'objet perçu comme source du chaos s'impose dans une logique de survie. Les violences à caractère sexuel reposent sur une double action pulsionnelle qui conjointement et paradoxalement détruit et sauve.

La pratique clinique nous incite à retenir que ce mécanisme constitue un « recours à l'acte » qui a été conceptualisé par C. BALIER pour souligner la dimension de sauvegarde psychique que comporte l'agir pulsionnel destructeur. L'imaturité psychoaffective de la plupart des AVS leur confère le sentiment d'être plus objet que sujet de leur existence : leur enfance les a rendu spectateur et/ou objet de relations humaines basées sur un rapport de force manichéen dominant-dominé. Pour s'en protéger, ils se sont écrasés dans un évitement du conflit. Les violences constituent une bascule radicale, fulgurante et transitoire, de cette position passive vers une position active dominante et toute puissante. Elle apparaît inversement proportionnelle aux ressentis d'humiliation « encaissés » jusqu'alors. G. BONNET considère ce retournement comme une forme de « vengeance » alors que nous y voyons surtout le surgissement des motions hostiles et haineuses censurées et emprises de longue date dans une partie déniée du Moi. De façon archaïque, sur un mode infantile, le corps est utilisé comme arme de destruction. Sa dimension adulte et sexuée en est l'instrument. Le clivage entre l'imaturité psychique et la maturité physique est provisoirement levé au profit d'une récupération narcissique.

Bien des agresseurs sexuels relatent leur impression d'avoir été agi et d'être davantage acteur qu'auteur. Néanmoins, leur fonctionnement psychique dans l'évitement de l'altérité (l'autre générant une conflictualisation pour laquelle ils ne sont pas outillés) contribue substantiellement à déclencher ce recours pulsionnel lorsque le déni et l'évitement ne sont plus des protections suffisamment efficaces.

La décharge pulsionnelle que constitue l'agir sexuel violent procure un apaisement éphémère qui ne règle en rien la problématique originelle. Ainsi que l'a observé D. ZAGURY dans son travail expertal sur la sérialité criminelle, les mêmes causes produisent les mêmes effets : la pulsion qui œuvre pour le maintien à un niveau bas de tension interne, répète son action chaque fois que nécessaire. La répétition de ce mouvement pulsionnel en quête d'homéostasie explique la répétition des recours à l'acte violent : une même victime est l'objet de maintes agressions durant plusieurs années et/ou de nombreuses victimes sont à déplorer au moment de l'arrestation de l'auteur. Cette décharge pulsionnelle destructrice comme « solution » d'évacuation de la pression interne est bien loin du plaisir sexuel. C'est l'apaisement qui est visé et non l'orgasme.

Il est souvent affirmé que les auteurs de violences sexuelles n'éprouvent pas de sentiment de culpabilité. Comme toute généralité, celle-ci est réductrice mais pas fautive ; fréquemment l'éprouvé de culpabilité porte sur la décharge pulsionnelle qui a échappé à leur emprise plutôt que sur le sentiment d'avoir nui à autrui. Le déni d'altérité ne permet pas cette empathie voire impute à la victime la responsabilité d'avoir provoqué cette décharge pulsionnelle. A défaut de sentiment de culpabilité, un sentiment plus archaïque de honte est en revanche souvent présent. Chez ces individus qui ont œuvré pour se cacher dans une hyperconformité sociale, se retrouver en faute sous les projecteurs de la Justice, voire des médias, est ardu mais augure d'un possible travail thérapeutique.

Le cadre de soin

L'un des apports de S. FREUD et de ses adeptes est d'avoir repéré l'impact substantiel d'un cadre de soin rigoureux, précis et immuable dans le processus thérapeutique. Pour favoriser l'élaboration psychique, la permanence du cadre « matériel » s'avère primordial : lieu, durée, fréquence des entretiens, positionnement dans l'espace y sont tout aussi nécessaires que la « solidité » du thérapeute. Seule une relation soignant/soigné balisée et délimitée favorise l'émergence d'une confiance mutuelle et d'un sentiment de sécurité respectif sans lesquels un soin psychique ne peut advenir. La fiabilité repose sur la permanence et sur la continuité. L'improvisation en fonction de « l'humeur du jour » tant du patient que du thérapeute sont « hors cadre » ! En plus d'être définies, les règles qui régissent le cadre de soin se doivent d'être énoncées, explicitées et rappelées autant de fois que nécessaire. Ces dispositions et leur respect bon gré mal gré font partie intégrante du soin. La contention qu'elles imposent tant au patient qu'au thérapeute est particulièrement essentielle dans le traitement des « transgresseurs » de la loi et de l'altérité et des débordements pulsionnels qui les agitent.

Le cadre de soin originel pratiqué et prôné par S. FREUD perdure dans le contexte de la « cure type » sur le divan. Il s'avère toutefois inadéquat en l'état avec la patientèle qui nous occupe. Il convient de n'en retenir que la substance c'est-à-dire un cadre thérapeutique rigoureux et solide, source de sécurité psychique et propice à l'expression sur soi qui favorise une réelle Rencontre humaine dans un partage d'affects (et non d'affection) telle que C. BALIER l'a conceptualisée. _

La relation thérapeutique

Au sein de ce dispositif psycho dynamique, S. FREUD a mis en évidence la nécessité d'une écoute active du thérapeute ainsi que son indispensable bienveillance envers le patient et ce qu'il exprime. Précisons, s'il en est besoin, que cette attention n'est en rien une caution ou une banalisation des actes criminels violents qu'il a commis. Les éprouvés qui émergent dans cette relation particulière entre un thérapeute et un patient s'inscrivent dans un mouvement de transfert et de contretransfert. Seul cet investissement mutuel, en résonance, permet de parler de soi et de nommer ses ressentis pour les élaborer.

L'approche psycho dynamique invite donc à une mise en mots du vécu subjectif en vue de la mise en perspective d'une historicité individuelle. Il s'agit de favoriser l'expression sur soi par libre association : une idée, un souvenir, une émotion en rappelle une autre et se donne sens les uns les autres. Ce qui semblait « oublié » émerge peu à peu dans le conscient et permet au patient, accompagné par le thérapeute, de repérer d'éventuelles répétitions mais aussi de saisir combien ce qui semble relever du hasard ou de l'impulsion a en fait des racines dans son histoire. La psychanalyse donne la parole à l'individu dans ses dimensions conscientes et inconscientes, dans son présent comme sur son vécu infantile. Elle explore, avec le patient, le mal-être et ses racines en-deçà et au-delà des actes violents à caractère sexuel.

4^{ème} partie : De l'intérêt de l'approche psycho dynamique dans la prise en charge thérapeutique des AVS

La diversité des AVS est désormais autant admise que la pertinence de ne jamais réduire un individu à ce qu'il paraît, fait ou commet. Notre expérience nous permet d'affirmer que tout crime ou délit, quelles que soient leur gravité et leur réitération, est

toujours le produit d'une histoire subjective. La mission de la Justice est d'enquêter et de condamner alors que celle du thérapeute est de soigner ! Il n'a pas compétence à juger et le cadre légal français lui enjoint de respecter le secret professionnel¹⁷⁴, y compris en milieu carcéral¹⁷⁵. Le code de la Santé publique qui régit son activité lui impose d'entreprendre des soins opportuns, de ne point nuire mais n'exige pas une « guérison » somatique ou psychique qu'il est toujours complexe de mesurer. Au vu de la psychopathologie des AVS, le soin psycho dynamique vise à traiter les causes pour prévenir les effets. Il ne s'agit point là de prévenir la récidive légale stricto sensu mais bien de prévenir la répétition des situations problématiques en les identifiant et de pallier les solutions pulsionnelles qu'elles engendrent. C'est donc tout le « mal vécu » qui va être mis au travail.

L'approche thérapeutique psycho dynamique s'attèle aux « racines du mal » c'est-à-dire au fonctionnement psychique. Elle tend à en démonter, avec le patient, les mécanismes conscients et inconscients pour les analyser dans une quête de sens et surtout à mettre en perspective la continuité existentielle qui a mené aux actes sexuels violents.

Cette thérapie psychanalytique propose un travail réflexif pour prendre soin de soi et par inférence des autres. D'emblée les habituelles modalités défensives vont œuvrer pour éviter une « mise à nu » psychique. La première étape va donc consister à un « **apprivoisement** » ; la permanence du cadre de soin, la bienveillance et la neutralité du thérapeute non-jugeant vont créer un « espace sécurisé » propice à la liberté d'expression. A distance de la procédure judiciaire en cours, la parole déposée dans le cadre du soin, telle une version personnelle des faits par exemple, ne pourra se « retourner » contre le patient-justiciable. Cela n'implique pas un cautionnement aveugle du thérapeute, ni une adhésion au point de vue défendu par le patient, cela signifie juste qu'il ne le juge pas de penser ainsi : le patient va plutôt être guidé pour expliciter son raisonnement et ce qui l'y amène.

Assouplir les modalités défensives

Nous avons mis en exergue combien le vécu infantile avait conditionné le fonctionnement psychique et mobilisé de longue date des mécanismes de défense pour se protéger de toute souffrance. La thérapie psycho dynamique donne la parole à cette part infantile qui perdure, envahit l'adulte et détermine nombre de ses choix ou de ses actes souvent en toute « inconscience ».

Il n'y a point là l'illusion de modifier le passé mais uniquement d'en comprendre les méandres pour vivre avec sans qu'ils influent avec une récurrence toxique sur le présent. Il est frappant de constater combien nombre d'AVS ne se sont jamais intéressés à eux-mêmes et se sont fort peu penchés sur leur histoire de vie, tant leur énergie psychique semble avoir été principalement mobilisée sur la gestion factuelle de l'ici et maintenant. Plus objet que Sujet d'un parcours de vie, se raconter à un tiers et s'écouter narrer ne va pas de soi.

Ainsi les protections qu'offrent le clivage et le déni entretiennent le refus de se positionner sur une histoire en la « saucissonnant » sous forme d'anecdotes isolées alors que la « commande » thérapeutique vise à (re)constituer une trame cohérente : les

174. L'obligation de signaler un mineur en danger est la seule dérogation légale au secret professionnel : Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007

175. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale
Chapitre II : Soins en milieu pénitentiaire et protection des détenus. Cette loi, portée par Simone Veil, instaure l'indépendance des logiques sanitaire et judiciaire en milieu pénitentiaire

vieux réflexes ne lâchent pas prise sur simple commande ! Il revient au thérapeute de faire avec, tout en provoquant une douce conflictualisation par des interventions et questionnements critiques pour aller au-delà de l'énoncé souvent froid. L'agressivité ne manquera pas de surgir mais ne détruira toutefois pas le cadre de soin, ni le thérapeute qui sont le réceptacle indestructible de ces éprouvés et de leur expression. Patience et persévérance tant pour le patient que pour le thérapeute seront indispensables. Les mécanismes de défense grandement actifs dans les premiers temps du soin tendent à proposer un discours peu incarné : il serait inadéquat de les bousculer d'emblée au risque sinon de les voir se renforcer alors que le travail vise à les assouplir pour les rendre plus adéquats à la relation d'altérité.

La vérification de la solidité, tant du soignant que du cadre, permet d'en acquérir la certitude. Dès lors, les modalités défensives et protectrices s'imposent de moins en moins. Nul doute qu'elles ressurgiront chaque fois que l'adversité et son lot d'insécurité seront à nouveau perçus.

La relation d'emprise maintient aussi sa Toute puissance dans les débuts du processus thérapeutique : le soignant se sent mis à mal, a la sensation d'être manipulé, attaqué dans son intimité et empêché dans ses « bonnes » intentions thérapeutiques. Si se soumettre est anti-thérapeutique, lutter contre en renvoyant de l'agressivité est tout à fait vain et contre-productif. S'appuyer sur le cadre et sur les ressources humaines d'une équipe de soin aide à tenir face aux tentatives de laminage. Il faut savoir parfois se contenter provisoirement de maintenir solidement le cadre sans attendre trop de contenu ou d'élaboration pour juguler des mécanismes d'emprise tendant à annihiler toute subjectivité ! L'utilisation d'une médiation, tel le QICPAAS¹⁷⁶, l'historiogramme ou le génogramme ou encore des soins en groupe, peut contribuer à aménager cette relation inédite et provoquer un décalage suffisant pour parvenir à parler de soi. En effet, quelles qu'elles soient, les médiations opèrent tel un tiers protecteur, éloignent le sentiment de danger, libèrent l'émergence de pensées et d'émotions et en facilitent l'expression.

Expérimenter l'altérité

Si le soin psycho dynamique constitue un espace « à part » de la vie quotidienne, à distance de ses tumultes pour penser sereinement et tranquillement, la rencontre thérapeute-patient n'en constitue pas moins une expérience d'altérité. Le réflexe protecteur d'emprise cherchera indubitablement à annuler ce rendez-vous avec un autre différent de soi tant redouté.

Les modalités de soin de l'approche psycho dynamique reposent sur la Rencontre entre deux individus : chacun y a une place différente, clairement définie et non négociable. Leur investissement respectif et réciproque engendre une relation de confiance mutuelle puis tisse un lien qui va exister au-delà du strict instant de l'entretien. L'émergence du transfert et du contre-transfert - qui vont de pair - ne peut survenir sans réelle implication dans la relation de soin. Les entretiens vont ainsi constituer une expérimentation protégée de l'altérité.

Nous avons précédemment souligné que les violences à caractère sexuel s'inscrivaient dans une pathologie du lien inhérente à un défaut voire un déni de l'altérité. C'est pourquoi les soins psycho dynamiques axent principalement le traitement sur cette dimension relationnelle. La position soignante à la fois rigoureuse et bienveillante en est la pierre angulaire : pour accompagner le dépassement de la peur de l'altérité, le « savoir-être » relationnel prévaut sur le strict savoir-faire technique.

176. Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Aggressions Sexuelles

Transformer les décharges pulsionnelles

La mise en mot vise à amener une forme d'expression aussi apaisante que celle de la mise en acte car parler est un acte. Identifier, nommer les émotions en les distinguant les unes des autres, verbaliser sur le vécu passé et présent constituent des mouvements psychiques dont le corps n'est pas exclu puisque maintes émotions se traduisent par une gestuelle corporelle (pleurer quand on est triste, rire quand on est joyeux, se tortiller ou suer quand on est mal à l'aise, etc.). Nombre de patients découvrent et expriment après seulement quelques entretiens combien « ça fait du bien de parler quand on est écouté ».

La parole oblige à se représenter, elle nourrit et se nourrit de l'imaginaire qui souvent fait défaut chez les AVS. Leurs capacités idéatives et créatives ont en effet jusqu'alors été bridées par leur mécanisme de défense et leur souci de conformité à une norme sociale ambiante. Inviter à parler de soi par le biais de ce qui les anime (par exemple un loisir), à expliquer à l'interlocuteur-soignant, oblige à trouver les mots pour traduire une pensée et des maux. Cette adresse à un autre favorise à la fois une représentation de soi et une représentation de l'autre. En plus de l'ouverture vers l'altérité qu'elle constitue, elle suscite une curiosité pour soi-même via la curiosité de l'autre pour soi dans une intersubjectivité.

Donner la parole à quelqu'un qui ne l'a pas eu ou ne se l'est jamais accordé, revêt une dimension narcissiquement valorisante. Parler revient à exister comme sujet. L'espace thérapeutique protégé notamment par le secret professionnel, permet l'expérimentation sans danger du dévoilement de soi ; dénué de jugement ou de censure tant sur la forme que sur le contenu (seul l'agir violent y est comme partout interdit), « tout » peut y être dit. La colère ou la frustration doivent s'y exprimer verbalement : cogiter pour trouver les mots ou se remémorer des souvenirs met les pulsions au service de cet exercice créatif et en permet la liaison.

La régularité des entretiens et leur continuité malgré des « loupés » créent progressivement « l'habitude de parler » et éloignent les risques d'une décharge pulsionnelle : la goutte d'eau ne fait plus déborder le vase lorsque l'on prend soin de le « vider » régulièrement !

5^{ème} partie : Des limites des soins psychodynamiques aux AVS

Chaque modalité de soin présente ses avantages et ses inconvénients et aucune ne peut s'affirmer entièrement efficace et efficiente pour tous. Ainsi, ce qui convient bien à un patient pourra être insupportable pour un autre. De plus, le « courant » peut passer avec un soignant et pas du tout avec un autre, même si les deux travaillent avec la même obédience clinique : la rencontre humaine n'est pas qu'affaire de théorie. Si l'approche psychodynamique vise à accompagner et à guider un patient dans son cheminement, elle ne détermine pas d'emblée la destination à sa place, aussi est-il complexe de considérer l'avoir atteinte. L'ambition thérapeutique est d'abord de s'adapter aux capacités et aux possibilités de chacun. Néanmoins, il est légitime de sans cesse s'interroger sur la pertinence des soins en cours et de les évaluer pour repérer leur adéquation.

La durée

Il est sans cesse reproché à la psychanalyse la durée des « cures » qu'elle propose ; il est vrai que l'on ne « détricote » pas toute une vie et des effets destructeurs d'un claquement de doigts. De plus, nouer une relation pour tisser un lien fiable avec un

patient qui arrive avec réticence, défiance et un déni d'altérité, est un cheminement chaotique de longue haleine. L'amener au changement sans l'y contraindre, c'est à dire faire avec ce qu'il est/peut/veut, nécessite de laisser du temps à l'apprivoisement, à la Rencontre, à la décantation et à la maturation. En l'occurrence pour les AVS, tant la longueur des peines d'incarcération que celle des IS, en accorde à foison.

Le « travail de fond » psychanalytique peut aisément être complété, si besoin, par des traitements symptomatiques qui ont des effets plus immédiats. Soulager la souffrance aiguë liée par exemple au sevrage, à la dépression ou à une fantasmagorie envahissante avec une médication ou encore acquérir quelques habiletés sociales grâce à une approche comportementale, contribuent à apaiser et à dégager l'espace psychique requis pour réfléchir sur soi-même.

L'évaluation

La limite principale à laquelle se heurte l'approche psycho dynamique est sa difficulté à rendre compte de son travail et à en évaluer quantitativement la progression et l'efficacité. La récidive légale ne peut constituer un indicateur d'échec ou de réussite d'un processus de soin sauf si la prise en charge est axée sur cette dimension criminologique. Or, sans jamais faire abstraction des infractions pénales, ni de la Loi, la psychothérapie analytique est centrée sur un patient et non sur un criminel-délinquant.

Affirmons-le, il est peu réalisable, voire impossible, de mesurer statistiquement une pathologie du lien d'altérité et son abrasion. Dans le champ de la maladie mentale psychiatrique, il est relativement aisé de diagnostiquer par exemple l'activité délirante/hallucinatoire d'un schizophrène ou la terreur phobique d'un névrosé puis d'en observer l'atténuation suite à un traitement. En revanche, le défaut d'altérité et plus largement les mécanismes pervers inhérents aux modalités défensives tels que le clivage du Moi, le déni d'altérité et l'emprise, s'identifient au travers des ressentis de l'interlocuteur. Son sentiment de malaise et son réflexe de protection lui indiquent les distorsions du contact relationnel déployé par le patient. Le diagnostic s'élabore donc sur le vécu subjectif du professionnel. Il est alors complexe de mesurer objectivement l'évolution de cette relation transférentielle/contre transférentielle. Néanmoins, le chantier est en cours puisque nous cogitons actuellement sur l'élaboration d'un « questionnaire d'évaluation de la relation thérapeutique ». Sa gestation est toutefois insuffisamment aboutie pour s'y attarder ici.

L'évaluation des soins psycho dynamiques ne peut se référer à des items d'observation externe à partir d'un paraître qui peut être éloigné, voire en contradiction, avec la réalité interne avec/sur laquelle nous travaillons. Ainsi, par exemple, le manque d'assiduité aux rendez-vous fixés pourrait constituer un indicateur mais le lien maintenu par une reprise de contact systématique le contredit : rater un ou des rendez-vous peut tout autant être signe d'une absence d'investissement dans les soins que celui d'une mise à l'épreuve/ vérification de la fiabilité du cadre de soin et de la relation thérapeutique. Il peut aussi être l'esquisse de l'affirmation d'une position subjective (s'autoriser à ne pas venir plutôt que de s'y soumettre passivement). S'en tenir strictement au registre factuel reposerait donc sur une interprétation projective qui est source d'erreur.

Par ailleurs, puisque le soin psycho dynamique est centré sur les éprouvés vécus, comment juger d'un ressenti ? Il n'est pas imaginable, ni acceptable de les noter comme bons ou mauvais, acceptables ou inadéquats, au risque sinon de se référer à des valeurs morales, certes « bien pensantes » mais non scientifiques et surtout mal venues dans une psychothérapie.

L'évaluation de la thérapie psycho dynamique ne peut être que qualitative et subjective. Elle impose une immense prudence éthique tant les contre-attitudes peuvent la biaiser. Bien que souvent empirique et intuitive (et non hasardeuse), cette évaluation est constante. Elle est toutefois complexe à restituer surtout quand un langage suffisamment commun n'est pas acquis. Cette difficulté de formalisation sur l'efficacité du soin psycho dynamique ne peut néanmoins remettre en cause tant la scientificité que la qualité et l'intensité du travail thérapeutique réalisé avec un patient.

Conclusion : De l'articulation Santé/Justice

L'articulation Santé/Justice voulue par la loi du 17 juin 1998 repose sur la nécessité d'un maillage étroit pour traiter la problématique spécifique des AVS. On ne peut que regretter l'extension arbitraire de son champ d'application. Le suivi socio judiciaire assorti d'une injonction de soin s'avère en effet inadéquat quand les crimes ou délits commis ne résultent pas d'une pathologie du lien d'altérité. Par ailleurs, l'inflation de leur prononcé alourdit la charge de travail des professionnels concernés pour un résultat qui risque fort de ne pas être à la hauteur des espérances politiques. Elle empêche surtout de se consacrer pleinement au champ initialement visé.

Dans une logique de « défense sociale » et de prévention de la récidive, cette loi de 1998 a été cogitée pour associer plusieurs champs professionnels (social, judiciaire, sanitaire) dans un objectif sociétal commun. Le dispositif repose sur une complémentarité des compétences dans le respect des différences et définit clairement le rôle et les missions de chacun, sans hiérarchie puisque chaque professionnel y a la même importance.

Rappelons que le dispositif du suivi socio judiciaire assorti d'une injonction de soin a été construit au regard des résultats de la recherche menée sous l'égide de C. BALIER sur la psychopathologie des AVS. Il vise à répondre point par point à la problématique identifiée : la différenciation des missions de chaque champ professionnel répond à l'indifférenciation- confusion Moi-Non Moi ; il convient donc que chaque professionnel s'en tienne strictement à sa mission. L'articulation médecin ou psychologue traitant/MC¹⁷⁷, MC/JAP¹⁷⁸, JAP/ CPIP¹⁷⁹ constitue un maillage réel et symbolique qui répond au clivage et aux tentatives d'emprise.

Ce cadre légal et l'idéologie qui le sous tend définissent l'intervention psycho dynamique qui s'en tient strictement à sa mission et à ses compétences soignantes : son unique objet est le patient et le traitement de sa psychopathologie. Si l'obligation ou l'injonction de se soigner revient uniquement au patient-justiciable, la nécessité de proposer un soin adapté à la problématique s'impose éthiquement aux thérapeutes. L'intervention de la Loi (poursuites judiciaires, incarcération, condamnations) et le rappel des interdits sont la porte d'entrée vers les soins. Il est donc vain d'attendre une « demande de soin » : d'une part le patient n'en a pas les compétences d'altérité (si non, il n'aurait sans doute pas commis de violences : il aurait demandé et non pris) et d'autre part, même s'il a consenti à ces soins, il n'en éprouve pas toujours réellement le besoin (ses mécanismes de défense le protège de toute souffrance). Le prononcé pénal lui offre l'opportunité de prendre enfin soin de lui-même.

Dans la prise en charge des AVS, l'approche psycho dynamique et l'action pénale découlent l'une de l'autre et constituent un « double cadre ». Cette fonction « d'inter

177. Médecin Coordonnateur

178. Juge de l'Application des Peines

179. Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

contenance » soulignée et théorisée par A.CIAVALDINI, est profitable au patient-justiciable, aux professionnels impliqués et à la paix sociale. Quand les divers acteurs du dispositif font leur part et seulement leur part, dans une réelle confiance mutuelle, alors leur articulation constitue un lien d'altérité exemplaire pour le patient sous main de justice. A l'inverse, le moindre manquement ou égarement hors limite engendre aussitôt une confusion empreinte de rivalité destructrice qui alimente voire aggrave la problématique psychique du patient. Elle va surtout à l'encontre de la feuille de route tracée par la loi du 17 juin 1998 qui impose le respect de la différence dans la complémentarité.

Ainsi en confiant aux professionnels judiciaires la mission de prévenir la récidive, la législation française permet aux soignants de rester dans leur strict champ de compétence psychothérapeutique même si le patient est aussi par ailleurs un criminel/délinquant. En effet, les violences sexuelles constituent en premier lieu une infraction pénale qu'il convient que la Loi condamne et prévienne. Le soin psychique aux auteurs, qu'il soit libre, incité, enjoint ou obligé, vise à traiter une autre dimension que celle de la transgression de la loi : son objectif manifestement différent, est complémentaire et contribue substantiellement avec ses propres outils théoriques et cliniques à la prévention de la répétition des situations propices à la récidive légale.

Axer les psychothérapies sur la prévention de la récidive relève d'un choix théorique que nous percevons comme une possible source de confusion. D'une part, les statistiques publiées par le Ministère de la Justice montrent que le taux de récidive en matière de violences sexuelles reste durablement inférieur à 15%, ce qui ne justifie pas que leur risque et la légitime crainte qu'elle suscite, détermine les stratégies thérapeutiques. D'autre part, concentrer la totalité de la prise en charge sociale, sanitaire et judiciaire sur le comportement criminologique prend le risque de renforcer les mécanismes de soumission et d'hyper conformité aux « normes » sociales qui dominent le fonctionnement psychique de nombreux AVS. L'approche psychodynamique privilégie le travail sur la pathologie et ses origines pour en prévenir les effets destructeurs tant pour l'auteur que pour les victimes avérées et potentielles.

Bibliographie

OUVRAGES

- BALIER, C. (1988). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris : P.U.F.
- BALIER, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris : P.U.F.
- BALIER, C. (Sous la direction de) (2005). *La violence en abyme*. Paris : P.U.F.
- BONNET, G. (2008). *La perversion. Se venger pour survivre*. Paris : P.U.F.
- CIAVALDINI, A., BALIER, C. (Sous la direction de) (2000). *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Paris : Masson, collection Pratiques en psychothérapie.
- CIAVALDINI, A. (1999). *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Paris : Masson, collection Médecine et psychothérapie.
- FREUD, S. (1915). *Pulsions et destins des pulsions*. In *Métapsychologie*. Paris : Gallimard. (1987)
- FREUD, S. (1915). *L'inconscient*. In *Métapsychologie*. Paris : Gallimard. (1987)
- GAUTRON, V. (2017). *(Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin*
- LEMAITRE, V. (2007). *Rencontre avec Claude BALIER - La violence de vivre*. Paris : Erès.
- RACAMIER, P.-C. (1995). *L'inceste et l'incestuel*. Paris: Les éditions du collège.
- VERSCHOOT, O. (2014). *Du déni au crime - Des origines psychologiques de la violence* Paris: IMAGO
- ZAGURY, D. avec ASSOULINE, F. (2008). *L'énigme des tueurs en série*. Paris : Plon

SITES INTERNET

- Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles (ARTAAS) : www.artaas.org
- BALIER, C. Les bases d'une relation thérapeutique
- CIAVALDINI, A. Un dispositif multi et interdisciplinaire pour le suivi ambulatoire de l'auteur

deviolenxe sexuelle

- Société Psychanalytique de Paris (SPP) : Conférence Vulpian - Mai 2002
- BALIER, C. La psychanalyse et les « agirs »
- BALIER, C. La psychanalyse confrontée à la violence criminelle
- Ministère de la Justice : www.justice.gouv.fr

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, milieu de vie) ? #1

Gabrielle ARENA

Praticien hospitalier, psychiatre à l'EPS de Ville Evrard à Neuilly sur Marne, responsable du CRIAVS d'Ile de France Nord-Est, responsable de l'Unité psychiatrique et psychologique lécales du 93 (consultations spécifiques pour la prise en charge des AVS), médecin coordonnateur pour le TGI de Bobigny

Introduction

Depuis vingt ans se sont multipliées les approches thérapeutiques dans le champ de la violence sexuelle. L'accompagnement des auteurs de violence sexuelle concerne tous les âges de la vie (adolescence, adultes, séniors) tous les profils (agresseurs sans contact et autres), mais aussi les personnes présentant un handicap, quelles soient autonomes ou non, qu'elles vivent en famille ou dans une institution. Pour mener à bien le travail thérapeutique, une évaluation rigoureuse est indispensable, mettant en relief le profil de chacun des auteurs de violence sexuelle, son parcours, le choix de sa victime, et le contexte de l'agression. Des approches classiques individuelles ou groupales peuvent être proposées, mais en fonction de l'âge, du handicap, ou du type de violence, il apparaît nécessaire d'offrir à ces sujets des prises en charge plus spécifiques et adaptées. Ces orientations thérapeutiques sont, le plus souvent à visée psycho-éducatives, inspirées des programmes de soins mis en place Outre Atlantique.

L'évolution actuelle concernant le traitement des délinquants sexuels est forte. A côté des avancées théoriques proposées par Claude Balier (champ de la perversion, analyse du passage à l'acte, l'éprouvé des thérapeutes...), nous pouvons aujourd'hui proposer des traitements basés sur la modification du comportement, la gestion des émotions, l'éducation la sexualité, et plus spécifiquement encore sur les éléments ressources de l'individu, les facteurs de protection (risques, besoins, réceptivité RBR), face au risque d'effondrement psychique possible.

La spécificité dans la prise en charge des auteurs de violence sexuelle, est le travail clinique et institutionnel, en lien avec les différents acteurs de terrain (réseau). Les différentes initiatives de ces deux dernières décennies montrent qu'il est important de sortir des sentiers battus, pour proposer des approches innovantes et créatives, centrées sur les besoins du sujet. L'essentiel est de travailler avec ce que l'on est, ce que l'on maîtrise. Quelles que soient les approches spécifiques, la visée est toujours le même, développer une relation thérapeutique suffisamment humanisante avec le sujet, pour éviter l'effondrement psychique et le passage à l'acte en dernier recours.

Après le prononcé de la loi de suivi socio-judiciaire avec injonction de soin de 1998¹⁸⁰, la mise en place des centres ressources pour intervenants auprès d'auteurs de violence sexuelle (CRIAVS) ont permis aux professionnels qui travaillent dans le champ de la violence sexuelle d'inventer et de multiplier des approches thérapeutiques inno-

180. Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

vantes auprès des auteurs de violences sexuelles. Face à cette diversité se pose le problème suivant : quels sont les moyens réels de thérapie pour les équipes soignantes, quels choix proposer, et y-a-t-il des spécificités de la prise en charge à envisager en fonction de la situation de l'AVS et du profil de l'auteur.

En soi, soigner, les auteurs de violences sexuelles constitue une spécificité. Les soins pénalement ordonnés se différencient des soins traditionnels en psychiatrie : « soins sans consentement, soins à la demande d'un tiers ». L'obligation faite de se soigner par la justice, affiche un caractère spécifique. Rappelons que les délinquants sexuels ne sont pas, dans la grande majorité des cas, des malades mentaux, mais des personnes ayant des troubles de la personnalité, ou plus simplement un comportement délinquant, avec des habitudes addictives plus ou moins importantes, additionnant des facteurs de risques, comme une mauvaise insertion sociale ou professionnelle, des carences affectives, des difficultés pour gérer le stress ou les échecs, une empathie pour l'autre très ténue...

La spécificité se situe d'emblée au cœur de l'obligation ou de l'injonction de soin demandée par la justice. Le problème pour les soignants est d'amener vers les soins un sujet qui n'a rien demandé. Une diversité des pratiques thérapeutiques a été proposée sur les 20 dernières années. Rappelons que la prise en charge globale des AVS comprend une évaluation rigoureuse, la recherche du profil de l'agresseur et la description de sa personnalité, ainsi que le repérage des signes cliniques relevant d'une pathologie psychiatrique. Ces sujets relèvent d'une prise en charge globale classique, non-spécifique qui s'étend de la psychothérapie individuelle, aux groupes thérapeutiques, à la prise en charge familiale, ainsi qu'à la prescription de traitement médicamenteux.

Mais, à côté de ces traitements proposés aux auteurs de violences sexuelles, quelles recommandations spécifiques peut-on faire ? Existe-t-il des approches nouvelles ou plus spécifiques qui tiennent compte de l'âge (adolescents, hommes adultes ou seniors) ?

Les nouvelles technologies créent une nouvelle forme de délinquance (violence sexuelle sans contact), celles-ci ne nécessitent-elles pas des approches plus spécifiques ? Comment travailler avec un sujet qui nous dit n'avoir jamais fait de victime sexuelle dans le réel, n'avoir eu aucun contact ?

Concernant les personnes handicapées et les milieux de vie, quels regards et quelles spécificités thérapeutiques pour celles commettant des actes sexuels délictueux ? Comment aborder la question de la sexualité avec ces sujets, qu'ils soient autonomes ou en établissements spécialisés, leur rapport à l'autre et la question du consentement ? Existe-il des axes thérapeutiques spécifiques pour toutes ces situations ?

Rappels des principales prises en charge possibles non spécifiques, **les thérapies classiques** :

– La **psychothérapie individuelle** psycho-dynamique pourra être proposée, réservée aux AVS¹⁸¹ auteurs de violences sexuelles ayant une capacité d'élaboration mentale et une bonne verbalisation. Il faut également des thérapeutes ayant la capacité de contenir les affects et au-delà de l'obligation de soin, pour favoriser une demande de la part du sujet. Cette approche permet d'explorer la vie fantasmatique du sujet, notamment sa vie sexuelle. Ce travail thérapeutique conduit le sujet à une réappropriation de son histoire, des traumatismes, des manques qui ont conduit au passage à l'acte transgressif et permet au sujet de réinvestir sa vie affective et sociale et à éviter les situations vulnérantes pour lui.

181. AVS Auteurs de violence sexuelle.

- **Les Théories Comportementales Cognitivistes (TCC)** individuelles ou en groupe. Ces approches axées sur la prévention de la récidive, visent à responsabiliser le sujet en lui faisant prendre conscience de ses actes, des circonstances ou situations qui l'entraînent au passage à l'acte. Elles permettent également au sujet de prendre conscience de son excitation sexuelle, voire de son addiction, de sa préférence sexuelle, mais encore de travailler ses déficits dans les habilités sociales et de les renforcer.

- **Les psychothérapies de groupe** sont aujourd'hui largement utilisées par les équipes d'USMP¹⁸² en prison et peuvent, si les dispositifs de soins le permettent, se poursuivre sur l'ambulatoire, en CMP. Elles sont des approches recommandées, reconnues pour leur intérêt, nécessaires à la prise de conscience des faits de violence et à la prévention des futurs passages à l'acte. Souvent jugées insuffisantes utilisées seules, elles constituent le premier temps du travail thérapeutique avant une thérapie individuelle. Elles sont la meilleure indication pour une prise de conscience de l'altérité.

- **Les thérapies de couple** peuvent être également proposées permettant ainsi, aux compagnes de mieux comprendre leurs conjoints, de les renseigner quant aux situations à risque, et de les aider à réinvestir leur vie affective, sociale et familiale.

- **Les thérapies familiales et systémiques** peuvent être également proposées, le but étant d'aider les auteurs d'agression à mieux comprendre leur acte, mais aussi les répercussions familiales qui en découlent. Elles permettent une analyse de la dynamique familiale, des notions d'emprise, de secret, de violence transgénérationnelle. Elles sont aussi accompagnées d'un suivi individuel.

Enfin, les prises en charge psychothérapeutiques peuvent être accompagnées d'un **traitement médicamenteux** : traitements anti-androgènes, traitements antidépresseurs et psychotropes.

Prise en charge des auteurs de violence sexuelle selon le type de passage à l'acte : agresseurs sexuels sans contact

Les agresseurs sexuels sans contact comprennent les téléchargeurs d'images à contenu pédopornographique, les cybercriminels... Les agressions sexuelles sans contact sont possibles aujourd'hui grâce aux nouvelles technologies (internet, Facebook, Twitter), et tous les réseaux sociaux définissent et dessinent de nouvelles manières de s'informer, de communiquer, de discuter, d'entrer en relation avec autrui, facilement, instantanément, sans problème d'espace ni de temps, en quelques clics. Les réseaux sociaux sont devenus des vitrines où la vie personnelle peut s'afficher, confortant ainsi un narcissisme toujours grandissant. La société est elle-même devenue exhibitionniste dans son ensemble et voyeuriste : être vu, vu à la télé, remplit de satisfactions narcissiques...

Dans un premier temps, les nouvelles technologies ont fait baisser la délinquance et la criminalité ordinaire. Les utilisateurs restés derrière leur écran sans contact avec les victimes semblaient à eux-mêmes et aux autres plus inoffensifs. Mais sur internet, l'utilisateur laisse des traces de ses recherches et les sujets ont pu être interpellés grâce aux nouvelles techniques mises en place par les services de police (faux profils).

Depuis une vingtaine d'année sur internet, un nouveau type de délinquance s'est développé (la plus récente : la propagande djihadiste).

182. Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire.

Des infractions sexuelles nouvelles, sans contact physique avec la victime

- diffusion de l'image d'un mineur à caractère pédopornographique,
- diffusion de bandes dessinées à caractère pédopornographique,
- consultation et paiement de services mettant en ligne des images de mineurs,
- propositions sexuelles faites à un mineur par un majeur par un moyen de communication électronique,
- propositions sexuelles faite à un mineur par un majeur suivies d'une rencontre dans le réel,
- Ces personnes interpellées aux profils très hétérogènes ont, dans leur ordinateur, dans leur disque dur, des images pédopornographiques parfois par milliers,
- chez les adolescents, le cyber harcèlement, diffusions d'images.

Trois grands groupes d'auteurs

Nous éliminons ceux qui ont simplement **une motivation financière** sans problématique pédophile et qui font commerce des images.

- « les collectionneurs explorateurs » ont une **tendance addictive**, malade à collectionner toutes sortes d'images pornographiques mettant en scène des enfants et d'autres paraphilies (zoophiliques, gérontophiliques)... Dans ces groupes, on trouve beaucoup de personnes ayant un niveau d'instruction meilleur que celui de la population générale. Ils peuvent être mariés, avoir des enfants. Leur vie sexuelle est souvent pauvre voire inexistante. Ce sont des individus fixés à une sensibilité pédophile qui n'est pas forcément de type pédophile [1]. Ces personnes collectionnent des images, et cette activité produit l'excitation du collectionneur plutôt que celle du pédophile.
- « les pervers » ont un **intérêt spécifique pour les images pédopornographiques** et reconnaissent un attrait pédophile exclusif ou préférentiel pour les enfants (il faudra distinguer dans ce groupe-là l'attrait pour un enfant prépubère et/ou post-pubère ; concerne des sujets plutôt âgés).
- « les polymorphes » ont un **intérêt spécifique pour les images à caractère pédopornographique**, ils ont des antécédents de violence ou d'agression sexuelle sur des enfants.

La prise en charge globale est identique aux autres auteurs de violence sexuelle (proposition de thérapies individuelles ou groupales).

La spécificité de la prise en charge

Une partie de ces sujets ressentent un véritable soulagement à l'arrestation et à la rencontre avec les différents partenaires de la justice et de la santé. Ils prennent conscience qu'ils sont depuis plusieurs mois, voire des années, dans cet état d'isolement derrière leur ordinateur. Ce soulagement facilite l'alliance thérapeutique. D'autres n'acceptent pas l'évidence et restent dans le déni et continuent de nier alors que leur ordinateur est plein d'images (révélant leur immaturité affective) ou bien minimisent en disant qu'ils n'ont pas touché aux enfants. Ils sont le plus souvent dans le refus de l'étiquette « auteur de violence sexuelle ».

La cyber pédopornographie interpelle sur les points suivants :

Les images et le virtuel, la pédophilie, la pornographie [2]. Il faudra différencier les consommateurs de porno juvénile, des pédophiles agresseurs d'enfants utilisant le

matériel informatique pour entrer en contact avec les enfants, et de ceux qui, ensuite, passent à l'acte dans le réel.

Les thérapies groupales type TCC, à visée psycho éducative sans spécificité particulière, sont une bonne indication. Regrouper des AVS « téléchargeurs sans contact avec le réel » et avec des AVS qui sont passés du contact virtuel au contact réel, peut s'avérer pertinent.

Le travail thérapeutique spécifique se fera plus précisément, autour de :

- la reconnaissance des faits, leur attachement à ces images d'enfants maltraités particulières et violentes,
- parler de leur attirance pour les enfants (ils ne collectionnent pas les images pour l'esthétisme mais pour l'excitation qu'elles provoquent en eux),
- le groupe leur permettra d'identifier les moments de vie particuliers qui entraînent les passages à l'acte (moments de tension interne, moment de vie difficile),
- l'altérité, travail difficile puisque le sujet est seul derrière son écran qui le protège et qu'il pense toujours se situer dans le virtuel et non dans le réel [3],
- isolement social, le retrait relationnel (alexithymie, émoussement des émotions), retrait familial,
- le sentiment d'impunité derrière les écrans,
- réflexions sur les images et leur contenu,
- le groupe permet la reconnaissance de la victime (cet enfant sur l'image est réellement un enfant qui est maltraité comme un objet sexuel),
- différence **entre vie réelle et vie virtuelle** ; le monde virtuel n'a fait que conforter ces sujets dans leur toute-puissance, derrière l'écran : *d'un clic je peux rentrer en contact ou rejeter une personne*. L'autre n'existe pas, il est dématérialisé. Comment éprouver de l'empathie pour des victimes virtuelles ? [4]
- travailler autour des images et de leur manipulation, du mensonge, des faux profils...

Pour le sujet fixé sur les images pédopornographiques, le travail thérapeutique spécifique peut se faire autour du type d'enfant recherché ou d'un scénario précis (quels types d'enfants, quel âge, quels profils, quelles situations ...) et la mise en lien avec la vie psychique consciente et inconsciente du sujet.

Même questionnement avec ceux qui franchissent le pas et rencontrent un enfant dans le réel (quel enfant, âge ...). La question importante et spécifique chez le pédophile téléchargeur est sa **prégnance**, sa sensibilité pédophilique et le risque de passage à l'acte dans le réel. Quand quitte-t-il l'écran ?

Le travail avec les adolescents et les nouvelles technologies

Les adolescents et le téléchargement d'images à caractère pédopornographique, ceux qui cherchent des images sur la toile.

Il faut différencier pour ces jeunes la recherche concernant les images d'enfant pré-pubertaire ou post pubertaire, l'âge de l'enfant :

- Image d'enfants prépubertaires : le jeune sera à la recherche du même, l'autre est un miroir, avec un besoin de réassurance devant un corps qui commence à se modifier.
- Image d'un enfant pubertaire : le questionnement existe toujours autour de

ce corps transformé, inachevé. Est-il assez séduisant pour la rencontre amoureuse ?

- Chercher des images de jeunes plutôt que des rencontres dans le réel qui peuvent être effrayantes.
- Chercher des images pour répondre à des pensées et à des pulsions sexuelles envahissantes.

Créer des images : agir sexuels violents sans contact corporel avec la victime

Les nouvelles technologies (réseau sociaux) favorisent une forme d'exhibitionnisme : raconter sa vie, afficher ses photos, son intimité..., la limite entre espace privé et espace public est vite franchie.

- Parfois les confidences se font sous un pseudo, avec un sentiment d'anonymat et d'impunité : menaces ou injures rumeurs, images des proches, amis etc. diffuser à tous, sans modération ni consentement. Le travail thérapeutique se fera à partir de :
 - réflexions autour de l'action de se filmer, de produire des images et de les utiliser sans consentement,
 - rappels- Sexting (harcèlement, envoi d'images sexuelles),
 - Grooming : sollicitations et/ou contraintes sexuelles par internet,
 - Happy slapping : diffusion d'une vidéo mettant en scène une violence sexuelle.
- Filmer sa petite amie dans un rapport sexuel avec soi ou d'autres, diffuser son image sur le Net (quel contexte pour le passage à l'acte).
- Filmer un viol en réunion et diffuser les images sur internet.

Consommer du film pornographie (matériel pornographique, porno amateur le plus souvent)

Le visionnage des films porno est en augmentation, en cours de banalisation et concerne des groupes d'enfants de plus en plus jeunes :

- la pornographie à portée de main, visionnée sur les Smartphones ;
- dans les établissements scolaires les images sont partagées entre collégiens ;
- le contexte d'hyper sexualisation des films pornographiques peut expliquer les comportements sexuels inappropriés (ne pas sous-estimer le traumatisme des images pour certains jeunes) ;
- regarder des films pornos : un rituel moderne de passage sur la sexualité génitale.

La prise en charge spécifique

Chez les adolescents, l'intervention policière et l'arrestation stoppent très souvent ces pratiques. Le retour dans le réel, au sens propre du mot, est salvateur.

- A côté de la prise en charge classique, qui tiendra compte du profil de l'adolescent mais aussi de son histoire son parcours, de la lutte interne contre la dépression sous-jacente, la dévalorisation, des propositions de travail plus spécifiques autour des images.
 - réfléchir sur les images et leur contenu/favoriser l'esprit critique (notamment par rapport à la sexualité),
 - dans les films pornographiques, l'image des hommes et des femmes qui leur est renvoyée...

- réflexions sur l'intime, sur le consentement, sur les conséquences pour la victime dans le réel.

Prises en charge spécifiques des auteurs de violence sexuelle, selon les âges de la vie

Nous déterminerons trois périodes de la vie : les enfants et adolescents, les adultes, les seniors.

Les enfants, les adolescents et la violence

Les actes de violence sexuelle commis par les adolescents sont portés aujourd'hui à la connaissance d'un grand nombre, et partout on observe une demande accrue de prise en charge de mineurs agresseurs sexuels.¹⁸³

La plupart de ces jeunes agressent sexuellement un membre de leur famille ou de leur environnement proche (voisins, camarades d'école, camarades de l'institution...) [5].

Les plaintes de jeunes victimes et de leurs parents vont progressivement judiciairiser ces situations.

Ces situations sont restées pendant très longtemps cachées, ignorées des professionnels, de la justice, et du soin, ou bien banalisées par les parents et justifiées par la curiosité sexuelle des enfants et des adolescents. Les mineurs impliqués dans des violences sexuelles doivent-ils être sanctionnés [6]? Doivent-ils être pris en charge comme les auteurs adultes ? La question a fait débat. « Quelles sont les frontières sexuelles qu'il est préférable de ne pas franchir ? ».

