

## Rapport d'expert [28]

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

**Olivier VANDERSTUKKEN**

*Docteur en psychologie, psychologue clinicien, URSAVS, psychologue clinicien du SMPR de Lille-Annoeullin, CHRU de Lille.*

*Pour citer ce document, merci d'utiliser la référence suivante : Vanderstukken, O. (2018). Soins aux AVS en France : L'avènement des Thérapies Cognitivo-Comportementales, des Interventions Cognitivo-Comportementales et des Accompagnements Cognitivo-Comportementaux. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.*

### Sommaire

Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? .....	1
Sommaire .....	1
Historique des soins aux AVS en France .....	3
Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) en France .....	5
Définitions .....	5
Socles théoriques .....	6
Techniques .....	7
Motivation aux soins .....	7
Formations aux TCC en France .....	8
Publications TCC sur les AVS.....	8
Les Interventions Cognitivo-Comportementales (ICC) destinées aux AVS .....	9
Historique des ICC .....	9
Les ICC aux AVS aujourd'hui.....	14
Les grands modèles de prévention de la récurrence .....	15
Considérations terminologiques : évolution des représentations relatives aux AVS .....	19
Les AVS en France : quels intervenants pour quelles pratiques ?.....	20
TCC aux AVS en France .....	20
Dimensions spécifiques et associées au soin .....	20
Soins en individuel et en groupe .....	22

# AUDITION PUBLIQUE

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

Evaluation.....	22
Motivation de l'AVS.....	24
Formations complémentaires pour les TCCistes.....	24
Le SPIP, l'évaluation et les Accompagnements Cognitivo-Comportementaux.....	26
CPIP et Evaluation du risque de récidive.....	26
CPIP et Accompagnements Cognitivo-Comportementaux.....	27
Articulation entre les soignants et les CPIP.....	28
Conclusions.....	28
Bibliographie.....	30

## Historique des soins aux AVS 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 TCC aux AVS en France. Ainsi, au Canada comme dans d'autres pays anglo-saxons, les recherches et les traitements relatifs aux 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 de service du SMPR de Varcès), 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 créée par cette recherche a permis la création en 1996 de l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggression Sexuelle (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 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 (CIFAS) 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 est assuré par des professionnels mandatés par le Ministère de la Sécurité Intérieure. Ces interventions ont pourtant été comparées comme s'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<sup>1</sup>, il est plus que nécessaire de se poser pour questionner les dimensions propres aux cadres.

<sup>1</sup> 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 (psychanalytiques, 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).

# AUDITION PUBLIQUE

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

Importer des modèles sans les réfléchir peut s'avérer dangereux, tant pour les professionnels que pour les Patients Placés Sous Main de Justice<sup>2</sup>. 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 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. » (HAS, 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 récurrence de l'agression sexuelle, sans jamais pouvoir l'exclure. Dès lors, l'absence de récurrence ne saurait apparaître comme le premier et le seul objectif du soin. » (HAS, 2009, p.13).

Cette définition du soin reste valable, quel que soit le repère théorique et clinique utilisé. Toutefois, les Thérapies Cognitivo-Comportementales (ci-après TCC) sont malheureusement confondues avec les Interventions Cognitivo-Comportementales (ci-après ICC) qui, quant à elles, visent la prévention de la récurrence, 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 récurrence et de réhabilitation. Ces pratiques, si elles présentent des points communs, 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 maladies ou pathologies associées, complémentaires d'autres courants théoriques et thérapeutiques tel 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.

---

<sup>2</sup> « 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.

# AUDITION PUBLIQUE

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

- 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 TTCistes 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 repères sur les TTC 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

5

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).

# AUDITION PUBLIQUE

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

## Socles théoriques

Trois grandes « vagues » ou courants historiques ont été décrits pour définir les TCC : le comportementalisme, le cognitivisme et enfin la troisième vague articulant 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 et coll., 1999) représente une synthèse entre la thérapie comportementale, les thérapies humanistes et la thérapie cognitive (Hayes et coll., 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 tant 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

# AUDITION PUBLIQUE

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

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 nombre de nos 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 (HAS, 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. » (HAS, 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). » (HAS, 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 terme de communication (manipulation, mensonge pathologique, etc.) : il serait délétère (et socialement irresponsable) de les renforcer ou de les aider à mieux identifier leurs vulnérabilités de ses 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 » (HAS, 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

# AUDITION PUBLIQUE

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

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 psychocriminologiques 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

# AUDITION PUBLIQUE

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

problématique ou pathologie ? Versus quel modèle pour diminuer au mieux le risque de récurrence 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 récurrence.

## Les Interventions Cognitivo-Comportementales (ICC) destinées aux AVS

---

Les Interventions Cognitivo-Comportementales (ICC) 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 complexités.

### 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).

# AUDITION PUBLIQUE

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

- 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<sup>ème</sup> siècle), certains auteurs avaient déjà émis 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,

# AUDITION PUBLIQUE

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

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 coll., 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,

# AUDITION PUBLIQUE

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

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 & Lafortune, 2004). L'agression sexuelle est désormais considérée comme un phénomène complexe aux intrications multiples (Cornet et al, 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

# AUDITION PUBLIQUE

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

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 & 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. Ils peuvent se décrire 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 et coll., 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 élevé<sup>3</sup>, ce qui est contredit par les chiffres des méta-analyses de Hanson et Buisson (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.

---

<sup>3</sup> 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 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.

# AUDITION PUBLIQUE

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

## 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 remplacer 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.

### 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.

# AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise 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 McMurrin 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)<sup>4</sup>, 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 & 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

---

<sup>4</sup> 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.

# AUDITION PUBLIQUE

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

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, & 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.

## Besoins<sup>5</sup>

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 suivants<sup>6</sup> : 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

<sup>5</sup> 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).

<sup>6</sup> Andrews et Bonta (2010) définissent huit facteurs de risque dynamiques principaux (*central eights*), dont sept le sont réellement et sont cités ici.

# AUDITION PUBLIQUE

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

d'intervention la plus efficace pour diminuer la récurrence (ici les ICC), et que cette modalité doit prendre en considération les particularités de l'AVS. Par exemples : 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'accompagnaient. 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, Vanderstucken, 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 récurrence (Andrews et Bonta, 2010). C'est le principe qui amène à la plus grande diminution du taux de récurrence 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 la récurrence (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, Helmus, Hodgson, 2009 ; Lösel et Schmucker, 2005 ; Lösel et Schmucker, 2014), les résultats indiquent que les taux de récurrence 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 récurrence, 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 récurrence sexuelle et de la récurrence 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

# AUDITION PUBLIQUE

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

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 récidive 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 récidive basé, *a contrario* du R-B-R, sur les besoins primaires non directement liés au risque de récidive 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 récidive. 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 partageant 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, 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 modèles<sup>7</sup>*

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

<sup>7</sup> Cette partie sur la complémentarité R-B-R et GLM repose sur un article de Vanderstukken, Benbouriche, et Letto, actuellement soumis à publication.

# AUDITION PUBLIQUE

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

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.

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'École Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ci-après ENAP) a intégré dans ses cours destinés aux élèves Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et 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.

20

## 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 ici 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.

# AUDITION PUBLIQUE

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

## Le R-B-R et les soins<sup>8</sup>

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 AVS<sup>9</sup> : 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 dans son intégralité (parcours de vie, ressources, problématiques générales, etc.) » (HAS, 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 » (HAS, 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

<sup>8</sup> Cette partie sur le R-B-R et le soin repose sur un article de Vanderstukken, Benbouriche et Letto, actuellement soumis à publication.

<sup>9</sup> Objectifs pour des équipes de soin en milieu fermé ou les équipes plus spécialisées en milieu ouvert.

# AUDITION PUBLIQUE

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

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 étant la modalité 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.). » (HAS, 2009, p.13). En ce sens, la question 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. » (HAS, 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 (HAS, 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 :

# AUDITION PUBLIQUE

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

- 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 soins, 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 CNE. 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 récidive 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 réflexions,

# AUDITION PUBLIQUE

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

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 HAS (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 leurs impacts et de (re)trouver une position professionnelle et soignante. Cet outil ne stigmatise pas le professionnel

# AUDITION PUBLIQUE

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

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 les prises 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.

25

## *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 Stoléru et Moulier, 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

# AUDITION PUBLIQUE

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

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 leurs interprétations que les théories le sous-tendant. Soulignons, 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'accompagne, *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).

26

### CPIP et Evaluation du risque de récidive

Une étude menée auprès de CPIP de milieu ouvert (Benbouriche, Ventéjoux, Lebougault 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

# AUDITION PUBLIQUE

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

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 psychologique 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'ENAP 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 défini comme un travail sur les facteurs du 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 (PACI O)* ; Sellen, Gobbett, et Campbell, 2013). Cet outil est reconnu par certains auteurs (McMurran, et Ward, 2010 ; Sellen, Gobbett, Campbell, 2013), comme étant un des instruments les plus rigoureux actuellement pour renforcer la motivation et l'implication de l'utilisateur dans une intervention.

# AUDITION PUBLIQUE

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

Les ACC sont ainsi intégrés dans les modèles de prévention de la récidive, et liés à des techniques spécifiques, bien délimitées<sup>10</sup>. 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 des 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 HAS (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 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 que 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 *PACI O* (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

<sup>10</sup> 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 de ces participants, 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...

# AUDITION PUBLIQUE

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

PPSMJ à un moment donné. Elles font l'objet de contre-indications (par exemple, psychopathie et affirmation de soi). Leur 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 *PACIO*, 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.

# AUDITION PUBLIQUE

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

## Bibliographie

- Abel, G. G., 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. G., 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*. 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 (Ed.), *Psychiatrie légale et Criminologie clinique* (pp.330-334). Paris, France: Masson.
- Benbouriche, M., Ventéjoux, A., Lebourgault, 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 ? Dans D. Lafortune, D., J. Poupart et 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 - RPO1: 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

30

# AUDITION PUBLIQUE

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

- 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., & 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](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: Guilford 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 (dir.), *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.

# AUDITION PUBLIQUE

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

- McMurrin, M., & Ward, T. (2004). Motivating offenders to change in therapy: an organizing framework. *Legal Criminological Psychology*, 9, 295-311
- McMurrin, 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.). *Psycho-criminologie : 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

# AUDITION PUBLIQUE

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

- Vanderstukken, O., & Lacambre, M. (2011). Dangerosité, 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 Ressource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2005). *La thérapie des schémas: approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles: De Boeck.