Rappelons que nombre d'abuseurs adultes ont commencé leur « carrière » à l'adolescence [7].

Que penser de la violence à l'adolescence ?

L'ambivalence des professionnels existe encore autour de la prise en charge des adolescents auteurs de violence sexuelle :

- les uns considèrent les actes violents comme une expression des comportements violents à l'adolescence et préconisent de ne pas figer ni stigmatiser ces comportements ;
- les autres optent pour une prise en charge rapide et « *efficace afin de ne pas habituer le jeune à ces dérives et d'éviter ainsi la répétition des actes délictueux à l'âge adulte* » [7].

Pascal Roman rappelle lui aussi l'importance des agirs sexuels violents à l'adolescence, « ils *constituent et contribuent au processus adolescent* » [8]. La réponse thérapeutique spécifique vise à soutenir le processus adolescent avec tous les réaménagements que cela implique. Des programmes spécifiques, précise cet auteur, existent depuis longtemps en Amérique du Nord, mais ils ont mis du temps à se mettre en place et ont suscité beaucoup de polémiques¹⁸⁴.

Penser une évaluation spécifique chez les mineurs auteurs de violence sexuelle.

L'évaluation doit tenir compte de la grande hétérogénéité des profils des auteurs de violence sexuelle mineurs, et de l'âge auxquels ont été commis les actes délictueux : avant ou après la puberté, les sanctions judiciaires diffèrent largement (avant 13 ans, et après : les 16 - 18 ans).

183. Rappel : les adolescents sont considérés comme une population spéciale responsable de 35 à 45 % de l'ensemble des agressions sexuelles, ouvrant sur un questionnaire et une prise en charge spécifique (Conférence de consensus 2001).

184. Institut Philippe Pinel de Montréal (université de Montréal) Programme pour adolescents auteurs de transgressions sexuelles.

L'évaluation sera fondamentale, elle permettra de :

- de détecter éventuellement un trouble psychiatrique ancien ou actuel, des retards du développement psychomoteur, la prise de traitements actuels, des rééducations..
- comprendre le parcours du jeune : profil, histoire personnelle et familiale,
- son parcours scolaire et ses relations avec ses pairs,
- sa sexualité : puberté réalisée ou non ; antécédents d'abus sexuel (comme victime ou auteur) ses expériences amoureuses ...

Analyse criminologique de, ou des actes délictueux :

- le choix de sa victime : son âge (même âge, plus jeune (différence de 4 ans), de sexe identique ou différent, et son lien avec elle : enfant connu, intrafamilial, ou inconnu, extrafamilial,
- acte commis seul ou en groupe,
- circonstances du passage à l'acte en lien avec son histoire personnelle,
- gravité de son délit (atteinte sexuelle, agression ou viol...), marqué ou non par de la violence physique, sa répétition dans le temps, le nombre de victimes, connues ou inconnues,
- précision de son entrée dans la violence sexuelle, de sa précocité (avant 13 ans), de sa persistance (plus de deux ans), de l'aggravation du délit au fil du temps, du polymorphisme (succession d'autres délits et/ou diversification des actes transgressifs).

La famille :

- Le rapport avec les membres de sa famille et le fonctionnement de celle-ci dans la société.
- La nature du risque et la sévérité des conséquences pour les victimes (souvent intra familiales).
- Tous ces éléments sont fondamentaux et spécifiques à l'adolescent. Ils détermineront l'orientation thérapeutique [9] et engageront le travail. Ils orientent sur les thèmes à aborder, la prise en charge individuelle ou groupale.

La prise en charge des mineurs AVS : Une rencontre particulière pour le mineur, quelques éléments spécifiques

Le choc de l'arrestation

L'accueil du jeune et de sa famille en consultation

L'entourage désemparé, c'est le travailleur social qui vient demander de l'aide le plus souvent.

Au premier contact avec le mineur, nous nous trouvons devant un jeune choqué par la révélation des faits et sa rencontre avec la justice. Les agressions sexuelles étant majoritairement intrafamiliales (plus de 50 %) [10], la première conséquence de cette révélation sera, le plus souvent, l'éloignement du jeune de sa famille.

En agressant un membre de sa famille vivant sous le même toit que lui, il voit brutalement ses conditions de vie changer. Bien souvent, le mineur est « sorti » de sa famille, mis en foyer, ce qui entraîne, pour le jeune, un bouleversement affectif auquel il n'est pas préparé, mais également des changements dans sa vie scolaire (changement d'école) et relationnels (changement de pairs). Dans cette situation, certaines familles

éclatent totalement. Les couples fragilisés finissent par se séparer. Il faudra, dans ce contexte, se préoccuper de l'état psychique du jeune, à la fois traumatisé par le choc de la révélation et son passage devant la justice, et sa honte par rapport à ses pairs et à sa propre famille.

Spécificité liée à l'âge

Le risque d'un passage à l'acte auto-agressif ne doit pas être sous-estimé.

Attendre le procès

Pour les jeunes et leurs familles, attendre le jugement est une épreuve difficile, un moment de crise et de vulnérabilité familiale favorisant l'inquiétude. Face au jugement et à la sanction, le mineur exprime également de l'inquiétude pour ses parents dont il craint, soit la colère, soit la séparation (à cause de lui), les sanctions financières pour la famille ou l'incarcération.

Les délais de la justice sont très longs, et plus encore à cet âge où le jeune est en construction. Il existe un décalage entre le moment où les faits ont été commis et le moment de leur sanction. Cela le renvoie à une période plus juvénile, plus infantile de lui-même qu'il a dépassé. Il est indispensable de continuer à accompagner le jeune dans ses projets scolaires et/ou professionnels afin qu'il ne mette pas sa vie entre parenthèse en attendant le procès.

Le travail avec les familles, dès le début de la prise en charge

Comme il est habituel de le faire pour une prise en charge classique en pédopsychiatrie, le travail avec les parents et le mineur prendra ici toute sa place.

La prise en compte de la **souffrance des parents** [5] est nécessaire pour mener à bien le travail qui s'engage. La mise en mots devant l'enfant des faits permettra pour chacun une « représentation » des actes commis.

- **Travail spécifique sur les faits** : Jean-Paul Mugnier [11] rappelle qu'il est « primordial de partir de la réalité des faits ». Cela veut dire travailler avec le jeune et la famille sur le ou les passages à l'acte délictueux et au-delà.
- Obtenir que les parents réfléchissent sur ce qui n'a pas fonctionné dans la structure familiale et dans l'éducation de leurs enfants.
- Au-delà, le travail avec les familles se poursuivra en analysant la **place de la victime** dans la famille, (la place des auteurs mineurs est parfois mal identifiée soit il existe une confusion des générations, oncle et neveu du même âge, soit le mineur est à la mauvaise place (enfant « parentifié » car élevé par une mère seule) [5], etc.
- Jean-Paul Mugnier recommande plutôt d'organiser **une rencontre avec la victime**, si elle est de la même tranche d'âge que l'auteur [11]. Ces rencontres sont parfois demandées par le magistrat qui cherche à comprendre le lien entre auteur et victime, ceci afin d'envisager au plus vite un retour du jeune en famille. En cas d'abus intrafamiliaux, les rencontres avec la famille ne doivent être ni systématiques ni répétées.
- Mais s'il faut associer les parents au travail, il faudra préciser au jeune, notre rôle auprès des parents et l'espace de parole personnel qui lui sera réservé par la suite. Comme le dit Pascal Roman, si le travail avec les familles est **nécessaire et spécifique**, il ne faut pas oublier qu'il ouvre sur **l'intimité de l'enfant**, sa sexualité, ses attentes, ses projets au-delà des faits transgressifs [12] et qui ne concernent pas ses parents.

Le travail avec des partenaires multiples, importance de la pluridisciplinarité

Tous les jeunes mineurs agresseurs sont confiés à la fois à la justice et aux services de soin. Il est important de rapprocher tous les professionnels qui rencontrent ces jeunes : éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, responsables des foyers et des centres fermés, psychiatres, psychologues, mais aussi de s'entretenir avec les partenaires qui s'occupent de la scolarité ou de l'insertion professionnelle. Dans ce contexte, la prise en charge doit se faire en tenant compte de la **pluridisciplinarité** [13] du travail auprès du jeune. Educateurs, psychologues et juges doivent agir en concertation.

Le travail thérapeutique avec le jeune autour des faits : spécificité du cadre et de la prise en charge

Créer un lien thérapeutique

Les intervenants doivent établir une relation avec l'adolescent.

L'Antenne de Psychiatrie et de Psychologie Légale pour les adolescents (APPL 92), située à la Garenne-Colombes, a construit un cadre spécifique d'accueil et de prise en charge pour les mineurs.

Cette équipe a mis en place **un modèle d'entretien psycho-légal** conçu comme *un système communicant*.

Les premières consultations se font en présence des parents, des éducateurs judiciaires, de l'auteur. Le but de ces premières consultations est de permettre à chacun d'exprimer son ressenti et à l'adolescent de comprendre le sens de la démarche qu'il accomplit ainsi que la demande judiciaire.

Puis, seul avec le jeune, le but sera de faire surgir **une demande**.

Pour ce faire, le psychologue pourra travailler avec les documents judiciaires : expertises, jugement... Le jeune pourra parler des faits, du passage à l'acte et de son contexte.

L'analyse du passage à l'acte sera faite avec l'aide **d'un questionnaire** (QAACS 2008) [14] qui est à la fois un outil d'évaluation et de prise en charge.

Enfin, il faudra aborder le problème de la sexualité avec *l'aide d'outils de médiation* (extraits de films, bandes dessinées, photos artistiques).

L'évaluation, les premiers entretiens, mettent en évidence les manques, les carences ou les excès dans la vie du jeune, mais permettent aussi de redécouvrir des éléments de son histoire, et de parler des difficultés psychologiques qu'il a pu vivre dans les différents moments de son existence.

L'engagement dans les soins :

Quand la thérapie commence, elle est formalisée par la signature **d'un contrat symbolique** qui associe le jeune, ses parents, l'éducateur référent PJJ et le couple de thérapeute en charge de l'animation du groupe [15].

Il convient d'installer un cadre précis avec *différentes approches théoriques et différents professionnels* autour du jeune pour constituer une **enveloppe partenariale** [16] solide, et de partager les informations entre l'adolescent, ses parents et l'ensemble des partenaires. Rendre pensable l'impensable, travail de transformation de pensée pour l'adolescent pour favoriser l'émergence d'une demande.

Travailler avec le jeune sur les faits, quelle que soit l'approche thérapeutique choisie.

Les actes violents sont commis soit seul, soit en bande avec ses pairs, soit sur des

enfants plus jeunes ou sur des adultes. Le choix de la victime, son âge, sa place dans la famille, etc. seront importants pour la prise en charge. S'agit-il de jeux sexuels interdits avec un *dérapage à deux* ou bien d'actes transgressifs violents où l'autre est nié ? Le problème du consentement et de sa compréhension sont, à cet âge, fondamentaux. **Pour chaque jeune, à un âge donné, la situation est particulière et spécifique. Le questionnement sur les comportements inadaptés est particulier à chacun.**

Les orientations thérapeutiques : des groupes ou ateliers issus de l'approche cognitive comportementale (TCC)

Toute rencontre individuelle est source de danger et menaçante. Le groupe de tiers est soutenant. La rencontre avec les pairs permet une mise en confiance rapide du jeune [17]. Le groupe permet de diffracter le transfert et d'élargir les liens sur tous les participants. La reconnaissance entre pairs est fondamentale. La mise en groupe réduit la banalisation, la minimisation, voire la négation du sujet face à ses actes délictueux. **La spécificité : constituer une enveloppe groupale permettant de travailler.**

- Les habilités sociales souvent défaillantes et cause de l'évitement, de l'isolement du jeune.
- Augmenter l'affirmation de soi, gérer ses conflits au quotidien.
- Trouver des comportements alternatifs à la violence (décoder ses émotions, exprimer sa colère sans violence).
- Gérer son angoisse et son stress.
- Travailler aussi l'estime de soi.
- L'altérité, l'empathie, le lien avec la victime.
- La vie sexuelle et amoureuse (éducation sexuelle, information, consentement).
- Les autres comportements (addictions à l'alcool, aux drogues, et leur impact sur le comportement).
- Favoriser la créativité (art thérapie, création culturelle).
- Viser à la conscientisation et à la restructuration cognitive [18].

Les approches individuelles et d'inspiration analytique : ce type de prise en charge est rarement proposé en première intention.

Le travail viendra que plus tard et pour quelques jeunes seulement. Elles permettent de :

- connaître son histoire,
- mettre des mots sur une souffrance sous-jacente, des traumatismes, des carences, des agressions,
- de comprendre son fonctionnement psychique : immaturité psychoaffective, agressivité mal gérée,
- de parler de son corps et de ses représentations : de la sexualité, du bouleversement pubertaire et son cortège de modifications corporelles, de la manière dont la naissance des pulsions sexuelles vient bousculer l'équilibre fragile du jeune,
- de parler de ses angoisses liées à une représentation du corps mal structurée qui renvoie à des enveloppes fragiles qui assurent mal leur fonction de contenance et de pare excitation (Lemître et Coutanceau, 2006 [19]),
- ne pas oublier la recherche identitaire propre à l'adolescence et à chaque jeune, pour De Becker [7] : *« Les faits, leur interprétation et signification doivent intégrer les dimensions de développement propre à l'adolescence ».*

Au total, la prise en charge individuelle du jeune permet de renforcer un Moi vacillant, abîmé, ou défaillant, et d'expliquer les gestes transgressifs qui ont permis de lutter contre un effondrement dépressif.

Les traitements médicamenteux classiques seront présents (anxiolytiques, antidépresseurs, ainsi que des neuroleptiques s'il présente des troubles psychiatriques psychotiques avérés).

Rappel : le traitement anti-hormonal est contre-indiqué chez les adolescents.
Spécificité due à l'âge.

Les autres acteurs de la prise en charge et le travail avec eux

L'approche familiale : la spécificité de la rencontre avec les parents

Aujourd'hui, il existe une multiplicité de familles, toutes avec leur composition originale. Il est important de rencontrer tous les membres : parents et substituts parentaux, fratries, grands-parents, surtout si le jeune est fréquemment accueilli par eux. En ce qui concerne les familles, plusieurs tableaux sont possibles, des familles démunies carencées aux familles bien structurées sans problèmes majeurs. Le but n'est pas de culpabiliser la famille, mais de la responsabiliser :

- Redonner et préciser la place de chacun.
- Lutter contre les réactions, soit de rejet de leur enfant, soit de tentative de minimiser les actes commis.
- Éviter de trouver un coupable au fonctionnement familial et aux agir de l'adolescent, comme le souligne Tardif M., Hébert M., Béliveau S. (2005). Faire une recherche transgénérationnelle spécifique autour des agressions sexuelles pour les agressions intrafamiliales (trouver d'autres victimes) et susciter de pratiques éducatives pour les agressions extrafamiliales [20].

Souvent dans ces familles, lorsqu'on étudie leur génogramme, on trouve un ou plusieurs abus sexuels, dans les générations précédentes. L'agression sexuelle du jeune ne fera qu'objectiver ces traumatismes anciens, transgénérationnels.

La révélation à son tour fragilise la famille et augmente le stress.

L'enquête, les procédures judiciaires, l'éloignement du jeune, la rupture des liens, le sentiment d'avoir mal accompli son devoir de parent, le retentissement sur la fratrie (honte, tristesse, colère), le coût financier, vont encore aggraver les dysfonctionnements familiaux existants.

Si la victime est intrafamiliale, le rôle des parents sera double : protéger la victime d'un côté et continuer de soutenir le jeune dans sa vie affective, sociale et scolaire.

Le travail en partenariat nécessaire :

Plusieurs études ont mis depuis très longtemps en avant, l'intérêt de la nécessité d'une *approche pluridisciplinaire* dans la prise en charge des adolescents agresseurs sexuels.

Une concertation solide entre les différents partenaires est nécessaire :

- professionnels judiciaires, éducateurs PJJ, éducateurs ASE, responsables du suivi,
- travailleurs sociaux,
- psychologues des structures d'accueil et d'hébergement du jeune,
- psychiatres, psychologues, soignants, en CMP,
- professeurs, enseignants...

L'obligation de soins imposée à des mineurs est loin d'être satisfaisante. Elle pose en même temps une double question : protéger les victimes, mais aussi l'auteur qui est encore mineur, et le responsabiliser, voire le sanctionner.

Sur le terrain, des manques de structures pour accueillir ces jeunes (foyers), des équipes soignantes peu réceptives à cette problématique. Dans ce contexte, la Protection Judiciaire de la Jeunesse a un rôle fondamental, travaillant depuis toujours à la fois sur la protection du jeune, et à la fois sur les sanctions accompagnées de mesures éducatives.

La spécificité de la rencontre et de la concertation pour un bon étayage de la prise en charge :

Les auteurs de violences sexuelles mineurs sont des êtres en devenir, dont la personnalité n'est pas encore totalement structurée et tous les remaniements sont possibles. Pour Dominique Fremy [5], travailler à ces changements, c'est aussi préparer un avenir pour ces jeunes qu'on espère hors de la violence sexuelle.

La prise en charge des ADULTES et SENIORS auteurs de violence sexuelle sans trouble cognitif

Des indicateurs spécifiques sont nécessaires pour l'engagement thérapeutique

La spécificité commence dès le début du parcours avec l'arrestation. Selon André Ciavaldini, les agresseurs sexuels adultes, à la différence des autres délinquants, voient leur parcours de vie totalement bouleversé dès leur arrestation. Ce moment est très important, traumatique, et peut constituer pour eux une prise de conscience de leurs comportements violents et répétitifs, dans lesquels ils sont engagés parfois depuis plusieurs années. L'intervention des forces de l'ordre et de la loi peuvent parfois conduire à une interruption définitive du cycle de l'agression dans lequel ils sont enfermés. Ils disent souvent «*c'est quand on m'a arrêté que j'ai réalisé*». «*Si on m'avait pas arrêté, je sais pas aujourd'hui jusqu'où je serais allé*».

Pour André Ciavaldini, plusieurs *indicateurs spécifiques* sont nécessaires pour l'engagement thérapeutique dès le début du parcours :

- le sujet qui reconnaît au moins en partie le délit reproché,
- le fait de se sentir *anormal* au moment des faits,
- la reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine des faits,
- l'arrestation comme soulagement du sujet [21]. Ensuite, le procès, le jugement, la sanction sont également des temps de concrétisation et de réalisation nécessaires, mais pas toujours suffisants pour l'ensemble des auteurs.

Favoriser le travail en groupes thérapeutiques

Dans ce domaine, les équipes ont développé différentes pratiques et décliné des thèmes de travail très variés pour libérer la parole et les émotions.

Nous retiendrons des modèles de prise en charge en groupe à l'instar de celle de l'APPL93¹⁸⁵, dirigée par R. Coutanceau à La Garenne Colombes(92) - en place depuis plus de 20 ans -, et celle que nous avons mise en place à Neuilly-sur-Marne (93) dans notre consultation spécifique depuis 2010.

Les critères d'inclusion dans un groupe de parole :

- les faibles capacités d'introspection et de mentalisation rendant inopérantes le face-à-face,

185. APPL92 : Antenne de Psychiatrie et de Psychologie Légales La Garenne Colombes.

- l'élaboration verbale difficile, les affects et les émotions inexistants.
- **Critères plus spécifiques pour les auteurs de violence sexuelle :**
- personnalité égocentrée, narcissique, manipulatrice, le groupe va permettre une ouverture vers d'autres subjectivités,
- dénis, clivages, plus vite contournés en groupe,
- travail sur l'altérité et les relations d'emprise,
- **Une prise en charge qui responsabilise l'auteur, des visées à atteindre spécifiques :**
- autour des faits : *Améliorer le niveau de reconnaissance de l'acte commis*, la contrainte opérée à l'encontre de la victime, la perturbation psychique que cela a entraînée, sa responsabilité, la reconnaissance des faits qui doivent amener le sujet à un sentiment de culpabilité,
- reconnaître son acte sexuel transgressif comme s'inscrivant ou non dans une sexualité déviante, son envahissement fantasmatique, etc.
- *Prendre conscience des mécanismes psychiques, enjeu dans la genèse de l'agression,*
- mauvaise interprétation des messages émis par l'autre : les regards, les paroles,
- prendre conscience de son égoïsme, de son plaisir centré sur lui-même, de ses difficultés à penser à autrui,
- de sa capacité d'emprise et de domination,
- de son envahissement par des pulsions sexuelles inappropriées,
- de son manque d'estime de soi, de son isolement affectif.

Repérer et éviter les situations à risque pour lui :

- exemple : se retrouver seul avec un enfant, aller aux abords des écoles...
- les difficultés professionnelles, matérielles, sentimentales qui entraînent malaise, déstabilisation,
- les conflits, les pertes, les déceptions qui entraînent vers des sentiments de persécution, de jalousie, de violence interne, etc.
- un état de dépression, l'addiction à l'alcool, les toxiques,
- la précarité sociale, affective, familiale, isolement oisiveté, etc.

Roland Coutanceau [22], à côté des critères non-spécifiques, propose d'analyser les critères spécifiques qui doivent orienter les choix thérapeutiques notamment, **le profil de l'auteur, le choix de la victime, le type de fixation mentale et fantasmatique**, qui sous-tend l'agression sexuelle dont le sujet est responsable.

L'évaluation, là-encore, est essentielle et permettra l'orientation vers un groupe thérapeutique :

Des groupes de parole spécifiques en lien avec le profil de la victime :

Des groupes d'inspiration cognitivo-comportementalistes, psycho-éducatifs, psycho-sexologiques, ainsi que des groupes de parole psycho-dynamiques [23] : tout peut exister. Le travail se fera autour des faits, du passage à l'acte, du profil et de la place de la victime.

Nous citerons :

- groupes pédophiles homosexuels, (enfant prépubère, enfant pubère)
- groupes pédophiles hétérosexuels, (enfant prépubère, enfant pubère)

- groupes de pères incestueux
- groupes d'exhibitionnistes
- groupes de téléchargeurs d'images à caractère pédopornographique
- groupes de violeurs de femmes adultes
- groupes d'agresseurs sexuels ayant une déficience mentale légère...

Autres groupes spécifiques :

- dans le cadre de la justice restauratrice, dès la prison : proposition de groupes de parole entre détenus et victimes anonymes [24]
- prise en charge du couple (partenaire actuel)
- thérapies familiales

Groupes de prévention de la récidive : PPR mis en place par les CPIP qui ne sont pas des groupes thérapeutiques.

La chaîne délictuelle : analyser les étapes, les conflits, les émotions qui progressivement amènent le sujet au passage à l'acte.

Le travail spécifique sur l'analyse sérielle : **repérer pour chacun les situations ou les signes (conflits internes) qui peuvent amener le sujet à agir.**

Penser et rechercher en groupe des solutions alternatives au passage à l'acte.

Vers des soins très spécifiques avec la mise en place de programmes de soins individualisés des AVS.

L'évaluation du risque chez les auteurs de violences sexuelles se fait grâce à des outils spécifiques d'évaluation classique, complétée par l'utilisation d'outils de jugement clinique structurés (exemple : les échelles HCR20 et RSVP), permettent plus finement de proposer un programme de soins « à la carte », répondant aux besoins spécifiques du patient [25].

Les traitements antihormonaux : Androcur®, Salvacyl®

Pour les auteurs de violences sexuelles adultes, très envahis par des pulsions sexuelles concernant notamment les enfants, ils pourront bénéficier d'un traitement antihormonal après bilan. Rappel : l'obligation de soins n'inclut pas l'obligation de se soumettre à un traitement hormonal. La recherche obligatoire du consentement du sujet et la proposition d'une prise en charge psychothérapeutique (TCC) associée aux traitements freinateurs de la libido seront les éléments spécifiques de cette approche thérapeutique pour diminuer la récidive sexuelle.

Articulation santé – justice : un lien spécifique et nécessaire

Quelle que soit la prise en charge, celle-ci implique plusieurs acteurs constituant un maillage, après la prison, autour du sujet. Des services probationnaires jusqu'aux soignants, des centres médicaux psychologiques en passant par les médecins coordonnateurs, les acteurs sociaux, etc., des concertations seront nécessaires dans le respect mutuel du travail de chacun.

La communication entre les différents partenaires peut être matérialisée par **une fiche de liaison**¹⁸⁶, comme celle créée par le CRIAVS Île-de-France Nord-Est, circulant entre les centres médicopsychologiques (CMP) et le Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP).

186. Groupe de travail santé / justice (Arena, Brochet, Pellegrini) CRIAVS Ile de France nord-est, 2011.

Une approche spécifique et individualisée pour les sujets sortants de longues peines de prison

Il s'agit, comme le dit Senon J. L. [26], « d'une clinique aux limites de la clinique » qui nécessite un aménagement de la pratique psychologique et psychothérapeutique, en plaçant la reconnaissance de l'acte au centre du travail psychologique, pendant l'incarcération et après.

En 2017, le CRIAVS Ile de France Nord-est et un groupe de travail pluri-professionnel¹⁸⁷ (de soignants des prisons de Melun, CPIP 77, 93) ont créé un **document de préparation à la sortie de prison**, « **kit de sortie** », mis en place pour la continuité des soins et faciliter la réinsertion après la prison. Une préparation en amont, soit au moins 18 mois avant la sortie de prison, est nécessaire pour assurer la continuité des soins entre le dedans et le dehors, et inscrire le sujet dans un projet social qui lui permette une réinsertion satisfaisante.

Les seniors auteurs de violences sexuelles

Le journal Libération du 17 janvier 2018 titrait « *la sexualité, un droit pour les vieux* », article de Francis Carrier. A-t-on le droit d'avoir une sexualité, passé un certain âge ? Il nous rappelle que si le corps est vieillissant et enlaidi, si ses performances sont amoindries, le désir sexuel reste présent jusqu'au bout de notre vie. Le cerveau décide de nos désirs et reste seul maître du jeu. Le corps vieillissant a des besoins, et pour les générations actuelles, les plus de 65 ans, qui ont connu la révolution sexuelle, l'émergence des minorités sexuelles, ces besoins restent très vivants. Cette génération, plutôt en bonne santé, ne se résout pas à l'abstinence sexuelle si facilement. Son appétit demeure intact, sans qu'il faille forcément parler de perversité, ni de cette manière un peu dégradante et disqualifiante « de vieux libidineux ».

Continuer une vie sexuelle satisfaisante n'est pas aisé à cette période. Afficher son appétit sexuel avec un corps vieillissant peut être mal accepté par l'entourage, et par le sujet lui-même qui a honte de ses besoins. Dans l'imaginaire collectif, la sexualité des vieux (parce que liée à celle des parents et des grands-parents), est inexistante, impensable et tabou. Comment continuer une vie sexuelle satisfaisante dans un contexte où le ou la partenaire ne partage pas les mêmes désirs ? Comment continuer quand le sujet devient veuf ou célibataire pour cause de divorce ?

La sexualité des seniors, au-delà de sa représentation difficile, se révèle plus compliquée à cause de tous ces paramètres, le glissement ou le recours à des actes transgressifs sont possibles. Ce contexte de « privation » de vie sexuelle peut pousser le sujet à choisir un ou une partenaire non approprié(e) et non consentant(e).

Les personnes âgées représentent un groupe très hétérogène et très étendu, qui va de l'âge de 65 ans à 90 ans et plus. Dans cette fourchette très large, le sujet peut rester très longtemps autonome et dans sa famille, et sa prise en charge d'auteur de violence sexuelle ressemblera à celle de l'adulte en activité. Alors que les sujets du « grand âge » pourront se retrouver avec une perte d'autonomie, et placés dans des établissements type EHPAD. L'analyse des actes transgressifs et leur prise en charge sera très différente.

Nous allons décrire trois situations :

- Le sujet sans antécédent d'agressions sexuelles ou de perversion.
- Les perversions vieillies, existe-t-il un continuum entre perversion du sujet

¹⁸⁷. CRIAVS Ile de France Nord-Est- Equipe DAVS centre de détention de Melun et SPIP du 77 (Arena. G., Brochet S., Laverdure B., Legendre C., Babin JM, Beuret A., Lagut F.).

jeune et du sujet âgé ?

- Les sujets âgés en institution type EHPAD.

Le sujet sans antécédent d'agressions sexuelles ou de perversion

Le sujet confronté à la senescence connaît des modifications de ses relations. Comment va-t-il gérer sa vie pulsionnelle ? Chez ces sujets qui n'ont pas de passé délictueux, évoluant plutôt sur un versant névrotique, on a pu parler d'aménagement pervers. Il est bien difficile, lorsque nous les recevons, de savoir s'il s'agit d'une réponse inappropriée aux contraintes, au malaise existentiel qu'ils traversent, ou s'il s'agit d'une structure perverse remaniée par l'âge. [27]

Des facteurs de vulnérabilité avec l'âge [28] :

Un corps défaillant : les handicaps liés au vieillissement, les maladies somatiques, les traitements, (l'âge qui modifie la pharmacocinétique des médicaments et des substances psychoactives), l'activité du sujet réduite par un corps douloureux.

L'abus d'alcool et sa dépendance non négligeable chez la personne âgée [28],

Dans ce contexte d'ennui ou de privation de relations sexuelles, le sujet peut se désinhiber et passer à l'acte.

Difficultés psychologiques

Dépression, anxiété, peur de l'avenir, de la mort, peur devant la baisse des capacités intellectuelles, physiques, au sentiment de solitude et d'isolement.

Une insertion sociale diminuée

Mise à la retraite, repli social, sentiment de ne plus être à la hauteur, décès des proches, du conjoint, difficultés relationnelles liées à des difficultés parfois financières, les séniors se réfugient derrière les écrans.

La recherche d'un partenaire facilitée par les nouvelles technologies (des sites de rencontres), ces pratiques se multiplient pour les seniors, mais les expériences ne sont pas aisées ni très faciles dans le réel, où la confrontation des corps vieillissants sont autant de repoussoirs à la relation (les seniors ne sont pas forcément tendres entre eux). La tentation est grande d'aller vers des corps plus jeunes, de visionner des films à caractère pédopornographique... Ne pas se confronter à une femme de son âge, c'est se maintenir dans l'illusion d'une éternelle jeunesse... Rêve d'immortalité. Chez les seniors, le visionnage d'images à caractère pornographique ou pédopornographique est fréquent, et est en lien avec l'isolement, le retrait social, l'ennui, voire la dépression.

Existe-t-il un continuum entre perversion du sujet jeune et du sujet âgé¹⁸⁸ ?

Les prises en charge seront analogues à celles décrites précédemment pour les sujets adultes, à la fois classiques et spécifiques: thérapies Individuelles ou/et groupales, traitements médicamenteux

La perversion diminue-t-elle comme la psychopathie en vieillissant ?

Maintenir sa toute-puissance, son emprise, notamment sur son entourage, peut se révéler difficile à cet âge. Les remaniements familiaux, l'absence d'activité professionnelle peuvent entraîner des effondrements dépressifs qui s'expriment ou se transforment en actes hétéro-agressifs. Ces actes tentent d'effacer l'amoindrissement ou le manque. Dans ce contexte, nous pensons que la vieillesse ne diminue pas les risques de passages à l'acte.

188. Colloque AFAR, « L'emprise et les prédateurs en psychiatrie : risques, repérages et prévention ». Communication maison de la chimie, mars 2015, Arena G., Brochet S. « l'emprise et les aménagements pervers : violences sexuelles et identification des passages à risque.

Chez d'autres sujets restés immatures, égocentriques, la tendance à la régression vers des attitudes puériles ou infantiles, les altérations cognitives, l'émoussement du jugement moral, le sentiment d'impunité, l'isolement, les pousseront à prendre des risques. L'analyse du parcours de vie et du profil permettra une approche **thérapeutique spécifique** pour le sujet.

Dans ce groupe nous trouvons les **seniors transgresseurs sexuels intrafamiliaux, (comme par exemple les grands-parents)**. Pour beaucoup, professionnels comme familles, la violence intrafamiliale commise par un « grand-parent » produit une sidération, tant le statut de « grand-parent » semble éloigné de toute idée de violence sexuelle.

Tout ceci amène à des spécificités [29] dans la prise en charge des grands-parents transgresseurs :

La demande de soins est rarement formulée.

Les sujets viennent consulter avec réticence, sous la pression de l'entourage. Ils refusent l'aide psychologique au prétexte de l'âge; ils reconnaissent l'acte mais dénie sa gravité : « c'était un jeu », « mon petit-fils est comme moi, il avait besoin d'affection ». Ils ont le sentiment de n'avoir plus rien à craindre ni de la justice, ni de leur famille compte tenu de leur position sociale, de leur âge, d'un sentiment de leur toute-puissance persistant... Dans ce contexte particulier, « plus rien à perdre, plus rien à prouver », il faut amener le sujet à reconnaître les faits et à accepter un programme d'aide précis.

Ne pas hésiter à utiliser des outils particuliers

Génogramme, historiogramme [30], ligne de vie [31] pour que le sujet visualise son parcours (les temps forts de leur vie, les réussites, les carences les déceptions, l'enfant qu'ils ont été - abusé ou non -, la victime qu'ils ont abusée...). Une lecture de la violence transgénérationnelle :

- Favoriser la parole dans des groupes de séniors ayant des difficultés communes, ayant les mêmes références générationnelles.
- Travail avec le couple ou la famille.
- importance de l'attitude du conjoint qui soutient la démarche de soin ou la critique
- importance de la famille élargie, des alliances, des ruptures en lien avec l'agression
- associer conjoint et famille, si possible, à la prise en charge

Au-delà, lutter contre l'isolement, la solitude, la dépression, les amener à créer du lien social...

Les sujets âgés auteurs de violence sexuelle en institution

Deux types d'attitudes avec les personnes âgées et /ou handicapées par rapport à la sexualité :

- si elles sont jeunes, on les préviendra et on leur parlera de la sexualité en termes de risque (grossesse, sida, MST...)
- si elles sont vieillissantes, elles en seront totalement exclues, la vie en institution rend difficile toute relation sexuelle.

Pour les séniors, le fait de vivre en institution plutôt qu'à domicile contribue à réduire ses relations psychoaffectives et diminuer sa vie sexuelle [32]. Comme le fait remar-

quer Alain Giami, la sexualité participe à la « bonne santé, améliore la qualité de vie, fait partie aujourd'hui d'un droit humain fondamental. Or, la personne vieille et handicapée semble être exclue de cette sexualité, source de bien-être. En institution, les soignants comme la famille ont des difficultés pour se représenter les besoins sexuels de la personne vieillissante [33].

Pour la personne encore valide, en capacité relationnelle satisfaisante. Toutes les études montrent que le maintien de la sexualité, quand cela est possible (conjoint présent, nouvelle rencontre), amène un bien-être global. « 92 % du personnel serait favorable aux relations sexuelles si les pensionnaires n'ont pas de troubles cognitifs et ils sont aussi en faveur de la mise à disposition d'espaces privés » (étude EHRENT 1999 sur 2000 questionnaires distribués en maisons de retraite) [34], ce qui signifie que les consentements sont présents pour les deux partenaires. Et si des lieux leur sont dédiés pour ces moments, ils pourront maintenir une sexualité [35].

Pour les sujets atteints d'une maladie neurologique, psychiatrique ou d'un handicap et n'ayant plus d'autonomie.

Il faudra envisager une problématique différente selon le tableau clinique de chaque personne en institution. Les comportements sexuels inappropriés dans les démences sont fréquents. Les études montrent que la prévalence des comportements inappropriés serait de 2 à 17 % [36] chez les personnes présentant une démence. Ils sont plus souvent dus à un dysfonctionnement global du comportement qu'à une hypersexualité. D'une façon générale la maladie s'accompagne d'un défaut d'intérêt pour l'autre, et de confusion. Exemple, le patient peut faire des avances à une femme qu'il a prise pour sa femme. Le besoin de contact, d'embrasser, de toucher, le besoin d'affection est bien plus souvent présent que le désir sexuel.

Le contexte des agressions sexuelles, le type de victimes.

Les agressions sexuelles peuvent avoir lieu :

- Sur un autre résident vulnérable qui ne peut donner son consentement,
- Sur sa compagne, si le sujet est encore en couple, La démence modifie profondément le comportement lors des relations. Le problème du consentement se pose entre la personne en institution, et son partenaire valide qui souhaite une relation sexuelle.

Le problème du consentement est un point délicat de la sexualité des personnes démentes. L'évaluation de ses capacités à consentir sera déterminante. Chez une personne ayant une maladie d'Alzheimer, de même que l'on recherche son consentement pour son entrée en institution, ou pour l'administration d'un traitement [37], on doit, de la même façon, s'interroger lorsqu'il s'agit d'acte sexuel. Cette question existe également avec le conjoint (procès fait à un homme pour avoir abusé sexuellement son épouse en EHPAD, alors qu'il savait son inaptitude à consentir [38]).

Sur le personnel soignant, les résidents âgés ont, à travers des gestes du quotidien, des occasions de vivre des relations intimes avec les professionnels, au cours de la toilette, au cours des besoins physiques, etc. Dans ces moments, les résidents peuvent en profiter pour parler de leurs besoins sexuels, mais aussi oser faire des avances sexuelles. Hélène Dionne [39], dans son article *De l'intimité à l'intimidation*, dit que la valorisation des soins donnés par l'infirmier est sûrement interprétée par certains résidents comme une invitation à l'intimité sexuelle. Parmi eux, certains adoptent un comportement sexuel problématique: un langage ordurier, des gestes sexuels déplacés, toucher ou caresser le soignant, exhiber ses organes génitaux. On peut parler de

harcèlement sexuel à l'égard des soignants. Les injures ou les menaces peuvent être dues à l'affaiblissement du sujet et à son absence de discernement, mais également le fait que certains veulent intimider, créer de la confusion, se montrer tyrannique pour arriver à leurs fins. Ces comportements sont difficiles à gérer pour les équipes et conduisent à des réactions qui peuvent être préjudiciables à la vie en institution de la personne âgée.

Plusieurs situations se présentent :

– soit le soignant banalise les gestes et répond avec humour en précisant aux résidents que les relations ne sont pas tolérées

– soit le soignant est perturbé, affecté par la répétition des gestes transgressifs. Il adopte rapidement un comportement d'évitement par rapport à la personne âgée. Il peut abrégé son temps de soins et de parole, se réfugier dans un silence.

Il est souhaitable d'adopter une attitude positive en parler en équipe, et d'effectuer les soins en présence d'un collègue, si cela est possible [39].

Spécificité de la prise en charge de l'AVS seniors en institution:

Le travail avec l'auteur de violence sexuelle sénior :

Une évaluation spécifique pour différencier un comportement déviant d'un comportement violent secondaire à un trouble psychiatrique ou neurologique sous-jacent

Les états démentiels représentent un groupe de pathologies très hétérogène aux multiples étiologies. Dans ce groupe les dégénérescences lobaires fronto-temporales présenteraient des troubles du comportement et notamment sexuels plus fréquent. Ces sujets ont un mauvais contrôle pulsionnel, des troubles cognitifs majeurs, des troubles de la mémoire un certain degré de désinhibition (corps dénudé, masturbation compulsive, geste sexuel inapproprié sur une résidente ou un soignant et surtout une méconnaissance de leurs troubles.

- Nécessité de faire un bilan somatique neuro et psychiatrique.
- Analyse du comportement déviant dans quel contexte et avec qui ?
- S'interroger sur ses besoins et sa personnalité et rechercher le sens du passage à l'acte.
- Le geste déplacé peut refléter :
 - un comportement maniaque, être le signe d'un inconfort corporel ou d'une souffrance psychologique qu'il conviendra de traiter
 - une frustration due à une difficulté à trouver un partenaire sexuel (la question des assistants sexuels)
 - une mauvaise interprétation des gestes de la personne soignante.

La conduite à tenir découle de la cause :

Une anamnèse somatique la plus complète possible, l'histoire du sujet, l'examen psychiatrique, une analyse des traitements médicaux et des examens biologiques. Ces éléments n'ont rien de spécifique mais, mis bout à bout, ils permettent de redonner sens à ces comportements difficiles, à gérer avec une personne démente et non-participante.

La conduite spécifique face à ces comportements déviants :

L'évaluation des faits et du comportement sexuel inapproprié. Celui-ci peut être inapproprié pour le soignant mais pas forcément pour le patient, (exemple : des conduites

masturbatoires qui peuvent être jugées choquantes pour le soignant). Elles le seront si elles sont effectuées en public ou compulsives, ou si elles entraînent des lésions cutanées importantes. En aucun cas parce qu'elles existent, etc.

La prise en charge sera classique :

- Les troubles du comportement sexuel en lien avec des troubles neurologiques ou psychiatriques seront traités par des traitements médicamenteux classiques :
- La prescription d'antipsychotiques en évaluant la part bénéfique / risque lié à cet âge.
- Les antidépresseurs inhibiteurs spécifiques de la capture de la sérotonine.
- Les traitements antihormonaux ne pourront être proposés qu'après un bilan très précautionneux à cet âge (risque de déminéralisation osseuse, d'aggravation de l'ostéoporose).

Un travail plus spécifique dans et avec l'institution :

Quelle place pour la sexualité dans l'institution ? Quelle tolérance vis-à-vis des résidents consentants sans troubles mentaux (aménagement de lieux spécifiques ?...). comment circulent des informations entre soignants dans l'institution. La spécificité du contexte et son analyse aideront les équipes à la prise en charge. La sexualité possible doit être évoquée avec les familles de résidents, dès l'entrée dans la structure, ainsi que les autres droits des résidents :

- Droit à l'intimité,
- S'assurer du consentement,
- De la sécurité de tous les résidents (protection des victimes éventuelles),
- De la non-ingérence dans les affaires familiales,
- Du respect de la confidentialité,
- Préciser aux familles que la sexualité est une liberté avant même d'être un droit,
- Enoncer les règles concernant les relations sexuelles dans l'EHPAD.

Quand des faits de violence surgissent :

- difficulté d'une judiciarisation des actes transgressifs car les patients déments ont des comportements sexuels inappropriés dus à une dégénérescence cérébrale,
- nécessité de protéger la ou les victime(s),
- Quelles répercussions personnelles sur le soignant, agresseur ou témoin d'une agression ? Le silence, la honte et la culpabilité des encadrants sont très fréquemment observés.

Proposition de travailler avec les équipes de soins sur l'agression :

Autour de ces comportements sexuels normaux ou inappropriés, savoir demander de l'aide pour les infirmiers, les aidants, les responsables de l'EHPAD, les familles.

Proposer des prises en charge institutionnelles : espaces dédiés de supervision et d'analyse des pratiques

Des groupes de parole entre professionnels pourront être proposés autour des thèmes suivants : Sexualité du sujet âgé, abus sexuels, peurs qu'ils engendrent pour la victime

Propositions de travail et d'accompagnement des équipes et des familles :

- sur la politique institutionnelle mise en place, le ressenti du personnel, les intérêts des usagers, les demandes des familles avec des objectifs divergents...
- sur les relations sexuelles possibles en institution (stables, avec un nouveau partenaire, aidants sexuels... [40]).

Propositions de formations spécifiques sur ce thème aux équipes en place :

- Comment parler des comportements sexuels déviants aux familles, aux enfants ? Comment les informer, tant du côté de la victime que du côté de l'auteur ?
- Quelles craintes pour l'institution ? Il s'agit de la responsabilité de l'institution et des encadrants (risque judiciaire) ou le risque d'une mauvaise image ou réputation pour l'établissement (médiation des affaires).

Prise en charge des auteurs de violences sexuelles avec un handicap mental

Nous parlerons essentiellement des personnes handicapées mentales. En effet, les personnes handicapées physiques ou sensorielles ont, dans l'immense majorité des cas, des capacités intellectuelles, et sont capables d'exprimer leurs désirs et de comprendre le sens du consentement. Pour ces sujets, les difficultés se situent dans le fait qu'elles trouvent difficilement les moyens d'arriver physiquement à leurs fins. Les personnes handicapées mentales, à cause de leurs difficultés de verbalisation, de leurs déficiences cognitives, de leurs discernements altérés totalement ou en partie, posent différemment la question de la sexualité, et, à fortiori, de l'agression sexuelle.

Définir la déficience

Rappels cliniques et diagnostiques de la déficience mentale

S'agit-il une **déficience mentale, congénitale** ou autre, d'un état déficitaire cicatriciel résultant d'une psychose infantile ? Elle est caractérisée par un déficit cognitif (Quotient Intellectuel) et des dysfonctionnements. Selon le quotient intellectuel on distingue déficience intellectuelle légère, moyenne, grave et profonde.

Les retards ou les déficits concernent :

- le langage, le raisonnement, le jugement, l'abstraction, sont pauvres ou inexistantes,
- les apprentissages scolaires sommaires, le plus souvent (en milieu spécialisé, IME, IMPRO ; classes type CLIS...),
- les habilités sociales rudimentaires,
- l'autonomie du sujet dans la vie quotidienne (espace, temps, transports, gestion de l'argent...).

Les traits de personnalité particuliers rencontrés chez la personne déficiente intellectuelle :

- faible tolérance à la frustration, difficulté à différer un plaisir,
- mauvais contrôle des pulsions,
- mauvaise image de soi, faible reconnaissance d'autrui, peu de consentement recherché.

Des anomalies ou des malformations somatiques :

- Anomalies génétiques, morphologiques, etc.
- IMC, troubles neurologiques (épilepsie fréquente, malformation cérébrale)

Ces troubles nécessitent des soins constants et ont une incidence sur la vie quotidienne des sujets, parfois pour les gestes les plus simples.

Le problème de l'autisme, et de quel type [41] ?

Le trouble autistique (TSA), le syndrome d'Asperger (SA) ou les troubles du développement non autrement spécifiés (TED-NAS ; DSM5). Le premier groupe TSA a un quotient intellectuel normal ou très élevé avec une expression langagière bonne, mais des relations sociales et interpersonnelles, difficiles à initier, à maintenir ou à interpréter.

Autres types d'autisme où le sujet présentant des troubles psychiatriques avérés, de type psychotique s'exprimant à l'âge adulte sur un mode déficitaire des difficultés langagières massives, des comportements impulsifs favorisant des passages à l'acte sexuels.

Sexualité et handicap mental et institutions

Le groupe des personnes handicapées se décline aussi selon les âges (jeunes et seniors), les capacités d'élaboration (déficiences légères ou profondes), leur insertion professionnelle avec une reconnaissance de travailleur handicapé, ou bien dans un milieu protégé type ESAT, le degré d'autonomie dans la vie quotidienne, leur placement ou non en institution.

Les institutions, le milieu de vie.

Les personnes handicapées mentales fréquenteront tout au long de leur vie plusieurs institutions, de l'enfant à l'âge adulte, puis séniors. Pour n'en citer que quelques-unes : IME IMPRO, foyer occupationnel ou de vie, MAS, ESAT, hôpital, et plus tard EPHAD, dans toutes ces institutions les mêmes règles de vie s'appliquent concernant le vivre ensemble et la sexualité.

La révolution sexuelle des années 60 a permis aussi une avancée et un regard différent porté sur les personnes handicapées mentales et leur sexualité [42]. Depuis les années 2001¹⁸⁹, il est admis que les personnes handicapées peuvent accéder à une vie sexuelle à leur convenance. La convention des Nations Unies 2006¹⁹⁰ sur les droits de l'Homme affirme « le caractère universel, indivisible, indépendant et indissociable de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales et la nécessité d'en garantir la pleine jouissance aux personnes handicapées sans discrimination ». Cette nouvelle approche reconnaît :

- la possibilité aux personnes handicapées d'avoir des relations sexuelles et de procréer.
- Le désir de parentalité des personnes handicapées.
- Met fin à l'impossibilité de relations sexuelles dans un lieu de vie (foyers, établissements).

Avant les années 2000, il était interdit d'avoir des relations sexuelles dans les établissements sanitaires, les institutions médico-éducatifs, et toutes les institutions en

¹⁸⁹. Loi du 4 juillet 2001 reconnaît aux personnes handicapées le droit d'avoir accès à une information et éducation à la sexualité et à la contraception dans les structures dans lesquelles elles sont accueillies.

¹⁹⁰. Loi du 13 décembre 2006 relative à la sexualité des personnes handicapées (respect de la vie privée, le droit à l'éducation, le respect de la liberté de faire ses propres choix, celui de vivre ou/avec qui elle le souhaite).

général. Les relations sexuelles entre personnes handicapées déclenchaient la peur aussi bien pour les professionnels de l'institution, que pour les parents.

L'éducation à la sexualité n'était pas évidente, en parler, pensait-on, pouvait susciter des comportements inappropriés. Les connaissances sur la sexualité des résidents étaient inexistantes et/ou insuffisantes pour les encadrants, et pouvaient expliquer bon nombre de comportements sexuels déviants auxquels les résidents se livraient en toute clandestinité.

Nous pouvons penser qu'un certain nombre d'agressions sexuelles commises par des déficients intellectuels sont plutôt en lien avec la méconnaissance de la vie sexuelle, des codes qui la régissent, que liés à une perversion. D'autre part, ces personnes souvent débordées par leurs pulsions, ont un mauvais contrôle de leurs émotions, une impulsivité probablement également à l'origine des gestes déplacés.

Pour les professionnels de l'institution, les constats

Sous la pression des nouvelles lois et des nouvelles exigences sociétales concernant la sexualité des personnes handicapées, les établissements ont mené des réflexions institutionnelles concernant les besoins et/ou les pratiques sexuels des résidents. Il n'en demeure pas moins que si le discours sur la sexualité est aujourd'hui possible, dans la pratique, il est encore très difficile d'accepter, notamment pour les jeunes handicapés mentaux, le libre cours à leurs besoins sexuels. Il est très difficile d'appliquer la loi et de laisser des relations sexuelles s'installer. Les responsables d'établissements s'y refusent, au prétexte qu'il n'y a pas de lieu adapté pour le faire (la loi prévoit des lieux spécifiques). Au prétexte que les jeunes n'ont pas l'âge de la majorité sexuelle, que les parents ne sont pas d'accord... Le silence d'hier sur la sexualité n'est plus de mise, les équipes éducatives en responsabilité ont progressé, des formations ont été proposées au personnel soignant et encadrant. Il n'empêche que dans la réalité, permettre des relations sexuelles entre résidents handicapés dans l'institution est difficile à mettre en place, et probablement à accepter pour tous.

Les constats pour les parents

Quand l'enfant handicapé mental devient adolescent, la cohorte de questions sur la sexualité et ses risques (maladies sexuellement transmissibles, SIDA, grossesse), est pour lui une nouvelle étape dans l'acceptation ou non du handicap. La blessure narcissique qu'ils ont vécue au moment de l'annonce du diagnostic, resurgit. Ce qu'ils ont accepté pendant les années d'apprentissage semble de nouveau mis en péril par la puberté et les exigences pulsionnelles de leur enfant. La sexualité, les désirs exprimés par leur adolescent handicapé s'accompagnent d'envies de vivre, d'avoir une compagne, d'avoir des projets d'autonomie, autant d'éléments qui viennent bousculer les représentations des parents. Avoir un enfant handicapé, certes, mais accepter qu'il ait une sexualité, qu'il ait le projet de vivre avec un/e ami/e de son choix, et qu'il puisse éventuellement procréer, est impensable pour eux [43].

Les constats pour la personne handicapée mentale

Ces personnes, on l'oublie, sont des sujets de désirs et de besoins comme les autres. La sexualité ne peut se réduire à des satisfactions corporelles. Mettre en place des lieux où les relations physiques seraient possibles est évidemment nécessaire, mais non suffisant. Il faut prendre en compte que la **sexualité ouvre sur la rencontre, sur autrui** (dimension affective et relationnelle). Les désirs, les fantasmes pour autrui modifient le rapport à soi-même et à l'autre. L'état amoureux décentre le sujet de lui-même et montre bien toute la force et la complexité du désir. La sexualité ouvre sur l'altérité, introduit un langage nouveau, et des codes pour partager l'intimité de

l'autre et le plaisir. La sexualité épanouit chacun de nous, mais est souvent refusée aux personnes handicapées. La sexualité est régie parce qu'humaine, aux mêmes lois universelles (interdit de l'inceste, castration, nécessité du consentement de l'autre,...), aux mêmes souffrances (le manque, la frustration, l'absence de l'autre, etc.).

Une évaluation spécifique des auteurs de violence sexuelle déficients comporte

Un diagnostic :

- les causes de la déficience intellectuelle
- les retards du développement psychomoteur
- l'exploration du quotient intellectuel, les éléments de la vie sociale et affective
- le suivi psychiatrique ou psychologique déjà effectué, les traitements médicamenteux

Son parcours et ses relations interpersonnelles :

- les liens avec ses pairs et sa famille
- les acquis actuels : son degré d'autonomie, son insertion sociale et professionnelle...

La violence sexuelle :

- les victimes, le type de victimes (proches ou inconnues) ; en cas d'agression sur les enfants, se rappeler que, pour cette population, il y a une incapacité à déterminer les âges réels, qu'ils se tournent facilement vers les enfants avec lesquels ils se sentent moins en difficulté
- le niveau de violence ou de contrainte
- la capacité à comprendre la gravité des faits et le sens du consentement

Quelle sexualité possible pour le déficient mental, quelles dérives ?

En institution, les dérives, les passages à l'acte sexuels non consentis sont souvent non judiciairisés. Il s'agit d'attouchements, d'agressions sexuelles sur un autre résident vulnérable, ou bien des transgressions, des interdits de l'institution concernant la sexualité.

Des actes isolés d'exhibition par rapport aux professionnels soignants ou encadrant, ou bien sur un autre résident.

Des actes sexuels commis hors de l'institution sur des mineurs, lors de permissions dans la famille ou en vacances.

- la personne handicapée mentale est souvent la première victime de violence sexuelle
- des confusions entre gestes sexuels et recherche de tendresse
- la question de la limite ; même si la sexualité est tolérée, jusqu'où une personne handicapée mentale peut gérer sa sexualité et sa relation à l'autre ?
- la question du consentement. Comment apprécier la capacité d'un sujet handicapé à consentir librement à une relation sexuelle ?

Objectifs thérapeutiques

Quelles que soient les approches thérapeutiques, la spécificité avec les handicapés mentaux serait d'avoir le souci d'adapter les outils, les médiations, afin qu'elles soient compréhensibles et qu'elles tiennent compte des difficultés cognitives et langagières du sujet. Cela demande une **grande créativité** des équipes, une **formation** des encadrants sur la sexualité, sur le handicap, sur le consentement...

Des propositions de travail en groupe.

Les approches thérapeutiques groupales (pour les déficients légers) déjà évoquées trouvent ici leur place. Nous proposerons à la fois une approche psycho dynamique pour comprendre l'histoire du sujet et le sens de son passage à l'acte, et psycho éducative pour travailler ses habilités sociales, son autonomie, et la notion du consentement.

Toutes les médiations peuvent être proposées, celles qui intéressent et **font participer le corps** sont à favoriser.

- Nous avons créé à l'UPPL93¹⁹¹ un groupe « marionnettes », construction de la marionnette, représentation et nomination des parties du corps, petites scénettes avec les marionnettes évoquant des situations réelles comme la rencontre avec un ou une partenaire, la recherche du consentement...
- Des outils éducatifs comme le « **Qu'en dit-on ?** » peuvent être utilisés (dans sa version adulte ou junior).
- Autre outil « **des femmes et des hommes** », programme d'éducation affective, relationnelle et sexuelle destiné aux personnes déficientes mentales¹⁹², il permet aux professionnels de mettre en place des animations visant à accompagner les personnes dans leur épanouissement relationnel, amoureux, sexuel.
- L'équipe du Dr HAJBI, dans les Yvelines, a conçu *une échelle des degrés d'inimitié physique* suggérant, par un code couleur, des réponses concernant les comportements adaptés ou non, dans différentes situations données [44].

Quelle que soit la technique ou le média employé, il faut s'assurer de la bonne compréhension par la personne handicapée. Le thérapeute doit avoir un langage adapté aux connaissances du sujet, en évitant d'utiliser un vocabulaire bêtifiant ou familier parce qu'il s'agit d'une personne handicapée.

Travail institutionnel

Avec les équipes de soins et d'encadrement autour des situations de sexualité déviante des personnes handicapées, on recommande de :

- Travailler sur les représentations psychiques des personnes handicapées, lorsqu'il s'agit de jeunes, ne pas réduire leur sexualité aux seuls interdits ou aux risques (SIDA, MST, grossesses).
- Travailler avec les parents ou la famille sur les représentations de la sexualité et du handicap.

Conclusion

Les soins proposés aux AVS se sont diversifiés depuis plus de 20 ans et le catalogue des prises en charge s'agrandit. La plupart des auteurs qui ont été incarcérés ont bénéficié de soins psychologiques. A leur sortie de prison, la plupart se tournent vers les Centres Médico-Psychologiques de psychiatrie générale de secteur, ou vers quelques cliniciens privés, pour suivre les soins pénalement ordonnés. Aujourd'hui la grande majorité des cliniciens psychiatres et psychologues exerçant en CMP n'ont pas de connaissance sur la clinique de la violence sexuelle, ni de formation sur la prise en charge thérapeutique de ces sujets, et encore moins sur une spécificité attachée soit à l'âge, soit à la violence sans contact, soit au handicap psychique.

191. Unité de Psychiatrie et Psychologie Légales du 93.

192. « Des femmes et des hommes », programme d'éducation affective, relationnelle et sexuelle destiné aux personnes déficientes mentales, programme éducatif créé par le Centre handicap & Santé de l'asbl Araph Belgique (Association de Recherche et d'Action en faveur des Personnes Handicapées).

L'absence de demande de ces sujets, leur refus ou opposition parfois aux soins, rend la rencontre et le travail thérapeutique difficiles. Nous nous trouvons devant la situation suivante : des sujets réticents aux soins et des soignants qui connaissent mal, ou pas du tout, la clinique des auteurs de violences sexuelles, le cadre de l'obligation ou de l'injonction de soin, les différents acteurs judiciaires (Juges de l'Application des peines, Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation), les évaluations criminologiques (et les échelles actuarielles), les thérapies TCC et les traitements antihormonaux.

La création depuis 10 ans des Centres Ressources pour Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS) ont permis la mobilisation, la formation des acteurs de terrain, tant dans le champ sanitaire que judiciaire. Ces professionnels ont pu bénéficier des analyses et des avancées des psychiatres et psychologues exerçant en prison (Claude Balier [45], André Ciavaldini [46]...), qui ont ouvert la voie et théorisé sur les comportements sexuels violents.

Dans les CMP, ceux qui acceptent de s'occuper de ces sujets, proposent le plus souvent des psychothérapies non spécifiques d'inspiration psychanalytique ou non.

Aujourd'hui certains auteurs [47] critiquent ces approches, affirmant que ces thérapies n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, notamment en matière de récurrence de la violence sexuelle. Ils préconisent les thérapies structurées (TCC), associées au traitement hormonal freinateur de la libido, qui seraient, selon eux, plus performantes pour faire face à la récurrence de comportement sexuel délictueux.

Au total, les prises en charge se sont complexifiées, allant **des modèles classiques autour de l'histoire du sujet, du passage à l'acte aux modèles de réhabilitation des AVS (Risque, Besoins, Réceptivité RBR)**. Ces programmes sont donnés comme pertinents pour éviter la récurrence car ils identifient les facteurs de risques dynamiques et les facteurs de protection qui deviennent les cibles du traitement.

Néanmoins loin des laboratoires de recherche, sur le terrain le travail avec les AVS demeure problématique.

Dans la grande majorité des cas, le praticien est encore trop souvent isolé dans son CMP, prisonnier d'une file active de plus en plus conséquente. Il ne peut pas mettre en place des groupes et des approches spécifiques qui demandent du temps et du personnel motivé sur ces questions.

Dans ce contexte, plusieurs professionnels ont été conduits à proposer, pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel, **des dispositifs de consultations spécifiques**, à l'intérieur ou différenciés des CMP. Ces dispositifs de consultation permettent un accueil, une évaluation et un travail spécifique autour de la prise en charge du sujet, avec quelques soignants volontaires.

Nous avons mis en place ce type de dispositif appelé Unité de Psychiatrie et de Psychologie Légales (UPPL93 [48]) à l'EPS de Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne. Cette unité est ouverte depuis 2010 n'est pas sectorisée. Elle permet aussi de travailler plus aisément dans l'interdisciplinarité.

Au regard des difficultés de prises en charge pour les soignants de CMP, à côté des CRIAVS, la création de ces consultations spécifiques du traitement de la violence seraient une troisième voie pertinente dans le paysage sanitaire.

Quel que soit l'espace de soins, la prise en charge doit contenir les points suivants :

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles, mineurs, majeurs, seniors, handicapés ou non, l'ensemble des approches thérapeutiques classiques, psychiatriques ou psychologiques, d'orientations psychanalytiques ou TTC, est envisageable et

constitue la base du travail des équipes soignantes. Néanmoins, comme nous l'avons montré, des approches plus spécifiques peuvent être développées, en fonction du type de passage à l'acte, des âges de la vie, ou bien du handicap mental.

- L'évaluation doit être rigoureuse et solide, permettant de cerner le profil de l'auteur de violences sexuelles, tant sur le plan psychologique que criminologique. Cette évaluation doit permettre de mettre en relief **les éléments spécifiques pour chaque auteur**, orientant ainsi vers une prise en charge personnalisée et adaptée.
- L'évolution de l'évaluation clinique et criminologique (échelles actuarielles et programme RBR...)

La proposition de ces nouveaux outils [49] associés à l'analyse clinique classique permettra d'orienter vers des prises en charge thérapeutiques plus pertinentes, centrées sur les comportements délictueux et sur leur prévention.

En identifiant les facteurs de risques spécifiques à chacun (addiction, chômage, isolement, stress...), ces approches plus rigoureuses et pragmatiques, combinées à la connaissance du sujet, de son profil, de son parcours de vie, permettront de mettre en relief les fragilités et vulnérabilités spécifiques pour chacun d'entre eux.

Toutes les approches sont pertinentes et demandent, pour être efficaces, de mettre le focus sur les points suivants :

- La prise en charge débute dès la détention et doit se poursuivre après la prison, dans de meilleures conditions. La préparation à la sortie, notamment pour les longues peines, est indispensable pour la continuité des soins, et renseigner au mieux les équipes « recevantes », des éléments spécifiques de chaque auteur pour continuer le travail thérapeutique et optimiser une réinsertion positive.
- Tous les auteurs de violences sexuelles (mineurs, seniors, handicapés) ayant commis des actes considérés comme moins graves, doivent aussi bénéficier d'une prise en charge soutenue.
- L'orientation vers un dispositif de soins spécifique, quand cela est possible, semble plus adéquate. La spécificité du travail, quelles que soient les populations, est d'être pluridisciplinaire, engageant sur le terrain différents professionnels qui doivent travailler ensemble.
- La nécessité pour les équipes soignantes d'avoir de l'audace et de la créativité.

Le travail auprès des auteurs de violences sexuelles a pour but, quels que soient les moyens spécifiques ou ordinaires, de développer une relation thérapeutique entre le sujet et le soignant.

Bibliographie

1. Martorell A., Cybercriminalité, Pédopornographie, traitement et prise en charge, communication colloque l'ASSOEDY .Versailles 2012.
2. Teillard-Dirat M., Vers une clinique de la cyber-pédopornographie» in victimes et auteurs de violence sexuelle, Dunod, 2016.
3. Harauchamps N., psychothérapeute, Cybercriminalité, Pédopornographie, traitement et prise en charge, communication colloque l'ASSOEDY Versailles 2012.
4. Arena G., « Nouvelles technologies, nouveaux repères ? » in victimes et auteurs de violence sexuelle, Dunod, 2016.
5. Fremy D. Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des agresseurs sexuels enfants et adolescents ? 5ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 2001.
6. Haesevoets Yves-Hiram Evaluation clinique et traitement des adolescents agresseurs sexuels : de la transgression sexuelle à la stigmatisation abusive, La psychiatrie de l'enfant 2001/2. Vol. 44, p.447-483.
7. De Becker E. l'adolescent transgresseur sexuel, PUF.la psychiatrie de l'enfant 2009/ Vol.52 p.309-338.
8. Roman P. 2012, Les violences sexuelles à l'adolescence Paris, France, Elvesier-Masson.
9. Programme transversal pour les adolescents ayant commis une infraction à caractère sexuel. Guide de soutien à la pratique. Centre jeunesse Montréal, institut universitaire 2011 p 40.
10. Lemitre S., Profils cliniques et criminologiques des adolescents auteurs d'agressions sexuelles, in La violence sexuelle, Approche psycho-criminologique, Evaluer, soigner, prévenir. Coutanceau R., Smith J., DUNOD, 2010.
11. Mugnier Jean-Paul « Penser le monde de l'enfant victime d'abus sexuel », in : CYRULNIK Boris et SERON Claude. La résilience ou comment renaître de la souffrance ?, Ed. Fabert, 2003, p. 102.
12. Roman Pascal « Rapport de recherche sur la violence sexuelle et le processus adolescent, clinique des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents », CNFE/PJJ, CRPPC/ institut de psychologie, In Recherche Action Adolescents Auteurs de Violence Sexuelle, juillet 2008.
13. Dubart L. « Accompagner un mineur auteur d'infractions sexuelles dans sa fratrie : une prise en charge comme les autres ? », mémoire de fin d'études pour la titularisation dans la fonction d'éducateur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, Univ. Charles De Gaulle Lille III - 2011.
14. Roman P., Une approche psychanalytique de la notion de dangerosité. Violence et subjectivation : le risque de la rencontre. *Evol. Psychiatr* 2010 ; 75 (1).
15. Aymonier S. et Bourg C., « construction de soi et thérapie de groupe » auteurs mineurs de violences sexuelles en obligation de soins, les cahiers dynamiques, 2011/2 n 50, p.98-105.
16. De Becker E., (2005), Transgressions sexuelles au sein de la fratrie : évaluation et traitement, *Psychothérapies*, 25 (3) ,73-86.
17. Smith J., Petibon C., (2005) Groupes de prévention de la récidive destiné à des pédophiles : adaptation française, *l'Encéphale*, 31 (5), 552-558.
18. Calicis F., Mertens M., (2008) Une expérience de thérapie de groupe pour auteurs d'infractions à caractère sexuel, *Thérapie familiale*, 29 (2) ,221-242.
19. Lemitre S., Coutanceau R., (2006), Troubles des conduites sexuelles à l'adolescence : clinique, théorie et dispositifs thérapeutiques, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54(3) ,183-188.
20. Tardif M., Hébert M, Bélieu S. (2005), La transmission intergénérationnelle de la violence chez les familles d'adolescents qui ont commis des agressions sexuelles chapitre 10 p 152-180 in *l'agression sexuelle : coopérer au-delà des frontières*, institut Philippe Pinel de Montréal, CIFAS.
21. Ciavaldini A. «la désistance dans la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel », *Pratiques*, 2015.
22. Coutanceau R., Les blessures de l'intimité, Odile Jacob, Paris 2010, p 274.
23. 33Tardif. M. « La psychothérapie de groupe avec les agresseurs sexuels adultes : approches psychodynamiques et systémique » *Annales de psychiatrie - January 2004*.
24. Cario R, « Les rencontres détenus - victimes, l'humanité retrouvée », Sciences Criminelles. ED. L'Harmattan controverses- 2012.
25. Mouchet-Mages S, et al. Apport des outils de jugement clinique structuré pour la mise en place d'un programme de soins individualisé des auteurs de violences sexuelles. *Ann Med Psychol (Paris)* (2017).
26. Senon J.L. « Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire. Coll. Quadrige, PUF, Paris. 1998.

27. Jovelet G., Perversion et sujets âgés, l'information psychiatrique. Vol. 88 n° 1 – janvier 2012
28. Salve A., Leclercq S., Ponavoy E., Trojak B., Chauvet-Gelinier J.-C., Vandell P., Bonin B. Conduites addictives du sujet âgé. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-530-A-30, 2011. Conduites addictives du sujet âgé, 2011.
29. De Backer E., « Les grands-parents transgresseurs sexuels : aspects psychopathologiques et contextuels »
30. Genuit P., Da Silva S., Brochet S. 2016, Guide méthodologique outil triptyque clinique (OTC), un médium graphique. CRIAVS Toulouse et Ile de France Nord-Est.
31. Favard A.-M., L'évaluation clinique au service de la prévention de la délinquance. Des expériences à Bayonne, Pau et Toulouse. In Les annales de la Recherche Urbaine, année 1990, 47, pp. 83-89.
32. Giami A., « Sexualité, handicaps et vieillissement : comment penser les prises en charge en institution », in Philippe Pitaud, Sexualité, handicaps et vieillissement ERES « Pratiques du Champ social », 2011 p. 195-205.
33. Thibaud A., Hanicotte C., Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? » Gérontologie et société, 2007/3n° 122. 125-137 .DOI : 10.3917/g.s.122.0125.
34. Lefebvre des Noettes V, Belmin J. « Sexualité et ses troubles chez le sujet âgé ». In : Belmin J, Chassagne P, Friocourt P, et al. Gériatrie. Paris : Masson, 2009, pp.511-5.
35. Lefebvre des Noettes V, Gaubilard J, « Sexualité et avancée en âge », l'Information psychiatrique, vol. 91 N9-novembre 2015.
36. Starr BD, Weiner MB., The Starr- Weeiner Report on se and sexuality in the mature year. New YORK (USA) : Mac Graw- Hill, 1981.
37. Thorez D, et all, «Le libre choix du patient dément en institution», Gérontologie et société, 2009/4n°131, p.131-146. DOI :10.3917/g.s.131.0131.
38. Lefebvre des Noettes V., Gaubilard J, « Sexualité et avancée en âge », l'Information psychiatrique, vol. 91 N9-novembre 2015.
39. Dionne H., «de l'intimité à l'intimidation. Le harcèlement sexuel à l'égard des soignants», gérontologie et société 2007/3 (vol. 30/numéro 122), P. 139-144.
40. Giami A, «Sexualité, handicaps et vieillissement : comment penser les prises en charge en institution», in Philippe Pitaud, Sexualité, handicaps et vieillissement ERES « Pratiques du Champ social », 2011 p. 195-205.
41. Glowacz F., Courtain A., Dassylva B. Les agresseurs sexuels présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre autistique. In traité de l'agression sexuelle. Théories explicatives. Evaluations et traitements des agresseurs sexuels. Th. Pham et France Cortoni. Ed. Mardaga 2017.
42. Vaginay D., Sexualité et handicap : un défi social, Le journal des psychologues, 2013/1 n° 304, p.38-44. DOI : 10.3917/jdp.304.0038.
43. Arena G. Agressions sexuelles et handicap mental : penser l'agression sexuelle quand les mots manquent - communication, Montreux, CIFAS, 2011.
44. Hajbi M. « Approche psychothérapeutique groupale des majeurs déficients mentaux auteurs de violences sexuelles », Annales Médico-Psychologiques, 173 (2015), 46-53.
45. Balier C., Psychanalyse des comportements sexuels violents. Fil rouge, 1999.
46. Ciavaldini C., Balier C., Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire. Masson, col. Pratiques en psychopathologie. Paris 2000.
47. Baratta A., « Evaluation et prise en charge des délinquants et criminels sexuels », ETUDES & ANALYSES, Institut pour la justice, N° 12, janvier 2011, p. 2-32.
48. 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 de Psychologie Légales de Ville Evraud ». Ann. Med. Psychol. (Paris) (2018). Article à paraître en 2018.
49. Ducro C., Pham T.H., Cortoni F., L'efficacité du traitement des agresseurs sexuels adultes. Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive – 2017-Vol. XXII-n°3-p. 25.

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, milieu de vie) ? #2

Philippe GENUIT

Docteur en psychologie, psychologue PCAMP, CRIAVS Midi-Pyrénées, CH Marchant, chargé d'enseignement et chercheur associé à l'Université Rennes 2.

Préalable

A cette question, si le domaine de la prise en charge est celui du sanitaire, l'on peut répondre sans ambages : **NON**...si l'on s'en tient à la définition du mot : Qualité de ce qui est spécifique, qui présente une caractéristique **originale** et **exclusive**.

Spécificité Non...Mais

Encore faut-il mesurer cette réponse drastique, pour ne point clore la question. Dans ce cas, comme souvent dans le champ de la thérapie, ainsi que l'écrit Maurice Blanchot : « La réponse est le malheur de la question ». Clore la question, serait passer à côté de ce que permet de faire surgir l'analyse épistémologique, qui annonce un **NON... MAIS**

Aussi peut-on résumer la modération de cette réponse négative par : *il n'y a pas des spécificités dans la prise en charge (au sens où celle-ci se réfère à la clinique thérapeutique), mais des dispositifs et méthodes thérapeutiques qui construisent des moments, des lieux et de milieux spécifiques*, au sens où ceux-ci sont singuliers et ne se confondent pas avec d'autres dispositifs thérapeutiques...sans qu'ils soient exclusifs. En ce sens il nous faut, semble-t-il épistémologiquement différencier dans ce que l'on nomme, sans doute un peu lestement spécificité : le **singulier**, le **particulier** de l'**exclusif**. De ce fait le contraste entre spécifique et **spécial** peut-il nous aider.

Introduction : Semper idem, sed aliter

« *Eadem sunt omnia semper* » écrivait Lucrèce [1] et Schopenhauer [2] d'ajouter, « *sed aliter* », les choses sont toujours les mêmes, mais autrement ! Tout change mais rien ne change vraiment du point de vue englobant l'ensemble du temps (moment) de l'espace (lieu) et de l'environnement (milieu), exprimant l'inactualité des choses. Maxime qui épistémologiquement contraste sans s'opposer au « *On ne se baigne jamais deux fois dans le même fleuve* » d'Héraclite [3] exprimant ainsi l'impermanence des choses.

La question de la spécificité, qui est inactuelle tout autant qu'impermanente, va engager ainsi la réflexion épistémologique en son versant d'analyse critique, au sens étymologique du terme, de sa construction de savoir.

Ainsi notre présentation déclinera

1. La dialectique de l'**analyse** en contraste par rapport à l'**analyse en opposition** (ou clivage). Spécifique // spécial

Quand le **point de vue** construit la spécificité.

1. **Analyse exclusive** (un sens propre) // **analyse inclusive** (un sens commun)

En quoi y-a-t-il des prises en charges (sanitaires – judiciaires – sociales) qui bien que non spécifiques dans leur clinique ou nomenclature sont spécialisées dans ou par tel ou tel dispositif.

1. L'**inactualité** en contraste avec l'**impermanence**

Comment la médecine (le thérapeutique) inclut ou exclut ses propriétés et spécialités

Comment la querelle des cliniques entre dogmatiques et empiriques s'inactualise et se renouvelle de l'antiquité (Sextus Empiricus) à nos jours (épistémologues – Gaston Bachelard, Georges Canguilhem, Thomas Kuhn, Carl Popper etc.) en passant par la renaissance (Francis Bacon)

1. L'**analyse anthropologique tripartite** qui permet de synthétiser et d'ordonner les différents *modus faciendi*, *modus operandi* des « spécificités » des prises en charge des a.v.s. (a.i.c.s.)
2. Enfin et en fin, l'analyse de l'**objectif** répondant au point de vue préalable. Objectif entendu, dans ses acceptions de dessein, intention, mire, programme.

Objectif dans le champ du thérapeutique et des thérapies qui met en contraste l'**ataraxie** (guérison) et la **métriopathie** (modération des passions, apaisement des affections).

Concernant la clinique des a.v.s (*a.i.c.s. pour le juridique*) il n'y a pas, à proprement parlé, de spécificité de clinique thérapeutique - en termes de « *particularité exclusive* ». Le champ de la violence sexuelle n'est pas propre au thérapeutique. De façon analogue en victimologie, la clinique des victimes de violences physiques et/ou psychiques est un champ épistémique et thérapeutique, dans lequel les dispositifs d'accompagnement et de soins curatifs pour les victimes de violence sexuelles ne sont pas spécifiques bien que différenciés. Ainsi la problématique des violences conjugales englobe-t-elle les violences sexuelles avec d'autres violences physiques et/ou morales subies et/ou interactives dans la conjugalité, les séquelles *trans* ou *intergénérationnelles*.

Des méthodes, construites généralement par sérendipité, qui sont en préalable proposées à une population spécifique (par exemple les victimes de violences sexuelles) peuvent se révéler efficaces (semble-t-il aux dires des utilisateurs), en ce qui concerne une autre population (par exemple les auteurs de violence sexuelles). Ainsi en est-il de l'usage de l'EMDR, qui remporte les suffrages en tant qu'ouvrage (*medium*) thérapeutique.

Ainsi Le Q.I.C.P.A.A.S (questionnaire d'investigation pour auteurs de violences sexuelles) initialement construit pour des adultes hommes, aujourd'hui traverse les spécificités - temporelles d'âge (Q.I.C.P.A.A.S. Ados) – environnemental de genre (Q.I.C.P.A.A.S Femmes). Ainsi la question de la spécificité de la prise en charge et la réponse de non spécificité selon l'âge de la vie provient, s'étend à d'autres champs tels que le milieu de vie, le handicap, les violences agies ou passives sans contact etc.

Mais si l'on ne peut, in petto et sans risque du ridicule, énoncer la spécificité exclusive de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (a.v.s) sans contact, âge de vie, handicap, milieu de vie, doit-on annoncer que le thérapeutique, promeut des stratégies inclusifs construisant des artifices (dispositifs, méthodes, média) spécifiques issus de l'ingénierie de la prise en charge. (Artifice : de *ars* et *facio* - *ars* = combinaison, assemblage, procédé ; *facio* = *faire*). Sans doute est-il souhaitable pour plus de clarté et de précision de différencier le thérapeutique en tant qu'institution soignante, de la thérapeutique en tant que méthode soignante.

En ce sens, déjà et en premier lieu, la prise en charge des a.v.s n'est pas une spécificité du thérapeutique. Par contre, certains dispositifs de prise en charge construisent des méthodes thérapeutiques appropriées à de situations spécifiques par contraste à d'autres situations.

Spécificité des a.v.s ?

Avant même de poser le questionnement de la spécificité construite par les dispositifs, celle même plus large de la spécificité de la clinique des a.v.s. Les Journées Nationales ARTAAS 14 et 15 Octobre 2010 à Toulouse, organisées par Nathalie Lescure et Walter Albardier avaient déjà pour thème et titre : « Spécificité(s) des traitements des Auteurs d'Agressions Sexuelles ? »

Dans ces journées d'étude mon intervention portait sur les « Soins spécifiques et spécificité du soin dans le discours et les dispositifs sociaux. Une confrontation du légal et du légitime... », quand Tristan Renard expert dans cette Audition publique analysait « La construction sociale de la maladie mentale... », Walter Albardier suggérait « La fonction sociale du pédophile » et Nathalie Lescure proposait l'analyse en contraste « Du souci de l'autre et de la thérapie du patient : prendre soin et prendre en soin »

A titre de paradoxe

J'y relevais que le titre de ces journées pouvait paraître paradoxal. Ce, au sens où la singularité de l'Artaas est reconnue dans un engagement qui spécifie ses objets et sujets, d'investigation et d'intervention, par son intitulé : « Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles ». Mais comme l'énonce Marcel Détienne : « Comment peut-on définir une « *singularité* » sans se mettre en question, et son questionnement, à l'épreuve d'un comparatisme « expérimental » ? [4] Cette « mise à la question » est dans l'esprit des organisateurs des journées toulousaines et des membres de la région Artaas Midi-Pyrénées/Languedoc-Roussillon, plus « une mise en acte » qu'un « passage à l'acte ».

Déclinaison de la spécificité

Liées à la question de la spécificité des traitements, se déclinent d'autres interrogations issues de nos pratiques et de nos théories, de nos affirmations voire parfois de nos dogmes issus de la légitimation et de la légalisation de nos engagements.

- En quoi le dénommé « auteur d'agression sexuelle », « auteur de violence sexuelle » etc. est-il spécifique ?
- En quoi les traitements dits thérapeutiques, juridiques, éducatifs - à leur égard - sont-ils spécifiques ?

Le soin est-il spécifique au thérapeutique (autrement dit, le soin est-il la propriété du thérapeutique) ? Et, y-a-t-il une spécificité du soin ?

Le clivage, la sidération, la séduction, l'emprise, le déni, voire pour d'autres obédiences, les distorsions cognitives, la banalisation, la minimisation etc. sont-ils spécifiques à l'a.v.s?

Légitimité et spécificité

La légitimité de nos points de vue, et de nos actions, se confronte à la notion de spécificité. Ainsi à bien y regarder, les traitements thérapeutiques proposés ou imposés aux a.a.s.(auteurs d'agressions sexuelles) quelques soient les obédiences n'ont rien de spécifiques dans les procédures. Ce, puisque les mêmes *modi operandi et modi facienti* (consultations, groupes, ateliers médiatisés, questionnaires etc.), sont effectués auprès d'autres patients, dans des cadres légaux différents. Plus encore, et de même que l'antiquité usait de vocables identiques pour des acceptions différentes, les mêmes modes opératoires (ex. groupes), bien sur dans des buts et modalités différentes sont utilisés tant dans le cadre juridique qu'éducatif.

A la question préalablement posée : En quoi les traitements dits thérapeutiques, juridiques, éducatifs - à leur égard - sont-ils spécifiques ? La réponse est : les traitements et les dispositifs proposés aux auteurs de violence sexuelle ne leur sont pas spécifiques.

De même, pouvons-nous répondre par la négative pour une spécificité concernant les termes tels que le clivage, la sidération, la séduction, l'emprise, le déni, voire pour d'autres obédiences : les distorsions cognitives, la banalisation, la minimisation, qui bien que pouvant faire symptômes, même si on les unifie, ne font pas inéluctablement syndrome ; voire *sinthome* en terme scolastique, ou *synthèse* en vocable mathématique.

Quant à la question : Le soin est-il spécifique au thérapeutique (autrement dit, le soin est-il la propriété du thérapeutique) ? Et, y-a-t-il une spécificité du soin ? Nous pouvons en France aujourd'hui encore (pour combien de temps ?) différencier le soin de la peine et s'arroger la particularité du soin comme propriété du thérapeutique. Mais l'analyse du mot soin, montre que l'acception médicale est une appropriation. Cette appropriation légitime du soin par le thérapeutique n'en fait pas *ipso facto* sa propriété. Et l'ancien emploi du mot *sunnis*-soin par le juridique nous rappelle, que le soin est initialement un terme éducatif et familial (5).

Un zeste d'étymologie pour nous aider

Analyse contrastée – Spécificité : *species* et *facio* : analyse exclusive et analyse inclusive

L'étymologie ne saurait nous donner une réponse de vérité, nous apporter la preuve ou la certitude, mais elle peut nous aider à décomposer et recomposer la question ; autrement dit elle peut être support d'analyse épistémologique.

SPÉCIFICITÉ = Qualité de ce qui est spécifique, qui présente une caractéristique originale et exclusive.

Autrement dit le mot spécificité désigne une qualité qui est propre à et uniquement propre à un objet, un sujet ou une situation...Ce qui est difficile à affirmer pour les classements, catégorisations, assemblages, combinaisons logiques et techniques concernant la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (a.v.s) sans contact, âge de vie, handicap, milieu de vie.

Le mot spécificité provient du latin *specificus*, lui-même composé de *species* et *facio*

- **spēcīēs**, *specio* est issu du grec ancien **Σκέπτομαι**, *sképtomai* signifiant je vois, que l'on retrouve dans : spectateur, spectacle, spectaculaire etc
- **faciō**, *facere* : faire

Species à un double sens :

1. *sens actif* - regard, point de vue. *Species acuta*, vue pénétrante.

2. *sens passif* – aspect. *Præbere speciem horribilem*, avoir un horrible aspect.

Par extension il désigne l'apparence puis le semblant, le simulacre, le faux air, les dehors trompeurs, le prétexte, le faux-semblant.

Plus loin il désigne l'essence des choses conçue par l'esprit, la notion, le type, l'idée, voire l'idéal. *capere speciem veri scelerisque*, se faire une idée du bien et du mal

Enfin il désigne la nature spéciale-spécifique, l'espèce, le cas particulier. *haec species incidit*, ce cas particulier se présente.

Notons que la définition actuelle, mais temporelle, de spécificité est d'une part une partialité de la signification originelle, et d'autre part ne correspond pas à la réalité des singularités des prises en charge.

Sans doute, sans vouloir paraître donneur de leçon, peut-on parler de dispositifs spéciaux, au sens de singuliers plus que dispositifs ou catégories spécifiques en leurs acceptations d'exclusivité. Ce qui nous semble être plus prêt d'une analyse épistémologique du thème. Du latin *specialis* « spécial, particulier », dérivé de *species* « regard, aspect ».

Ainsi peut-on proposer que la Spécificité renvoie à une double analyse :

A. **exclusive** : ce qui est particulier, propre à l'objet - au sujet.

B. **inclusive** : B-1- actif = point de vue ; B-2- passif = aspect.

Spécificité(s) médicale(s) : Semper idem sed aliter (le même mais autrement)

L'Histoire de la médecine occidentale, est ponctuée d'exclusions-inclusions techniques et d'appropriations de savoir. Rappelons que la médecine fut longtemps en Occident (chrétien) spécifique (propriété exclusive) des clercs.

Exemples d'inclusion par **développement** :

- La **chirurgie** longtemps spécifique aux barbiers, qui n'étaient pas clercs, devint une technique spécifique de la médecine laïcisée.

- L'**obstétrique**- traitant de la naissance, spécifique aux sages-femmes (*obstetrix*), sera appropriée par la médecine alors masculine au début du XXème siècle.

- La **médecine légale** traitant de la mort ; (1536, Duché de Bretagne - ordonnance organisant une ébauche de médecine légale //En France, la Médecine légale au sens actuel du terme naît à la fin du XIX^e siècle avec des médecins légistes comme Alexandre Lacassagne ou Ambroise Tardieu. Elle-même développée en **médecine forensique** (médecine en lien au judiciaire, psychiatrie criminelle-criminologique).

Exemples d'inclusion par **Typicité** :

Neurologie... gynécologie/andrologie... pédiatrie... psychiatrie... etc. en fonction de la tripartition biologique **temps/milieu/lieu** analysée anthropologiquement en **âge/genre/situation**.

La psychiatrie en tant qu'inclusion spécifique dans le champ de la médecine tient une place particulière, qui influencera les prises en charge spécifiques de comportements préalablement conçus déviants en syndromes morbides.

De l'aliénisme à la psychiatrie.: La folie ne pouvant être un crime (*Pinel*), un statut médical distinct est créé amenant à la Loi du 30 juin 1838 (*Esquirol*) sur les aliénés - loi de police et d'assistance.

La spécificité de la psychiatrie, bien avant qu'elle soit « baptisée » est de se trouver bifaciale. Une face dans le champ clinique de la médecine, et l'autre dans le champ politique de la protection publique.

« *Celui qui pêche aux yeux de son Créateur, qu'il tombe aux mains (au pouvoir) du médecin.* » La Bible de Jérusalem : Ecclésiastique (Siracide), chapitre 38.

Cette **bifacialité** a amené le clinicien du thérapeutique psychiatrique à exclure puis inclure les **ivrognes vicieux** en les médicalisant « **alcooliques** » (loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux) ; les **drogués** en les médicalisant **toxicomanes** puis « **addicts** » (loi du 31 décembre 1970 – injonction thérapeutique) ; les **invertis** en les médicalisant...sans concept clinique propre (hormis la *pédophilie erotika* de Krafft Ebing et le classement factuel des mal nommées *paraphilies*) en auteurs de **violences sexuelles** ; catégorie qui n'est pas syndrome en tant que tel.

Les concepts de *psychopathes* pour les deux premiers et *pervers* pour les troisièmes ont rencontré la dynamique exclusion (rejet) et inclusion (appropriation) en institution psychiatrique.

Le point de vue fabrique la spécificité

- La **clinique** n'a pas intrinsèquement bougée en son analyse pronostique et diagnostique (*Hippocrate*), mais elle est empreinte des nouvelles données dans les prises en charge thérapeutiques. Cf. *Journées ARTAAS de Toulouse 2010* Albardier – Lescure.
- **Épistémologie** (analyse scientifique). F. de Saussure « *Bien loin que l'objet précède le point de vue, on dirait que c'est le point de vue qui précède l'objet* ». Ici c'est le point de vue (regard- *species*) du clinicien qui construit l'analyse de l'objet ou du sujet, tout autant que le **dispositif de prise en charge** sous forme de **développement** ou de **typicité**.

D'un côté, petit à petit apparaissent des focales plus précises, donnant lieu à des protocoles spécifiques, comme au CMP de La Garenne Colombes dirigé par le Dr Roland Coutanceau, La consultation de Bondy (Gabrièle Aréna, Sylvie Brochet – cf *article Elsevier*) dans le champ sanitaire.

Ce à l'instar du développement des champs médicaux : chirurgie, obstétrique, médecine forensique, etc.

D'un autre côté, sans que la clinique elle-même ne soit par essence transformée, ont émergé des types d'**analyse catégorielle** ou de **dispositifs de prise en charge** tels que :

A. Analyse catégorielle

- *La pédophilie féminine* (Martine Niss, Franca Cortoni, Sonia Harrati, Coline Cardi, Anne Poirat, Walter Albardier, Philippe Genuit)
- *La criminalité sexuelle de mineurs (adolescents, enfants)*
- *Le harcèlement sexuel*
- *La cybercriminalité (sans attouchement ni pénétration)*
- *La pédocybercriminalité- Les pédophiles dits abstinentes- Les potentiels agresseurs n'ayant pas (encore) agi*

B. Dispositifs de prise en charge

- *E.D.M.R*

- O.T.C.
- *Qu'en dit-on*
- Q.I.C.P.A.A.S (*Qicpaas mineurs*) (*Trame d'entretien forensique*) etc.

Ce à l'instar des typicités (segments) médicales :

Neurologie... gynécologie/andrologie... pédiatrie... psychiatrie... etc. en fonction de la tripartition biologique *temps/milieu/lieu* analysée anthropologiquement en *âge/genre/situation*.

Speciosissimum genus orationis - Le style¹⁹³ qui produit le plus d'effet

Le tableau qui suit en propose la schématisation qui montre que nos catégorisations cliniques sur lesquelles s'appuient les modes « *spéciaux* » sont empreintes d'une analyse trinitaire que la neurobiologie a identifié par patho-analyse (perte des repères temporo-spatiaux et familiarité, lors de traumatisme ou pathologie cf. Oliver Sacs [5]).

Analyse tripartite que l'analyse anthropologique, sous différences afférences et obédiences transforme en qui concerne spécifiquement l'humain en :

- *Âge* (analyse – appropriation du temps).
- *Genre* (analyse – appropriation du milieu familial).
- *Situation* (analyse – situation du sentiment propriété).

Ainsi concernant l'âge, les catégories de *majeurs* et/ou de *mineurs* ; d'*enfants*, d'*adolescents*, d'*adultes*, de *sénescents* (Vieux, personnes âgées) que l'on retrouve particulièrement dans les groupe médiatisés (Groupe de parole, *Qu'en dit-on*, Photolangage, O.T.C [6]). Dispositifs de prise en charge où l'âge est critère de l'inclusion dans les groupes.

En ce qui concerne le *genre*, il est important de ne pas réserver celui-ci au sexuel, mais à ce qui identifie en contraste ce qui divise sans forcément opposer. Nous reviendrons plus loin sur l'analyse inclusive par contraste et l'analyse exclusive par opposition (ou clivage). Ici l'auteur et la victime, le masculin et le féminin, le handicapé et le valide, le père incestueux et le pédophile extra-familial, la femme et le mari, le dominant et le dominé etc. Tant il est vrai que les analogies épistémologiques nous permettent de sortir de l'analyse ségrégative.

En ce qui concerne la *situation*, l'analyse anthropologique donne un statut au lieu (espace/territoire), où le différent devient étrange voire monstrueux. Le monstre et l'étranger sont ainsi convoqués pour et dans nos catégories, classements, classifications qui imprègnent nos dispositifs. Concernant les a.v.s., les paraphilies (telles qu'on les nomment actuellement) en sont les parangons se distribuant selon les comportements repérés déviants. Ce joint ici une difficulté épistémologique dans le fait que le *déviant* (qui est inhérent à une analyse sociologique) est intégré à l'analyse de clinique thérapeutique. Ceci entraîne une possible, voire probable confusion du déviant et du morbide, spécifique lui au médical.

193. Empr. au lat. *stilus* « tout objet en forme de tige pointue; poinçon pour écrire » (d'où E), puis « manière, style », « œuvre littéraire » en lat. d'époque impériale (d'où A, B, C), « coutume, mœurs » et « règlement, formule juridique » en lat. médiév. (XIII^{es}. et XIV^{es}. ds DU CANGE, s.v. *stillus*; d'où D). Centre national des ressources textuelles et lexicales.

Biologie	Anthropologie	Analyse inclusive par contraste	Analyse exclusive par opposition
	STATUT	Intégration	Ségrégation
Temps →	ÂGE	<i>Enfant</i> (impubère) – <i>Adolescent</i> (pubère - qui croît) – <i>Adulte</i> (qui a grandi –atteint la maturité) – <i>Sénescent</i> (qui décroît - vieillard) -inceste parental / Inceste adelphique	Âgisme
Milieu environnement → (familier)	GENRE	– Victime/Auteurs - Femme / Homme – Handicapé / Valide – Homosexuel / Hétérosexuel - Homogame – Transgenre – LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres) – Familial / Extrafamilial Père incestueux-pédophile - Violences conjugales etc.	Sexisme De <i>sexus</i> : issu de <i>seco</i> , <i>secare</i> « couper ». Sens originel « division du genre humain », <i>sexus</i> n'est pas équivalent à <i>éros</i> mais génos en grec ancien.
Lieu – espace → territoire	SITUATION	Monstruosité – frotteurisme – voyeurisme – exhibitionnisme – paraphilies etc. Etrangeté – nomadisme – errance – déshérence – couleur de peau – ethnicité – communautarisme etc.	Racisme Entendu que si biologiquement les races n'existent pas, anthropologiquement le racisme existe en tant que ségrégation politique

Analyse par contraste, analyse par opposition [7]

Le thème de la spécificité, nous amène à penser, comme nous l'avons vu, en termes de double : inclusion (inclusif) / exclusion (exclusif) en termes logique, intégration / ségrégation en termes sociologiques.

De fait la ségrégation et la stigmatisation¹⁹⁴ traverse la tripartition âge / genre / situation, dans :

- Le clivage des générations dans l'âgisme (jeune vs vieux) ;
- Le clivage des genres et rangs sociaux dans le **sexisme** (féminin vs masculin - hétérosexuel vs homosexuel - victime vs agresseur) ;
- Le clivage des domaines et des possessions (propriétés) dans le **racisme**. Entendu que si biologiquement les races n'existent pas, anthropologiquement le racisme existe en tant que ségrégation politique, et qu'il se faufile dans les questions d'ethnicité, de rapports opposés sédentaires vs nomades, résidents vs migrants (émigrés), déviance vs orthodoxie.

Cette question de la duplicité de l'analyse ne se rencontre pas que dans le thème de la spécificité en psychocriminologie. Ainsi cette duplicité émerge-t-elle dans la thématique du *trauma*.

194. Du latin *stigma*, *stigmatis* « stigmaté », lui-même emprunté au grec ancien *στίγμα* *stigma* « piqûre, marque au fer rouge, stigmaté », wiktionnaire.

Le traumatisme psychique est très souvent abordé et présenté en ses répercussions délétères. Pourtant dans « L'homme Moïse et le monothéisme », Freud évoque le caractère double des effets du traumatisme : positifs et négatifs. « Le trauma viendrait désigner l'action positive, mais surtout négative du traumatisme sur l'organisation psychique » pouvant provoquer des atteintes précoces du moi sous forme de blessures narcissiques. Thierry Bokanowski, le présente très didactiquement dans son article « Traumatisme, traumatique, trauma ». Cette présentation de la duplicité du trauma reste sur le mode de l'analyse par clivage. Cet « autoclivage » (déchirure du moi) pour reprendre l'expression de Ferenczi : (bon – mauvais ; positif – négatif) que perpétue l'analyse criminologique dichotomique par le couple d'opposés agresseur – victime.

L'expérience clinique m'amène, avec d'autres collègues, à envisager dans une analyse par contraste et non plus par clivage, le trauma dans la complexité du paradoxe ; complexité nommée par fois ambiguïté. Paradoxe sous plusieurs formes qui se dialectisent, se contredisent, plus qu'elles ne s'opposent : « protecteur – facteur de risque » ; « créateur – destructeur » ; « résilience - renversement patient/agent, subi/agi » ; force de l'impact traumatique – faiblesse du trauma » et son inverse « faiblesse de l'impact traumatique - répercussion morbide du trauma ». Elles se dialectisent au sens où un facteur n'exclut pas l'autre. Dans l'analyse par contraste, la protection n'exclut pas le risque et inversement. Dans l'analyse dichotomique ou dans le clivage actif /passif, les facteurs s'opposent et s'excluent mutuellement (la destruction exclut la création). Le bon s'oppose au mauvais, l'agresseur à la victime, le trauma à la résilience etc. Rendons cependant à César ce qui appartient à César et à Bion ce qui appartient à Bion. Celui-ci dans son analyse du « clivage pathogène » et sa distinction entre « clivage statique (passif) » et « clivage dynamique (actif) » ; le clivage dynamique s'approche, ici, de ce que nous nommons paradoxe.

Pratique et théorie

Pratiquement, l'analyse qui suit est issue de mon expérience clinique en institution psychiatrique adulte et infanto-juvénile, puis en service psychiatrique en milieu carcéral (SMPR de Rennes et Toulouse).

Théoriquement, je m'appuie sur les modèles qui ont traversé mon parcours clinique, la psychanalyse, la psychothérapie institutionnelle (François Tosquelles, Jean Oury, Hélène Chaigneau), l'anthropologie clinique (Jean Gagnepain, Hubert Guyard, Jean Claude Quentel), la psycho-criminologie (Loïck Villerbu et Pascal Pignol, ce dernier pour la psycho-victimologie).

Dans mes expériences en psychiatrie infanto-juvénile et en clinique de ce qui ne s'appelait pas encore les addictions, mais la toxicomanie et l'alcoolisme, des années 1975 à la fin des années 1980, la question du trauma était souvent voilée par celle préminente du symptôme (autistique, psychotique, psychopathique souvent, névrotique au mieux). Evoquer les traumatismes incestueux, notamment, souvent suivis d'un parcours sériel en tant que patient (sur-victimisation) ou agent (récidive) dans ce que nous nommons aujourd'hui « passage à l'acte » violent ou agressif ne s'entendait qu'à bas bruit.

D'autre part, je fus maintes fois confronté au paradoxe traumatique sous différentes formes. Des personnes étaient sidérées par l'acte violent sous forme impétueuse ou séductrice ; qu'elles en soient auteur ou victime.

J'ai pu rencontrer des auteurs et des victimes ; des auteurs préalablement victimes ; des victimes préalablement auteurs. Ces rencontres m'ont amené, comme beaucoup d'autres cliniciens et thérapeutes, à penser dialectiquement le trauma.

Tout autant l'expérience clinique m'a amené à la prudence et ne point asséner sans précaution : « toute victime peut devenir auteur » ; « pédophile un jour, pédophile toujours » ; « l'enfant dit toujours la vérité », assertion qui fait pendant au « mensonge de l'enfant » égrené dans la psychologie clinique naissante ; « pas de thérapie possible pour les pervers » ; « qui vole un œuf, viole un bœuf » etc. Ma rencontre avec le psychiatre et psychanalyste Claude Balier, auteur de « Psychanalyse des comportements violents », m'a conforté dans l'engagement auprès de personnes conçues comme incurables, indécrottables, sans concession pourtant à l'éthique.

Ces actants pouvaient subir les effets de la sidération issue de leurs actes. Sidération qui pouvait advenir alors qu'elle ne procédait d'aucune violence physique.

Ainsi dans le cadre de violence conjugale, un couple où l'homme était sidéré de ce qu'il avait commis sur sa compagne en résonnance, quand celle-ci sidérée par le passage à l'acte de son conjoint, l'était aussi du harcèlement psychologique qu'elle lui faisait subir. Le travail psychique réciproque ne pouvait s'effectuer sans comprendre leur rencontre « amoureuse » originelle, leur parcours mutuel où chacun en d'autres conjugalités, répétaient des scènes de ménage où l'actif et le passif pouvaient se renverser ou se confondre dans la dynamique identitaire. L'une et l'un alternant l'agir et le subir dans des confusions et renversement de rôles, qui n'aidèrent pas l'efficacité du jugement pénal.

Ces renversements et confusions, ses identifications à l'agresseur ou à la victime, se retrouvent aujourd'hui dans la clinique de ce qu'il est convenu d'appeler « la radicalisation ».

La morbidité des actes est souvent coalescente à une vulnérabilité psychique, voire une pathologie sous-jacente, rendant la personne vulnérable à l'adhésion par persuasion, à la soumission, à la conversion par conviction. La lutte contre l'angoisse d'effondrement (Winnicott), d'anéantissement (Balier), et souvent aussi « le ressenti d'humiliation », qu'il soit ou non légitime, amène le passif à devenir actif, le « moins que rien » à devenir « capable de tout ». Le trauma en tant que « blessure narcissique », pour reprendre le terme de Bokanowski, s'exprime dans la tentative de restauration identitaire du terroriste.

Que dire aussi de l'éprouvé confus et confusionnant de cette mère incestueuse envers sa fille de 9 ans, elle-même incestuée par son père à l'âge identique de 9 ans ; qui lui en voulait légitimement de l'avoir abusée et plus encore, paradoxalement, de ne plus pouvoir ressentir un plaisir sexuel aussi intense avec ses partenaires qu'avec son abuseur. Ferenczi, en son temps, parlait de confusion des langues et d'identification à l'agresseur. Paradoxe de la violence de l'agir et de la détresse du subir, de la souffrance et de la jouissance, de l'espoir et du désespoir.

And last but not least, que dire du paradoxe traumatique de cette jeune mère infanticide, coupant le sexe de son garçon nouveau-né, et le jetant dans une poubelle, hallucinant ce dernier à l'agresseur géniteur tout en occultant de sa mémoire le viol subi ; le délire et l'acte annihilant la souffrance de l'acte traumatique, pouvons-nous penser.

Mais là encore nous est-il plus heuristique de penser que ces rencontres, non voulues – non désirées, ne sont pas de hasard. Pour être traumatisé ne faut-il pas être traumatisable ? La vulnérabilité découle-t-elle du trauma ? Le trauma découle-t-il de

la rencontre de vulnérabilité ? Ceci dans une situation vulnérante, un contexte vulnérant, où la conjonction de potentiels déclenche le passage à l'acte.

La duplicité du trauma

Dans le champ forensic de la psycho-criminologie l'analyse de la « duplicité » du trauma, son caractère double (destructeur / créateur), fait pendant à la duplicité du passage à l'acte. Encore faut-il prendre la précaution de se référer à l'étymologie du terme duplicité - ce qu'à l'école primaire on nomme le « sens propre » - et non au sens « figuré » de mensonge, dissimulation, fourberie etc. Etre un agent double, en somme, n'est pas réservé aux services secrets. Janus s'en faut. Comme l'énonçait Jean Gagnepain : « La vérité comporte en elle-même son propre mensonge ».

Analyse en opposition et analyse en contraste

Le caractère double, la duplicité, renvoie au fait que la clinique nous enjoint de penser et raisonner en contraste plus qu'en opposition. Le contraste renvoie à l'interdépendance à la réciprocité, qui comme Janus est inconcevable sur une seule face. Il s'agit de concevoir le « normal » en contraste - et non opposé - au « pathologique » ; ici le « mimétisme subjectif » dans « l'écho de vulnérabilité » et son corolaire d'emprise imposée en contraste à la « réflexivité subjective » dans « l'écho de sensibilité » et son corolaire d'empathie partagée.

C'est aussi entrevoir que l'ébranlement durable de l'évènement traumatique peut naviguer du mimétisme pathologique à la réflexivité « normale », et qu'à l'instar du délire, le trauma peut pathologiquement protéger la syncrasie du sujet.

Dans la même « situation vulnérante » de mimétisme subjectif, les positions peuvent s'inverser dans le couple d'actants « vulnérant / vulnéré », comme le montre le très beau livre de Maurice Grosman « N'habite plus à l'adresse indiquée ».

Ce mimétisme subjectif peut se voir sur deux modes du rapport « agresseur / victime » : d'une part la « sujétion oppressive » et d'autre part la « séduction dolosive ». Dans le premier mode, l'assujettissement du vulnéré (victime) par le vulnérant (agresseur) participe d'un même écho de vulnérabilité par « soumission ». Dans le second mode l'assujettissement participe d'un même écho de vulnérabilité par « adhésion ».

La soumission se passe du consentement, donc de l'échange entre actants, tandis que l'adhésion par le biais de la séduction « détourne » le consentement. D'où la différence que peut énoncer la victime dans la parrhésie. Dans le premier cas : « il m'a baisé » dans le sens où « il m'a possédé contre mon gré » ; tandis que le second cas l'énoncé serait : « il m'a bien eu » ou « je me suis bien fait baisé ». Autrement dit « s'il (elle) a pu profiter de moi » c'est que « à l'insu de mon plein gré », comme on a pu se moquer de la formule d'un célèbre cycliste, « ce n'est pas ce que j'ai voulu, mais j'ai participé à mon malheur ». D'où la notion « dolosive » suivant la séduction.

O tempora, o mores !

L'inactualité de la querelle des cliniques :

De Sextus Empiricus (Σέξτος Εμπειρικός) 190 après JC à aujourd'hui qu'elle soit positive ou négative nous visons la certitude (preuve).

Peut-on légitimement affirmer qu'il y a des spécificités dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (a.v.s) sans contact, âge de vie, handicap, milieu de vie ?

Quelle preuve apportons-nous au oui ou au non ? Quelle valeur aurait une réponse exclusive à cette question ? Serait-elle issue d'un jugement de valeur ou d'un jugement critique, d'une analyse idéologique ou d'une analyse épistémologique ? Le doute interroge la certitude.

Le doute a traversé la pensée philosophique autant que l'art clinique, dans l'alternance ou l'opposition de l'optimisme et du pessimisme. Notre contribution d'aujourd'hui n'a rien de nouveau.

Aussi si l'on peut parler du paradoxe du trauma, il n'est pas inhérent, bien sûr, qu'à lui. Le paradoxe est inhérent à la rationalité humaine. Et c'est la forme humaine du trauma dont nous traitons ici.

« *La clinique nous apprend que nous nommons et finalisons le monde. En finalisant le monde nous cherchons la « preuve » que les Latins appelaient « critérium » que les Grecs appelaient « techmérion ».* Le paradoxe des marges du trauma interroge la preuve. De quel qu'ordre qu'elle soit, scientifique ou mythique, elle ne suffit pas à nous sortir positivement ou négativement du doute - que les Grecs appelaient « *époché* », suspension de jugement. Il nous faut le jugement – ici clinique -, pour sortir du doute ou son corolaire « l'évidence », pour déterminer si nous pouvons ou ne pouvons pas atteindre la certitude au-delà même de l'erreur » [8]. Dans le cas du trauma, aucune preuve n'est suffisante. Nous sommes responsables de la position du problème que nous posons. Dans nos souhaits et tentatives de résolution, thérapeutique, juridique du trauma, nous sommes enfermés dans une circularité dont nous ne pouvons sortir qu'en croyant « au Père Noël », à dieu, Allah, Vishnu voire au Signifiant, à l'*evidence based medicine* etc. Etant donné la circularité par laquelle la raison nomme et finalise le monde, nous ne pouvons rien prouver, nous ne pouvons pas sortir du doute qui oppose l'erreur à la certitude sans un quelque chose en plus qui nous rassure.

Toute la pensée philosophique qui nous précède quel que soit le contenu de ses affirmations a en commun d'avoir visé la certitude. Que celle-ci soit positive ou négative. La tradition philosophique a distingué les rationalistes des empiristes. Sextus Empiricus au II^e après J.C. disait déjà que parmi les médecins de son temps il y avait les « *logikoi* » et les « *empeirikoi* », c'est-à-dire les **logiciens** et les **empiriques** [9], autrement dit, les **rationalistes** et les **empiristes**.

Les rationalistes ont tendance à affirmer la possibilité d'obtenir une quelconque certitude. Les empiristes au contraire s'enferment dans une espèce de doute dont ils posent cependant les fondements : ils sont sûrs qu'on ne sera jamais certain !

Cela paraît paradoxal, mais il y a la même affirmation dans les deux points de vue. Il y a ceux qui croient au transcendant et ceux qui sont sûrs qu'il n'existe pas. Mais dans les deux cas ils partagent une même certitude, un seul et même rationalisme. Optimistes et pessimistes croient à la même chose.

Les pessimistes n'arrivent pas à faire le deuil de ce à quoi les autres croient, ce qui fait qu'ils désespèrent. On ne désespère jamais que de ce qu'on a trop espéré. On n'est jamais déçu que de nos illusions. On ne souffre jamais tant que de notre désir.

Pour les optimistes, tout va bien ; si ça ne va pas un jour cela ira mieux demain : c'est la fameuse entéléchie d'Aristote. « *Entéléchéia* » signifie accomplissement, ce que les anglais appellent « *achievement* ». Pour les optimistes, qui croient en une entéléchie, un achèvement, tout s'explique, par la science ou par le mythe. Ceci au prix d'une démarche qui peut être onéreuse mais qui se passe dans un monde où tout va ou ira pour le mieux. Les fameux lendemains qui chantent s'inscrivent dans cette pers-

pective-là. Tout s'explique, tout est certain y compris le miracle. C'est la science ou bien c'est la magie : on admire les miracles de la science ou du religieux, qu'importe ! Les pessimistes sont les partisans non plus de l'entéléchie mais de ce que les Grecs appelaient « *anankè* », c'est-à-dire cette forme de nécessité-contrainte qui est une fatalité. L'*anankè* est le rêve déchu d'une entéléchie. La nécessité contrainte est le rêve déchu de l'accomplissement. Analyse finie ou infinie questionnait Freud. Comme on se rend bien compte qu'on ne peut pas arriver à la perfection dont on rêve, on désespère. Là encore on ne souffre que d'avoir espéré ; le désespoir n'est jamais que l'espoir à l'envers, c'est un deuil auquel on ne peut pas se résigner.

Comme le dit Jean Gagnepain « La conception qu'ils ont de l'être humain est celle d'un être réduit à l'illusion des sens (vous comprenez pourquoi dans l'empirisme vous avez le sensualisme) dans un monde absurde, voué à toutes les apocalypses, les fins du monde qui ne sont pas l'entéléchie - l'accomplissement, mais la catastrophe. C'est aussi une peur panique devant tous les progrès quels qu'ils soient, doublé d'un complet immoralisme, puisqu'il n'y a plus de norme, de l'acte gratuit, c'est Lafcadio. (Cf. André Gide in « les caves du Vatican ») ».

Dans cette perspective nos patients sont aussi dans le mimétisme d'une société maniac-dépressive qui se coupe strictement en deux, réifiant les clivages et monétisant la bi-polarité dans la politique, la pharmacologie, les assurances, la médecine psychiatrique etc.

Postuler cliniquement sur le paradoxe du trauma, c'est aussi s'engager dans une politique et une éthique de soin qui, sans que nous soyons naïfs, refuse les catastrophes comme apocalypse (dévoilement en son sens grec) et accomplissement d'un destin. Et si paradoxalement « l'enfer est pavé de bonnes intentions », « le pire n'est jamais sûr ».

Le tableau ci-dessous, propose la mise en contraste des deux positions plus qu'elle ne les oppose, sachant que par exemple dans le déroulement de l'histoire de la pensée, une analyse épistémologique d'un jour devenant *paradigme* [10], devient par inertie conservatrice une analyse idéologique.

λογικοί <i>logikoï</i>	εμπειροκοί <i>empeirikoï</i>
↓	↓
logiciens	empiriques
Dogmatiques Idéologie	Empiriques Épistémologie
Rationalistes	Empiristes G. Bachelard : <i>rupture épistémologique</i> T. Kuhn : <i>paradigmes</i> K. Popper : <i>falsifiabilité</i> Sextus Empiricus : <i>Faillibilisme</i>
Analyse exclusive Croyance en l'essence de l'objet (auto)Persuasion	Analyse inclusive Construction de l'objet par développement ou typicité Sérendipité

Conclusion

Quel objectif pour le point de vue ?

Fonction mythique ou meet-ique de la prise en charge ?

« Comment peut-on définir une « singularité » (spécificité) sans se mettre en question, et son questionnement, à l'épreuve d'un comparatisme « expérimental » ?
Marcel Détienne

Est-il important, primordial, de disserter sur l'existence des spécificités dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (a.v.s) sans contact, âge de vie, handicap, milieu de vie ? Rien n'est moins sûr. Est-il désolant de croire au père Noël ? Nous avons vu que de toute façon, l'humain ne peut pas ne pas croire... en dieu, en la science etc. Une autre paire de manche est d'être convaincu, persuadé de posséder une vérité exclusive.

Et les grecs anciens avaient montré avec une indéniable subtilité, que certains nommeraient casuistique, la proximité de la croyance et de la science.

Certains ont confondu le **contraste** qu'ils remarquaient entre la *pistis* (croyance – conviction – persuasion) et l'épistémè (le savoir scientifique, l'analyse critique), avec le **clivage-opposition** de ces deux logiques. *Pistis* (de *peitho* : convaincre, persuader) et épistémé viennent tous deux du verbe *tithémi* signifiant « poser », que l'on rencontre aujourd'hui, dans thèse -synthèse, thème-anathème etc. Soyons donc posés plutôt que radicaux.

Nous posons là que l'empirie thérapeutique construisant les dispositifs de prise en charge spécifiques pour a.v.s. et leurs spécialisations (âge, genre, situation) ont pour objectif plus une métriopathie, fût-elle convenue, qu'une ataraxie qui demanderait à ce que soit définie une nosologie scientifique concernant les a.v.s..Ce qui n'est pas encore le cas.

<p>ATARAXIE ἀταραξία « absence de troubles »</p>	<p>METRIOPATHIE Disposition par laquelle on modère les passions. Μετριοπάθεια-<i>métriothéia</i>, de μέτριος-<i>métrios</i>, mesuré, modéré, et πάθος-<i>pathos</i>, affection.</p>
<p>Guérison de maladie(s)</p>	<p>Apaisement d'affection(s)</p>
<p>Fonction mythique ?</p>	<p>Fonction meet-ique ?</p>
<p>Analyse exclusive En polarité d'oppositions</p>	<p>Analyse inclusive En polarité de contraste</p>
<p>Nosologie νόσος, nosos « maladie »</p>	<p>Pathologie πάθος, páthos « passion » de πάσχω, páskhō « être affecté -subir »</p>

Bibliographie

1. Lucrèce, « *De la nature. De rerum natura* », éd., trad., intr. et notes de José Kany-Turpin, Paris, Aubier, 1993
2. Arthur Schopenhauer, « *De la quadruple racine du principe de raison suffisante* », Vrin Édition, coll. Bibliothèque des Textes Philosophiques – Poche, 1997.
3. Héraclite, « *Fragments* » (trad. Marcel Conche), PUF, coll. Épiméthée, Paris, 1986.
4. Marcel Détiéne « *Faire de l'anthropologie avec les grecs* » in « *Pensées pour le nouveau siècle* » Aliocha Wald Lasowski, Fayard, 2008
5. Oliver Sacs « *The Man Who Mistook His Wife for a Hat* », 1985 – « *L'Homme qui prenait sa femme pour un chapeau* », Seuil, Points Essais, 1992
6. Gabrielle Arena, Sylvie Brochet, Emilie Bouvry, Nicolas Estano « *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* », Elsevier, Masson, France, 2018.
7. Philippe Genuit, « *Aux marges du trauma* », in *Journal des psychologues* avril 2018, « Du traumatisme au trauma : d'autres regards ».
8. Jean Gagnepain, séminaire « *Mes parlements* » 1982
9. Sextus Empiricus, *Esquisses pyrrhoniennes*, I, 31-163, trad. : Long et Sedley, *Les philosophies hellénistiques*, Garnier-Flammarion, 2001
10. Thomas Kuhn (trad. Laure Meyer), « *La structure des révolutions scientifiques [The Structure of Scientific Revolutions]* », Paris, Flammarion, coll. Champs, 2008 (1^{re} éd. 1962)

Quelle approche de la famille de l'auteur de violences sexuelles ? #1

Martine NISSE

Éducatrice spécialisée, thérapeute familiale, membre du bureau de l'EFTA, co-fondatrice et directrice du Centre des Buttes Chaumont à Paris, chargée de cours universités Paris VIII et Grenoble-Alpes.

Introduction

La principale activité thérapeutique du Centre des Buttes-Chaumont [1] (CdBC), centre de thérapie familiale, étant le traitement des différentes formes d'inceste, nous avons choisi, en détaillant notre travail spécifique, de répondre globalement aux trois questions posées au sujet de l'approche de la famille de l'auteur de violences sexuelles :

- Prise en charge de la famille de l'auteur ?
- Place de la famille dans la prise en charge de l'auteur ?
- Prise en charge des violences intrafamiliales ?

Après un historique, nous évoquerons les concepts-clés psychanalytiques et systémiques de notre approche spécifique. Puis nous définirons le cadre de notre approche de la thérapie de la famille de l'auteur de violences sexuelles intrafamiliales, mineur ou majeur, et enfin nous l'illustrerons par des exemples cliniques.

Notre expérience est principalement centrée sur 30 ans de clinique des maltraitances et violences sexuelles intra et extrafamiliales comme thérapeute familiale au CdBC, centre privé que nous avons cofondé avec un psychiatre et une psychanalyste. Cette expérience clinique est complétée par la supervision et la formation de professionnels et d'équipes pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles en France, en Europe et à l'international.

Il est notoire que peu de thérapeutes s'engagent aisément dans le traitement des familles maltraitantes en intégrant l'agresseur dans le processus thérapeutique. Comme le souligne Emmanuel de Decker, « *Nombre de cliniciens redoutent la confrontation à ces situations, vécues comme difficiles et peu gratifiantes. D'ailleurs, celles-ci, pour d'aucuns, ressortent du champ social, de la protection judiciaire mais point du domaine de la psychothérapie* » [2].

L'engagement de chacun des intervenants au CdBC est un des éléments-clés de notre travail. Au CdBC, « *ce nécessaire engagement affectif et intellectuel global des thérapeutes* » [3] est basé sur l'évidence que le changement attendu en thérapie ne peut s'obtenir qu'à la condition de prendre en compte le contexte articulant thérapie et justice dans lequel la thérapie va se développer. L'approche thérapeutique du CdBC est à la fois psychanalytique et systémique, nous l'appelons « *systémanalytique* ». Elle s'adapte à l'individu, au couple, à la famille et au réseau.

La prohibition de l'inceste est universelle et serait le premier acte social de l'humanité, selon Claude Lévi-Strauss [4]. Les familles, qui n'ont pas respecté cette prohibition, et que nous recevons, proviennent de tous les milieux sociaux et de toutes les cultures accueillies en France. Les prises en charge thérapeutiques font suite à une demande personnelle d'un patient ou d'un couple ou d'une famille. Elles proviennent égale-

ment d'un référent social, par ordonnance d'un juge des enfants, ou dans le cadre des obligations de soin pré et post-sentencielles. Aujourd'hui nous recevons à peu près autant de familles orientées pour un travail avec un-e agresseur-e que de familles orientées pour un travail avec une victime. Pour les mineur-e-s, souvent ces familles se confondent.

Nous recevons, le plus souvent en cothérapie, des situations familiales incestueuses, lors de consultation à géométrie variable. Elles peuvent être individuelles, du lien parent-enfant, de couple, de famille ou de réseau. Les situations familiales maltraitantes et incestueuses que nous suivons en thérapie familiale de réseau sont orientées et suivies par les services sociaux, que nous invitons en séance, qu'ils soient mandatés ou non par les juges des enfants. En moyenne, nos prises en charge de thérapie familiale de réseau durent trois ans à raison d'une séance par mois, parfois deux, notamment à l'approche des procès. En cas de fratries nombreuses, les adolescents et les plus jeunes font l'objet de séances séparées.

Le nombre de participants à ces séances varie en fonction de la taille des fratries et du nombre de professionnels mandatés. Sont invités régulièrement à participer, les référents de la Protection de l'Enfance (assistants sociaux, éducateurs spécialisés, psychologues) les référents des structures de vie des mineurs ou majeurs (foyers, institutions, famille d'accueil et lieux de vie). Les référents judiciaires (administrateurs *ad hoc*, avocats, éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), agents des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) sont invités en séance ponctuellement, en fonction de l'évolution de la thérapie et du processus pénal.

Historique

Fondation du Centre des Buttes-Chaumont

Le CdBC, (fondé en 1987) a été financé en partie grâce au mécénat de la Fondation de France et de la Fondation Apple, les interlocuteurs institutionnels estimant « *inutile de créer une nouvelle structure à la découverte de chaque nouveau symptôme* »... Il est en effet nécessaire, pour comprendre ce qui va suivre, d'évoquer la polémique autour de l'émergence de la question des maltraitances à l'encontre des mineurs, notamment de l'inceste, en France dans les années 80'. Il nous semble utile également de prendre en considération les inévitables difficultés traversées par le CdBC, lesquelles ont solidifié la démarche de notre approche de l'inceste. Ces difficultés, parfois ces épreuves, nous obligeaient à la fois à nous remettre en cause et à défendre régulièrement le bien fondé de notre pratique clinique articulant le domaine thérapeutique avec le domaine éducatif et le domaine judiciaire, notamment pénal.

Thérapie familiale systémique

La thérapie Familiale Systémique, comme le résume Paul Sivadon pour la préface du *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, est « *un modèle basé sur la modification des liens interrelationnels qui tendent à se figer sur un mode pathologique* » [3]. Cette approche, si l'on veut bien l'adapter, s'articule harmonieusement avec celle de la psychanalyse développée par Freud [5] et par Ferenczi [6]. Comme le souligne Gérard Salem, « *Le modèle systémique peut intégrer aisément les autres modèles, par sa façon même de raisonner qui le situe davantage comme un méta-modèle* » [7]. C'est ce qui a permis aux membres de notre groupe initial de recherche, venus de contextes professionnels différents, de confronter fructueusement les trois logiques, judiciaire, thérapeutique et éducative, grâce à ce langage devenu commun.

Cette approche offre une redéfinition de la famille comprise comme un système et bouscule les idées reçues du type « il faut attendre la demande ». Elle propose à l'intervenant de manier la métacommunication, de créer des interventions paradoxales pour obtenir un changement dans les règles du fonctionnement familial : « Les techniques de communication utilisées en thérapie familiale par leur caractère souvent paradoxal sont revendiquées comme étant manipulatoires [...] » [3]. Par ce changement profond de perspective, je suis amenée à rencontrer un modèle mixant psychiatrie et travail social. Il s'agit des pratiques de réseau, appelées indifféremment intervention en réseau ou travail en réseau, développées notamment par Ross V. Speck [8] à New York. Dans cette nouvelle approche qui peut rassembler un grand nombre de personnes autour du patient en difficulté, psychiatres psychologues et travailleurs sociaux travaillent en co-intervention. C'est le modèle que nous allons adapter même si, comme le constate Gérard Lopez, « *Lorsque l'enfant est placé, les thérapies de réseau mises au point par le Centre des Buttes-Chaumont dans les années 1990 sont utiles [...] mais elles sont difficiles à organiser* » [9]. C'est toujours vrai. Leur coordination et la logistique nous demandent un grand investissement, mais c'est précisément dans cette difficulté que la créativité sollicitée du systémicien peut ouvrir la porte à un changement.

Synchronisation

À partir de 1979, j'intègre un groupe de recherche centré sur les parents maltraitants et leurs enfants [10], au sein d'un service social [11], étudiant une situation familiale incestueuse père-fille dont j'ai la charge, où la place de la mère est particulièrement ambiguë et où l'entretien en prison avec le père me permet de percevoir l'importance du travail avec l'agresseur et sa famille, et la nature singulière des interactions familiales. Mais l'approche systémique que je propose n'est pas comprise à l'époque.

J'ai l'opportunité de découvrir les travaux de Sándor Ferenczi [6] alors en cours de traduction par le Groupe du Coq Héron¹⁹⁵, dont fait partie Pierre Sabourin rencontré lors d'un des premiers congrès de thérapie familiale organisé en France par Mony Elkaïm [12] (Nice, 1982). Éva Thomas, la première victime¹⁹⁶ d'inceste médiatisée en France, nous demande une relecture de son manuscrit, *Le viol du silence* [13]. Cette synchronisation entre un désir de recherche en travail social sous mandat judiciaire, une psychanalyse inédite, l'innovante thérapie familiale, et l'émergence de la parole et de la pensée hardie d'une victime d'inceste, va nous permettre de penser autrement et de créer un groupe de recherche pluridisciplinaire et pluri-institutionnel.

Polémique théorique

Une polémique déclenchée aux USA arrive en France lors de la traduction des travaux de Jeffrey Moussaieff Masson, archiviste de l'œuvre freudienne, qui a pour sujet « *le renoncement de Freud à la théorie de la séduction* » [14] [15]. C'est au sujet de la question cruciale du fantasme d'inceste ou de la réalité de l'inceste passé à l'acte. D'après l'enquête de terrain menée en France entre 2003 et 2005 auprès d'une soixantaine d'anciennes victimes de l'inceste par Jenyu Peng, docteure en psychopathologie fondamentale et psychanalyse (Paris Diderot), chargée de recherche à l'Institut d'ethnologie de l'Academia Sinica (Taiwan), « [...] *malgré les brèches récentes du tabou, la résistance déniait cette forme de traumatisme réel n'en est pas moins forte* » [16].

195. Judith Dupont est psychanalyste et médecin, et héritière des droits littéraires sur l'œuvre de Michael Balint et de Sándor Ferenczi. Elle a constitué une équipe de traduction en français des ouvrages de Ferenczi, jusqu'à alors inédits.

196. Dans le présent document, nous utiliserons le terme « victime » au sens de « Personne qui souffre du fait de quelqu'un », que ce fait ait été établi pénalement ou non.

« Des témoignages de victimes ayant consulté des “psy” montrent que la théorisation de Freud sur les fantasmes originaires œdipiens a émoussé l'écoute analytique jusqu'à une date récente. » [17]. Éva Thomas, notre « experte de vie » dirait-on aujourd'hui, incarne ce dilemme posé à la psychiatrie puis à tout l'ensemble des intervenants face au dévoilement tardif d'inceste. Elle qui a refoulé durant 30 ans, par divers mécanismes de survie psychique, le souvenir du viol incestueux subi à 15 ans, a assuré la base éthique de nos travaux de recherche et a accompagné l'évolution de la prise de conscience par notre société des problèmes posés par la transgression du tabou de l'inceste. Éva Thomas avait ouvert le champ des témoignages télévisés en septembre 1986¹⁹⁷ au moment même où la télévision française évoluait, opérant ainsi, comme le décrit l'historienne Anne-Claude Ambroise-Rendu, « [...] un renversement parce que ce sont les victimes, cette fois, qui se font les actrices d'une dénonciation ne visant pas des lois et des mœurs répressives, mais les obstacles considérables auxquels elles se sont heurtées avant d'être entendues : la surdité des psychiatres et psychanalystes, celle de l'institution judiciaire et des experts de toutes catégories, le silence obstiné des médias. » [18]. Sous son impulsion, la loi a ouvert la porte aux premiers reports de délais de prescription dans les situations de violences sexuelles¹⁹⁸. La pensée française dominante était alors incarnée par Serge Lebovici¹⁹⁹ [19] qui n'hésite pas en 1987 – dans une émission qu'Éva Thomas et nous avons contribué à préparer – à mettre en doute publiquement la véracité et l'utilité des récits de violences intra-familiales des hommes délinquants sexuels qui témoignaient²⁰⁰ « en triplex » entre Repentigny (Québec²⁰¹), SOS Inceste (Bordeaux) et le plateau parisien. Serge Lebovici s'oppose, sincèrement contrarié : « Vous comprenez, c'est trop, ces pères qui ont violés des filles, des garçons. Ce n'est pas croyable ! [...] Ce n'est pas enseignant pour le grand public ! ».

Aujourd'hui ce débat se maintient et les associations militantes comme l'Association Internationale des Victimes de l'Inceste (AIVI) [20], continuent d'alerter l'opinion publique en fournissant par leurs sondages des statistiques sur l'inceste qui corroborent les statistiques européennes fournies par la campagne européenne « Un sur Cinq » [21] : « Un enfant sur cinq serait victime d'un abus sexuel sous une forme ou une autre », ce qui intègre la pédophilie. Cette affirmation déclenche toujours autant de surprise et de doute. « Selon les estimations du Conseil de l'Europe établies par des recherches récentes, dans 70 à 85 % des cas, l'auteur de ces actes est une personne que connaît l'enfant. Dans 90 % des cas, les abus sexuels ne sont pas signalés à la police ». Cette campagne n'a quasiment eu aucun écho en France, malgré le soutien d'EUROCEF²⁰², Organisation Internationale Non Gouvernementale qui défend l'application de la Convention de Lanzarote²⁰³. Selon Pietro Forno, ancien procureur de

197. Les dossiers de l'écran. Émission du 2 septembre 1986 diffusée sur Antenne 2.

198. Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance

199. Lebovici Serge (1905-2000) : professeur de psychiatrie et psychanalyse. Les évènements du XX^e siècle ont imprimé à ses engagements institutionnels un sceau conservateur qui lui valut autant de fidèles que d'adversaires. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/serge-lebovici>. Consulté le 23/04/2018.

200. Au cœur de l'Affaire. Diffusion octobre 1987. La Cinq.

201. À cette époque, au Québec, le traitement thérapeutique se substituait aux poursuites pénales si la personne suspectée d'inceste ou de pédophilie acceptait de signer un protocole de déjudiciarisation.

202. EUROCEF. OING dotée du statut participatif auprès du Conseil de l'Europe. Elle apporte une expertise internationale aux instances politiques nationales et européennes.

203. La Convention sur la Protection des Enfants contre l'Exploitation et les Abus Sexuels, appelée également Convention de Lanzarote, a été ouverte à la signature des États en 2011. Cette convention est le premier instrument international à ériger en infraction pénale les diverses formes d'abus sexuels commis sur des enfants, y compris dans le cadre domestique ou familial, par le recours à la force, la contrainte ou la menace.

Milan, « *La leçon de la Convention de Lanzarote est que l'enfant a des droits constitutionnels inviolables [...] qui doivent encore entrer dans la culture juridique* » [22].

Un heureux hasard a fait que la plupart des membres du groupe de recherche pluridisciplinaire et pluri-institutionnel du CdBC étaient intervenus sur le plan social, médical et judiciaire dans la situation d'inceste père-fille étudiée dans le service social : nous l'avons appelée « *L'Affaire A* ». « *Alors que les différents professionnels qui avaient pris en charge ce cas d'inceste ne constituaient pas une équipe, ils étaient intervenus de façon complémentaire et avaient assuré un suivi permanent [...] L'affaire A représentait donc un modèle généralisable* » [23] qui a servi à l'élaboration de notre *Protocole d'Intervention Sociale Judiciaire et Thérapeutique en faveur des enfants maltraités et victimes d'abus sexuels* (1990) [24]. Ce protocole est la conclusion de notre premier ouvrage *La violence impensable, inceste et maltraitances* [23], paru en 1991. Nous pouvons légitimement penser que nous avons ainsi inspiré quelques changements fondamentaux, notamment dans la façon de recueillir les témoignages d'enfants, dans la création des cellules de recueil des informations préoccupantes et sur la connaissance des familles des abuseurs sexuels et les obligations de soins. Hervé Hamon, alors juge des enfants, partenaire de cette recherche, le souligne en préambule : « *Ce protocole d'intervention est la résultante d'un long travail pluridisciplinaire ; il témoigne d'un souci constant d'articulation entre les champs judiciaire, thérapeutiques et éducatifs. Si le schéma judiciaire a été retenu ce n'est pas avec l'objectif d'une "judiciarisation à outrance" mais dans un souci de mettre en perspective le traitement judiciaire qui, s'il n'est pas thérapeutique en lui-même est néanmoins une condition préalable toujours nécessaire au traitement éducatif et/ou thérapeutique* » [23].

Vingt ans après, en 2009, les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé pour la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles à l'encontre de mineurs de moins de quinze ans indiquent, en reprenant les recommandations de la conférence de consensus de la Fédération Française de psychiatrie de 2001, que « *les accompagnements familiaux sont très souvent indispensables lorsqu'un membre de la famille est impliqué dans une agression sexuelle [...]. Les thérapies familiales peuvent être indiquées pour travailler les dysfonctionnements familiaux que ce soit en cas de passage à l'acte intra familial ou non [...]. Il n'y a pas de contre-indications spécifiques aux thérapies familiales car l'investissement des auteurs dans cette dynamique thérapeutique se réalise de façon variable et individualisée* » [25] et recommande également la consultation du dossier pénal, en précisant qu'il peut devenir un « *levier thérapeutique* ».

Nul n'est censé ignorer la loi [26], ce titre d'un ouvrage de vulgarisation du droit de l'ancien bâtonnier de Paris Pierre Olivier Sur qui commence par un procès d'inceste d'un père contre son fils et du fils contre la sœur et dont nous avons aidé à comprendre l'inexorable enchaînement, est un adage bien connu. Cette « *pure fiction juridique [...] indique concrètement que l'on ne peut pas se défendre en disant simplement que l'on ignorait que l'acte incriminé était interdit* » [27]. C'est l'unique question en forme de conclusion posée calmement par le frère cadet victime d'un inceste (12 ans) de la part de son frère aîné (20 ans) au cours de la séance de thérapie familiale de réseau au CdBC :

« *Si tu dis que tu ne savais pas que c'était interdit... alors... pourquoi tu le faisais en cachette ?* ».

Approche systémanalytique des violences intrafamiliales

Bases psychanalytiques

Œdipe

Comme l'explique inlassablement notre cothérapeute, psychiatre, psychanalyste, thérapeute familial et ami Pierre Sabourin, « *Freud le premier a osé repérer l'origine des troubles de l'adulte dans ce qu'il a vécu petit enfant, avant la puberté : l'effroi sexuel, le choc ou le plaisir trop précoce. Mais il a tellement nuancé ses positions que certains s'y perdent.* » [28]. C'est une réalité aux implications immenses. Comme le propose Jenyu Peng, « *Si l'œdipe désigne pour la psychanalyse les conditions universelles permettant la naissance du sujet parlant, l'inceste représente un réel catastrophique qui vient saboter cette fondation. L'inceste est bel et bien le contraire de l'œdipe, mais les victimes d'inceste vivent les deux situations à la fois, d'où ma proposition, qui reste à approfondir ou modifier, du terme d'"œdipe incestué"* » [16].

Confusion des langues et identification à l'agresseur

Ferenczi nous a offert un texte essentiel pour la clinique des violences sexuelles intra et extrafamiliales à l'encontre des mineurs, *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant* [6]. Il a étudié ce qu'il appelle « *la passion des adultes* », au sens génital, comme « *réponse inadaptée à la demande de tendresse* » des enfants : « *Si l'enfant se remet d'une telle agression, il en ressent une énorme confusion : à vrai dire il est déjà clivé, à la fois innocent et coupable, et sa confiance dans le témoignage de ses propres sens en est brisée. [...] La personnalité encore faiblement développée réagit au brusque déplaisir, non, par la défense, mais par l'identification anxieuse et l'introjection de celui qui la menace ou l'agresse* ». C'est toute la clinique des effets post-traumatiques des violences sexuelles qui se déploie dans ce texte irremplaçable et qui donne une explication au comportement sexualisé des enfants victimes.

L'identification à l'agresseur est une dissociation d'identité labile. Christopher Adam s'inquiète de la qualification d'enfants agresseurs sexuels qui semble « *ne pas tenir compte de la complexité des processus de développement psycho-sexuel à cet âge ni d'une conception de la transgression comme enjeu, voire comme passage obligé de tels processus* ». Il recommande « *le plus grand discernement et de la circonspection lorsqu'on décide de poser de tels diagnostics* » [29]. Nous partageons cette recommandation pour les très jeunes enfants que nous recevons, et dont les attitudes sont sexuellement intrusives. Nous préférons utiliser le terme canadien de « *mineurs intrusifs* » [30] en prenant en considération la labilité de leur identification à l'agresseur.

Désaveu maternel et lien d'attachement

Ferenczi, systémicien avant l'heure, s'est intéressé également au contexte de la découverte des faits et a élaboré un autre concept fort utile en 1931, dans *Analyse d'enfant avec les adultes*. Il s'agit du « *désaveu maternel* » [6], quand la mère dénie les faits ou leur gravité ou accuse l'enfant de mensonge. De ce fait, cette attitude maternelle fait douter l'enfant de ses perceptions sensorielles et vivre une expérience d'abandon. Ce désaveu maternel nous renvoie à la théorie de John Bowlby [31] dans laquelle la figure d'attachement fonctionne, en principe, comme un havre de sécurité, une source de réconfort et de protection de l'enfant dans un contexte d'activation physiologique ou de menace environnementale, et comme base de sécurité pour l'exploration du monde. En principe seulement, car dans le cas de l'inceste, Ferenczi le dit explicitement, c'est « *le désaveu maternel qui rend le traumatisme pathogène.* » [6], et il

évoque cette question du lien mère-enfant, « *La cicatrice de la relation mère-enfant traumatique archi originaire.* » [32]. Stéfano Cirillo, thérapeute familial, le constate comme nous le constatons à chaque consultation : « *Nous pouvons donc dire que le lien d'attachement est un facteur discriminant pour prédire les effets à long terme de l'abus : plus la terreur associée au trauma est intense, plus la présence de figures sécurisantes et actives est nécessaire ; elles empêcheront la petite victime de sombrer dans un vécu d'abandon provoqué par une solitude sans défense, qui serait le terreau fertile pour une identification à l'agresseur* » [33].

Bases systémiques

Première et Deuxième cybernétique

« *L'épistémologie du systémicien est fondée sur la certitude d'une circularité des interactions dont il fait partie lui-même* » [3]. Grâce à l'intérêt porté par Mony Elkaïm [34] aux travaux de Heinz Von Foerster [35], père de la seconde cybernétique, d'Ilya Prigogine [36] et de Jay Haley [37] [38], membre fondateur de l'école de Palo Alto et de l'approche stratégique [34], nous nous sommes attachés à comprendre les mécanismes de stabilité de la famille (homéostasie), puis les mécanismes du changement. Mony Elkaïm a développé le concept de résonance [39] lié à notre propre histoire, la résonance à un sens et une fonction par rapport au système thérapeutique et familial où elle apparaît. Nous l'utilisons de façon stratégique.

Catastrophe

La théorie des Catastrophes [40], théorie mathématique de René Thom, étudie la discontinuité, c'est-à-dire le moment du changement. « *La catastrophe au sens de René Thom correspond au changement réorganisateur apparaissant dans un système au-delà du point critique, saut brutal permettant à un système de subsister alors qu'il devrait normalement cesser d'exister. La catastrophe est donc une manœuvre de survie d'un système mis en demeure de quitter sa caractéristique normale. D'où l'aspect souvent bénéfique des catastrophes* » [3]. Cette théorie nous offre métaphoriquement le moyen de comprendre ce qu'il se passe dès qu'une révélation, suspicion, ou accusation de violences sexuelles intrafamiliales ou extrafamiliales apparaît dans une famille. Comme le rappelle Catherine Guitton, « *La catastrophe remanie aussi pour chacun et pour tous, les notions de temps : il y a un avant et un après. Tout a changé* » [41].

Génogramme

Cette technique développée par Monica Mac Goldrick [42], que le *British Journal of Psychiatry* appelle familièrement « *La marraine du génogramme* » est à l'origine un outil de réflexion destiné aux thérapeutes dans l'après-coup de la séance pour élaborer et affiner les hypothèses de travail. Nous l'utilisons systématiquement en consultation avec les familles. C'est une sorte d'arbre généalogique inversé de la famille en consultation : « *Il contient des informations sur les membres de cette famille et leurs relations pendant au moins trois générations. Les génogrammes fournissent des informations graphiques sur la famille et permettent d'obtenir une image rapide de modèles familiaux complexes* » [43]. Dans le film de long métrage *L'ombre du doute*²⁰⁴ d'Aline Issermann, dont je suis l'une des co-scénaristes, une séquence montre un des cothérapeutes de la thérapie familiale de réseau élaborant, sur un *paperboard*, le génogramme avec l'aide des membres de la famille. Comme dans la réalité, cette position basse des thérapeutes – la famille est l'experte de son histoire

204. Thriller sur l'inceste. Sélection officielle du Festival de Venise, prix du meilleur espoir féminin, prix de l'Office Catholique (1993).

– offre à chaque membre le pouvoir de partager ou pas avec l'extérieur, les informations historiques et les douloureux secrets de famille. Grâce à ce support la thérapie familiale flexibilise la communication familiale. Comme le souligne André Ciavaldini [44], « *Les traumas non élaborés que l'on rencontre en grand nombre dans ces familles transpercent les enveloppes générationnelles en réclamant leur dû de mise en représentation. La porte des générations est alors ouverte à toutes les répétitions et, par voie de conséquence, à toutes les souffrances. Mais, en l'absence de savoir sur ces répétitions, comment leur permettre de prendre une forme humainement pensable ?* ».

Système hors de l'équilibre

« *Une famille en demande de thérapie est en rupture avec l'équilibre homéostatique qui précède le dévoilement. La règle implicite de soumission à la loi dictatoriale qui permettait d'assurer l'apparente cohésion de la famille a cessé temporairement de fonctionner du fait de la révélation des abus, véritable catastrophe pour l'équilibre précédant la crise* » [23].

Un système familial incestueux ne parvient à la connaissance du thérapeute, d'un intervenant ou d'un juge qu'à la condition d'être en rupture de son équilibre antérieur à la crise familiale. C'est le cas lors des révélations d'abus sexuels, évidemment et aussi quand les symptômes des mineur-e-s sont diagnostiqués comme étant potentiellement la marque des effets post-traumatiques des abus sexuels. En famille d'accueil, en foyer, ces paroles de « catastrophe » d'enfants récemment accueillis perturbent profondément les systèmes de protection de l'enfant non préparés (cf. affaire dite « d'Outreau »). Selon Catherine Guitton, « *il est alors nécessaire de veiller à la reconstruction de nouveaux espaces de pensée, la parade pour maîtriser l'emballlement de ces processus est la reconstruction de nouveaux réseaux d'acteurs où la pensée du risque et du danger sera possible* » [41].

Dans certains cas très rares il est vrai, d'auto-dénonciation de l'agresseur-e, nous recadrons la demande de thérapie en émettant l'injonction thérapeutique de l'auto-signallement aux autorités judiciaires. Il s'agit d'une lettre de signalement rédigée par les patient-e-s, dans laquelle seront décrits les délits ou les crimes dont ils s'accusent et dont nous accompagnerons la rédaction en thérapie.

Stratégie thérapeutique du Centre des Buttes-Chaumont

L'approche stratégique de Jay Haley et Chloé Madanes [45] insiste sur la hiérarchie et le pouvoir relié aux positions familiales, l'importance des conditions sociales et matérielles de vie. Elle prend en compte les hiérarchies familiales, les séquences de comportement et les patterns de communication dans l'ici-et-maintenant [46] [47].

Amplification de la Crise de la Loi

Nous avons conçu et développé une stratégie thérapeutique que j'appelle « éthico-stratégique ». Il s'agit de l'« Amplification de la Crise de la Loi » qui implique les thérapeutes dans la crise familiale ou institutionnelle. Pour pousser le système encore plus hors de son équilibre antérieur les thérapeutes se déclarent impliqués dans la crise familiale ou institutionnelle, et amplifient la crise en l'élargissant au contexte légal. Ils se déclarent explicitement passibles, comme tout citoyen, de poursuites judiciaires s'ils dérogent à la loi du report aux autorités d'une suspicion de violence sexuelle à l'encontre d'un mineur²⁰⁵. Ensuite, ils connotent positivement et paradoxalement la

205. Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989, Op. cit, p. 4.

soumission maternelle, paternelle ou institutionnelle en suggérant de continuer à se soumettre, non plus aux règles familiales maltraitantes ni aux règles institutionnelles négligentes des droits de l'enfant, mais à se soumettre à la loi qui réprime l'inceste. Cela consiste pour la mère (où le père en cas d'inceste maternel), à porter plainte ou à se constituer partie civile auprès de son enfant victime, ou, pour les référents des enfants, à signaler au parquet leurs suspicions. « *Il faut provoquer une démocratisation du système qui donne à l'enfant, comme à tout individu le droit de dire non* » [48].

Pour les institutions comme l'ASE, les thérapeutes amplifient la crise institutionnelle, qui apparait dans les divergences d'appréciation au sein des équipes, en insistant sur la question des droits de l'enfant dans la procédure pénale (désignation d'administrateurs *ad hoc* et d'avocats). Souvent il s'agit de suggérer d'autres demandes d'actes ou d'insister sur l'application des mesures pénales nécessaires. En paraphrasant Catherine Guitton [41], de fait la catastrophe ramène à l'autorité de la loi, et non pas à l'agitation de l'urgence, bien connue des services sociaux. Tout en activant l'aspect bénéfique de la catastrophe au regard d'une possible ouverture familiale à l'intégration de l'interdit de l'inceste, nous proposons à ces institutions sociales, mandatées pour l'évaluation permanente du risque pris par les mineur-e-s et du danger de la récurrence des auteur-e-s, de penser ensemble autrement dans cet espace singulier de la thérapie familiale de réseau.

Connotation Positive du Symptôme et Éthique Contextuelle

La confrontation avec la violence incestueuse a soulevé une question éthique et fondamentale, remettant en question un des axiomes de base de la thérapie familiale. Il s'agit de la connotation positive du symptôme, inventée par Mara Selvini et coll. « pour consolider le processus d'affiliation et délimiter le contexte comme thérapeutique [...] *permettre au thérapeute, sans se contredire une intervention paradoxale de la prescription du symptôme au patient désigné* » [3]. Cette technique paradoxale est d'une grande efficacité dans la plupart des symptômes. Mais la transgression de l'inceste n'est pas n'importe quel symptôme, c'est un acte de délinquance sexuelle qu'un-e mineur-e subit dans le secret, et dont il/elle n'est pas le promoteur ou l'instigateur secret. Dans cette optique, « *Comment connoter positivement le "symptôme inceste" sans percevoir le piège dans lequel cette technique révolutionnaire projette le mineur victime, son agresseur et le thérapeute. Rendant également l'intervenant potentiellement complice du système incestueux ?* » [48]. Nous partageons la position d'Ivan Boszormenyi-Nagy [49], l'inventeur de la thérapie familiale contextuelle [3], lequel a instauré « *l'exigence éthique* » comme une des caractéristiques de la psychothérapie. Il plaide en faveur d'une position claire du thérapeute. L'interdit de l'inceste est toujours de la responsabilité des adultes.

Les mots

L'interdit de parler est paradoxalement le « maître mot » des relations incestueuses. La précision du vocabulaire permet la création du cadre thérapeutique, de la supervision et de la formation. Comme le développent nos cothérapeutes Linda Tromelleu et Samuel Rassinon dans leur observations des condamnés pour violences conjugales auprès desquels ils interviennent, le langage utilisé par les intervenants est souvent « *infiltré par les stratégies relationnelles violentes* » [50] à l'œuvre dans les systèmes maltraitants. Dans les systèmes incestueux nous avons nommé cette violence « *impensable* ».

Transactions incestueuses/Enfant incesté(e)

La transaction est « *un échange interpersonnel au sein d'une situation où les relations font naître des messages entre les partenaires impliqués [...] évoquant la complexité et les qualités manipulatrices des échanges les plus courants* ». Inspirés par les travaux de Mara Selvini [51] sur les jeux psychotiques familiaux et les transactions schizophréniques, nous avons appliqué ce modèle aux systèmes familiaux dans lesquelles un inceste survient, et les avons appelées « transactions incestueuses » [23]. Dans le modèle de l'homéostasie, tout changement est considéré comme une erreur à corriger ou à freiner. Dans les familles incestueuses, l'homéostasie est qualifiée d'incestueuse. Dès 1989, nous avons pris le parti d'appeler l'enfant victime d'inceste, enfant « incesté » **Erreur ! Signet non défini.** [24], au lieu de « patient désigné », soulignant son côté passif et luttant ainsi contre la confusion sémantique avec « enfant incestueux », né de l'inceste.

Emprise Hypnotique

Une des composantes de l'homéostasie familiale incestueuse est formée de ce que Sándor Ferenczi appelle « *hypnose parentale* » [6], faite d'hypnose maternelle dite par insinuation, c'est-à-dire moins brutale mais plus sournoise que l'hypnose paternelle dite par intimidation. Dans les systèmes maltraitants ou incestueux ces deux formes de communication-conditionnement sont utilisées de façon alternative par les parents. Ce brouillage communicationnel induit une forme de transe chez l'enfant incesté. Les systémiciens Reynaldo Perrone et Martine Nannini [52], définissent l'emprise comme une forme extrême de la relation inégalitaire caractérisée par l'influence qu'un partenaire exerce sur l'autre à son insu. Comme le décrit l'éducateur en milieu carcéral et Gestalt-thérapeute, Christophe Dronneau [53], « *L'agresseur transmet des messages dans des registres contradictoires, source d'étonnement et de perplexité. Son changement de ton et de qualité émotionnelle empêche toute l'anticipation nécessaire au décodage cohérent des messages envoyés* ». On peut supposer que le développement cérébral de l'enfant se formate par l'alternance de ces différentes émotions induites par cette emprise hypnotique aux vraisemblables effets physiologiques. Sans possibilité de comparaison et d'expérimentation avec un autre système de communication, l'enfant incesté ne peut y échapper. Cette forme de communication a des effets perceptibles sur les professionnels.

Incestigation

« L'instigation est une action consistant à stimuler de façon cachée l'agressivité d'une personne contre une autre » [3]. Le néologisme « incestigation » qualifie les mécanismes conscients ou inconscients de l'instigation incestueuse. Lorsque, bien que connus, les agissements incestueux restent dans le secret familial, sans aucun travail thérapeutique ni aucune ouverture à la parole sur l'extérieur, le risque est grand de voir se perpétuer les comportements sexuels abusifs. Stéphane Joulain [30], psychothérapeute et prêtre membre de la société des missionnaires d'Afrique (Pères Blancs) ancien stagiaire du CdBC, participe au traitement des abuseurs sexuels au Canada, et enseigne à Rome et en Afrique sur la prévention des abus sexuels. Selon lui, quand l'agresseur sexuel a mis son projet à exécution, ce serait « [...] *parce que l'abuseur a perçu "des permissions du réel" c'est-à-dire des circonstances qui peuvent lui permettre de réaliser son projet d'un abus sexuel d'un enfant, même s'il le sait illégitime. Des circonstances pouvant lui fournir "l'opportunité" d'abuser* » [30]. Stéphane Joulain insiste sur l'importance « *de bien distinguer entre ce qui est permis et ce qui est une opportunité* ».

La situation d'une jeune fille hospitalisée régulièrement dans un état grave en pédopsychiatrie pour des tentatives de suicide et des scarifications est signalée par son médecin à qui elle s'est confiée. Une enquête préliminaire s'enclenche malgré l'opposition familiale. On découvre alors que le grand-père incestueux a juré solennellement dans une sorte de tribunal de famille composé par ses quatre fils, pères de famille, mais à l'exclusion des mères, qu'il ne recommencerait jamais ces actes. Le serment n'engage que les dupes et les petites filles sont violées pendant des années. La procédure judiciaire sera virulente, déclencherà un divorce et des fâcheries familiales mais les jeunes filles évolueront favorablement malgré la déloyauté familiale dont elles seront accusées. Elles sont maintenant mères de famille et heureuses dans leur couple.

Parfois, paradoxalement, c'est l'auteur des faits qui amplifie lui-même la crise familiale de la loi pour sortir de l'incestigation :

Un garçon de 16 ans, élevé par sa mère seule depuis ses trois ans, vient d'être battu par son père, il se rend au commissariat pour déposer une plainte contre lui. Convoqué, le père qui vient de se remarier reconnaît les faits, mais révèle que c'est à la suite de la découverte de la réitération d'agressions sexuelles nocturnes de son fils sur ses deux belles-filles. Père et fils seront jugés pour leurs violences respectives. La thérapie du jeune homme, accompagné par son éducateur référent commence avec ces mots : « *Elles [mère et filles] laissaient leurs soutien-gorge sur le dossier des chaises dans le salon* ». Par son recours à la loi, l'adolescent est reconnu à la fois comme enfant maltraité et comme mineur agresseur. Il bénéficie de ce fait d'un suivi par un éducateur ASE qui l'accompagne en thérapie familiale de réseau avant le procès, palliant ainsi le retard de la mise en place de la mesure PJJ. La thérapie se déroule sur de nombreuses années, ses parents y participent. Elle met en évidence ce que le DSM-V appelle un trouble d'hypersexualité [54] développé depuis sa prime adolescence avec des masturbations intensives, sur fond de détresse d'abandon paternel dans la petite enfance. Après sa majorité, la thérapie évolue vers un suivi individuel se transformant au fur et à mesure en thérapie de couple, afin que la parole reste ouverte sur les possibles problèmes sexuels dans le jeune couple.

Mère incestigatrice, père incestigateur

Dans l'inceste, la position maternelle apparaît déterminante, au sens où nous estimons qu'elle instigue consciemment ou inconsciemment le passage à l'acte sexuel contre son enfant, même à l'extérieur de la famille. C'est une position « incestigatrice » [24]. Nous utilisons également ce terme dans l'inceste maternel, pour désigner le père « incestigateur ». Il est très rare de rencontrer une mère ou un père qui a découvert l'inceste subi par son enfant avant que celui-ci ne lui en parle, même si le parent non agresseur a « vu » un flagrant délit.

Une mère de famille revient du marché avec son fils de six ans. Elle cherche en vain son mari et sa fille aînée de 14 ans dans l'appartement, toque à la porte de la chambre conjugale, ouvre. Mère et fils voient la jeune fille nue s'enfuir sur le balcon et entendent le père de famille, échevelé, dire : « *j'ai besoin d'amour quand même !* ». Cette liaison incestueuse a commencé à 12 ans et s'est terminée au moment du mariage de la jeune fille. La mère et son fils refoulent le souvenir qui réapparaîtra dans la thérapie du frère de la victime des années plus tard. Frère et sœur se soutiendront mutuellement sur la validité du souvenir. Devenue mère, l'ancienne victime refuse de recevoir ses parents. Les grands-parents, fu-

rieux, consultent : « C'est pas normal qu'on voie pas nos petits-enfants ! ». Bien que le père incestueux confirme lui aussi la validité du souvenir et des faits et commence un travail thérapeutique individuel dans une autre structure, la mère incestigatrice ne pourra jamais ressentir la douleur de sa fille. La rupture familiale est définitive.

En consultation, ces circonstances comprises comme « permissions du réel » sont invoquées immanquablement par l'agresseur mineur ou majeur :

Une jeune fille mineure s'entretient avec le prêtre de sa paroisse. Il l'invite à monter dans son appartement. Ce qu'il s'y serait passé entraîne une confiance de la jeune fille à une amie, laquelle en parle à ses parents, lesquels en parlent aux parents de la jeune fille, qui en parlent à leur tour à la hiérarchie du prêtre. Au vu des faits reportés l'évêque rédige un signalement au parquet. Avant le procès, le jeune prêtre en consultation exprime un sentiment d'isolement au sein de sa communauté religieuse. Pour justifier après coup l'événement qui le conduit devant le tribunal, et qu'il reconnaît, il dit sans affect apparent : « j'ai vu qu'elle avait mal au dos je lui ai fait un massage ».

Incestigation institutionnelle et contamination psychique inconsciente

Si l'intervenant n'y prend garde, s'il ne reçoit pas de formation spécifique, s'il ne bénéficie pas de supervision, l'incestigation peut devenir institutionnelle. Par exemple, si l'établissement auquel l'enfant incesté est confié ne comprend pas la question du système incestueux, les professionnels ne seront pas attentifs à son homéostasie, à la place et au rôle du partenaire de l'auteur des faits abusifs. Leur action en sera neutralisée, même en cas d'incarcération. Il est notoire que la famille du délinquant sexuel incarcéré est « [...] *soutenante malgré la restriction des contacts, s'occupant du linge, s'assurant d'une relative rentrée financière pour que tout se passe bien [...] participe à la minimisation des faits, et parfois au déni allant jusqu'à les cautionner. La reconstruction du système familial après les faits se fait dans l'opposition au système médico-judiciaire* » [55]. La période de l'entre-deux, enquête, instruction pose des interdits de contact pour l'enfant qui est présumé victime mais pas pour les autres enfants de la fratrie, ce que nous disions déjà dans notre protocole en 1990 [24]. Ce temps-là est celui de tous les dangers par la confusion qu'il peut générer.

La sidération et l'interdit de penser sont des aspects des transactions incestueuses qui peuvent avoir un effet de contamination psychique inconsciente [56] sur l'intervenant. L'incestigation peut continuer de se déployer dans le silence de l'intervenant « interdit » face aux manœuvres intrusives de l'agresseur sexuel, par identification à l'enfant, empathie professionnelle ou par un effet du traumatisme vicariant [57]. Le trauma vicariant apparaît chez une personne contaminée par le vécu traumatique d'une autre personne avec laquelle elle est en contact. Les neurones miroirs pourraient jouer un rôle dans cette transmission, notamment par contamination physiologique et sensorielle [57].

Un père sous main de justice pour viol sur sa fille aînée offre rituellement une sucette en début de son droit de visite médiatisée à sa fillette de cinq ans avec un petit sourire en coin, assorti d'une dénégation à l'adresse de l'éducatrice, « interdite » devant cette allusion : « je ne suis pas pervers tout de même ! ». Cet « inter-dit » est une communication non verbale d'impuissance de l'éducatrice à destination du père que l'enfant capte d'autant plus profondément qu'elle perçoit la perturbation de sa référente et la menace contenue dans le message verbal de son père.

Supervision et formation spécifiques protègent de l'installation d'un traumatisme vicariant et permettent ici de dénouer cette interaction incestueuse qui empêchait l'intervenante de penser.

Langage non verbal

Aujourd'hui la réforme du statut des intervenants sociaux donne obligation aux Instituts Régionaux de Travail Social de dispenser une formation à la thérapie familiale qui peut aider à mieux comprendre les paradoxes du langage non verbal. J'espère que ces formations seront dans le droit fil des recommandations du Conseil de l'Europe aux états membres : « *Les états doivent garantir l'intégration d'une formation sur l'abus sexuel d'enfant au sein du cursus universitaire de tous les étudiants qui seront amenés à travailler auprès d'enfants ou d'adolescent dans la formation des professionnels de l'enfance et de la famille, la coordination des services intervenant auprès des enfants dans les 5 domaines suivants : éducation, santé, affaires sociales, police et système judiciaire, la création de services spécialisés pour les victimes et les agresseurs* » [58].

Un agresseur sexuel peut dissimuler une interaction non verbale par une communication non verbale évidente. Comme chez les prestidigitateurs.

Une intervenante bénévole nous avait averti de l'organisation d'une première visite en prison d'un de nos patients, adolescent de 13 ans, afin qu'il rencontre son père. Ce dernier, assez âgé, était un pédophile incestueux avec les enfants de son premier mariage. Cette activité incestueuse avait été mise à jour durant la procédure pénale concernant l'agression d'une fillette de huit ans, amie de ses enfants. Hormis ce délit sexuel, les agressions sexuelles incestueuses étaient prescrites. D'après la bénévole, la rencontre en prison se passe bien même si elle s'interroge un peu sur le fait que le père assoit l'adolescent sur les genoux. Elle ne voit pas ce père glisser son mouchoir parfumé avec son eau de toilette dans la main de son fils au moment de se lever. Le parfum de ce secret substitué de doudou « évadé » de prison, que son fils cache sous son oreiller, provoque un choc olfactif chez sa mère qui perçoit immédiatement le subterfuge de prise de pouvoir par emprise sensorielle, sans évoquer la menace de l'inceste. Un divorce est en cours, à la demande de la mère.

Le risque de rechute à la sortie de prison pour ce type de délinquance sexuelle, comme l'ont étudié Béatrice Borghesio et Pier Giuseppe Defilippi, est à garder en tête : « *Le problème principal concerne la situation de pédophilie incestueuse mêlée à des crimes commis en dehors de la famille, qui n'ont pas été punis. Les crimes impunis sont évalués psychologiquement comme non existants par ceux qui les ont perpétrés. Ce déni implique que le taux de récurrence pour ces individus augmente de 9,4 à 19-23 % (en fonction des recherches). Le risque de rechute s'accroît encore si, lors de la détention, des changements structurels interviennent comme le divorce ou la séparation du partenaire, la perte d'emploi, des changements dans les amitiés et dans l'environnement relationnel. La solitude (se retrouver sans partenaire) et l'isolement qui s'en suivent peuvent augmenter le risque de récurrence jusqu'à atteindre des pics de 72 à 73 %. La condamnation avec emprisonnement a sans aucun doute une valeur de prévention vis-à-vis de la réapparition de la criminalité alors que les crimes non détectés favorisent la répétition de tels actes* [59] ».

Autohypnose d'idéalisation parentale

La contamination inconsciente des intervenants est si banale et si peu pensée malgré les situations familiales les plus tragiques, que nous entendons souvent les père et

mère désignés par les professionnels de l'enfance en termes tendres « papa, maman » [56], évoquant l'intimité familiale, au moment même où les référents évoquent les faits de délinquance sexuelle ou au moment où ils les évaluent. L'usage inconscient et paradoxal de ces vocables est très récurrent. Il dénote ce que nous appelons une auto-hypnose d'idéalisation parentale [56]. Nous faisons l'hypothèse que ce phénomène inconscient et répétitif peut provoquer un effet systémique de maintien des « *distorsions cognitives* » des délinquants sexuels, c'est-à-dire de leurs « *systèmes de pensées toxiques construites pour surmonter leurs inhibitions internes à abuser d'un enfant* » [30] et renforcer ainsi le système incestueux à l'insu des intervenants.

Lors d'une suspension d'audience en cour d'Assises, une inspectrice de l'ASE dit à l'adolescente, notre patiente, en lui montrant du doigt le box des accusés : « *tu as vu comme ta maman à l'air fatiguée ?* » [60]. C'est juste avant le témoignage de la jeune fille qui a été déflorée par sa mère à six ans pour être offerte, « préparée », à l'amant du moment.

Ce procès heurte de plein fouet l'idée reçue que « les mères ne font pas ça ». Ici, « *ta maman* » est une forme particulièrement pernicieuse d'autohypnose d'idéalisation parentale qui anime l'intervenante. Elle peut sidérer la jeune plaignante, inhiber pensée et parole à un moment crucial pour son avenir. L'effet systémique de cette pernicieuse allusion peut s'amplifier jusqu'au département dont dépend l'inspectrice, et maintenir un doute sur l'existence des violences sexuelles féminines, encore culturellement sous-estimée.

Femmes délinquantes sexuelles

Ce sujet est encore polémique aujourd'hui malgré l'évolution sociétale. Le nombre de femmes délinquantes sexuelles s'établirait à 5 % de la totalité des délinquants sexuels et 0,5 % des condamnations [61]. Comme Daniel Zagury en fait l'hypothèse, « *Le chiffre noir est probablement très important si l'on prend en compte la fréquence des confidences en thérapie, notamment des confidences plusieurs décennies après les faits et le pourcentage relativement faible de femmes mises en examen après des infractions sexuelles* » [62]. Nous constatons une difficulté constante à faire prendre en considération les accusations de mineur-e-s à l'encontre de leur mère. Les intervenants sociaux se heurtent régulièrement à cette difficulté de la part des juges des enfants pour faire prendre en considération cette délinquance qui est très souvent parallèle à la position de victime des femmes en question.

Nous partageons l'analyse de Sonia Harrati sur la dynamique du passage à l'acte des femmes délinquantes sexuelles : « *L'agir sexuel violent se définit par un comportement observable (modus operandi), une trajectoire de vie personnelle (modus vivendi), une organisation psychique (dynamique des processus mobilisés dans le fonctionnement psychique), mais aussi par un cadre d'opportunités nécessaires à son actualisation (environnement socio-culturel et spatio-temporel) [...] Il est inscrit dans une trajectoire historique et imprégné par les événements qui y ont pris sens. Ses modes d'émergence ne seraient pas aléatoires, mais se présenteraient comme le résultat d'une trajectoire de vie et de ses avatars [...]* » [63]. On constate une égalité des genres...

Climat incestuel maternel

Paul-Claude Racamier a décrit l'incestuel [64] comme un climat qui crée l'empreinte de l'inceste sans passage à l'acte. En principe les adultes ayant été exposé à un climat incestuel maternel dans l'enfance consultent sans engager de plainte pénale. Parfois ces ambiances incestuelles font l'objet d'une dénonciation en justice lors des

demandes de droit de visite ou d'hébergement des grands-mères pour s'occuper des petits-enfants. Ces demandes sont alors l'occasion de mises au point juridiques.

Un petit garçon à l'intelligence précoce et aux attitudes stéréotypées vient de déclarer à sa mère, Mme Y, qu'il ne veut plus des « *baisers baveux* » de sa grand-mère. Ce mot d'enfant l'intrigue d'autant plus qu'il refuse de retourner chez sa grand-mère qui le garde à chaque sortie d'école. Un souvenir du passé revient à son esprit : sa mère la préparant à la colonie en lui disant qu'il existe un moyen efficace pour ne pas mélanger son linge avec ceux des autres petites filles – elle lui avait fait sentir le fond de sa culotte pour comparer avec le sien – et l'expression estomaquée de la monitrice de colonie qui soudain lui fait honte. Depuis Mme Y se débat dans des interrogations. Puis au retour d'un séjour de son fils chez sa grand-mère, elle est certaine de reconnaître l'odeur *sui generis* de sa mère dans les cheveux du petit garçon. Elle consulte. L'affaire aboutit chez un juge aux affaires familiales. La bataille engagée entre Mme Y et sa mère est longue et difficile, parsemée d'incompréhension, mais permet paradoxalement au garçon de reprendre le cours de son développement de façon plus harmonieuse tant que la demande officielle de la grand-mère d'user de ses droits de visite ou d'hébergement n'est pas jugée. Puis grâce aux visites réduites et médiatisées ordonnées par le juge qui a validé, en partie, le bien-fondé de l'opposition maternelle, le climat familial change et Mme Y se souvient que son frère aujourd'hui décédé, diagnostiqué schizophrène, avait un jour accusé leur mère d'inceste.

Mère incestueuse

Tabou du tabou, les violences sexuelles maternelles sortent du secret familial avec grande difficulté. Il est rare que les mères incestueuses soient poursuivies en justice par leurs victimes, une fois celles-ci majeures. Souvent, il n'y a pas de rupture complète des relations avec l'agresseur et les délais de prescription sont dépassés. Les demandes de thérapies familiales apparaissent fréquemment après de longues psychanalyses. Certains patients ont tenté avec succès d'être soulagés de leurs symptômes post-traumatiques par EMDR, ou par hypnose. Néanmoins ces approches individuelles n'ont pas d'effet direct sur la communication familiale. Quand la possibilité psychique de se confronter à leur mère pour qu'un mieux-être émerge, les patients ont le choix pour s'orienter dans le dédale des offres de thérapie. Alors, après avoir mené des recherches par Internet, lu des blogs, entendu une émission de télé ou de radio, la demande se concrétise parce qu'il leur est impossible de trouver un soulagement complet. Le désir de convier les membres de leur famille dans le processus thérapeutique impliquant leur mère est encore une autre étape.

Répétition transgénérationnelle

Nous considérons l'inceste comme un symptôme familial dont nous recherchons les origines. Le plus souvent nous pouvons mettre en évidence une répétition comportementale transgénérationnelle sur la lignée paternelle ou maternelle ou les deux. Comme l'analyse Sonia Harrati dans son étude sur les femmes délinquantes sexuelles incarcérées, « *l'emprise du lien incestueux amène à se soumettre et à intégrer des représentations psychiques de l'auteur de violences sexuelles. Le secret est garant de ce lien familial et le rompre impliquerait une menace majeure de destruction des liens intrafamiliaux et l'implosion de la famille* » [63].

Une jeune fille placée de 13 ans a des comportements sexuels intrusifs répétitifs à l'encontre des petits garçons du foyer. A la demande de l'ASE, une thérapie familiale de réseau s'engage. Sa mère alcoolique participe aux séances ce qui permet de comprendre que la jeune fille a été violée par son père à huit ans. La mère dé-

pose plainte, le père est condamné et incarcéré. L'ASE décide l'arrêt des séances, malgré notre inquiétude. La jeune fille a 15 ans, tombe amoureuse d'un voisin, l'épouse, a des enfants qu'elle abuse sexuellement à son tour en compagnie de son mari et de son beau-père. Elle est incarcérée immédiatement et tous sont condamnés lourdement. La thérapie familiale de réseau reprend avec sa mère et sa sœur durant son incarcération. La grand-mère confie avoir elle-même été violée par son père tandis que sa mère, l'arrière-grand-mère, lui disait « *tiens-toi tranquille c'est bientôt fini !* ». À sa sortie de prison, interdite de tout contact avec ses enfants, en obligation de soins et encouragée par son avocat, la jeune femme consulte de nouveau. Le secret du secret émerge douloureusement : « *ma mère m'a violée, je n'ai jamais pu vous le dire* ». Voulez-vous déposer plainte ? « *Non pas contre ma mère, je n'aurai plus personne* ».

Dans les années 90', les recherches d'Anne Ancelin Schutzenberger sur la transmission transgénérationnelle des traumatismes, des secrets de famille [65] étaient controversées. Aujourd'hui, la répétition transgénérationnelle des violences sexuelles fait l'objet de recherches. Comme le soulignent Karine Baril et Marc Tourigny dans leur étude sur le cycle intergénérationnel de la victimisation dans l'enfance, « *L'agression sexuelle dans l'enfance se distingue d'autres formes de mauvais traitements par le fait qu'elle peut être commise par une personne à l'extérieur de la famille. Il s'avère donc essentiel de considérer la victimisation sexuelle de façon distincte lorsqu'il est question de cycle intergénérationnel, puisqu'il s'agit d'un phénomène singulier dont la compréhension est altérée s'il est traité avec toute autre forme de mauvais traitement. Par cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance, nous entendons ici qu'il y a eu agression sexuelle à la fois dans l'enfance du parent et de son enfant, et que ce parent n'en est pas l'agresseur [...] les données actuelles ont uniquement pu montrer que le passé d'agression sexuelle de la mère intervenait comme facteur de risque de la victimisation sexuelle d'un enfant.* » [66]. Cette étude précise que la prévalence des agressions sexuelles subies pendant l'enfance par ces mères serait de 34 à 74 %. Selon les premières analyses de notre étude en cours [67] non publiée (figure 2), la prévalence serait de 64,3 % ($n = 24$, IC à 95 % : 39,2 % ; 89,4 %).

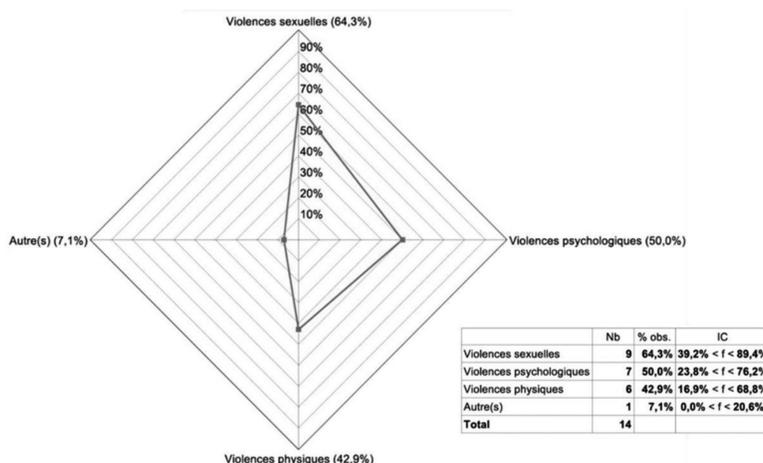


Figure 1. Prévalence des violences sexuelles subies pendant l'enfance par des mères d'enfants victimes pour la population de l'étude DEVA [67], selon les déclarations des sujets de l'échantillon.

Il y a une résistance assez constante à appréhender le problème douloureux de l'implication, donc de l'abandon préexistant des mères des victimes, dans les passages à l'acte incestueux ou même pédophiliques. Les mères qui ont été abusées sexuellement pendant leur enfance ont-elles bénéficié de soins spécifiques, et leurs agresseurs ont-ils été poursuivis ? Leur propre mère – grand-mère de l'enfant victime – a-t-elle été considérée comme complice ou comme personne n'ayant pas porté secours, ou comme auteure principale ? A-t-elle été condamnée ? Si oui, a-t-elle bénéficié d'un traitement spécifique ? Il nous semble intéressant de nous pencher sur les effets de la condamnation pour non-dénonciation de délit ou de crime ou de non-assistance à personne en péril, des mères d'enfants abusés sexuellement et qui ont été abusées elles-mêmes dans l'enfance, dans leur avenir de femme, de mère, dans leurs choix amoureux ultérieurs. Nous ignorons si une telle recherche a été réalisée. Citons encore une fois l'étude canadienne de Karine Baril et Marc Tourigny : « *La recherche sur le phénomène du cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle apparaît très peu développée, alors que le phénomène semble prévalent et bien connu des cliniciens [...] ces données révèlent surtout les besoins de ces mères ayant un passé d'agression sexuelle notamment dans leur vie personnelle conjugale et parentale, et qu'elles ne doivent pas être utilisées pour stigmatiser ces mères. Il faut éclaircir ce qui contribue à la continuité du cycle de victimisation sexuelle entre les générations, mais surtout identifier les facteurs qui pourraient contribuer à y mettre fin* » [66].

Visites médiatisées

Il y a peu de visites médiatisées dont nous entendons parler qui nous permettent de penser que ce cadre particulier et protecteur, en principe, pour les enfants, répond véritablement à sa mission. Nous avons formé des intervenants sociaux à l'approche systémanalytique des maltraitements pendant de longues années dans un foyer d'accueil d'urgence départemental²⁰⁶. Ils ont créé une maison de visites parentales spécialement équipée et séparée du foyer en question pour travailler en co-intervention psychologue/éducateur, précisément au moment de la crise familiale du placement sur l'histoire parentale et grand-parentale. Durant ce moment critique du placement, l'homéostasie familiale maltraitante ou incestueuse est à la fois mise en échec par le placement de l'enfant et mise au défi de se reformer. Ce travail précis sur les visites parentales permet de donner du sens à ces difficultés intrafamiliales transgénérationnelles [68]. Comme le soulignent Beatrice Borghesio et Pier Giuseppe Defilippi : « Les familles d'origine de l'agresseur sont souvent "marquées" par des événements douloureux qui n'ont pas été correctement élaborés et sont par contre restés isolés, relégués dans des recoins de l'histoire familiale qu'on a tendance à occulter. On y trouve ainsi des morts tragiques qui ont entravé les fonctions parentales et protectrices à l'égard des enfants. Les épisodes racontés révèlent la violence familiale, l'abandon, les coups, l'inceste, les abus et la négligence, les mauvais traitements ou tout simplement y font allusion. En général, on n'y trouve aucun contenu relatif à de la protection envers les personnes les plus vulnérables : l'enfance a été peu reconnue et protégée, aussi bien sur le plan pratique qu'affectif. Il y a des histoires d'enfants négligés, qu'on n'écoute pas, exposés à des relations pédophiliques en dehors de la famille, que personne n'a jamais découvertes » [59]. Par les archives de l'établissement, il a été possible de retrouver les traces des répétitions transgénérationnelles des placements et des histoires cachées d'abus sexuels incestueux et pédophiliques. Ce qui a transformé la communication entre ces parents et leurs enfants placés, et permis de signaler d'autres faits de violence sexuelle inconnus jusqu'alors.

206. Maison Départementale de l'Enfance et de la Famille. Nevers.

Thérapie familiale de réseau

Thérapie et justice

Notre approche intègre au cœur même des séances les référents sociaux de l'ASE avec les familles et les enfants dont ils ont la charge. Les séances durent environ une heure, espacées d'un mois. Nous accueillons des familles qui viennent parfois de loin, suivies bien souvent depuis plusieurs générations par des services sociaux débordés, inquiets et ressentant un vif sentiment d'impuissance. Il s'agit de familles dont l'épaisseur des dossiers nous est systématiquement mimée d'un geste presté pour nous en indiquer la hauteur et donc la lourdeur psychologique. Il peut s'agir de ces familles qui accueillent les gendarmes avec le fusil, celles dont tout le village parle en sous-main sans jamais venir en aide aux plus faibles, malgré les rumeurs. Dominique Frémy décrit en 2012 l'évolution clinique de l'unité de victimologie de Besançon (co-création 1994) qui poursuit celle de la Consultation de thérapie familiale (co-création 1990), laquelle « *a pris une ampleur inattendue [...] confrontée à des situations de maltraitances [...] des familles dysfonctionnelles depuis plusieurs générations dont les services sociaux "ne savaient plus quoi faire"; progressivement nous avons constitué un corpus de connaissance sur la maltraitance (repérage-prise en charge) et plus particulièrement celle intra-familiale – qui motive environ 80 % des consultations* » [69].

L'histoire de vie désormais célèbre de Lydia Gouardo [70] est un condensé d'incestigation institutionnelle ou l'éthique contextuelle est particulièrement bafouée. Nous la recevons en thérapie familiale de réseau avec tous ses enfants, son compagnon et leurs référents éducateurs et psychologue.

Orpheline de mère, Lydia Gouardo est arrachée enfant à son placement chez une nourrice en province par son beau-père sortant de prison, sous la menace d'un fusil. Abandonnée par les services de placement dès son enlèvement, elle est violée et torturée durant 28 années et séquestrée dans le grenier à chacune de ses grossesses. Chaque enfant lui est arraché dès la naissance par sa belle-mère.

Le travail de l'ethnologue Léonore Le Caisne [71] permet à notre sens de saisir l'ampleur de l'incestigation qui atteint le village : « Et un habitant de la cité : "Les gens ils disaient qu'elle avait des enfants avec son père, c'est tout ! Ils disaient rien !" La relation incestueuse entre Raymond G. et sa fille fut donc aussi une affaire collective. Dans la configuration dans laquelle tous étaient "pris", l'interdit et le crime n'avaient pas leur place. L'information et ceux qui ont comméré se sont inscrits dans le cours de la vie ordinaire. La sexualité de Raymond G. fut une composante de la vie sociale locale. L'inceste et ses violences, la famille et les habitants, tout et tous constituaient la vie ordinaire. Prise dans ce contexte, la parole sur les pratiques sexuelles imposées par un homme à sa fille ne dit pas l'inceste qui, même "parlé", resta donc silencieux. Ce n'est qu'après que sa fille eut dénoncé son père, et après l'indignation médiatique qui s'en est suivie, que l'étalage des paternités de Raymond G. devint invraisemblable ».

Sans les séances de thérapie familiale de réseau, il est peu probable que la question des sanctions à l'encontre de la belle-mère de Lydia Gouardo, pour non-assistance à personne en péril et non-dénonciation de crime, ait été interrogée avec le même engagement. Cet investissement du tandem thérapeutique a permis aux enfants de sortir de leur écrasement psychique et d'oser révéler d'autres violences sexuelles à leur rencontre commises par la femme de leur père. Lydia Gouardo et ses enfants, après un combat juridique et médiatique de longue haleine, ont enfin été dédommagés par la CIVI²⁰⁷.

207. Le 22 novembre 2012 la CIVI de Meaux (Seine et Marne) lui a attribué une « indemnité supérieure à celle proposée par le fonds de garantie (660 000 euros), mais inférieure à 2 millions d'euros ». <http://www.elle.fr/Societe/News/Violee-par-son-pere-pendant-28-ans-elle-obtient-reparation-2254050>. Consulté le 23/04/2018.

L'ethnologue poursuit son travail rétrospectif [71] : « *Présent au tribunal le jour du procès, un reporter du journal régional La Marne médiatise l'"affaire" et dénonce le silence des habitants et des institutions. En avril 2008 les médias reprennent l'information. De son côté, Lydia publie un livre qu'elle intitule : Le silence des autres. Comment en effet expliquer l'absence d'un signalement qui aurait pu faire cesser les actes ?* »

Cothérapie

Nous intervenons en cothérapie [72]. Nous avons commencé ainsi en suivant le modèle de la thérapie symbolique-expérientielle de Carl Whitaker [73]. La cothérapie « *rend plus confortable l'affrontement avec la famille en présentant l'avantage de se partager la double fonction d'observateur-participant. Chaque tandem thérapeutique à sa couleur sa tonalité sa créativité. Le système thérapeutique s'en trouve stimulé chez chacun d'entre nous, lorsque nous recevons successivement plusieurs familles maltraitantes dans une journée accablante* » [56]. Ce sentiment est partagé par nombre de thérapeutes : « *Ce dispositif thérapeutique offre un cadre à la fois protecteur (structurant) et créatif. Il décuple donc l'espace des possibles. Il nous semble particulièrement adapté [...] lorsque le poids du transgénérationnel est très lourd. Lorsque les parents n'ont pu élaborer un vécu traumatique, lorsqu'ils gardent une partie de l'information et excluent de sa connaissance d'autres membres du système. Le secret bloque ainsi les échanges, les interactions, au sujet d'une partie de l'histoire familiale* » [72]. Dans les tandems thérapeutiques, généralement l'un des cothérapeutes est sénior et la supervision du plus jeune se fait par le plus ancien, sous forme de *debriefing* immédiat après chaque séance. Les deux thérapeutes ont la même latitude à intervenir dans la séance. D'une séance à l'autre le leadership de l'entretien évolue, durant une même séance également.

Atmosphère thérapeutique

La cothérapie permet aussi de travailler à l'atmosphère thérapeutique. Les jeux relationnels visibles entre les cothérapeutes ont pour but de déclencher la surprise, l'intérêt, les patients nous observent, nous ne craignons pas de nous remettre en question l'un-e l'autre avec gentillesse et respect, parfois même avec humour. L'humour et la surprise en thérapie provoquent des émotions nouvelles essentielles au développement de la résilience [74]. Les victimes sont encouragées à utiliser des surnoms pour caricaturer l'agresseur de façon à diminuer la charge de la peur. Ce surnom, réservé à la thérapie est utilisé en séance. La créativité de certains enfants victimes est étonnante. Les cothérapeutes jouent avec les mots, les idées, parfois les gestes dans une communication non verbale où la souplesse des échanges est une découverte pour les patients. Les parents et les référents éducatifs sont encouragés à utiliser ces surnoms dans la thérapie. Ils ne le font guère, mais à ce jeu thérapeutique ils perdent peu à peu l'usage irréflectif du « papa/maman ». Pour les agresseurs, ce travail thérapeutique n'est possible qu'au moment où une détente psychique apparaît. Dans ce cas comme le constate Pierre Oswald, « l'usage de l'humour auquel bon nombre de thérapeutes se refusent (" je n'ai pas envie de faire de l'humour avec un pédophile") est également efficace » [55].

Les informations à caractère secret et le génogramme

Dans le cadre spécifique du traitement des victimes mineures de violences sexuelles, le partage des informations à caractère secret, dans l'intérêt des mineur-e-s, est autorisé. Dans la cothérapie cette question est abordée en préalable, les thérapeutes familiaux se réservant le droit de partager entre eux et avec la famille, dans l'intérêt de la

thérapie de la famille, des éléments issus des séances individuelles et qu'ils estiment utiles à l'avancée du travail global. Nous essayons d'établir le même protocole pour les familles suivies par les services sociaux, quand l'auteur est majeur, à l'exception des questions de sexualité travaillées dans l'intimité de la séance individuelle ou de couple et qui ne font pas partie des éléments partagés, à l'exception des violences sexuelles ou du recours à la pédopornographie par exemple. Nous intervenons en cothérapie scindée auprès de familles où un inceste dans la fratrie s'est produit : un thérapeute dédié à l'auteur mineur ou majeur, et un thérapeute dédié à la victime. Les séances avec le couple parental et l'un des enfants sont menées par le thérapeute de l'enfant en question, celles avec les parents et les deux protagonistes, sont menées par les deux thérapeutes.

Procédure judiciaire civile et pénale

La question judiciaire est centrale dans notre travail clinique. Dans les thérapies familiales de réseau des mineurs auteurs ou victimes faisant l'objet de mesures de placement, les intervenants rédigent à l'intention du juge des enfants des rapports dans lesquels ils rendent compte de l'évolution de chacun des membres de la famille. Nous ne faisons pas de rapport au magistrat, puisque logiquement celui-ci est élaboré par le tandem ASE participants aux consultations. Par contre, nous rédigeons des signalements au procureur de la République quand cela nous semble nécessaire, ce qui est de moins en moins le cas, les obligations des professionnels étant mieux connues qu'à l'ouverture du CdBC. Nous pouvons intervenir en amont des procédures pénales et poursuivre le traitement après la résolution judiciaire : relaxe, acquittement ou condamnation. Nous nous intéressons toujours au contexte qui a favorisé les passages à l'acte sur les mineur-es et qui pourrait de nouveau les favoriser. Notre attention soutenue aux transactions incestueuses nous a souvent permis de mettre en évidence des attitudes parentales que la justice a qualifiées de complicité dans les délits ou les crimes, ou de non-assistance à personne en danger. Nous sommes régulièrement auditionnés par les brigades de protection de la famille ou les gendarmeries. Nous pouvons être cités comme témoins (victimes, auteurs) à la demande des avocats des parties, directement par le parquet, et à quelques rares occasions à la faveur du pouvoir discrétionnaire du président de la cour.

Constat actuel, le pénal reste un domaine ignoré des non spécialistes. Dans l'univers de la protection de l'enfance il nous semble que la peine de suivi socio-judiciaire n'est pas connue, la mission des SPIP régulièrement ignorée, les possibilités de travail en commun sous-estimées. Cela souligne le manque de formations en pluridisciplinarité, que nous recommandons depuis 1990 [24].

Témoignage en justice

Cette notion fondamentale, « il n'y a pas de responsabilité collective en droit pénal », est un des thèmes répétitifs stratégiques de nos consultations. La surprise prédomine chez l'intervenant ignorant des exigences judiciaires. Nous préparons ces moments-clés dans les thérapies familiales de réseau de façon commune enfant-intervenant. En préparant le mineur à cette épreuve, nous y préparons son référent qui parfois croit que son supérieur hiérarchique « va y aller à sa place » et réciproquement. La plupart des mineurs refusent dans un premier temps puis comprennent à quel point leur témoignage a de l'importance. Pour cela il faut une alliance complète entre tous les intervenants pour maintenir l'espace de sécurité psychique nécessaire au mineur. Il serait mieux que les victimes soient accompagnées de professionnels spécifiquement formés à l'accompagnement des victimes tout au long de la pro-

cédure pénale, comme le sont les membres des AEMO spécifiques. Ces services à l'initiative de personnes-ressources et nés sous l'impulsion de la loi de 1989 ne sont pas nombreux en France. Les ADSEA de Carcassonne, d'Argenteuil, que nous avons supervisées et formées durant de longues années, ont développé ce travail sur fond théorique d'approche systémique et sont mieux au fait des droits de la défense des personnes sous main de justice et des droits des enfants. Ces services spécialisés mériteraient un soutien pour être développés sur tout le territoire. Ils ne remplacent pas les administrateurs *ad hoc*, ils les accompagnent.

Incarcération

La convocation pour une audience chez le juge des enfants du parent incarcéré peut devenir l'occasion d'une rencontre quasi inopinée dans les couloirs du palais de justice, où les parents peuvent parfois et spontanément adopter un comportement bienveillant. L'interaction redevient alors parentale et structurante.

« *Tu vois, mon fils* », dit le père détenu, d'un ton fataliste, en montrant ses menottes d'un geste à son fils, « *ne fais pas comme moi, sinon regarde ce qui va t'arriver* ». Cette métacommunication paternelle est suffisante pour imprimer dans la tête de l'adolescent un message clair alors qu'il est convoqué parce qu'il a détruit la quasi-totalité des vitres de son petit établissement scolaire dans une crise de colère. La fonction de son symptôme de petite délinquance avait pour but inconscient ce moment de retrouvailles. Cadré par la loi, menotté, le père ne montre aucune colère. La sanction est une évidence acceptée. Dans la séance de réseau elle sera commentée et détaillée.

Le travail de thérapie de réseau commence sans la présence des mères incestigatrices condamnées à des peines de prison légères. Souvent, leurs peines évoluent en incarcération de nuit favorisant leur activité professionnelle, ou en pose de bracelet électronique leur permettant alors de participer au travail thérapeutique, toujours individuel dans les premiers temps. Nous avons constaté que ces femmes condamnées sont apparemment plus à même d'assumer les raisons de leur condamnation. Elles peuvent fournir des explications sincères à leurs enfants dans le cadre de ce travail sur le transgénérationnel qui met en perspective la répétition du malheur. Certaines de ces mères sorties d'incarcération sont capables d'exprimer la nécessité du choc de leur incarcération qui les fait émerger brutalement de leur soumission, ou de leur autohypnose d'idéalisation de leurs parents, ce qui revient souvent au même psychiquement. Leur évolution montre qu'elles peuvent se délivrer de l'emprise et s'individualiser.

Les séances ont commencé avec deux frères accueillis en lieux de vie, tandis que les deux parents sont incarcérés. Leur père est lourdement condamné. Admise en foyer à la sortie de son incarcération, leur mère suit des séances individuelles de thérapie de réseau avec les référents ASE de ses deux fils. Peu à peu il devient possible de la recevoir avec ses fils. En parallèle, elle a commencé un travail individuel au foyer et prend conscience de sa soumission à une mère mal aimante dont, enfant, elle attendait toujours un signe d'affection. Dans sa vie d'épouse, cette attente sacrificielle s'est transformée en soumission à son mari, homosexuel, qui a violé avec son amant un de ses fils, ce qu'elle savait pertinemment. Elle assume sa condamnation. Les séances mère-fils se déploient dans une affection et une atmosphère de détente qui permet l'humour et des progrès remarquables de l'enfant victime.

Procès

Nous n'allons pas décrire le déroulé d'un procès, assises ou correctionnel. Un procès reste une épreuve pour tous ses protagonistes et n'a rien à voir avec du soin, même s'il peut produire des effets thérapeutiques. Je partage l'opinion d'Éric Dupond-Moretti [75] quand il affirme « *ne pas supporter la victimisation triomphante qui promet tout et n'importe quoi aux parties civiles, à commencer par la possibilité de "faire leur deuil"* ». Néanmoins, dans notre étude DEVA qui explore la dimension pénale en parallèle avec le travail thérapeutique, 62,5 % des sujets adultes ayant été suivis enfants pour des violences sexuelles intrafamiliales estiment, après procès, que leurs relations avec leur famille est bonne à excellente (figure 2).

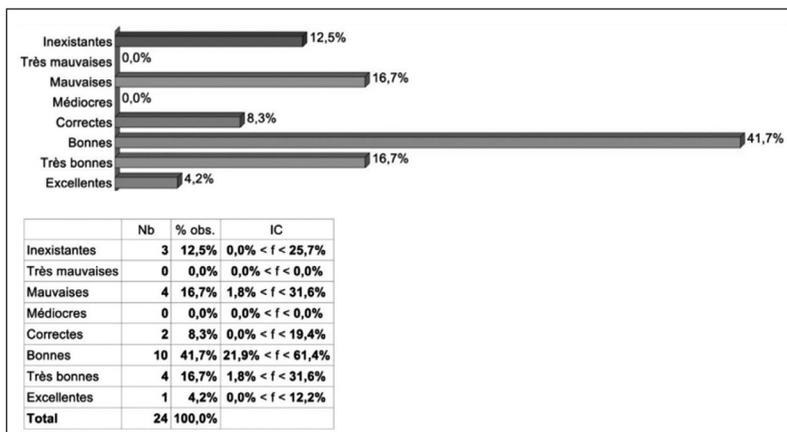


Figure 2. Qualité des relations des anciens mineurs victimes d'agression sexuelle intrafamiliales avec leur famille pour la population de l'étude DEVA [67], selon les déclarations des sujets de l'échantillon.

Nous allons insister sur la vigilance des professionnels de la protection de l'enfance qui doit rester de mise dans les procès, pour lutter contre les effets rétroactifs de l'homéostasie incestueuse. La condamnation de l'accusé ne produit pas immédiatement un effet de prise de conscience sur lui. Il est inimaginable, quand la tension se relâche dans le moment où la sanction a été prononcée, de laisser l'enfant aller « dire au revoir » au condamné. C'est une banalisation du danger psychique. Les menaces font partie de l'arsenal des violences sexuelles, elles en sont le ciment, elles peuvent apparaître à n'importe quel moment.

Dans le box des accusés le grand-père paternel, qui a reconnu les faits de viols sur tous ses petits-enfants, vient d'être condamné à une lourde peine. La séance est levée, la cour s'est retirée, les avocats parlent entre eux, l'administrateur *ad hoc* est occupé avec les éducateurs et la mère des enfants. La jeune fille de 13 ans demande à son avocat si elle peut aller dire au revoir à son grand-père. L'avocat l'autorise, mais la psychologie post-traumatique n'est pas de son ressort, cette question de l'enfant est hors champ de sa compétence malgré les apparences. La jeune fille s'approche du box et de son grand-père à qui on a remis les menottes et qui attend d'être emmené. Après avoir entendu « *Au revoir papi* », droit dans les yeux il lui répond doucement d'une voix persiflante, « à ma sortie je te tuerai, et si tu le dis, je le saurai ». Sidération de

l'adolescente, retour vers le groupe des adultes bienveillants qui commencent à sortir. Elle ne dit rien de cette menace, se coupe de ses frères et sœurs qu'elle a protégés en trahissant le secret de l'inceste à l'école. Puis elle développe de si gros troubles qu'une hospitalisation est nécessaire, puis une orientation en thérapie familiale de réseau. La menace a fonctionné, elle a développé des hallucinations auditives effrayantes qu'elle finit par pouvoir écrire au *paperboard* puis dans un carnet. Quelques années plus tard elle reçoit un courrier de son grand-père, déposé par un compagnon de cellule à sa sortie, dans lequel la menace est rappelée. Elle nous l'apporte sans l'avoir montré aux éducateurs, ni à son administrateur *ad hoc*, encore moins à son avocat, puisque ses référents avaient baissé la garde de leur vigilance. La séance de réseau a permis le partage et un signalement au parquet.

Comme l'ont développé Samuel Rassinon et Michel Warwziniak, la plupart du temps il est vrai que pour la victime, « *L'institution judiciaire, dans les situations d'inceste, par le déroulé de la session d'Assises, institue un méta-système transitionnel dont les qualités émergentes hiérarchisées par la nécessité des Lois, crée une synchronisation de ses sous-systèmes d'où advient une vérité judiciaire ; vérité judiciaire dont la portée peut être thérapeutique. Le point nodal de la session d'Assises intègre le système de soin, de protection de l'enfance et de la justice, dépasse les relations de statut, de fonction et de hiérarchie institue un méta-système d'action thérapeutique qui déconstruit les constructions du monde de la victime, de l'agresseur et du système familial maltraitant et incestuel* » [76].

La préparation du procès est faite minutieusement. Nous invitons les administrateurs *ad hoc* et les avocats des victimes en séance de thérapie de réseau aux alentours de la tenue des procès, avant et après. Nous préparons les patients victimes ou auteurs, en compagnie de leurs référents quand ils sont mineurs. Nous préparons les mineurs victimes aux effets possibles de la reprise de l'emprise hypnotique. Nous proposons une sorte de « rendez-vous à l'aveugle » (*Blind date*), c'est-à-dire le droit de ne pas regarder dans les yeux l'agresseur ni l'avocat de ce dernier, mais le président de la cour, le procureur ou l'avocat général et leur propre avocat. Nous soulignons leur droit à entrer et sortir librement de la salle d'audience, soutenons la solidarité dans la fratrie dans cette épreuve familiale. Ceux qui ne veulent pas rentrer dans la salle d'audience attendent les autres, et échangent lors chaque suspension d'audience. La dignité de ces mineurs préparés aux audiences à l'issue de leur témoignage est régulièrement soulignée par les présidents de session. Ces enfants meurtris redeviennent sujets de leurs droits et même les plus handicapés retiennent une phrase, un détail, certains dessinent spontanément la salle du tribunal où parfois ils ont entendu des demandes de pardon de la part de leurs agresseurs. La plupart des mineurs victimes n'attendent que cela.

Gel du temps et temps judiciaire

Le gel du temps est un des effets des traumatismes : passé, présent et futur se confondent. En quelque sorte, le traumatisme est, pour les victimes, toujours en train d'advenir. Par la loi de réforme de la protection de l'enfant de 2016, l'inceste est redevenu une sanction spécifique dans notre code pénal²⁰⁸, deux ans après que le Conseil Constitutionnel a retoqué cet amendement de la loi de 2010²⁰⁹. Comme l'analyse Pierre Sabourin, « *depuis des années, cette maltraitance sexuelle, violence par excellence, véritable carence dans la nosologie et donc dans la clinique, s'était*

208. Article 44 du Code Pénal.

209. Loi n°2010 - 121 du 8 février 2010 – art. 2 V. tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux (1).

très mal du fait de ce vide symbolique dans le code pénal » [77]. Il y a maintenant un avant et un après la condamnation des faits incestueux, et chaque membre de la famille de l'auteur peut se situer éthiquement devant cette précision légale. Comme l'écrit André Ciavaldini,

« la sanction pénale, comme bornage du transgénérationnel » [78].

La cour d'Assises juge un père et sa fille majeure pour violences sexuelles incestueuses commises sur les plus jeunes enfants de cette famille. Deux générations de mères incestigatrices se sont succédé : la première offre sa fille de 13 ans à son amant, qui la viole puis l'épouse un peu plus tard. Ils ont deux filles et un garçon. L'aînée est à son tour incestuée par son père et, avec lui, elle forme un couple incestueux de deuxième génération qui abuse des deux plus petits. Violence, négligences et privations forment le contexte de l'abandon par leur mère, elle-même abandonnée par sa propre mère. Nous recevons les deux enfants mineurs et leur mère avec les intervenants sociaux durant plus de quatre ans à raison d'une séance par mois, jusqu'à ce que nous découvriions l'implication incestueuse maternelle. Il n'y a pas de condamnation de la mère pour cet inceste commis sur son fils, signalé mais sans conséquences légales autre que le maintien du placement. Après le procès de leur père et de leur sœur, où celui-ci reconnaît pour la première fois les faits criminels et se voit attribuer une lourde peine, la dépression du fils nécessite une hospitalisation, tandis que nous traitons la fillette seule pour lui permettre de se débarrasser de son identification à l'agresseur. Elle était prête à « prendre la relève » de l'abus sexuel féminin, présentait des comportements intrusifs et des masturbations compulsives [23] sous forme d'excitation buccale, avec une grande peluche en forme de licorne rose, cadeau de sa mère. La peluche, débarrassée de sa corne, est toujours « en clinique » au CdBC. La jeune femme est aujourd'hui en faculté de droit et son frère s'est engagé dans l'armée.

Le *tempo* thérapeutique se synchronise sur le *tempo* judiciaire. Le *tempo* judiciaire offre un *timing* qui pousse les horloges du temps familial à remonter les souvenirs, mailés à la honte, la culpabilité ou le déni. Les exigences de la procédure pénale, les expertises, confrontations, auditions jusqu'au procès proprement dit, sont autant d'exercices de mises en mot auxquels chacun doit se plier, thérapeutes y compris en cas d'auditions, qui rythment le travail de thérapie et forment des événements de cette nouvelle réalité à penser après la catastrophe. La métacommunication thérapeutique, à chaque étape judiciaire, permet de prendre en considération les moindres aspects subjectifs de ces procédures dans l'intérêt de l'évolution du patient et de sa famille. L'approche systémanalytique encourage les victimes à entrer dans le temps présent.

Prescription pénale

Les thérapies familiales avec les fratries d'adultes (plus de 38 ans) et les parents âgés, sont menées en cothérapie et en dehors de toute possibilité de poursuites pénales, la prescription étant acquise. Si l'auteur reconnaît une partie des faits, nous pouvons commencer le travail de thérapie familiale. Nous attendons le moment où chacun des cothérapeutes estime possible une rencontre familiale, c'est-à-dire sans danger psychique pour la victime et avec un minimum d'adhésion de l'auteur à s'engager dans un travail psychothérapeutique. Entre temps, chaque patient est reçu seul puis avec l'un et/ou l'autre de ses parents. Le schéma est quasiment toujours le même, les attentes des victimes sont intenses, souvent elles ou ils ont déjà abordé le sujet de l'inceste passé à l'acte avec leurs parents où même avec l'agresseur dans une temporalité

té variable. Souvent, un minimum de paroles a été partagé par l'ensemble familial, au moment des faits, à la majorité, lors d'un événement familial, le mariage de l'auteur, ou le décès d'un grand-parent. Cependant, la plupart des couples parentaux n'a pris de mesures de protection ni envers la victime, ni envers le mineur auteur, et aucune démarche judiciaire n'a été engagée. Avec les années et l'insuffisance parentale, sa négligence ou son indifférence, les troubles post-traumatiques de la victime se sont développées : troubles psychiques et de la santé, parfois hospitalisations pour dépression. La vie s'écoule, il n'y a pas de ruptures des relations, chaque événement familial est fêté en commun. Fréquemment, lors de naissances d'enfants, la peur renaît chez les victimes, avec les souvenirs. C'est souvent à ce moment-là que les victimes, pour un autre qu'elles-mêmes, parviennent à réengager un dialogue cette fois-ci thérapeutique. Les auteurs ballottent au gré des demandes de leur victime, protégés par leur demi déni et celui de leurs parents. Leurs difficultés d'empathie les maintiennent à distance des attentes auxquelles ils ne se conforment qu'en superficialité. Quand aucun signalement n'a été enclenché par les parents lorsque leurs enfants étaient mineurs, selon nos critères thérapeutiques il revient à l'auteur qui a reconnu les faits de s'auto-signaliser. On pourrait dire que par cette décision, l'auteur se soumet à un rituel anthropologique d'humanisation et de ré-inclusion dans la société. Si ce n'est pas le cas, les thérapeutes se déclarent incompétents pour la thérapie de la famille : l'essai n'est pas concluant, mais cet abord éthico-stratégique de la thérapie familiale des adultes, hors du champ judiciaire, permet à chaque membre de la famille de faire le choix de sa position. Comme Mony Elkaïm l'a développé, « *En ouvrant l'approche systémique à la non prédictibilité, j'ai voulu y réintroduire l'importance des choix individuels, donc la dimension de l'éthique et de la responsabilité* » [79].

Thérapie familiale de réseau des fratries

Michel Suard, systémicien et spécialiste du travail thérapeutique avec les délinquants sexuels incarcérés interroge : « *Si le premier (coupable) n'était pas le mieux placé pour participer à la restauration psychique de la seconde (victime) ? Si la destruction des liens familiaux cessait d'être une fatalité ?* ». Le travail de thérapie familiale de réseau avec les fratries d'enfants mineurs placés par décision des juges des enfants est un axe de travail que nous développons depuis de nombreuses années. Cela va de soi, c'est la famille de demain, des ressources s'y cachent et peuvent se révéler à la faveur des initiatives thérapeutiques. Ce sous-système familial est précieux à inviter en consultation. Comme le comprend Nawshad Ali Ahmed, « *L'inceste a lieu parce que la solidarité familiale a fait défaut. La reconstituer même de manière éphémère, temporaire, (ou artificielle !) dans un cabinet de consultation est bien souvent thérapeutique en soi* » [80]. Nous le constatons systématiquement, la solidarité dans la fratrie se développe facilement dans les thérapies familiales.

Cas particulier des négateurs

Nous avons tenté de traiter en individuel ou en couple ou en famille, mais sans succès, de rares patients condamnés pour lesquels accusations ou/et condamnations sont le résultat d'un complot familial et judiciaire : ceux que l'on appelle des négateurs. Ils étaient tous pédophiles-incestueux. L'un d'entre eux par exemple, militaire de carrière, luttait pour maintenir une image de lui-même en héros, un autre se fuyait de monastère en monastère, luttait pour garder une image de lui victime/enfant, en tentant de remettre de l'ordre dans ses souvenirs d'une enfance traumatisée par la guerre d'Algérie. Le travail thérapeutique est centré sur le cadre, les horaires des séances, une reprise inlassable des faits dont ils sont accusés, une écoute minutieuse de la façon de raconter les autres.

Dans le traitement individuel, le seul changement observable apparaît dans une sorte de « clochardisation » : un laisser-aller dans les soins du corps puis un vrai changement physique, un vieillissement soudain, le blanchissement des cheveux. Le corps ne mentant pas sur le désordre intérieur. En quelque sorte, ils se rendent repoussants.

Dans les thérapies familiales de réseau, après les condamnations, par la convergence des positions de l'ASE, des thérapeutes et des juges, peut apparaître (par usure ?) un évitement de l'excitation ressentie envers leurs enfants. Peuvent émerger des énoncés paradoxaux en forme de demi-aveu du type : « *Si vous le dites c'est que ça doit être vrai !* », suivis par une disparition du champ de la thérapie et un arrêt des demandes de rencontre avec leurs enfants.

Illustrations cliniques

Thérapie familiale de réseau avec l'auteur des violences sexuelles sous jonction de soins

Père condamné pour viol incestueux

Un juge des enfants nous oriente un père de famille en prenant la peine de nous appeler elle-même. Ce père, condamné à une longue peine pour viol sur sa deuxième fille, nourrisson de quelques mois, est sorti de prison en libération conditionnelle. Il fait l'objet, comme la mère de ses enfants, d'un suivi en Action Éducative en Milieu Ouvert en faveur de leurs deux fillettes âgées maintenant de sept et neuf ans qui vivent auprès de leur mère. La mère refuse que ses filles découvrent le motif de la condamnation alors que les visites médiatisées avec le père ont commencé et que les droits de sortie sont programmés. Il nous sollicite immédiatement, en expliquant qu'il est déjà suivi en CMP par un psychiatre. Nous lui demandons d'inviter ce médecin en séance et de nous communiquer au préalable le dossier pénal. Puis nous recevons la mère ainsi que les deux fillettes accompagnées de l'assistante sociale. L'assistante sociale, rassurée par notre appui, est déconcertée par l'engagement que nous lui demandons dans les entretiens. Il n'est en effet pas question que les intervenants sociaux restent simplement en observation du travail des cothérapeutes ou qu'ils prennent des notes. Nous les invitons à partager observations et ressentis avec nous en cours de consultation et à échanger avec les familles.

En cothérapie homme-femme, nous ne parviendrons pas à aider cette mère blessée à faire confiance. Elle n'a presque pas de souvenir de son enfance passée dans un pays en guerre. La jeune femme nous confie néanmoins avoir fait un malaise après la première séance, qu'elle relie au choc lié à l'évocation du choc qu'elle a ressenti lors de l'arrestation de son mari. Elle a témoigné pour lui, est d'accord pour tous les contacts entre ses filles et leur père. Elle et son ex-mari ne valident pas la qualification de viol. Les fillettes ne présentent pas de perturbations repérables, elles sont actives, créatives dans les séances. Elles ont compris que leur père a été condamné « *parce qu'il a fait du mal, maintenant il est gentil* » et s'épanouissent visiblement à son contact. *La lecture du dossier enfin communiqué nous permet de mieux comprendre le déroulé du drame familial dans lequel la violence du couple apparaît, ainsi que l'ambivalence maternelle dans son lien d'attachement au nourrisson. La mère a déjà tenté de refaire plusieurs fois sa vie et confie régulièrement ses fillettes au partenaire du moment. Les enfants, encouragées par l'atmosphère thérapeutique où les mots sont soupesés avec précision, commencent alors à oser se plaindre à leur mère, en séance, des attitudes de violences de l'un des derniers amoureux. C'était pendant un baby sitting du soir, leur mère étant sortie en boîte de nuit. La jeune*

femme s'étonne de nos étonnements, refuse la remise en question et commence à manquer les séances. Le père, au passé de jeune délinquant, poursuit régulièrement les entretiens. Il est accompagné, soit du psychiatre qui connaissait la spécificité de notre travail, soit de l'assistante sociale qui participe à toutes les séances et rend compte par écrit, au juge des enfants, de l'avancée du travail.

Encadré par ses obligations pénales, protégé par le suivi social, ce père montre des attitudes adaptées avec ses filles qui se comportent naturellement avec lui. Malgré son déni du viol, il affirme paradoxalement assumer son enfermement. Il a appris à bénéficier des échanges avec les « psys » en prison, il a également repris des études et répond avec adresse, humour et intelligence à nos questions. Rien dans son comportement ne nous paraît relever de la violence sexuelle, mais qui peut en être certain ? Les fillettes ont entendu au cours d'une séance de fratrie, accompagnées de l'assistante sociale, la nature de la condamnation paternelle. Il n'est pas certain qu'elles aient compris, ce qui pourrait être interprété comme un signe de leur innocence préservée, mais elles ont compris que leur mère était incapable de le leur dire. Elles sont trop jeunes pour comprendre l'implication du déni parental du viol. Mais elles ont appris à s'opposer en séance et à chercher de l'aide dans leur réseau de protection si nécessaire. L'opposition de la mère au travail thérapeutique est un indice suffisamment alertant pour que l'AEMO se poursuive et que la question de leur placement soit à l'étude dans cette période cruciale.

Thérapie familiale avec l'auteure de violences sexuelles, hors champ judiciaire

Mère incestueuse

Mme X, âgée de 50 ans, se disant victime de sa mère dans sa petite enfance, s'est décidée à envisager une thérapie familiale après avoir consulté un site associatif où elle avait été surprise de lire l'expression de sa souffrance et de sa confusion dans les témoignages d'autres victimes d'inceste maternel. Les séances sont d'abord individuelles, sa voix est étouffée, lente, atonale. Ce qu'elle raconte mêle inceste et attitude maternelle infanticide. Elle dit avoir été sauvée bébé d'une mort par étouffement, par le personnel du foyer parental où sa mère s'était réfugiée pour terminer une grossesse tardive et refusée par ses parents. La mère de Mme X se serait assise sur le matelas sous lequel elle l'avait cachée.

Nous reprenons pas à pas le parcours de son enfance « *droguée de sexe* » nous dit-elle, afin de lui permettre d'évacuer une culpabilité tarabaudante d'avoir « *accepté* », nous confie-t-elle, la demande de sa mère de recommencer les gestes sexuels commis sous couvert de soin du corps. Nous appelons ce type de comportements abusifs aux effets dévastateurs le « *nursing pathologique* » **Erreur ! Signet non défini.** Dans la séance de couple, le mari explique qu'il connaît cette accusation de sa femme, qu'il crédite. Il raconte, encore animé de colère, qu'il avait surpris sa belle-mère en train d'endormir une de leur fille bébé en lui chantant une chanson paillardes en guise de berceuse. Il avait fini par mettre la grand-mère des enfants à la porte.

La mère incestueuse en question est reçue seule, dans un premier temps par le même thérapeute afin de pouvoir évaluer ses capacités à s'engager dans la démarche thérapeutique familiale entreprise par sa fille. En effet, nous exigeons toujours un minimum d'accord préalable, c'est-à-dire la reconnaissance, par la mère incestueuse, des faits ou d'une partie des faits sexuels qui lui sont reprochés par sa fille.

La mère de Mme X est une femme âgée au physique impressionnant, grande, la voix rauque. Elle reconnaît en partie les faits d'inceste ce qui permet une séance mère-

filles. Durant celle-ci, par la reprise du génogramme familial surgit l'évocation de son père, le grand-père maternel, décédé avant la naissance de sa fille notre patiente. La mère incestueuse évoque la violence extrême de son père sur sa mère et elle, dans un contexte de grande pauvreté, ce que savait déjà Mme X. Questionnée sur les « berceuses » paillardes, elle évoque aussi un rituel matinal incestuel ignoré. Ce rituel consistait à attendre avec sa mère dans la cuisine les résultats de la masturbation matinale du père dans le grenier dont le produit était recueilli, exhibé et commenté à la table du petit déjeuner, pour deviner la météo...

La folie sexuelle familiale apparaît, mais en tant que grand-mère, elle refuse d'accorder de l'importance aux « berceuses » paillardes dont elle se moque. Elle tente ainsi de lutter contre le pouvoir de son gendre et de reprendre le contrôle de la relation avec sa fille en attaquant cruellement sa sensibilité maternelle. Les séances suivantes permettent à Mme X, entourée de son mari d'accepter d'aborder, avec leurs enfants adolescents, l'histoire transgénérationnelle incestueuse. Cela permet d'examiner l'hypothèse d'un inceste consommé de la grand-mère sur ses petites-filles. Les secrets de famille sortent du silence et de la dissimulation, et Mme X retrouve sa voix et le sourire. Une décision commune est prise de ne plus recevoir la grand-mère.

Thérapie familiale comprenant trois générations

Secret de famille

Une jeune femme, brillante étudiante en droit, met sa vie en danger dans des accidents répétés de la circulation, ou dans des engagements humanitaires « sous le feu des balles ». C'est au cours d'une énième tentative de sauter en marche du véhicule maternel que le secret des violences et tortures sexuelles infligées par son grand-père maternel, jusqu'à son décès, a été révélé. Il est impossible pour la jeune femme d'envisager que sa grand-mère, maintenant âgée de 94 ans, pourrait avoir observé cet inceste sans réagir.

La thérapie est d'abord individuelle, puis elle se poursuit avec ses deux parents et son frère. Certaines séances se font en la compagnie d'une stagiaire auditrice de justice et permettent d'explorer la question de la dette de la grand-mère envers sa petite-fille au regard de l'impossible judiciarisation des faits d'inceste particulièrement pervers et dont ses dessins d'enfant portent la trace. La réaction bienveillante du juge en formation lui donne *quitus* de sa représentation du monde de son enfance, empoisonné par l'inceste et atténuée sa sensation d'abandon et d'isolement.

Deux ans de thérapie sont nécessaires avant de parvenir à organiser une séance avec les trois générations de femmes et donner ainsi une chance à la grand-mère maternelle, la femme de « l'incestueux », de prendre son parti. Lors de cette séance mémorable, la grand-mère réagit immédiatement au récit pudique fait par sa petite fille, en se levant difficilement pour prendre avec affection sa petite fille en pleurs dans ses bras. Dès que l'émotion se calme, cette très vieille dame raconte son propre secret. À six ans, ayant perdu sa mère, son père étant récemment remarié, elle avait de grandes difficultés à apprendre à écrire. Sa nouvelle belle-mère, à chaque faute d'orthographe, lui infligeait une pénétration digitale. Pour inscrire de façon symbolique l'impossible sanction pénale, la grand-mère a pris une décision remarquable dans la promesse solennelle, qu'elle tint, de ne pas passer l'éternité dans le caveau préparé pour le couple et où, dans sa croyance, son mari l'attendait. Par ce geste, l'éthique contextuelle familiale en faillite sur trois générations, venait d'être restaurée.

Comme le souligne Florence Calicis, « *plus encore que le traumatisme en soi et la souffrance associée, ce sont les secrets, les non-dits, la dissimulation de la réalité et*

de la souffrance vécue qui sont pathogènes pour les générations suivantes [...] aussi l'intérêt, bien souvent, de travailler sur au moins trois générations. Même si nous ne les rencontrons pas toutes dans la réalité des entretiens, nous pouvons leur faire une place via l'exploration de la dimension transgénérationnelles » [81].

Thérapie familiale de réseau d'une enfant placée par ordonnance judiciaire

Fillette intrusive

Une fillette de sept ans est surprise par son assistante familiale en train de pratiquer des pénétrations digitales anales sur deux autres fillettes plus jeunes, également confiées à l'assistante familiale. Les services de l'ASE ont déduit que ces attitudes sont survenues après un week-end passé chez sa mère, dont les perturbations mentales ont entraîné le placement de tous ses enfants, nés de pères différents, le dernier né juste après sa naissance. La fillette est orientée vers le CdBC après un changement de lieu d'accueil et une note adressée au juge des enfants demandant la suspension du droit d'hébergement maternel. En thérapie de réseau nous apprenons qu'elle vient de mettre en échec un nouvel accueil par ses comportements sexualisés.

Les cothérapeutes homme/femme accueillent une stagiaire thérapeute familiale. La fillette est mutique, figée sur le canapé, un masque d'indifférence et de désintérêt sur le visage. Dans le dernier tiers de la séance passé à redonner confiance au personnel de l'ASE épuisé, la fillette décide de s'asseoir en tailleur sur le tapis au milieu du cercle des professionnels. Elle commence à tourner en se rapprochant, à chaque fois plus, de l'un des adultes qu'elle fixe tour à tour dans les yeux. L'enfant fixe la stagiaire qui la regarde puis soudain très délicatement la fillette pose ses mains sur les genoux de notre stagiaire, qui n'ose bouger, et d'un geste preste lui écarte les jambes. Doucement la cothérapeute métacommunie plusieurs messages répétitifs destinés à l'enfant et aux intervenants : « *nous savons que c'est possible que cela s'arrête* », « *c'est possible que tu contrôles tes mains* » et repris sur le même ton par le cothérapeute homme. La fillette lance un regard visiblement intéressé à la thérapeute. Cette métacommunication faite de « *surestimation bienveillante du potentiel d'évolution de l'enfant qui a ici valeur de prédiction ouvre une fenêtre sur l'espoir en soutenant ses tuteurs de résilience que sont les différents participants à la thérapie de réseau* » [56]. Cette fillette garde un mutisme d'opposition quand elle met en échec son nouvel éducateur du lieu de vie.

Si elle n'a plus de comportement intrusif, elle évolue maintenant vers des attaques meurtrières de petits animaux (cobayes) confiés expressément à sa garde au fond de sa poche et qu'elle finit par étouffer. Sachant que les visites fraternelles se passent plutôt bien nous invitons sa sœur et son frère plus âgés en séance. Nous dénouons leur proximité physique collée et étouffante et les aidons à une prise de bonne distance entre eux. Nous limitons ainsi le maintien de l'excitation qui existe toujours chez les enfants ayant grandi dans un climat *a minima* incestuel.

Les séances individuelles de la mère permettent d'aborder la question de sa sexualité et de son accoutumance à la pornographie, aux jeux sexuels en réseau auquel elle s'adonne sans mesure sur les réseaux sociaux et qui la mettent en danger. Ses différents troubles psychiatriques ne l'empêchent pas de reconnaître avoir besoin des services sociaux pour élever ses enfants à cause de sa confusion. Ce travail avec chacun des membres de la famille finit par produire un effet circulaire de détente sur la fillette, ce qui lui permet de s'autoriser à découvrir des relations de tendresse respectueuse avec sa sœur et son frère. Le travail de thérapie devient alors un travail de deuil classique de la mère idéalisée par l'ensemble de la fratrie, tout en connotant positivement tout ce qui de la part de leur mère est bienveillant et maternel : cadeaux

adaptés et réguliers, livres choisis avec soin pour chacun de ses enfants. L'excitation sexuelle de la mineure intrusive s'éteint, l'apprentissage scolaire reprend.

Thérapie familiale de réseau de fratrie intégrant l'agresseur en obligation de soins pré et post-sentencielle

Inceste dans la fratrie, enfants mineurs

Les cinq enfants Z ont un père et une mère alcooliques et violents. Leur mère a fui le domicile. C'est dans ce contexte des violences conjugales, d'alcoolisme parental et d'abandon maternel que le frère aîné (encore mineur) a commencé à violer ses trois sœurs, à les battre et à les séquestrer, les chiens attachés au pied des lits des enfants. Il est sous main de justice quand nous commençons la thérapie. La sœur aînée adolescente, et ses trois petits frère et sœurs ont été confiés à la même structure d'accueil. L'instruction se termine. Les premières séances sont mouvementées. Les mineurs victimes refusent l'aide que l'on pourrait leur apporter, ne supportent par le regard. Ils rejouent en séance les interventions des pompiers, de la police, les aboiements des chiens, parfois sur un mode agressif (mimes de morsures). Seul le portage dans les bras de leurs éducateurs apaise les plus petits. Parfois ils dessinent sur le tableau ou restent en arrêt devant les fleurs fraîches de la salle de consultation que certains reproduisent. Nous insistons, malgré l'incompréhension des services sociaux, pour qu'ils participent au procès de leur agresseur, accompagnés de leur administrateur *ad hoc* et des éducateurs. Ils acceptent.

Le procès mené par un juge des enfants permet au grand frère violeur de reconnaître la totalité des faits dont il s'est rendu coupable. Ces victimes reviennent du procès avec l'étonnement et le soulagement d'avoir vu ce frère pleurer. Sa condamnation est assortie d'une obligation de soins qu'il effectue en groupe de parole d'agresseurs et en suivi individuel en SMPR spécialisé dans ce type de traitement. La mère décède brutalement. Nous proposons de recevoir le père et son fils aîné avec les intervenants de l'ASE qui refusent de nouveau notre proposition de travail. Dans le deuil, devant son père, le fils incestueux parvient à évoquer ses difficultés comportementales, le père, les siennes. Il faut attendre la mort accidentelle du père pour que notre proposition d'ouvrir le travail de thérapie de la fratrie au frère aîné fasse son chemin. Le petit frère qui n'a pas été violé est demandeur d'une rencontre thérapeutique. Les cothérapeutes expliquent très précisément aux professionnels le cadre (présence de la psychothérapeute de l'abuseur, horaires différents de rendez-vous, début de séance préalable avec le mineur victime, pas de contact physique, fin de séance avec l'agresseur après le départ de la victime). Le goût partagé de la bande dessinée est le vecteur de la communication entre les deux frères au sujet d'un dessin spontané fait par le plus jeune (symbolique, imaginaire et remarquable de finesse) immédiatement décodé par l'aîné à l'entrée dans la salle de consultation. L'émotion est forte.

La psychothérapeute du grand frère qui continue à recevoir le jeune homme alors qu'il n'y est plus contraint par la loi, évoque l'espoir assez rare que ce travail en commun lui apporte. C'est une bifurcation essentielle dans le fonctionnement familial et institutionnel. Le frère condamné et en cours de soin peut commencer à être considéré autrement dans sa capacité à restaurer les liens familiaux.

Thérapie familiale d'un adulte ayant eu des comportements de mineur auteur de violences sexuelles

Auto-signalement

Un homme jeune ayant, à partir de ses 13 ans et durant une période indéterminée, violé lors des *baby sitting* en famille, plusieurs petites cousines âgées de trois à six ans, est orienté au CdBC par un psychologue qui s'est déclaré incompétent. Ce pa-

tient demande de l'aide car sa compagne victime d'inceste dans l'enfance ne supporte plus de vivre à ses côtés. Leur sexualité est violente, il souffre d'addiction à la pornographie à l'alcool et aux produits toxiques. Il commence à devenir violent physiquement et se met régulièrement en danger d'arrestation pour des comportements interdits sur la voie publique (graffitis et tags). Son souvenir d'enfance le plus ancien est celui d'une excitation sexuelle à cinq ans à l'heure de la sieste, dans le lit avec une petite cousine où ses parents, maintenant séparés, vivant en communauté naturiste, les avaient installés. Les barrières entre les générations étaient peu établies, la pornographie à disposition, le climat incestuel.

La thérapie commence avec un préalable : qu'il se dénonce aux autorités comme mineur agresseur sexuel par un courrier que je l'aiderai à penser, sinon je ne peux m'engager dans ce travail de thérapie et l'orienterai vers un autre thérapeute. Il accepte. Six mois de thérapie sont nécessaires. En parallèle, je propose des séances avec chacun de ses parents et sa sœur à qui il a révélé son secret durant une crise de violence. L'objectif thérapeutique est d'assouplir la communication entre eux et de les impliquer dans la démarche thérapeutique et judiciaire.

Un an plus tard, le processus pénal commence. Chaque étape est commentée lors des séances. Certaines victimes retrouvent le souvenir des viols lors de leurs auditions policières, d'autres plus âgées n'avaient jamais confié leur histoire, et les oncles et tantes découvrent ce qui était apparemment caché. Le patient se met à progresser. Il prend moins de drogues, semble percevoir le lien entre son addiction à la pornographie et le contexte du début de ses attaques perpétrées contre les fillettes, il accepte d'utiliser son talent ailleurs que sur les murs de sa ville et commence à peindre sur toile.

Quatre ans après, il est jugé en cour d'assises car il a reconnu avoir commis des viols une fois majeur. L'audience est explosive, le président doit faire évacuer la salle. Le système familial élargi, à part ses parents et sa sœur, ne lui pardonne ni ses actes ni de les avoir révélés en justice, et le menace de représailles. Sa démarche thérapeutico-judiciaire est comparée à de la violence supplémentaire qu'il inflige ainsi à ses anciennes victimes. Présents psychiquement durant les débats, il se comporte de façon adaptée au contexte, endure et ne varie pas dans ses auto-dénonciations. Sa condamnation avec sursis mise à l'épreuve et l'obligation de soins sont accompagnés de lourds dommages et intérêts. Il emprunte pour rembourser ses parents qui ont versés la somme requise. Il poursuit son obligation de soins avec un autre thérapeute.

Près de deux ans ont passé, sans plus aucun contact avec les familles de ses anciennes victimes lorsqu'il rencontre inopinément l'une de ses tantes. La surprise agit, ils s'étreignent avec affection dans l'émotion de ces retrouvailles fortuites qu'ils ont envie de poursuivre malgré le drame familial passé.

Thérapie familiale de la famille en l'absence du grand-père pédophile incestueux

Mise en mots de l'impensable

Nous recevons de temps en temps des familles sous le choc d'avoir découvert l'activité pédophile d'un de leurs membres. Il s'agit alors de quelques séances de mise en mots de l'impensable où les transactions familiales apparaissent sous un autre jour à la faveur de ces révélations. La thérapie aide certains membres de la famille à percevoir la complexité des évitements, des non-dits, de l'organisation des mensonges, pour faire tenir les apparences familiales dans une répétition fatalement transgénérationnelle.

Un père de famille nous appelle pour être reçu en thérapie familiale avec sa femme et ses deux filles adolescentes afin de réussir à leur parler d'une récente condamnation

pour agressions sexuelles sur mineur de son père, auquel il est très attaché. Trois ans auparavant, juste avant sa garde à vue, son père lui avait demandé en urgence de lui trouver un bon avocat parce qu'il était innocent, ce que ce père de famille avait fait. Mais ensuite l'appelant avait été stupéfait par la condamnation (avec sursis) de son père jusqu'à ce qu'une nouvelle plainte émerge.

À la première séance les jeunes filles ne montrent aucun étonnement à l'annonce de la condamnation, elles s'esclaffent : « Ah oui ! Le pédophile ! C'est comme ça qu'on l'appelait enfant entre nous ! » Puis à la seconde séance, ressentant à la fois le soutien de leur mère, l'atmosphère chaleureuse des séances et l'encouragement de leur père, des mises en danger sexuelles répétées des jeunes filles sont mises à jour et explorées par la thérapeute. Le climat familial est examiné, la mère commence à s'opposer à son mari, qui banalise en évoquant notamment une construction architecturale particulière de la salle de bain des enfants, voulue par son beau-père et empêchant toute intimité des filles dans leur maison de vacances. Le climat incestuel apparaît.

Lors de la troisième séance, soudain l'une des jeunes filles s'effondre en pleurs et évoque spontanément des attouchements habituellement infligés par leur grand-père depuis son plus jeune âge, ce qui est corroboré par sa sœur. Les mises en danger sexuelles répétées qui n'avaient pas été jusqu'alors comprises comme de probables comportements post-traumatiques s'éclairent. Stupéfaction parentale. Je préviens alors la famille de mon obligation de reporter ces faits au substitut des Mineurs, leur propose de signaler les faits également de leur côté. Rétroaction paternelle par téléphone après la séance : « Mais vous n'avez pas le droit je me suis renseigné auprès de mon psychanalyste, je vous attaque en justice pour trahison du secret professionnel ».

Enfin une nouvelle consultation est faite lors de laquelle je leur lis le document de signalement ce qui permet à chacun d'accepter cette réalité et de retrouver une meilleure proximité affective. Les auditions policières ont lieu. L'atmosphère familiale laisse enfin transparaître une tendresse respectueuse entre générations.

Conclusion

En réfléchissant à la multiplicité des situations d'inceste reçues au CdBC, il nous semble que le modèle de thérapie qui paraîtrait le plus adapté aux familles des auteurs de violences sexuelles sur les mineurs serait un modèle intégratif. Ce modèle, comprendrait *a minima* une thérapie individuelle spécialisée, avant ou en parallèle à la thérapie de groupe d'auteurs, avec une approche ayant apporté ses preuves, pour « ré-affecter » [82] ces sujets dénués d'empathie. Ce modèle intégratif comprendrait en parallèle la thérapie spécialisée de la famille de l'auteur, dont nous avons précisé les soubassements théoriques. La répétition des violences sexuelles d'une génération à l'autre, dont les femmes sont souvent la courroie de transmission, souligne l'importance de traiter cette pathologie en thérapie familiale. Même si l'auteur-e incarcéré-e en est matériellement empêché-e, l'utilisation du génogramme ouvre le chemin à la parole sur l'impensable. Lorsque les enfants sont placés par décision judiciaire, la thérapie de réseau spécialisée (cf. Illustrations cliniques) offre un espace thérapeutique où les membres du réseau de la protection de l'enfant sont invités à accompagner victimes, auteurs, et membres de la famille en difficulté, ce qui donne des résultats observables. Cette thérapie familiale ou de réseau se poursuivrait, avec l'auteur ou non, en rappelant que les mineurs victimes ne sont tenus à aucune obligation. Les

auteur-e-s ne formulent presque jamais de demande de soins pour eux-mêmes, obligation ou injonction de soins ouvrent paradoxalement un espace de possibilité d'expression. Chaque situation familiale étant singulière, la présence de l'auteur dans la thérapie de la famille ou de la fratrie devrait être soumise à une évaluation pluri-institutionnelle de son évolution psychique et de sa ré-humanisation avant de l'y inviter.

Trente ans d'expérience clinique spécialisée viennent confirmer et enrichir les recommandations issues de notre première recherche [24], dont un grand nombre de propositions sont entrées peu à peu dans les pratiques de la protection de l'enfant et dans les procédures civiles et pénales.

Nous pensons que le développement d'études sur l'effet à long terme de l'articulation constante entre justice pénale, droit de l'enfant et thérapie spécialisée serait intéressante. Cette proposition rejoint les recommandations 2017 du CNRS [83] sur les violences sexuelles à caractère incestueux, qui préconise de réaliser une « *recherche comparative nationale et internationale sur la judiciarisation des violences sexuelles et de l'inceste saisis dans la longue durée* ».

Bibliographie

- Centre des Buttes-Chaumont, <http://centre-des-butttes-chaumont.org/>, Consulté le 23/04/2018.
- de Becker, E. (2007). Les « PSYS » face aux maltraitances à enfants. *Psychothérapies*, 2(27), 85-96.
- Kannas, S., Benoit, J.C., Malarewicz, J.A., Beaujean, J., Colas, Y. (1988). Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques. Montrouge : EFS Éditeur. p 471
- Levi-Strauss, C. (1949, 2002). Les Structures élémentaires de la parenté. La Haye/Paris, Mouton/Gruyter.
- Freud, S. (2004) Introduction à la psychanalyse. Paris : Petite bibliothèque Payot.
- Ferenczi, S. (1985). Œuvres complètes, tome IV. Paris : Payot.
- Salem, G., Frenck, N. (2003). Espoirs et limites de l'approche thérapeutique des familles maltraitantes. Dans Glatz, G (dir.). Quels soins pour les familles maltraitantes ? Lausanne : État de Vaud.
- Speck, R., V. (1987). L'intervention en réseau social : les thérapies de réseau, théorie et développement. Dans M. Elkaïm (dir.). Les pratiques de réseau. Santé mentale et contexte social (p. 21-40). Paris : ESF Éditeur.
- Lopez, G. (2013). Enfants violés et violentés le scandale ignoré. Paris : Dunod.
- Crivillé, A., Chauviré, D., Dorival, M., Galibert, C., Hucho-Pignard E. (1987). Parents maltraitants, Enfants meurtris. Paris : Les éditions ESF.
- Association Olga Spitzer. <http://www.associationolgaspitzer.fr/>. Consulté le 23/04/2018.
- Elkaïm, M. (1989). Si tu m'aimes, ne m'aimes pas. Paris : Le Seuil.
- Thomas, E. (1986). Le viol du silence. Paris : Aubier.
- Masson, J., M. (1992). Le réel escamoté : Le renoncement de Freud à la théorie de la séduction. Paris : Aubier.
- Masson, J., M. (2012). Enquête aux archives Freud, des abus réels aux pseudo-fantasmes. Paris : Editions l'Instant Présent.
- Peng, J. (2014). L'« Œdipe incestué » : violence de l'inceste et subjectivation. *Psychologie Clinique*, 37, 172-185.
- Peng, J. (2009). A l'épreuve de l'inceste. Paris : PUF.
- Ambroise-Rendu, A. (2016). Briser le tabou. Du secret à la parole médiatique, le tournant des années 1970-1990. *Sociétés & Représentations*, 42(2),59-72.
- Universalis.fr. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/serge-lebovici/>. Consulté le 23/04/2018.
- AIVI. <https://aivi.org/nos-actions/sondages/4-millions-de-victimes-d-inceste.html>. Consulté le 23/04/2018.
- Conseil de l'Europe. https://www.coe.int/t/dg3/children/iin5/default_fr.asp. Consulté le 23/04/2018.
- Forno, P. (2015). L'adaptation de la procédure aux enfants victimes : l'expérience italienne. Dans D., Attias et coll. (dir). Le parcours judiciaire de l'enfant victime (p. 167-185). Toulouse : ERES.

23. Gruyer, F., Fadier-Nisse, M., Sabourin, P. (1991, 2004). La violence impensable. Inceste et maltraitements. Paris : Nathan.
24. Barthe, D., Brouquet M., Fadier-Nisse, M., Gruyer, F., Hamon, H, Sabourin, P. (1990). Protocole d'intervention sociale judiciaire et thérapeutique pour la protection des enfants maltraités et victimes d'abus sexuels. Paris : Fondation pour l'Enfance.
25. HAS. (2009). Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930912/fr/prise-en-charge-des-auteurs-d-agression-sexuelle-recommandations
26. Sur, P., O. (2004). Nul n'est censé ignorer la loi. Paris : JC Lattès.
27. Contact Avocat. <https://www.contact-avocat.com/nul-cense-ignorer-loi-principe-enjeux/>. Consulté le 23/04/2018
28. Sabourin, P. (2016). Ferenczi un pionnier de la clinique. Paris : Campagne Première.
29. Adam, C. (2006). Les classifications psychologiques d'auteurs d'infraction à caractère sexuel : une approche critique de la littérature. *Déviance et société*, 30, 233-261.
30. Joulain, S. (2018) Combattre l'abus sexuel des enfants Qui abuse ? Pourquoi ? Comment soigner ? Paris : Desclée de Brouwer.
31. Bowlby, J. (2002). Attachement et perte. 1 L'attachement. Paris : Le fil rouge PUF.
32. Ferenczi, S. (1985). *Journal clinique*. Paris : Payot.
33. Cirillo, S. (2011). L'enfant abusé devient adulte : réflexions à partir de plusieurs situations traitées. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 46, 139-163.
34. Elkaïm, M. (2003). *Panorama des Thérapies Familiales*. Paris : Le Seuil.
35. Von Foerster, H. (1988) La construction d'une réalité. Dans P., Watzlawick (dir.). *L'invention de la réalité* (p. 45-69). Paris : Le Seuil.
36. Prigogine, I., Stengers, I. (1986). *La nouvelle alliance*. Paris : Folio essais.
37. Haley, J. (1984). *Tacticiens du pouvoir : Jésus-Christ, le psychanalyste, le schizophrène et quelques autres*. Paris : ESF
38. Haley, J. (2007). *Un thérapeute hors du commun : Milton Erickson*. Paris : Desclée de Brouwer.
39. Elkaïm, M. (2010). À propos du concept de résonance. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 45(2), 171-172.
40. Thom, R. (1972). *Stabilité culturelle et morphogénèse*. Paris : Ediscience.
41. Guitton, C. (2002). Risques majeurs et fonctions d'autorité. *Thérapies familiales*, 2(23), 147-155.
42. McGoldrick, M., Gerson, R., Petry, S. (2008). *Genograms Assessment and Intervention*. New-York : W.W. Norton & Company.
43. McGoldrick, M., Gerson, R. (1990). *Génogrammes et entretien familial*. Paris : ESF Éditeur.
44. Ciavaldini, A. (2004). Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur. *Lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 23-30.
45. Madanes, C. (1991). *Stratégies en thérapie familiale*. Paris : ESF Éditeur.
46. Duriez, N. Pour mieux connaître les thérapies familiales systémiques. https://www.psychanalyse.com/pdf/THERAPIES_FAMILIALES_SYSTEMIQUES_BIBLIOGRAPHIE.pdf
47. Duriez, N. (2017). *Changer en famille. Les modérateurs et les médiateurs du changement en thérapie familiale*. Paris : Eres.
48. Nisse, M. (1990). Vous avez dit inceste ? Résonance, 1.
49. Boszormenyi-Nagy, I., Framo, J. (1980). *Psychothérapies familiales*. Paris, PUF.
50. Tromeleue, L., Rassinon, S. (2018). Impact des stratégies relationnelles violentes sur les systèmes de prise en charge. *Soins Psychiatrie*, 39(315), 16-19.
51. Selvini Palazolli, M. (1983). Paradoxe et contre paradoxe : un nouveau mode thérapeutique face aux familles à transaction schizo-phrénique. Paris : ESF Éditeur.
52. Perrone, R., Nannini, M. (2006). *Violences et abus sexuels dans la famille*. Paris : ESF Éditeur.
53. Dronneau, C. (2010). En prise contre emprise. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 1(25), 183-202.
54. Association américaine de psychiatrie. (2015). *DSM-V, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Elsevier-Masson.
55. Oswald, P. (2011). Soins et contraintes des délinquants sexuels et des soignants en Défense Sociale. Le projet « Épicéas ». *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(46), 127-138.
56. Nisse, M., Sabourin, P. (2004). *Quand la famille marche sur la tête*. Paris : Le Seuil.
57. Bouvier, G., Dellucci, H. (2017). Les traumatismes vicariants. Dans C., Tarquinio (dir.). *Pratique de la psychothérapie EMDR* (p. 269-278). Paris : Dunod.
58. Horno Giocochea, P. *La Formation profes-*

- sionnelle - Une stratégie incontournable pour éradiquer l'abus sexuels des enfants. https://www.coe.int/t/dg3/children/1in5/Source/PublicationSexualViolence/Horno_fr.pdf
59. Borghesio, B., Defilippi, P., G. (2011). Prévention de la récidive chez les délinquants sexuels et groupe thérapeutique à orientation systémique durant la détention. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau, 1(46), 97-126.
60. Nisse, M. (1999). L'enfance victime, comment faire face aux violences. Paris : L'atelier de l'Archer.
61. Bentovim, A. (2009). Facteurs de transmission transgénérationnelle et de rupture des agressions sexuelles par les femmes. Colloque La pédophilie au féminin : de la complicité inconsciente au passage à l'acte sexuel. Fondation pour l'Enfance, en collaboration avec le Centre des Buttes-Chaumont, 111-127
62. Zagury, D. (2009). Délinquance sexuelle des femmes : réflexion d'un expert. Colloque La pédophilie au féminin : de la complicité inconsciente au passage à l'acte sexuel. Fondation pour l'Enfance, en collaboration avec le Centre des Buttes-Chaumont, 61-64.
63. Harrati, S., Vavassori, D. (2015). Les femmes auteures de violences sexuelles : étude clinique du parcours de vie et de la dynamique de l'agir sexuel violent. Bulletin de psychologie, 4(538), 319-330.
64. Racamier, P., C. (1995, 2010). L'inceste et l'incestuel. Paris : Dunod.
65. Schützenberger, A., A. (1998). Aie, mes aieux ! Liens transgénérationnels, secrets de famille, syndrome d'anniversaire, transmission des traumatismes et pratique du sociogramme. Paris : Desclée de Brouwer.
66. Baril, K., Tourigny, M. (2015). Le cycle inter-générationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance : modèle explicatif basé sur la théorie du trauma. Carnet de notes sur les maltraitements infantiles, 1(4), 28-63.
67. Meslé, R. (2009). 20 ans après : enquête sur le devenir des enfants suivis au Centre des Buttes-Chaumont. Colloque La pédophilie au féminin : de la complicité inconsciente au passage à l'acte sexuel, en collaboration avec le centre des Buttes-Chaumont. 79-84.
68. Meunier, T., Popineau, E. (2008). Victimes de la pédophilie au féminin : protection de l'enfant « placé » et décodage des interactions familiales. Colloque La pédophilie au féminin : de la complicité inconsciente au passage à l'acte sexuel, en collaboration avec le centre des Buttes-Chaumont. 45-53.
69. Frémy, D. (2012). Évolution d'une pratique clinique : changements et résilience. Dans R. Coutanceau, J. Smith, S. Lemitre (dir.). Trauma et résilience, Victimes et auteurs (p. 317-326). Paris : Dunod.
70. Gouardo, L., Caradec'h, J., M. (2008). Le Silence des autres : Son père lui a fait 6 enfants, tout le monde savait, personne n'a rien dit. Neuilly : Michel Lafon.
71. Le Caisne, L. (2015). L'histoire du pays. Inceste et commerce. Ethnologie française, 3(153), 523-535.
72. Courtois, A., Mertens de Wilmars, S. (2004). La pratique « à plusieurs » : matrice de résilience pour les thérapeutes et les patients. Thérapie Familiale, 3(25), 303-322.
73. Napier, A., Whitaker, C. (1980). Le creuset familial. Paris : Robert Laffont.
74. Nisse, M. (2007). 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 réseau, 39, 182.
75. Dupond-Moretti, E., Durand-Souffland, S. (2012). Bête noire : condamné à plaider. Paris : Michel Lafon
76. Rassinon, S., Wawrzyniak, M., (2013). Quand le parcours de soins rencontre le champ judiciaire : un méta-système thérapeutique ? Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 1(50), 199-211.
77. Sabourin, P. (2009). L'identification à l'agresseur chez l'enfant victime. Enfances & Psy, 4(45), 50-59.
78. Ciavaldini, A. (2004). Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur. La lettre de l'enfance et de l'adolescence, 3(57), 23-30.
79. Elkaim, M. (2003). À quel psy se vouer ? Psychanalyses, psychothérapies : les principales approches. Paris. Le Seuil.
80. Nawshad, A. H., Nely Chatelle, N., de Becker, E. (2008). La fratrie oubliée dans les situations d'inceste. Enfances & Psy, 39, 167-173.
81. Calicis, F. (2006). La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non dite. Thérapie Familiale, 3(27), 229-242.
82. Ciavaldini, A. (2004) Mobilisation des affects par le psychodrame de groupe dans le traitement des auteurs d'agressions sexuelles. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 1(42), 69-78.
83. CNRS. Les violences sexuelles à caractère incestueux sur mineur.e.s.
84. <http://www.cnrs.fr/inshs/recherche/docs-actualites/violences-sexuelles.pdf>

Quelle approche de la famille de l'auteur de violences sexuelles ? #2

Wayne BODKIN

(avec la contribution de Magali TEILLARD-DIRAT)

Docteur en psychothérapie, thérapeute familial systémique.

Prise en charge de la famille de l'auteur ?

Les études montrent que 90% des agressions sexuelles ont lieu au sein de la famille, et aussi que de nombreux auteurs ont été victimes dans leur enfance, mais aussi que les attitudes et les croyances liées à la culture jouent un rôle déterminant dans les agressions sexuelles. Si nous parlons de véritable prévention nous devons parler des attitudes et des croyances des hommes et femmes à l'égard du sexe, des relations et de l'éducation des enfants. Ce sont les précurseurs de la violence faite aux hommes et femmes et bien sûr aux enfants.

Les professionnels qui s'occupent des agresseurs à tous les niveaux du système devraient comprendre la dynamique de la violence familiale et sexuelle et avoir les compétences nécessaires pour réagir à la dynamique de la violence familiale et sexuelle, et ils devraient être en mesure de le faire.

La nature du travail dans le domaine de la violence familiale est qu'il est discret, qu'il se fait derrière des portes closes. C'est là que réside l'expertise.

Vous ne savez pas à quoi ça ressemble, et vous ne savez pas qui le fait, vraiment. Cette expertise ne se retrouve pas seulement chez les professionnels qui accompagnent la famille mais au sein de chaque membre de la famille ainsi que du clinicien qui entre dans le système familial pour aider tous les membres de la famille à découvrir les ressources dont ils disposent.

Les stratégies thérapeutiques utilisées avec l'auteur(e).

Une stratégie utilisée pour reconstruire la relation entre les enfants et les auteur(e) s'appelle la justice réparatrice (McNevin, 2010). La justice réparatrice est utilisée en thérapie familiale en même temps que les séances individuelles. Avant de commencer cette forme de thérapie, le thérapeute rencontre la victime pour discuter des questions ou des déclarations que la victime aimerait poser à l'agresseur(e), ainsi que des réactions et des commentaires auxquels elle peut s'attendre de la part de l'agresseur(e). Le jeu de rôle avec le thérapeute et la victime est utilisé dans la préparation. Le clinicien communique également avec l'agresseur(e) pour s'assurer qu'il veut participer et qu'il est en mesure de participer à la thérapie (McGlynn, Westmarland & Godden, 2012).

Cette stratégie vise à rétablir l'équilibre là où le conflit s'est produit, tout en donnant aux victimes la possibilité de s'exprimer sur leur expérience et en attribuant la responsabilité des agressions aux auteurs. La justice réparatrice peut soulager la responsabilité de la violence que les enfants peuvent ressentir en leur permettant d'entendre l'agresseur prendre ses responsabilités et d'entendre comment ils ont manipulé, contraint, maîtrisé et forcé les enfants à garder la violence secrète. On ne s'attend pas à ce que l'enfant pardonne à son agresseur (McNevin, 2010).

Shapland, Atkinson, Atkinson, Atkinson et coll. (2008) ont constaté que la stratégie de justice réparatrice produisait des résultats positifs en termes de satisfaction de la victime et de l'auteur de l'infraction et de réduction des taux de récidive (McGlynn et coll., 2012).

Prise en charge des violences intrafamiliales ?

Un cadre efficace à utiliser pour reconstruire et guérir une famille de violence sexuelle intrafamiliale est un cadre qui intègre la famille dans son ensemble. La Thérapie Familiale.

Il est important d'inclure les parents dans la thérapie parce que « les parents contribuent fréquemment au traumatisme initial et influencent toujours le cours de la guérison de leur enfant » (Hopkins, 1986, p.68). La théorie des systèmes familiaux reconnaît que « les membres de la famille sont interconnectés de telle sorte que chaque individu affecte tous les autres, qui à leur tour affectent le premier membre d'une chaîne d'influence circulaire » (Walsh, 2011, p.154). Cette approche fait appel à des membres clés qui peuvent activer les changements nécessaires au sein de la famille par le biais de séances individuelles et familiales. Le clinicien se concentre sur : les relations et les modèles systématiques dans l'évaluation et l'intervention.

Les thérapeutes considèrent :

- a. comment les membres de la famille peuvent contribuer aux situations problématiques et sont affectés par celles-ci,
- b. comment ils peuvent être des ressources pour résoudre les problèmes, et
- c. comment les liens familiaux peuvent être renforcés pour un plus grand bien-être et une croissance positive...

Les interventions familiales visent à modifier les schémas dysfonctionnels, à exploiter les ressources familiales, à faciliter la communication et la résolution de problèmes et à renforcer le fonctionnement individuel et familial (Walsh, 2011, p. 154).

Cette théorie permet au(x) parent(s) non agresseur(s) et au(x) parent(s) ou enfant(s) agresseur(s) d'amorcer un changement positif au sein de la famille. Tout en aidant une famille où l'abus sexuel intrafamilial s'est produit, le clinicien tient l'agresseur responsable de l'abus et maintient la victime comme non responsable ; autrement, une approche du système familial peut courir le risque de blâmer l'enfant. Cette théorie considère que la famille a la capacité de réparer la famille.

Une autre approche est la théorie éco-structurelle de la thérapie familiale. Cette théorie repose sur trois principes de base :

1. les membres de la famille sont interdépendants.
2. les interactions structurées au sein de la famille se poursuivent au fil du temps.
3. et les interventions visent à modifier les interactions structurées.

Lorsque la violence sexuelle intrafamiliale se produit à la maison et après la révélation de la violence sexuelle intrafamiliale, c'est toute la famille qui est affectée ; ce n'est pas seulement la victime et l'auteur de la violence. La dynamique familiale change souvent après la révélation de la violence sexuelle intrafamiliale (Atwood, 2007). Afin de rétablir une dynamique familiale saine, l'enfant et toute la famille, si c'est approprié, devraient participer à la thérapie.

Szapocznik & Coatworth (1999) et la théorie de Bronfenbrenner (1977) soutiennent que les familles sont la force la plus influente et la plus forte dans le développement des enfants et des adolescents.

Selon cette théorie, les modèles d'interaction familiale deviennent souvent habituels et influencent le comportement de chaque membre de la famille. Les interactions utilisées dans le cadre de la thérapie familiale visent à modifier les mécanismes d'interaction.

L'exigence du secret et l'inadéquation des rôles parentaux et conjugaux sont les interactions structurées qui doivent être modifiées dans une famille où la violence sexuelle intrafamiliale s'est produite (Atwood, 2007 ; Boatman, Borkan, Schetky, 1981). La théorie éco-structurelle souligne l'importance de l'expérience émotionnelle ainsi que de l'expression émotionnelle.

Les approches thérapeutiques soulignent l'importance pour l'enfant de partager son point de vue sur la violence qu'il a endurée tout en maintenant le blâme de la violence sur l'auteur de la violence. Cette théorie, lorsqu'elle est appliquée, permet à l'enfant d'exprimer ses pensées tout en s'efforçant de corriger un comportement à motif incestuel (Boatman et al., 1982 ; McNevin, 2010 ; Sheinberg, & True, 2008).

Place de la famille dans la prise en charge de l'auteur ?

Peu de recherches ont été faites sur la façon de reconstruire efficacement une relation entre un enfant victime d'abus sexuel intra-familial et son agresseur.

Plusieurs approches thérapeutiques différentes sont utilisées pour aider une victime à guérir des répercussions de sa victimisation. Cependant, toutes les interventions n'incluent pas l'agresseur de l'enfant ou la famille.

Le manque d'implication de la famille de l'enfant dans la thérapie affaiblit les chances de retrouver la cohésion familiale et de changer les interactions négatives qui ont facilité l'abus sexuel. Ne pas inclure l'agresseur de l'enfant dans la thérapie lorsqu'il y a une chance de réunification laisse l'enfant sans la possibilité d'améliorer le fonctionnement de la famille par l'ouverture progressive de la communication en thérapie (Nichols, 2013).

D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer si des approches individualisées peuvent être utiles en tant qu'intervention précoce, comme la thérapie de développement du jeu (Mitchem, 1987) pour renforcer une séance familiale avec l'agresseur et/ou la famille. La séance familiale pourrait être renforcée si le clinicien partageait avec la famille les sentiments et les craintes de l'enfant qui ont été dépeints par des reconstitutions ludiques au cours d'une séance individuelle de thérapie par le jeu (Boatman, Borkan, Schetky, 1981 ; Mitchem, 1987). D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer si le langage de l'enfant et sa compréhension de ses sentiments et de sa famille acquise grâce à l'utilisation de jeux (Boatman, Borkan, Schetky, 1981 ; Mitchem, 1987) peut servir de tremplin pour comprendre pourquoi la violence s'est produite.

Bibliographie

- Adams-Tucker, C. (1984) Early treatment of child incest victims. *American Journal Psychotherapy*, 38 (4), 505-516.
- Atwood, J. D. (2007) When love hurts: preadolescent girls' reports of incest. *The American Journal of Family Therapy*, 35, 287-313. doi: 1080/01926180701389644.
- Berg, B. L., Lune, H. (2012) *Qualitative research methods for the social sciences* (8th ed.). New York: Pearson.
- Boatman, B., Borkan, E., Schetky, D. (1981) Treatment of child victims of incest. *The American Journal of Family Therapy*, 9(4), 43-51.
- American Journal of Family Therapy, (2009) Rape Abuse and

- Incest National Network. Retrieved from Coping with the Shock of Intrafamilial Sexual Abuse- Information for Parents and Caregivers, (2009) The National Child Traumatic Stress Network. Retrieved from www.NCTSN.org.
- First Case Of Child Abuse, (2011) Private Family Matter. Retrieved from privatefamilymatter.com/first-case-of-child-abuse.
- Hewitt, S. K., (2008). Therapeutically managing reunification after abuse allegations.
- *Journal Of Child Sexual Abuse*, 17(1), 17-19.
- Hopkins, J. (1986) Solving the mystery of monsters: steps towards the recovery from - trauma. *Journal of Child Psychotherapy*, 12 (1), 61-71.
- Incest, (2009) Rape Abuse and Incest National Network. Retrieved from www.rainn.org.
- Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010) Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (1),17-33. doi: 10.1002/jclp.20624.
- Marlow, C. R., & Boone, S. (2005) *Research methods for generalist social work* (4th ed.) Thomson Learning Inc.: Brooks/Cole
- McGlynn, C., Westmarland, N., Godden, N. (2012) 'I just wanted him to hear me': sexual violence and the possibilities of restorative justice. *Journal of Law and Society*, 39 (2), 213-240.
- McNevin, E. (2010) Applied restorative justice as a complement to systemic family therapy: theory and practice implications for families experiencing intra-familial adolescent sibling incest. *Australian & New Zealand Journal Of Family Therapy*, 31(1), 60-72.
- Mitchum, N.T. (1987) Developmental play therapy: a treatment approach for child victims of sexual molestation. *Journal of Counseling and Development*, 65, 320-321.
- Nichols, M. P. (2013) Family therapy: concepts and methods. (10th ed), Allyn & Bacon, 49-125.
- Pfeifer, N. (2010) Group art therapy with sexually abused girls. *South African Journal of Psychology*, Volume 40(1), 63-73.
- Planty, M., Langton, L., Krebs, C., Berzofsky, M., & Smiley-McDonald, H., (2013) Specialreport: female victims of sexual violence 1994-2010. *U.S. Department of Justice Office of Justice Programs Bureau of Justice Statistics*, NCJ 240655
- Powell, B. M, & Ilett, M. (1992) Assessing the incestuous family's readiness for reconstitution. *The Journal of Contemporary Human Services*, 417-423.
- Server, J., & Janzen, C. (1982) Contraindications to reconstitution of sexually abusive families. *Child Welfare*, 61(5), 279-288.
- Statistics, Minnesota Collation Against Sexual Abuse. Retrieved from www.mncasa.org.
- Statistics, (2009) Rape Abuse and Incest National Network. Retrieved from www.rainn.org.
- Sheinberg, M., True, F. (2008) Treating family relational trauma: a recursive process using a decision dialogue. *Family Process*, 47 (2), 173-195.
- Sroufe, A. L., & Fleeson, J. (1986) Attachment and the construction of relationships. In W Hartrup & Z. Rubin (Eds.), *Relationship and Development*, 51-71.
- Sweeney, D. S., Landreth, G., (2011) Child-centered play therapy. In C. Schaefer (2nd Ed.) *Foundations of Play Therapy*, 129-152.
- Understanding Childhood Sexual Abuse, Prevention, and Recovery, (2013) American Psychological Association. Retrieved from <http://www.apa.org/pubs/info/brochures/sex-abuse.aspx>
- van der Kolk, B. A. (2005) Developmental trauma disorder toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Walsh, F. (2011). Family therapy. In J. Brandell, *Theory and Practice in Social Work* (2nded.), 153-17.

Partie 2 - Rapports du groupe bibliographique

Recherche documentaire

Gaëlle FANELLI

Documentaliste chargée de projet, Haute Autorité de Santé

Méthode

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en accord avec le Comité d'organisation et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

Elle a porté sur la période de janvier 1998 à décembre 2017. Une veille a été réalisée jusqu'en mai 2018.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : la base de données Medline, Social SciSearch
- pour la littérature francophone : la base de données Théséas, Lissa, Cairn, SantéPsy, et la Banque de Données en Santé Publique ;
- la Cochrane Library ;
- ThéséAS, base de données documentaires spécialisée sur les violences sexuelles, administrée et alimentée par le réseau documentaire de la FFCRIAVS ;
- les sites internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- les sources spécialisées en épidémiologie, économie, éthique, réglementation... (selon les thèmes).

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

1222 références ont été analysées par le groupe bibliographique.

Stratégie de recherche et liste des sources interrogées

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau 1 présente la stratégie de recherche dans la base de données Medline. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types de d'études.

Tableau 1 : Stratégie de recherche dans la base de données Medline :

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période
- Recommandations		01/1998 – 05/2018
Etape 1	«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab] OR sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]	
ET		
Etape 2	(guidelines as topic OR practice guidelines as topic OR health planning guidelines OR consensus development conferences as topic OR consensus development conferences, NIH as topic)/de OR (practice guideline OR guideline OR consensus development conference OR consensus development conference, NIH)/type de publication OR (recommendation* OR guideline*)/ti	
Prévention		
- Méta-analyses et revues systématiques		01/1998 – 05/2018
Etape 3	((«Sex Offenses/prevention and control»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual/prevention and control»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp])) AND ((«Primary Prevention»[Majr:NoExp] OR prevention[tj]))	
ET		
Etape 4	meta-analysis as topic/de OR meta-analysis/type de publication OR (meta-analysis OR meta-analysis OR metaanalysis OR systematic* review*)/ti	
- Essais contrôlés		01/1998 – 05/2018
Etape 3		
ET		
Etape 5	(controlled clinical trials as topic OR randomized controlled trials as topic OR single-blind method OR double-blind method OR random allocation OR cross-over studies)/de OR (controlled clinical trial OR randomized controlled trial)/type de publication OR random*/ti	
- Etudes de cohortes		01/1998 – 05/2018
Etape 3		
ET		
Etape 6	(cohort studies OR longitudinal studies OR follow-up studies OR prospective studies)/de OR (cohort study OR cohort studies)/ti	
- Essais cliniques		01/1998 – 05/2018
Etape 3		
ET		

Etape 7 clinical trial*[TI] OR comparative stud*[TI] OR versus[TI]
OR Clinical Trial[Publication Type:NoExp] OR Comparative
Study[PT]

Thérapeutique

- Méta-analyses et revues systématiques

01/1998 – 05/2018

Etape 8 ((((((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr]
OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse pre-
vention»[tiab] OR sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual
assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] OR
rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH
Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex
Offenses»[Mesh:NoExp])
AND ((((((testosterone/antagonist and inhibitors[MESH] OR
androgen antagonists[MESH] OR leuprolide[MESH] OR triptorelin[MESH]
OR cyproterone acetate[MESH] OR cypro-
terone[MESH] OR medroxyprogesterone 17-acetate[MESH]
OR epitestosterone[MESH] OR flutamide[MESH] OR spirono-
lactone[MESH]OR (bicalutamide[Supplementary Concept]
OR cyoctol[Supplementary Concept] OR diane OR flutamide
hydroxylase[Supplementary Concept] OR methylestren-
olone[Supplementary Concept] OR nilutamide[Supplementa-
ry Concept] OR osaterone acetate[Supplementary Concept]
OR oxendolone OR topteronone OR WS 9659 B[Supplementary
Concept] OR zanoterone[Supplementary Concept] OR and-
rocur*[tiab] OR provera[tiab] OR cyocrin[tiab] OR amen-
tiab] OR Lupron[tiab] OR decapept*[tiab] Ou cyproterone
acetate[tiab] OR tryptoreli*[tiab] OR medroxyprogesterone
acetate[tiab] OR antiandrogen*[tiab] OR anti androgen*[
tiab] OR leuprolide*[tiab] OR leuporelin*[tiab] OR MPA[ti]
OR CPA[ti]) AND ((«2012/01/01»[PDat] : «3000/12/31»[PDat])
AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR French[lang]
)))) OR ((«Psychotherapy»[Mesh] OR «Psychotherapy,
Group»[Mesh:NoExp] OR «Virtual Reality Exposure
Therapy»[Mesh] OR psychothera*[Title/Abstract]) AND ((«2012/01/01»[PDat] : «3000/12/31»[PDat]) AND Humans[Mesh]
AND (English[lang] OR French[lang])))) OR ((serotonin
uptake inhibit*[Title/Abstract] OR serotonin reuptake in-
hibit*[Title/Abstract] OR serotonin uptake inhibit*[Title/
Abstract] OR SSRI[Title/Abstract] OR 5 HT uptake inhibit*[Ti-
tle/Abstract] OR 5 hydroxytryptamine uptake inhibit*[Title/
Abstract] OR 5 HT reuptake inhibit*[Title/Abstract] OR «drug
therapy» [Subheading] OR «Drug Therapy»[Mesh:NoExp]
OR «topiramate» [Supplementary Concept] OR
«Naltrexone»[Mesh] OR «Serotonin Uptake Inhibitors»[Mesh]
OR «Serotonin Uptake Inhibitors» [Pharmacological Action]
OR «bicifadine» [Supplementary Concept] OR «cericlamine»
[Supplementary Concept] OR «Citalopram»[Mesh] OR
«dapoxetine» [Supplementary Concept] OR «Desvenlafaxine
Succinate»[Mesh] OR «Duloxetine Hydrochloride»[Mesh] OR
«femoxetine»[Supplementary Concept]OR «Fluoxetine»[Mesh]
OR «olanzapine-fluoxetine combination» [Supplementary
Concept] OR «Fluvoxamine»[Mesh] OR «hydroxynefazodone»
[Supplementary Concept] OR «ifoxetine» [Supplementary
Concept] OR «hyperforin» [Supplementary Concept] OR «li-
toxetine» [Supplementary Concept] OR «medifoxamine»
[Supplementary Concept] OR «milnacipran» [Supplementary
Concept] OR «nefazodone» [Supplementary Concept] OR
«Nefopam»[Mesh] OR «norfluoxetine» [Supplementary
Concept] OR «Paroxetine»[Mesh] OR «Sertraline»[Mesh] OR
«sibutramine» [Supplementary Concept] OR «Venlafaxine
Hydrochloride»[Mesh] OR «Vilazodone Hydrochloride»[Mesh])

ET
Etape 4

- Essais contrôlés - médicamenteuse antiandrogène 01/1998 - 05/2018

Etape 9 (((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp])) AND (testosterone/antagonist and inhibitors[MESH] OR androgen antagonists[MESH] OR leuprolide[MESH] OR triptorelin[MESH] OR cyproterone acetate[MESH] OR cyproterone[MESH] OR medroxyprogesterone 17-acetate[MESH] OR epitestosterone[MESH] OR flutamide[MESH] OR spironolactone[MESH] OR (bicalutamide[Supplementary Concept] OR cyoctol[Supplementary Concept] OR diane OR flutamide hydroxylase[Supplementary Concept] OR methylestrenolone[Supplementary Concept] OR nilutamide[Supplementary Concept] OR osaterone acetate[Supplementary Concept] OR oxendolone OR topteron OR WS 9659 B[Supplementary Concept] OR zanoterone[Supplementary Concept] OR androcur*[tiab] OR provera[tiab] OR cyocrin[tiab] OR amen[tiab] OR lupron[tiab] OR decapept*[tiab] Ou cyproterone acetate[tiab] OR tryptorelin*[tiab] OR medroxyprogesterone acetate[tiab] OR antiandrogen*[tiab] OR anti androgen*[tiab] OR leuprolide*[tiab] OR leuprorelin*[tiab] OR MPA[ti] OR CPA[ti]))

ET
Etape56

- Essais contrôlés - médicamenteuse hors antiandrogène 01/1998 - 05/2018

Etape 10 (serotonin uptake inhibit*[Title/Abstract] OR serotonin reuptake inhibit*[Title/Abstract] OR serotonin uptake inhibit*[Title/Abstract] OR SSRI[Title/Abstract] OR 5 HT uptake inhibit*[Title/Abstract] OR 5 hydroxytryptamine uptake inhibit*[Title/Abstract] OR 5 HT reuptake inhibit*[Title/Abstract] OR «drug therapy» [Subheading] OR «Drug Therapy»[Mesh:NoExp] OR «topiramate» [Supplementary Concept] OR «Naltrexone»[Mesh] OR «Serotonin Uptake Inhibitors»[Mesh] OR «Serotonin Uptake Inhibitors» [Pharmacological Action] OR «bicifadine» [Supplementary Concept] OR «cericlamine» [Supplementary Concept] OR «Citalopram»[Mesh] OR «dapoxetine» [Supplementary Concept] OR «Desvenlafaxine Succinate»[Mesh] OR «Duloxetine Hydrochloride»[Mesh] OR «femoxetine» [Supplementary Concept] OR «Fluoxetine»[Mesh] OR «olanzapine-fluoxetine combination» [Supplementary Concept] OR «Fluvoxamine»[Mesh] OR «hydroxynefazodone» [Supplementary Concept] OR «ifoxetine» [Supplementary Concept] OR «hyperforin» [Supplementary Concept] OR «litoxetine» [Supplementary Concept] OR «medifoxamine» [Supplementary Concept] OR «milnacipran» [Supplementary Concept] OR «nefazodone» [Supplementary Concept] OR «Nefopam»[Mesh] OR «norfluoxetine» [Supplementary Concept] OR «Paroxetine»[Mesh] OR «Sertraline»[Mesh] OR «sibutramine» [Supplementary Concept] OR «Venlafaxine Hydrochloride»[Mesh] OR «Vilazodone Hydrochloride»[Mesh])
AND («Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]))

ET		
Etape 5		
– Essais contrôlés – thérapeutique non médicamenteuse		01/1998 – 05/2018
Etape 11	(((((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] OR rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp])) AND (((«Psychotherapy»[Mesh]) OR («Psychotherapy, Group»[Mesh:NoExp] OR «Virtual Reality Exposure Therapy»[Mesh])) OR psychothera*[Title/Abstract]))))	
ET		
Etape 5		
Problématiques émergentes		
– Méta-analyses et revues systématiques		01/2007 – 05/2018
Etape 12	(((((((((«Sex Offenses/prevention and control»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual/prevention and control»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]))) AND («Social Media»[Mesh] OR «social media»[ti] OR «Social Networking»[Mesh] OR web[ti] OR cyber[ti] OR chemical submission[ti] OR «Street Drugs/poisoning»[Mesh] OR «Designer Drugs/poisoning»[Mesh] OR «Internet»[Mesh] OR (sexu*[ti] AND tourism[ti]))))))))	
ET		
Etape 4		
– Essais contrôlés		01/2007 – 05/2018
Etape 12		
ET		
Etape 5		
– Etudes de cohortes		01/2007 – 05/2018
Etape 12		
ET		
Etape 6		
– Essais cliniques		01/2007 – 05/2018
Etape 12		
ET		
Etape 7		
– Coutts		01/2007 – 05/2018
Etape 13	((((((((((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] AND rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]))) AND (cost[tiab] OR costs[tiab] OR costing[tiab] OR price[tiab] OR pricing[tiab] OR economic*[tiab] OR burden [ti] OR «cost effectiveness»[tiab] OR «cost effectiveness»[tiab] OR budgets[majr] OR costs and cost analysis[majr] OR financing, government[majr] OR health care sector[majr] OR insurance, health[majr]))))))))	

- Jurisprudence		01/2007 – 05/2018
Etape 14	(((((«Sex Offenses/prevention and control»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual/prevention and control»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] OR rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]))) AND (“Jurisprudence”[Mesh] OR jurisprudence[TIAB] OR “legislation and jurisprudence” [Subheading])) AND (France[ad] OR France[PL] OR France[Mesh] OR French[LA]))	
- Injonctions de soins		01/2007 – 05/2018
Etape 15	((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab])) OR (((sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] OR rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp])) AND (((«medical treatment orders»[Title/Abstract] OR «treatment order»[Title/Abstract]) OR Criminals/legislation & jurisprudence[Mesh] OR «compulsory medication»[Title/Abstract] OR (((injunction[Title/Abstract] OR ordered[Title/Abstract] OR obligation[Title/Abstract])) AND ((«therapeutic[Title/Abstract] OR Treatment[Title/Abstract]))))	
- Informations		01/2007 – 05/2018
Etape 16	((«Sex Offenses»[Majr] OR «Child Abuse, Sexual»[majr] OR «sexual assault prevention»[tiab] OR «sexual abuse prevention»[tiab] OR sex* devia*[Title] OR rape[Title] OR sexual assault[Title/Abstract] OR sexual abuse[Title/Abstract] OR rapist[Title] OR Rape[MeSH Terms] OR Pedophilia[MeSH Terms] OR Child Abuse, Sexual[MeSH Terms] OR «Sex Offenses»[Mesh:NoExp]) AND (professional secrecy[Title/Abstract] OR «Community-Institutional Relations»[Mesh] OR «Hospital-Physician Relations»[Mesh] OR «Interprofessional Relations»[Mesh] OR «Interdisciplinary Communication»[Mesh] OR interprofessional collaboration[Title] OR cooperative behavior[MeSH Terms] OR collaborative practice[Title] OR (health[Title] AND justice[Title]) OR social worker[Title] OR educator*[Title]))	

Tableau 2 : Stratégie de recherche dans la base de données Lissa:

Type d'étude / sujet	Période
Termes utilisés	
Prévention	Pas de limite – 05/2018
Etape 1 (Violences sexuelles OU violence sexuelle OU agression sexuelle OU abus sexuel OU abus sexuels OU viol OU viols OU agressions sexuelles) ET (prévention OU préventif) OU (pedophile OU ((agresseur OU agresseurs) ET (Sexuel OU sexuels OU sex))) ET (prévention OU préventif)	
Injonctions de soins	Pas de limite – 05/2018
Etape 2 pedophile OU violeur OU viol OU ((agresseur OU agresseurs OU violence OU violences) ET (Sexuel OU sexuels OU sex))	
ET	
Etape 3 (injonction OU injonctions OU consentements OU consentement OU obligation) ET (soin OU soins)	
Définition et législation	Pas de limite – 05/2018
Etape 2 pedophile OU violeur OU viol OU ((agresseur OU agresseurs OU violence OU violences) ET (Sexuel OU sexuels OU sex))	
ET	
Etape 4 (definition OU representation OU jurisprudence OU judiciaire OU medico-legal OU medico-legaux OU loi OU spip OU CNE OU penitent*)	
Couts	Pas de limite – 05/2018
Etape 2	
ET	
Etape 5 cout OU economie OU couts OU prix	
Communication	Pas de limite – 05/2018
Etape 2	
ET	
Etape 6 communication OU secret professionnel OU (partage et information*)	
Problématiques émergentes	Pas de limite – 05/2018
Etape 2	
ET	
Etape 7 (pedophile OU violeur OU viol OU ((agresseur OU agresseurs) ET (Sexuel OU sexuels OU sex))) ET (cyber OU «réseaux sociaux» OU NTIC OU «reseau social» OU «tourisme sexuel» OU drogue OU «soumission chimique» OU media OU internet)	
Données épidémiologiques	Pas de limite – 05/2018
Etape 2	
ET	
Etape 8 epidemiologie OU prévalence OU incidence OU enquete OU questionnaire	

Sites consultés

- Assemblée Nationale
Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine - BIUM
Bibliothèque médicale Lemanissier
Catalogue et index des sites médicaux francophones – CISMeF
Centre de Recherche en Défense Sociale - CRDS
Comité Consultatif National d'Éthique - CCNE
Expertise collective - INSERM
Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap
Institut national d'études démographiques - Ined
Société Française de Médecine Générale - SFMG
Adelaide Health Technology Assessment - AHTA
Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé - AETMIS
Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ
Alberta Heritage Foundation for Medical Research - AHFMR
Alberta Medical Association
American academy of psychiatric
American college of Obstetricians and Gynecologists - ACOG
American College of Physicians
American College of Physicians - ACP
American Psychiatric Association
Australian STI Management Guidelines
BC Women's hospital + health center
Blue Cross Blue Shield Association - BCBS - Technology Evaluation Center
BMJ Clinical Evidence
British Association for Sexual Health and HIV - Bashh
California Technology Assessment Forum - CTAF
Campbell collaboration
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - CADTH
Canadian Paediatric Society
Centers for Disease Control and Prevention - CDC
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
Centre fédéral d'expertise des soins de santé - KCE
Centre for Clinical Effectiveness – CCE
Centre for Reviews and Dissemination databases
CMA Infobase
Cochrane Library
College of Physicians and Surgeons of Alberta - CPSA
Department of Health
Guideline Advisory Committee - GAC
Guidelines and Protocols Advisory Committee - GPAC
Guidelines Finder (National Library for Health)
Guidelines International Network - GIN
Health and Safety Executive Horizon Scanning
Health Services Technology Assessment Text - HSTAT
Homeland Security Department
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux - INESSS
Institut national de santé publique du Québec - Inspq
Institute for Clinical Evaluative Sciences - ICES
Institute for Clinical Systems Improvement - ICSI
Institute for Health Economics Alberta – IHE
Institute of Health Economics - IHE
Inter-Agency Standing Committee - IASC
Intute Health & Life Sciences - INTUTE
Medical Services Advisory Committee - MSAC
Mental Health America
Minnesota Department of Health – Health Technology Advisory Committee (jusqu'à 2002) - HTAC
National Coordinating Centre for Health Technology Assessment – NCCHTA
National Guideline Clearinghouse - NGC
National Health and Medical Research Council - NHMRC
National Health services - NHS
National Horizon Scanning Centre - NHSC
National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE
New Zealand Guidelines Group - NZGG
New Zealand Health Technology Assessment - NZHTA
Ontario Health Technology Advisory Committee - OHTAC
Public Health Agency of Canada
Queensland Health
Refugee Council
Royal Australian College of General Practitioners - RACGP
Royal college of emergency medicine
Royal College of General Practitioners - Rcgp
Royal College of Paediatrics and Child Health - RCPCH
Safer Society Foundation
Santé Canada
Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN
Singapore Ministry of Health

Swedish Agency For Health Technology Assessment And Assessment Of Social Services - SBU	U.S. Preventive Services Task Force
The Office of Human Rights, Equity, and Harassment Prevention - HREHP	United Nations High Commissioner for Refugees
Tripdatabase	West Midlands Health Technology Assessment Collaboration – WMHTA
	World Health Organization - WHO

Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'à mai 2018 sur les sites internet énumérés ci-dessus.

Une mise à jour a été effectuée sur Medline jusqu'à mai 2018.

Réseau documentaire de la FFCRIAVS

Le Réseau documentaire de la FFCRIAVS a contribué à la réflexion sur la stratégie documentaire, la recherche, la collecte et la mise à disposition des documents scientifiques nécessaires aux acteurs du processus, en particulier les membres du groupe bibliographique.

Coordination

Éric ANTONA, ERIOS – CRIAVS Aquitaine, CH Perrens, Bordeaux

Lucile RICHEROT, CRIAVS Franche-Comté, CHU de Besançon.

Membres du Réseau ayant assuré la collecte des documents

Éric ANTONA, ERIOS-CRIAVS Aquitaine, CH Perrens, Bordeaux

Danielle QUESNEL, CRIAVS Haute Normandie, CH Lerouvray, Rouen

Magali SERVOISE, CRIR-AVS PACA, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Lucile RICHEROT, CRIAVS Franche Comté, CHU de Besançon

Marielle ROCHET, CRIAVS Champagne Ardennes, EPSM de la Marne, Châlons-en-Champagne

Avec le soutien de : Virginie CAILLEAU (CRIAVS Poitou Charentes, CH Laborit, Poitiers), Candide COUTURES (CRIAVS Auvergne, CHU de Clermont-Ferrand), Claire LAMBRINIDIS (CRIAVS Rhône-Alpes, CH Alpes-Isère, Echirolles), Jackie MONTAZEMI (CRIAVS Ile de France, Hôpitaux Saint Maurice), Françoise PIERRON (CRIAVS Lorraine, CPN de Nancy), Simone TRAORE (URSAVS-CRIAVS Nord-Pas-de-Calais, CHRU de Lille).

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

Marie CHOLLIER

Docteur en philosophie appliquée, psychologue clinicienne au CRIR-AVS, Assistance publique - Hôpitaux de Marseille, diplômée en sexologie (AIUS), chargée de cours au Manchester Metropolitan University, Département d'Etudes Interdisciplinaires.

Cédric LE BODIC

Psychologue clinicien, docteur en psychologie, EPSM Morbihan, pôle Saint Avé-Ploërmel, Saint-Avé.

Contexte et enjeu de la question

Le système français est un système de droit codifié où les champs [1] 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 auteurs 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 auteurs 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 victimisation [2] [3] [4] [5] [6] [7]. 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 dérogation au secret médical peut s'avérer difficile voire problématique pour le professionnel du champ sanitaire [8] [9].

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 jeunesse [10] (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 doubles [11] [12] 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 pénale [13].
- 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 place [14].
- 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 social [15] (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 (DAVC) et les Programmes de Prévention de la Récidive [16] [17] [18] (PPR) marquent un tournant dans les missions et pratiques professionnelles [19] [20].

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 peines [21] 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 auteures 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 résistance [22] [23], la réduction des facteurs de risque (générique et spécifique ; psychiatriques et psychosociaux [24]) ou enfin la prévention de la récidive [25]. Dans le 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 connaissances [26] 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].

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.

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 géné-

rique) 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 détenues [33] suivant les modalités prévues à l'article D398 du Code de procédure pénale [34] (UMD [35] [36], UHSA [37]), 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 ordonnés [38] [39] (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 secteur [40] souvent saturé et mal préparé (voire réfractaire) au soin dans un cadre pénalement ordonne [41]. À noter, le nombre croissant d'unités spécialisées proposant une offre de soins spécifique et des professionnels formés [42] [43] [44] [45] [46].
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 variés [47] [48]. 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 objectifs [49] 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 prodiguée [50] (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 judiciaires [51] [52].

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 associations [53] 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 défini [54] [55] (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 soutien [56] [57] 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).

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 judiciaire [58]. Se posent dès lors deux principales difficultés, le flou ou le possible transfert des missions de chaque champ [59] et par conséquent, les responsabilités incombant à chaque professionnel [60].

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 différents champs reste un point sensible (secret professionnel [61] et dérogation au secret professionnel [62], 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 coordonnateur [63] dans le cadre de l'injonction de soin [64] [65] (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 (CRIA VS) [66] [67].

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 sanction [68] s'exprime par une tendance à la médicalisation de la sanction pénale [69]. 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 psychoéducatifs [70] [71]) et les procédures et moyens français.

Annexes

<p>Article 226-13 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 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 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 1 – Code Pénal, articles 226-13, 226-14 et 434-1

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	Educateur/Assistant de service social	Code de procédure pénal	Protection du mineur
	Service de Probation et d'insertion Professionnelle	Psychologue	Code pénal	Prévention de la récidive
		RU/fonction cadre CPIP		
Administration pénitentiaire		Surveillant		Prévention de la récidive Surveillance et sécurité de la personne détenue
		Psychologue PEP		Prévention de la récidive
SANTÉ	Champ médical non lié aux actes de violences sexuelles	Professionnels médicaux	Droit de la santé	Approche curative ou préventive
	Champ médical lié aux actes de violence sexuelle	Professionnels paramédicaux	Code de santé publique	des maladies Résolution symptomatique
	Champ de la psychiatrie relevant de pathologies lourdes et/ou chroniques	Psychologues	Code pénal	Réhabilitation psychosociale
	Champ de la psychiatrie ne relevant pas de pathologies lourdes et/ou chroniques			
SOCIAL	Société civile		Dépend du cadre d'exercice initial et du projet	
	Association avec missions de services public (medio social) ou (socio-judiciaire) Association et/ou société civile associée à des projets auprès des auteurs de violence sexuelle	Tutelle mixte Cadre juridique en fonction du projet et des partenaires du champ de la santé 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, Aleas Éditeur.
- Ricordeau G., , Enquêter sur l'homosexualité et les violences sexuelles en détention, *Déviante 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'Education 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. *Déviante et société*. 2014;38(1):77-101.
- Bailleu F, Milburn P. Éduquer les mineurs en milieu carcéral en France. *Déviante et société*. 2014;38(2):133-56.

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.
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, 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.
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, Calverly 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.
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/Penal 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/Penal 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.
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.
41. 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. 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 C, 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.
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, Harvey 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).
61. Verdier P. Secret professionnel et partage des informations. *Journal du droit des jeunes*. 2007(9):8-21.
62. Duval, S. (2014). Maltraitements, secret, dé-

- nonciation 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):14-23.
66. 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.
67. 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.
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. Benbouriche 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.

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

Psychologue clinicien, consultation de psychiatrie légale,
CRIAVS Rhône Alpes Délégation de Lyon, SMDPL, CH Le Vinatier, Lyon.

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

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, 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, relié 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).

Nature de la mesure	Cadre légal	Modalité
Obligation de soins	<p>Contrôle judiciaire</p> <p>Ajournement avec mise à l'épreuve</p> <p>Sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un T.I.G.</p> <p>Mesure d'aménagement de peine</p>	<p>Expertise préalable pas nécessaire pour ordonner ou supprimer la mesure</p> <p>Elle peut être ordonnée ou supprimée par ordonnance du JAP à tout moment de la mise en œuvre de la mesure</p> <p>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</p>
Injonction de soins	<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 ✓ Rétention de sûreté 	<p>L'expertise médicale préalable est nécessaire pour l'ordonner ou la prononcer et la supprimer, le cas échéant après débat contradictoire</p> <p>Elle peut être ajoutée à tout moment de la peine par le juge d'application des peines</p> <p>Le médecin coordonnateur sert d'interface entre le médecin traitant, le psychologue traitant et le juge d'application des peines.</p>

Bilan du dispositif de l'injonction de soins

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
Bouchard, J.P., Brulin-Sollignac, 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. ; Gallard, P. 2010(6) France	Evaluation de la prise en charge de péophiles extrafamiliaux en jonction de soin (n = 16) Audit de processus	Inclassable	Renforcement des équipes de psychiatrie implantées dans les établissements pour peines spécialisées.	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. Aucun moyen judiciaire supplémentaire n'a été déployé pour la mise en place de l'jonction de soin. La mission du médecin coordonnateur est exécutée de manière disparate, avec difficultés de positionnement avec le médecin (psychologue) traitant. Grand écart dans la répartition géographique des médecins coordonnateurs. Désaccords et débats sur les modalités de prises en charge thérapeutiques. Manque de recherche dans le domaine. Manque important de statistiques pour apprécier l'évolution du nombre de prononcé de l'jonction de soin mais aussi l'efficacité du dispositif. Communication partielle et aléatoire des informations médicales, à la sortie de prison. Pratique des conseillers d'insertion et de probation hétérogène. Pas de moyens supplémentaires dévolus pour la prise en charge par la psychiatrie publique.
Beau, P. ; Gallier, P. ; Jemmeney-Joseph, B. ; Lecoq, G. 2011(7)				Aucune priorité clairement édictée par les pouvoirs publics en faveur d'un soin obligé pénalement. 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, par ailleurs informés de l'jonction de soin
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 Permettre un accès au soin, sans lequel la personne PPSMI ne serait jamais venue. Organiser une modalité de rencontre, avec des temps plus ou moins « séquencés ». Permettre l'« emboîtement de cadres différents » : « 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 ».	L'jonction de soin n'est pas toujours au 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. 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 inadéquante ou décalée par rapport à ce qu'est la personne dans son cheminement. 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. La prévention de la récidive ne peut être le seul objectif ou un élément de validation ou vérification de l'efficacité : « L'insupportable de la récidive ne peut être un instrument de validation et surtout de disqualification du professionnel recherché comme responsable ».
Baron-Laforet, S. 2010(9)			Volonté du législateur à associer le soin et le sanitaire à la prévention de la récidive	Modèle de soin pénalement ordonné « virtuel » qui souffre sur le terrain d'une asphyxie dans le dispositif de prise en charge : manque numérique de médecins coordonnateurs, expert, relais, traitant...
Gautron, V. (2015) (10)	Revue de la littérature et du cadre juridique. Analyse critique	Inclassable		Difficulté de collaboration entre les acteurs du judiciaire et du sanitaire, les objectifs, missions, idéaux différant souvent, alors qu'une collaboration est nécessaire. 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 jonction de soin. 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.

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 récurrence. *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 récurrences : évaluation, suivis, partenariats", Oct 2014, Paris, France. 2015 ; 145-161.

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

Ophélie HENRY

Interne en psychiatrie (3^{ème} année), rattachée au CHU de Toulouse.

Nora LETTO

Psychologue clinicienne, criminologue, psychothérapeute cognitivo-comportementale, CRIAVS-Ile-de-France et Centre RIVE, Paris.

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'anxiété, 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. 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.

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 récidive 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 récidive. 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 récidive, 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 récidive) ; le principe des besoins (il est essentiel de s'intéresser aux facteurs associés au risque de récidive 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.

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 déviant (5). Ces objectifs permettraient, entre autres, une réduction du risque de récidive 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.

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 et 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, 2, 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 dépendre 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.

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 déficience 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 :

- 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 récurrence, 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 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 neuro-technique 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.

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 récidive.

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 in-

tra-extra-familial, etc.). Les 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.

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).

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'expres-

sion 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).

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 thérapeutiques 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).

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 récidive des AVS est le plus souvent non sexuelle. Le traitement devra donc prendre en compte cet élément et englober une récidive 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 récidive, 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 thérapeutique 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 récidive. 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 récidive, 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 récidive sexuelle. En revanche, la 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.

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.

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.

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 récurrence, 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 récurrence sexuelle, et non d'autres critères cliniques 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)

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 récurrence officielle, 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 récurrence 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.

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 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.

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 fantasmes sexuelles déviantes, l'anxiété, la colère, le départ de la thérapie. Les auteurs concluent sur la nécessité absolue d'avoir davan-

tage 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 récurrence 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):1529.
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):499503.
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, Guraib 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):338.
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 d'agressions sexuelles. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 2013;60(1):15370.
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):385402.
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):30518.
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):325.

23. Cagnoli S, Laroche P, Pitteri F. Une consultation spécialisée pour les auteurs de violences sexuelles. *Soins Psychiatrie*. 2010;31(267):367.
24. Arena G. La prise en charge des auteurs de violence sexuelle. *Soins Psychiatrie*. juill 2014;35(293):203.
25. Baratta A, Morali A. Prise en charge médicale et psychiatrique de la pédophilie : données actuelles. *L'information psychiatrique*. 2011;87(2):13340.
26. Thibaut F. Troubles des conduites sexuelles Diagnostic et traitement. *EMC - Psychiatrie*. janv 2004;1(1):19.
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):57880.
28. Drapeau M, Brunet L. Réflexions suite à une recherche qualitative sur le traitement des agresseurs sexuels pédophiles. *Psychothérapies*. 2003;23(2):8995.
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-securite_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):f4630f4630.
34. Bradford JMW, Fedoroff P, Gulati S. Can sexual offenders be treated? *International Journal of Law and Psychiatry*. mai 2013;36(34):23540.
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):40117.

Prise en charge médicamenteuse des auteurs de violences sexuelles

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 Frétygné.

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 sérotoninergique a pour but une recherche d'action sur l'aspect obsédant de la fantasmatique. 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 restant 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 étudiés (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 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 sont 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 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 rétro-contrôle 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 indépendantes 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).

Traitements médicamenteux

L'apparition des premiers traitements hormonaux remonte aux années 1950. Ont été successivement proposés : l'œstrogènothérapie, 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 divergents, 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'éthynil-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 cytolysse 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 inconsistante (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), 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 limité (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 de testostérone par désensibilisation 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, 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 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 :

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
Niveau 4	
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 Risque modéré, voire plus élevé de violence sexuelle (paraphilies sévères avec notamment des caresses plus intrusives et un nombre limité de victimes) Absence de comportement ou fantasmes de sadisme sexuel (si présent, voir le niveau 5) Bonne observance du traitement, sinon passer à la forme injectable ou passer au niveau 5 Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 3	Psychothérapie Acétate de cyprotérone 200-300 mg/jour per os sous réserve de l'assurance d'une bonne observance Si présence d'anxiété, de dépression ou de symptômes obsessionnels compulsifs, un IRS peut être associé à l'antiandrogène

Niveau 5	
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	Psychothérapie
Risque élevé de violence sexuelle et cas de paraphilies sévères	Analogue de la GnRH à longue durée d'action, triptoréline : 11,25 mg tous les 3 mois par voie IM
Fantasmes ou comportements sexuels sadiques ou violence sexuelle	Associer un traitement à l'acétate de cyprotérone pendant le premier mois pour contrecarrer l'effet « flare-up » (augmentation transitoire du taux de testostérone)
Mauvaise observance ou résultats non satisfaisants avec le niveau 4	
Niveau 6	
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	Psychothérapie
Les cas les plus sévères de paraphilies	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)
Pas de résultats satisfaisants obtenus avec le niveau 5	Un IRS peut également être associé

Bibliographie

- Séguy C, Thibaut F, Cordier B. Conduites paraphiliques. *Confront Psychiatr.* 2008;(47):85-103.
- 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.
- Coutanceau R. Les délinquants sexuels. *Santé Ment. janv 2002*;(64).
- Coutanceau R. L'agresseur sexuel - Un espace thérapeutique. *Santé Ment. janv 2002*;(64):32-8.
- Hamon F. Les psychothérapies des délinquants sexuels. *Soins Psychiatr. juin 1999*;(202):19-22.
- Coutanceau R. L'agresseur sexuel - Les délinquants sexuels. *Rev Santé Ment. janv 2002*;(64).
- Thibaut F. Troubles des conduites sexuelles - Diagnostic et traitement [Internet]. 7 avr 2016 [cité 26 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/1044463>
- 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.
- Garcia FD, Thibaut F. Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. *Drugs.* 16 avr 2011;71(6):771-90.
- 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.
- 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.
- 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.
- THIBAUT F, KUHN JM, CORDIER B, PETIT M. Les traitements hormonaux de la délinquance sexuelle. *ENCEPHALE.* 1998;2 vol 24:132-7.
- 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.
- 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. Frégné 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, Witztum 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.
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 PC, 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.

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

Interne en psychiatrie (3^{ème} année), rattachée au CHU de Toulouse.

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.

Paraphilies

Les patients paraphilies 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 déviantes 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 déviant. 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 paraphilies 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 récidence 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, 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 paraphilies 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 asso-

ciée. 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 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 (voir chapitre précédent). 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).

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 récurrence (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 récurrence chez les pédophiles (1). Aucune preuve significative n'était disponible pour déterminer si les autres types de psychothérapie pouvaient prévenir la récurrence 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'immaturité et de l'égoïsme, une thérapie de groupe et souvent privilégiée dans les cas d'exhibitionnisme, permettant de travailler les niveaux de reconnaissance variable du sujet (25).

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 récurrence 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'était disponible (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 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 ses 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 fa-

ciliter 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 « satiété » 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 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 contenant 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).

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, 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 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.

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 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 inadéquates 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).

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 agres-

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

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 hébéoïdophrénique 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 événement 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)

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. Séguéy 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.
 11. Moullet V, Fonteille V, Pélégriani-Issac M, Cordier B, Baron-Laforet S, Boriasso E, et al. A pilot study of the effects of gonadotrophin-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, Häbler 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 Infant*. 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-child-ren-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.
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.

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

Kevin DUFRESNE

Psychologue, Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) du Pas-de-Calais, Arras.

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.

L'auteur et sa famille

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.

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.

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.

Quelles prises en charge ?

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.

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 fantasmatiques 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).

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).

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).

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 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).

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).

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)

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.

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).

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).

Toujours selon ces mêmes auteurs, la culpabilisation insidieuse de la victime, la minimisation ou la modification des faits sont autant d'éléments contraires 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).

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 récidive 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 récidive, 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 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).

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.

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 maltraitements 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.
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



JCB

Synthèse du rapport de la commission
d'audition, 17 juin 2018.

35 propositions concrètes pour lutter
efficacement contre les violences sexuelles

Commission d'audition

Indépendante des autres instances de l'audition publique, la *commission d'audition* avait pour rôle de proposer une synthèse des débats ayant eu lieu durant la séance publique et de formuler des recommandations sous forme de propositions. Cette commission est, conformément à la méthodologie HAS, pluridisciplinaire et multi professionnelle.

Président

Jean-Marie DELARUE, Ancien contrôleur général des lieux de privation de liberté (2008-2014), président de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme.

Vice-président

Charles ALEZRAH, Psychiatre, criminologue, président du CREAL-ORS Occitanie.

Membres de la Commission d'audition

Safia ALLAG-MORRIS, Journaliste et enseignante.

Patrick BLACHÈRE, Médecin psychiatre, expert près la cour d'appel de Chambéry, Responsable du groupe de travail médico-légal de l'AIUS.

Jean-Claude BOUVIER, Vice-président chargé de l'application des peines au TGI de Paris.

Bernard CORDIER, Psychiatre, chef de service à l'hôpital Foch de Suresnes, ancien expert près la cour d'appel de Versailles.

Humbert DE FRÉMINVILLE, Médecin généraliste, maître de conférences associé à l'université Lyon 1, expert judiciaire près la cour d'appel de Lyon en médecine générale et médecine légale du vivant.

Dominique FRÉMY, Médecin pédopsychiatre, responsable de l'unité du psychotraumatisme (CH Novillars), responsable du CRIAVS mineurs de Franche-Comté, expert près la cour d'appel de Besançon, médecin coordonnateur.

Olivier GIRON, Praticien hospitalier, chef de service, SMPR, CHU de Nantes.

François GOETZ, Directeur interrégional adjoint des services pénitentiaires, détaché à la délégation générale à l'administration pénitentiaire et à la réinsertion du royaume du Maroc en qualité de conseiller résident de jumelage pour l'Union Européenne.

Samuel LEMITRE, Docteur en psychologie, psychothérapeute, praticien ICV (Intégration du Cycle de la Vie), président de Eido, centre de soin des traumatismes et violences.

Isabelle SADOWSKI, Directrice juridique et de la coordination de l'aide aux victimes, France Victimes.

Joséphine TRUFFAUT, Psychologue clinicienne, docteur en psychologie, chargée de cours à l'université Paris Descartes, trésorière adjointe de l'ARTAAS.

Synthèse du rapport

Au terme de ces développements, par lesquels il a été dressé l'état des lieux de la situation existante, de la prévention, de l'évaluation et de la prise en charge, qui a conduit à la formulation de propositions et de souhaits, il est permis d'esquisser une conclusion en forme de synthèse.

La loi du 17 juin 1998, qui a aujourd'hui vingt ans, est le fruit de pratiques antérieures originales et de l'inquiétude née de la place, dans la délinquance, des violences sexuelles, notamment de celles exercées à l'encontre de mineurs.

Conçue de manière audacieuse, en rupture avec des habitudes ancrées, par les ministères de la justice et de la santé, elle se préoccupe d'abord très légitimement d'améliorer le sort des victimes de ces violences, très gravement et très durablement atteintes dans leur corps mais aussi dans leurs relations avec autrui.

S'agissant des auteurs de violences sexuelles, dont la loi traite aussi, le texte repose sur une conviction profonde qui doit être d'emblée mise en relief, parce qu'elle va à rebours d'une part au moins des représentations sociales : celle qu'au-delà de la sanction pénale évidemment nécessaire pour punir l'auteur, il est possible de modifier à l'avenir le comportement de ce dernier, par une prise en charge appropriée, mêlant l'approche sociale et un dispositif de soins.

Profondément originale lorsqu'elle a été décidée, cette conception l'était dans son esprit. Elle l'était aussi dans l'organisation mise en oeuvre, associant étroitement l'institution judiciaire (magistrats, agents d'insertion et de probation ou de la protection judiciaire de la jeunesse notamment), le système de soins (psychiatres, psychologues, infirmiers travaillant en milieu « ouvert » ou en prison) et des personnes tierces (par exemple éducateurs de l'aide sociale à l'enfance, associations de prévention), un médecin « coordonnateur » étant chargé d'assurer, pour chaque auteur de violences sexuelles et entre ces différentes personnes, les continuités nécessaires.

Dresser, vingt ans après, un bilan de la loi est l'occasion, à travers une procédure d'audition publique, conduite les 14 et 15 juin 2018 sous l'égide de la fédération des CRIAVS (Centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles), de s'interroger sur les conditions d'une prise en charge de plus en plus efficiente des auteurs de violences sexuelles en France dans les années à venir.

À cet égard, plusieurs interrogations sont nécessaires, dont les réponses font naître des propositions d'améliorations du système, en gardant précieusement le principe fondateur.

1/ En premier lieu, on doit mesurer l'efficacité, en termes de nombre de personnes prises en charge, du dispositif actuel alliant la peine, d'une part, la surveillance socio-judiciaire et l'injonction de soins, d'autre part.

Le nombre d'auteurs de violences sexuelles ne peut être connu, comme il est fréquent en matière délinquante, que de manière indirecte, par le nombre de victimes.

Or, ce nombre est considérable, d'une part, et il est sous-estimé, d'autre part.

Il est considérable puisque, à prendre appui non sur les enregistrements administratifs qui sont lacunaires mais sur les enquêtes directes auprès d'échantillons importants de population, il apparaît que près de huit cent mille personnes déclarent être victimes chaque année de violences sexuelles et que, par exemple, un viol est commis toutes

les sept minutes dans notre pays (cf. chapitre 1). Ces données sont, en elles-mêmes, très préoccupantes.

Mais elles sont sous-estimées puisque, d'une part, dans un pourcentage difficile à évaluer, les victimes, même dans les enquêtes, répugnent à faire état de ces événements du fait même de leurs suites traumatiques ; que, d'autre part, les mineurs figurent en nombre significatif parmi les victimes, pour autant qu'on puisse le savoir, puisque qu'ils n'entreprennent aucune démarche de plainte et ne sont pas inclus dans les enquêtes de victimation. Certes, les majeurs peuvent faire état de faits remontant à leurs années d'enfance, mais avec le même biais que celui, qui vient d'être mentionné, d'une aversion à l'égard d'une évocation des faits.

Il en résulte que le nombre de violences sexuelles est mal connu mais, en toute hypothèse, très élevé.

Le nombre d'auteurs est donc lui aussi très élevé même s'il est inférieur, du fait d'actes répétitifs dans certains contextes de violences sexuelles (au sens où elles ont été définies dans le premier chapitre du document), sans exclure non plus un pourcentage d'accusations infondées qui ne saurait être élevé.

Mais le nombre d'auteurs susceptibles de rentrer dans le dispositif de la loi de 1998 est très faible, là encore en raison de deux phénomènes cumulatifs.

D'une part, le nombre d'actes portés par les victimes à la connaissance des services de police et de gendarmerie est faible, en raison de la propension mentionnée à garder le silence.

D'autre part, parmi les plaintes dûment transmises au parquet, ce dernier en classe sept sur dix sans suite, en raison de l'impossibilité, le plus souvent de caractériser les faits selon les définitions que donne le code pénal des « agressions sexuelles » (en particulier aux articles 222-22 à 222-33 du code pénal) ou des faits « mettant en péril des mineurs » (aux articles 227-22-1 et suivants du même code).

Ces circonstances expliquent que le nombre de condamnations au titre de ces dispositions, d'ailleurs en baisse ces dernières années, n'excède guère, pour le viol, le millier par an (1012 en 2016). Il est donc très éloigné du nombre d'actes commis. En d'autres termes, peu d'auteurs sont poursuivis et condamnés. Par conséquent, peu d'entre eux entrent chaque année dans les prévisions de la loi de 1998 qui a, de fait, une application sur une population marginale parmi les personnes concernées. Il y a là une anomalie qui doit être corrigée.

Une autre anomalie réside dans l'incapacité du ministère de la justice comme de celui de la santé de fournir des données relatives au nombre de suivis socio-judiciaires et d'injonctions de soins en cours d'exécution à un moment déterminé. Dans un rapport de 2011, les inspections générales (IGAS – IGSJ) donnaient un nombre compris entre 3 800 et 7 800 mesures (donc avec une marge d'erreur très élevée). Quelle que soit l'exactitude de ces données, elles sont donc sans rapport avec le nombre d'auteurs de violences sexuelles.

Il en résulte que les considérations faites sur le fonctionnement de l'injonction de soins ne reposent que sur une prise en charge minoritaire d'auteurs (1%, 5% ?) dont la composition est, par conséquent, biaisée.

De ce constat préoccupant, découlent trois ordres d'objectifs.

D'une part, dès lors que le dispositif de prise en charge des auteurs ne bénéficie qu'à une faible part d'entre eux, des moyens doivent être trouvés pour encourager les victimes à se faire connaître « utilement », c'est-à-dire que, dans le recueil des faits et

les moyens de preuve requis, les plaintes (ou signalement de tiers) puissent aboutir à ce que les auteurs entrent dans le dispositif.

D'autre part, alors que le système actuel peine à trouver les compétences nécessaires pour une prise en charge efficace, il faut à terme (sous forme d'une loi de programmation ?) en élargir substantiellement les capacités, par conséquent, songer à la fois à intéresser, à former et à rémunérer les personnels nécessaires, si l'on veut, en vertu du principe initial de 1998, avancer dans la résolution des graves problèmes que posent les violences sexuelles. Il convient aussi de disposer, comme le recommandaient déjà les inspections générales mentionnées, des données nécessaires et, par conséquent, de compléter les sources statistiques par des données claires et fiables dans ce domaine.

Enfin, il est crucial d'innover de sorte que, à titre préventif, les personnes qui ne sont pas prises en charge par l'institution judiciaire, soit qu'elles ne soient pas encore passées à l'acte, soit qu'elles ne soient pas poursuivies, puissent se voir proposer, elles aussi, des mesures d'écoute, d'accompagnement et de soins possibles (voir le chapitre 2). Cette perspective suppose que soient remplies au moins deux conditions : d'une part que des personnes auteurs qui, avant interpellation, ne se sentent souvent aucunement coupables, acceptent d'être suivies ; d'autre part, compte tenu des effectifs en cause, le renforcement des moyens ; il passera nécessairement par un concours très actif d'associations éclairées et formées – il en existe déjà quelques exemples.

Ces élargissements, « curatifs » mais aussi préventifs supposent qu'à la prise en charge soient associés tant de nouveaux acteurs institutionnels (réseau des PMI...) que privés et surtout associatifs (cf. chapitre 2).

2/ En deuxième lieu, depuis l'origine, la réunion de deux objectifs de sanction pénale, d'une part, et de prise en charge de personnes, d'autre part, crée des tensions dans la mesure où la conciliation entre deux visées de nature bien différente n'est pas toujours aisée à définir. Il est vain d'espérer faire disparaître ces tensions. En effet, dès 1998, le juge a pour fins essentielles le prononcé et l'exécution de la peine, d'une part, la prévention de la récidive, d'autre part ; le thérapeute, de son côté, entend certes mesurer les facteurs de risque mais aussi les facteurs protecteurs. Le médecin coordonnateur est au cœur de ces tensions (chapitres 1 et 4).

Il est clair qu'alors qu'on pouvait espérer qu'avec le temps ces difficultés s'atténueraient, l'évolution législative les a sans aucun doute renforcées.

Cette évolution est double (chapitres 1 et 4) et les intentions du législateur ne sont pas toujours aisément déchiffrables.

D'une part, alors que quelques textes de lois contribuaient à faciliter une évolution des représentations sociales et des procédures pénales (déconnexion du mariage et de la reproduction ; reconnaissance de droits accrus – PACS puis union maritale – pour les personnes de même sexe ; juridictionnalisation et élargissement de l'aménagement des peines), de nombreux autres renforçaient la répression des agressions sexuelles (accroissement des circonstances aggravantes en cas de viol, définition de l'inceste en 2010 puis, après intervention du Conseil constitutionnel, en 2016). Les lois ont en outre érigé aussi en principe de distinction entre délinquants la « dangerosité ». Les plus hautes marches de celle-ci sont incontestablement occupées par les auteurs de violence sexuelle, en vertu des dispositions législatives ou des représentations sociales : pour pallier les effets du danger présenté par ces auteurs, le législateur a défini plusieurs mesures de « sûreté » (surveillance judiciaire, surveillance et rétention de sûreté), dans le contexte « sécuritaire » que l'on connaît. Au fond, en matière de

violences sexuelles comme dans les autres délinquances, la rédemption du coupable lui importe moins que le fait de pouvoir le tenir, tant que ce dernier est considéré comme dangereux, en lisière de la société.

D'autre part, il a modifié le suivi socio-judiciaire de 1998, en le rapprochant de l'esprit des mesures de sûreté, en élargissant le champ des infractions (aujourd'hui tout à fait hétéroclite) à l'occasion desquelles il peut être prononcé (en 1998, seules les agressions sexuelles pouvaient en être le motif), en rendant obligatoire la condamnation à une injonction de soins (dès lors que l'expert juge l'auteur accessible à un traitement) sauf décision contraire du juge : en somme, l'injonction de soins est devenue, pour la loi, donc le juge, un moyen de contrôle comme un autre, intéressant par une durée pouvant être prolongée éventuellement longtemps. C'est si vrai que, dans un département de l'Ouest, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) a créé un « pôle » chargé des mesures de sûreté – initiative par ailleurs estimable – auquel il a naturellement rattaché le suivi des personnes relevant du suivi socio-judiciaire. Le soin à la personne disparaît ici presque entièrement. Tel ne peut être pourtant le point de vue du soignant, toujours également mobilisé.

Ces évolutions sont regrettables. Outre qu'elles aggravent les tensions au cœur du dispositif, elles obèrent ses chances de succès, la personne qui en est l'objet percevant davantage la méfiance dont son infraction le rend, par l'effet de la loi, l'objet que la bienfaisance des soins dont elle est entourée.

Il doit être mis un terme à cette évolution pour retrouver l'esprit de la loi de 1998. Il apparaît souhaitable que l'injonction de soins soit limitée aux auteurs d'infractions pour lesquels l'intervention d'un soignant a un sens. Le caractère obligatoire de l'injonction de soins doit être abandonné. Le découplage entre définition de mesures de sûreté et définition du suivi socio-judiciaire doit être assuré. La prise en charge ne saurait, de manière générale, se résumer, à des mesures de police vaguement colorées par du médical. Enfin il devrait être possible de dissocier la durée de l'injonction de soins, éventuellement plus réduite, de celle d'autres mesures ordonnées au titre du suivi socio-judiciaire. Et, à cette fin, d'éclairer les conditions selon lesquelles l'injonction de soins peut être levée (chapitre 3).

3/ En troisième lieu, il convient d'interroger le fonctionnement du dispositif tel qu'il est mis en œuvre dans le contexte de la période à laquelle ce rapport a été rédigé.

Comme dans d'autres domaines sanitaires, y compris la psychiatrie, les moyens, notamment humains, alloués au suivi socio-judiciaire varient très sensiblement d'une zone géographique à l'autre (chapitres 1 et 4). Dans certains départements, il ne peut être prononcé faute, par exemple, de médecins coordonnateurs prévus par la loi. Cette circonstance a pour effet de rétrécir encore la population éligible à la mesure, déjà restreinte pour les motifs déjà mentionnés. Elle est constitutive d'inégalité d'accès à une mesure judiciaire et discrimine les chances de modifier un comportement source d'infractions. Il doit être remédié à de tels écarts par l'allocation des moyens nécessaires, par le développement des formations les plus utiles : les agences régionales de santé doivent être sensibilisées par l'administration centrale ministérielle à cette question et, plus généralement, à celle de la santé sexuelle (cf. définition de l'OMS évoquée au chapitre 2), dans le cadre de la Stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030). Les CRIAVS doivent prendre toute leur part en la matière. Dans ces politiques, une attention particulière doit être portée aux mineurs, auteurs et/ou victimes de violences sexuelles, avec l'aide des agents nationaux comme les juges des enfants, ceux de la protection judiciaire de la jeunesse, ou départementaux déjà impliqués (ASE...).

Là où ils existent, les médecins coordonnateurs voulus par la loi de 1998 apparaissent comme les symboles de l'existence du dispositif. Mais si leurs missions sont clairement définies, les moyens d'y parvenir sont trop largement laissés à l'initiative et aux marges de manœuvre de chacun. Il est étonnant que, depuis leur apparition, leur activité n'ait pas fait l'objet d'un cahier des charges précisant, sans contraintes excessives, les moyens de remplir leurs tâches (par exemple ce qu'indiquer dans le rapport annuel exigé d'eux). On doit espérer que soient en outre créées entre eux des occasions d'échanges (par exemple sur leurs rapports avec l'autorité judiciaire), au niveau régional ou national.

La mécanique du suivi socio-judiciaire dans sa composante de l'injonction de soins met en oeuvre des rouages complexes, inhabituels en ce qu'ils associent des personnes n'ayant pas l'habitude de se rencontrer pour des fins communes (cf. chapitre 1). Des expériences de terrain étudiées et des témoignages recueillis lors de l'audition publique, ressort la nécessité de rencontres régulières – pas nécessairement fréquentes – sur un pied d'égalité et en pleine liberté d'appréciation, en particulier pour mettre en place une lecture commune des finalités, délimiter le champ de compétences de chacun et évoquer les cas individuels complexes. Le respect des objectifs communs ne saurait délier chacun de ses obligations au titre des obligations qui lui sont applicables comme celles relatives au secret médical ou professionnel. Inversement, dès lors que rien ne s'y oppose, les informations utiles doivent circuler, sous forme aisément accessible, lorsqu'elles sont nécessaires à l'action. La fluidité, l'efficacité, doivent être recherchées, dans le cadre d'une culture partagée.

La prise en charge intervient souvent dans un espace relativement étendu (changement de domicile, sortie de prison...) et dans un temps qui peut être très court (notamment s'agissant d'adolescents) ou bien long (plusieurs années). Les personnes prises en charge se trouvent confrontées à des ruptures non seulement dues à des changements de personnes (accrus par la rotation des effectifs ou la fréquence des changements d'affectation de certaines professions) mais également à des modifications de résidence géographique induisant des changements de ressort de juridiction ou de thérapeute. À cet égard, la discontinuité existante entre soins dispensés au sein des établissements pénitentiaires et soins du milieu libre, connue depuis longtemps sans qu'une solution satisfaisante autre que locale y ait jamais été vraiment apportée est paradigmatique de ces ruptures. L'injonction de soins suppose, outre le développement du travail interdisciplinaire, que les professionnels s'organisent aussi en réseaux aptes à transférer les informations à ceux des confrères qui assureront la suite de la prise en charge. Il n'est rien de plus désespérant pour les personnes objet de ces mesures que d'avoir le sentiment qu'elles reviennent au point de départ, avec des évaluations et des bilans toujours recommandés (cf. quatrième chapitre). La notion de « parcours » si souvent invoquée est souvent un itinéraire chaotique. Des efforts substantiels doivent permettre aux professionnels de s'organiser (des « fiches navette » ont été montrées durant l'audition publique), ainsi que cela s'est fait dans le déroulement de prises en charge dans d'autres domaines.

4/ Enfin, en quatrième lieu, la prise en charge doit mettre la personne qui en est l'objet au centre des dispositifs et des préoccupations.

Cette personne doit bénéficier sans aucune restriction du respect des droits attachés à chaque être humain. Cette garantie va, dira-t-on, de soi. Elle est moins évidente compte tenu des représentations que l'opinion, à travers les médias ou parfois le politique, attache aux auteurs de violences sexuelles ; même lorsque ceux-ci sont, en vertu d'évaluations ou d'expertises, placés dans une catégorie d'individus très

dangereux. Une part de la réticence de professionnels à s'engager dans leur prise en charge s'explique sans doute ainsi. L'attachement à la dignité de la personne ne saurait se relâcher à leur endroit, quel qu'ait été le déroulement des événements qui ont conduit à la prise en charge, quelles que soient, aussi, les contingences des moyens dévolus à cette dernière (le rapport évoque dans son chapitre 4 la baisse très préoccupante de nombre des experts et du faible nombre des médecins coordonnateurs).

De manière plus précise, dans les hypothèses qui sont l'objet de l'audition publique, on doit veiller, quelles que soient les formes thérapeutiques arrêtées, à ce que le thérapeute soit effectivement investi dans sa tâche, condition de toute réussite en la matière. On se doit aussi d'être vigilant, alors même que les indications thérapeutiques sont essentiellement de nature psychiatrique ou psychologique, de veiller aux soins somatiques que requièrent les personnes, et à la compatibilité des traitements ordonnés au titre de ces indications avec l'état somatique.

Dans le même domaine, la commission d'audition regrette que, si la question de la dispensation des soins en détention a été abordée avant l'audition publique et pendant son déroulement, celle des difficultés d'accès aux soins des personnes détenues n'ait été qu'effleurée, comme si celles-ci étaient des patients ordinaires du milieu libre.

Les évaluations de la personne et les expertises dont elle est l'objet doivent obéir aux mêmes règles. Les échanges d'information doivent respecter le secret médical déjà mentionné ; les expertises, les règles de l'art et celles rappelées dans le chapitre 3 ci-dessus. On ne peut leur faire faire davantage que ce que les textes en vigueur prévoient, ni leur faire dire plus qu'elles ne peuvent dire, particulièrement en matière de dangerosité ou de risque ; il y a trop d'attentes excessives, trop de conséquences autres que médicales, conférées aux opinions d'experts issues de l'utilisation d'échelles de plus en plus élaborées, appliquées à des sujets qui peuvent ne présenter aucune pathologie mentale.

Certaines personnes prises en charge se trouvent dans des situations particulières et doivent être évoquées (voir sur ce point le chapitre 4). Tel est le cas des personnes en institution (établissements de santé mentale, établissements pour personnes en situation de handicap, prisons...). Il existe dans ces établissements des violences sexuelles parfois graves, qui génèrent parmi les personnes prises en charge (en particulier les femmes) des angoisses constantes. A l'exception de cas très particuliers (comme les personnes âgées démentes), et outre les mesures prises pour les prévenir, de tels faits doivent donner lieu à des signalements à l'autorité judiciaire, seule à pouvoir juger de la suite à leur donner.

Très particulière à bien des points de vue est aussi la situation des enfants mineurs, que ce soit en famille ou en établissement. L'appréhension de leur situation (on estime à 40% la part des auteurs mineurs de violences sexuelles ayant été victimes de violences de même nature), le signalement, et la prise en charge ne sauraient être semblables à ceux des adultes dès lors que, comme il a été dit lors de l'audition publique, et comme le veut la loi pénale en vigueur, ils ne sauraient être regardés comme des adultes en réduction.

La prise en charge met en oeuvre des réponses thérapeutiques. La variété des situations et des temps de prise en charge conduit à préconiser une relative souplesse non dans ce qui est au principe de ces thérapeutiques mais dans leur choix. Le chapitre 4 décrit l'approche psychodynamique, d'une part, les techniques

cognitivo-comportementales (TCC), d'autre part, les thérapies systémiques, enfin. Il peut être particulièrement intéressant, dans un parcours de prise en charge psychothérapeutique, de recourir à des techniques relevant d'approches différentes, psychodynamiques, cognitivo-comportementales et systémiques. Pour en déterminer la proportion, là aussi, l'intérêt de la personne prise en charge doit toujours primer.

Enfin, la prise en charge mentale ne peut se résumer à des réponses en termes de soins directs de plus en plus techniques. Elle doit englober une dimension de « prendre soin » (combinaison du *cure* et du *care*). Dans ce domaine, elle doit s'appuyer sur un accompagnement socio-éducatif à visée de réhabilitation psycho-sociale, d'une intensité adaptée à chaque situation, de manière évolutive dans le temps. Cet accompagnement doit s'adapter à la configuration née de l'évolution du métier de conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP), davantage tourné vers la seule prévention de la récidive au détriment de ses tâches traditionnelles d'accompagnement social. En complément des équipes intervenant habituellement auprès des auteurs de violences sexuelles, il est important de renforcer et développer la place du personnel social et éducatif dans l'accompagnement du parcours, de telle sorte que ne soient pas omises les questions essentielles de l'accès au logement, à une formation, à un travail et plus généralement de l'accès à la vie sociale.

C'est en effet la novation de la loi de 1998 d'avoir posé comme perspective qu'une prise en charge réussie est plus bénéfique non seulement pour la personne qui en est l'objet, mais aussi pour la société dans son ensemble. Cette perspective doit être consolidée et son fonctionnement mieux assuré, conformément à l'état des lieux et aux préconisations ou souhaits qui ont été exposés dans le présent rapport. Toutefois, elle ne peut prendre sens que s'il est rappelé que la psychiatrie est une discipline médicale centrée sur les soins aux personnes présentant des troubles mentaux. Elle ne doit en aucun cas être utilisée à des fins de contrôle social.

Telles sont les conclusions de l'audition publique des 14 et 15 juin 2018.

35 propositions concrètes pour lutter efficacement contre les violences sexuelles

Définir le cadre d'intervention

Proposition 1 : Se donner les moyens méthodologiques de mesurer la prévalence des violences sexuelles chez les mineurs.

Proposition 2 : Concevoir un livret sur le secret professionnel des intervenants auprès des Personnes Placées Sous Main de Justice (PPSMJ).

Proposition 3 : Introduire des enseignements spécifiques dès la formation générale et renforcer la formation continue des professionnels de santé et des psychologues.

Améliorer la prévention des violences sexuelles

Proposition 4 : Faire bénéficier d'une prévention spécifique les enfants âgés de moins de 12 ans qui se livrent à des *Comportements Sexuels Problématiques* (CSP). Les parents ou les adultes en charge de leur éducation doivent, sauf exception, y être associés.

Proposition 5 : Quel que soit le type de handicap, mental ou sensoriel, mettre l'accent sur le développement des compétences psychosociales et de la vie affective des personnes, en tenant compte de leur santé sexuelle.

Proposition 6 : Prévoir des interventions tout au long d'un cursus d'études, primaires et secondaires, sur l'hygiène, l'hygiène alimentaire, la sexualité, la prévention des violences, les addictions.

Proposition 7 : Elaborer des programmes de prévention des violences sexuelles destinés à des publics particuliers : personnes âgées, migrants, lesbiennes, gay, bisexuels et transgenres (LGBT).

Proposition 8 : Inscrire les actions de prévention des violences sexuelles aux quatre niveaux : individuel, relationnel, communautaire, et sociétal.

Proposition 9 : Développer la recherche et l'évaluation permettant de construire des programmes efficaces de prévention des violences sexuelles en intégrant des recherches sur les facteurs protecteurs.

Proposition 10 : Evaluer les risques liés à la précarité et la déscolarisation afin de promouvoir éventuellement des campagnes de prévention des violences sexuelles spécifiques.

Proposition 11 : Développer et faire connaître des lieux ressources, services, et associations proposant une permanence téléphonique ou un accueil pour les personnes directement concernées par les violences sexuelles.

Proposition 12 : Bannir du vocabulaire le terme de « castration chimique » pour le remplacer par un terme simple et non stigmatisant (par exemple « traitement anti-hormonal »).

Proposition 13 : Augmenter le nombre et la visibilité des structures qui prennent en charge les mineurs auteurs de violences sexuelles.

Proposition 14 : Evaluer et développer au niveau national l'expérience de réseaux d'écoute pour proposer un numéro d'appel unique à destination des personnes sexuellement attirées par les enfants.

Proposition 15 : Mieux informer les victimes de violences conjugales comportant des violences sexuelles de l'existence de l'ordonnance de protection de la victime qui s'applique à l'auteur et lui impose un certain nombre d'obligations et d'interdictions.

Proposition 16 : Développer les recherches sur les facteurs de protection des auteurs de violences sexuelles et sur les facteurs qui sont de nature à limiter le risque de récidive.

Proposition 17 : Renforcer l'accompagnement social et socio-éducatif dans le cadre de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

Proposition 18 : Conduire des recherches-actions sur les dispositifs de rencontre auteurs-victimes, afin d'en mesurer la pertinence, et d'en organiser le déploiement en opportunité.

Améliorer l'évaluation des auteurs de violences sexuelles et des dispositifs de prise en charge

Proposition 19 : Confier l'expertise à une collégialité d'experts ou à une unité spécialisée de psychiatrie légale, notamment pour les expertises nécessitant une évaluation précise de la dangerosité.

Proposition 20 : Donner une formation criminologique complémentaire aux outils d'évaluation aux experts psychiatres réalisant ce type d'expertise spécifique.

Proposition 21 : Proposer une sensibilisation à la méthodologie et aux limites des outils d'évaluation lors de la formation initiale de tout psychiatre.

Proposition 22 : Pouvoir dissocier la durée du Suivi Socio-Judiciaire (SSJ) de celle de l'Injonction de Soins (IS).

Proposition 23 : Proposer l'évolution de la législation permettant au magistrat de se prononcer en faveur d'une obligation de soin, ou bien d'une injonction, et ce en fonction de la nature des soins requis par l'expert.

Proposition 24 : Promouvoir des lieux et temps de rencontre entre les différents intervenants en charge du condamné.

Proposition 25 : Appliquer rigoureusement le secret médical dans l'utilisation du Logiciel de l'administration pénitentiaire (GENESIS).

Proposition 26 : Transmettre toutes les informations nécessaires à la prise en charge aux professionnels du soin dès lors qu'elles ne sont couvertes par aucun secret légal.

Proposition 27 : Permettre de lever plus facilement l'injonction de soins lorsque l'évaluation du risque de dangerosité du sujet expertisé (et le traitement associé) est proche de celle d'un sujet de la population générale.

Améliorer la prise en charge des auteurs de violences sexuelles

Proposition 28 : Garantir aux sortants de prison, sur le plan de l'accès et de la continuité des soins, la possibilité de consultations ambulatoires assurées par les thérapeutes exerçant en détention.

Proposition 29 : Donner la possibilité aux CRIAVS de développer une offre de soins spécialisée en complément de l'offre de droit commun ; corolairement, celle-ci doit pouvoir mettre en œuvre des soins spécialisés intersectoriels.

Proposition 30 : Modifier la loi du 17 juin 1998 afin, notamment, de redéfinir un ensemble de critères justifiant l'opportunité de la mise en place d'une injonction de

soins, réaffirmer le principe d'individualisation dans le prononcé de l'injonction de soins, et découpler la durée de l'injonction de soins de celle de la peine de suivi socio-judiciaire.

Proposition 31 : Renforcer le maillage « SantéJusticeSocial » afin de garantir le champ d'intervention de chacun des acteurs du dispositif d'injonction de soins.

Proposition 32 : Evaluer la faisabilité et la pertinence des dispositifs de justice restaurative et de leur éventuelle application à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

Proposition 33 : Renforcer la formation initiale des psychologues aux échelles standardisées et aux méthodes de jugement clinique structuré.

Proposition 34 : Renforcer les dispositifs de formation continue sur des modules de psychocriminologie clinique afin de favoriser la montée en compétence des professionnels de santé.

Proposition 35 : Développer au sein des réseaux de PMI des consultations de soutien à la parentalité auprès des familles impactées par les problématiques de violence sexuelle afin d'en prévenir précocement les effets à long terme.

Table des matières

Préface.....	5
Considérations méthodologiques.....	7
Comité d'organisation	9
Partie 1 - Rapports des experts.....	11
Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ? #1 André CIAVALDINI.....	12
Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ? #2 Florent COCHEZ.....	51
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 ? #1 Virginie GAUTRON.....	85
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 ? #2 Aurélien LANGLADE.....	111
Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? #1 Florence THIBAUT.....	148
Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? #2 Olivier VANDERSTUKKEN.....	170
Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? #3 Odile VERSCHOOT.....	200
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, milieu de vie) ? #1 Gabrielle ARENA.....	217
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, milieu de vie) ? #2 Philippe GENUIT.....	247
Quelle approche de la famille de l'auteur de violences sexuelles ? #1 Martine NISSE.....	262
Quelle approche de la famille de l'auteur de violences sexuelles ? #2 Wayne BODKIN.....	297
Partie 2 - Rapports du groupe bibliographique.....	301
Recherche documentaire - Gaëlle FANELLI.....	302
Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ? Marie CHOLLIER & Cédric LE BODIC.....	311

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	322
Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? Ophélie HENRY & Nora LETTO	327
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	353
Quelle approche de la famille de l'auteur de violences sexuelles ? Kevin DUFRESNE	364
Synthèse du rapport de la commission d'audition, 17 juin 2018. 35 propositions concrètes pour lutter efficacement contre les violences sexuelles.....	379
Commission d'audition.....	380
Synthèse du rapport	381
35 propositions concrètes pour lutter efficacement contre les violences sexuelles.....	388

La Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (FFCRIAVS)

N°Siret : 794 076 927 00019

Siège social : CRIAVS de Haute-Normandie, 106 rue Lafayette, 76100 ROUEN

Mail : contact@ffcriavs.org / Site : www.ffcriavs.org

Bureau de la FFCRIAVS (2016-2019)

Président : Mathieu LACAMBRE (Languedoc-Roussillon)

Vice-présidents : Roland COUTANCEAU (Ile-de-France Ouest) et Jean-Philippe CANO (Aquitaine)

Secrétaire : Adelyne DENIS (Languedoc-Roussillon)

Secrétaire adjoint : Ingrid BERTSCH (Centre) et Olivier VANDERSTUKKEN (Nord Pas-de-Calais)

Trésorière : Anne-Hélène MONCANY (Midi-Pyrénées)

Trésorière adjointe : Nathalie CANALE (Auvergne)

COPIE de l'audition publique

Mathieu LACAMBRE (Languedoc-Roussillon)

Aurélië MAQUIGNEAU (PACA)

Cécile MIELE (Auvergne)

Anne-Hélène MONCANY (Midi-Pyrénées)

Sabine MOUCHET-MAGES (Rhône-Alpes)

Remerciements

L'ensemble des professionnels des CRIAVS pour leur enthousiasme et leurs indispensables contributions à tous les niveaux du processus, et en particulier le réseau documentaire pour son travail considérable en matière de recherche bibliographique, l'équipe du CRIAVS Ile-de-France pour l'accueil de qualité réalisé lors de la séance publique, et Sylvie Vigourt-Oudart pour son précieux regard lors de la mise en œuvre du projet d'édition, et Cédric Paindavoine qui fût notre valeureux guide durant cette odyssee.

Signé signé Cat's eyes !

Images

Univers graphique de l'audition publique conçu et réalisé par Cécile MIELE.
Dessins originaux de l'édition Collector réalisés par Jean-Claude BOUVIER.

ACHEVÉ D'IMPRIMER
E N M A I 2 0 1 9
DANS LES ATELIERS
DES PRESSES LITTÉRAIRES
66240 SAINT-ESTÈVE

D.L. : 2^e TRIMESTRE 2019
N° D'IMPRIMEUR : 23752

Imprimé en France