

# **Conférence de consensus 22 et 23 novembre 2001**

## ***Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle***

- ◆ Organisée par la Fédération Française de Psychiatrie
- ◆ Selon la méthodologie de l'ANAES
- ◆ Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé

### **Texte court des recommandations**

## **Comité d'organisation**

Dr Jean-Michel THURIN (Président),  
Pr Jean-François ALLILAIRE, Dr Jacques FORTINEAU, Dr Nicole HORASSIUS,  
Dr Arianne CASANOVA, Mr le Juge HAMON, Dr Luc MASSARDIER

## **Membres du Jury**

Pr Jean-François ALLILAIRE (Président)  
Dr Gérard DUBRET, Dr Bernard DURAND, Mme Anne FAGOT-LARGEAULT, Mr Yves  
GAZZERA, Dr Nathalie GLUCK, Mr Didier HOELTGEN, Pr Thérèse LEMPERIERE, Dr  
Jean-Paul LHUILLIER, Mr Marc LIVET, Dr Gérard LOPEZ, Dr Michel LACOUR, Dr Éric  
MARCEL, Dr Pierre MÉCHALY, Mme Josiane MIGEON, Dr Michaël ROBIN, Mme  
Chantal RODIER-GUILPART, Mr Pierre TOURNIER, Mr Loïck VILLERBU.

## **Groupe Bibliographique**

Dr Ioana ATGER, Dr Emmanuelle BOË, Dr Michaël BONNIERE, Dr Sebastien LEBREC,  
Dr Laurence LEMAITRE et Mme Catherine POLGE

**Documentation** (avec le concours de l'INSERM) Mme Catherine POLGE

## **Experts**

Dr Evry ARCHER, Dr Jocelyn AUBUT, Dr Claude BALIER, Dr Sophie BARON  
LAFORET, Dr Emmanuel de BECKER, Mme Denise BOUCHET-KERVELLA, Dr Philippe  
CARRIERE, Dr J. Cl. CHANSEAU, Mr André CIAVALDINI, Dr Bernard CORDIER,  
Pr Paul COSYNS, Dr Roland COUTANCEAU, Pr Pierre COUV RAT, Dr Marcel DANAN,  
Dr Jean-Michel DARVES BORNOZ, Pr Michel DELAGE, Mr Godefroy du MESNIL du  
BUISSON, Mr Pierre Yves EMERAUD, Dr Dominique FREMY, Mr Philippe GENUIT, Pr  
R. Karl HANSON, Mr Jean-Yves HAYEZ, Dr Patrice HUERRE, Mr Xavier LAMEYRE, Dr  
Pierre LAMOTHE, Dr Georges LANTERI-LAURA, Dr Arnaud MARTORELL,  
Dr Reynaldo PERRONE, Pr Jean-Louis SENON, Pr Florence THIBAUT,  
Dr Yves TYRODE, Dr Daniel ZAGURY

# QUESTION 1

## Introduction : champ et limites de la conférence

### 1.1 EPIDEMIOLOGIE

En 1998, 7828 viols et 12809 autres agressions sexuelles (y compris harcèlement) ont été enregistrés « faits constatés » par la police et la gendarmerie. Les faits constatés sont en forte hausse depuis le début des années 1980 : multiplication par 5 des viols, doublement des autres agressions.

En janvier 2001, 7101 détenus exécutaient une peine pour viol ou autres agressions sexuelles (exhibition exclue). Ils représentaient environ 20 % de l'ensemble des détenus condamnés.

#### *1.1.1 Enquêtes de victimation*

L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ODAS) a recensé 4800 signalements d'abus sexuels sur enfants en 1999.

Dans l'Enquête sur les Violences Envers les Femmes (ENVEFF) réalisée en 2000 sur un échantillon représentatif de la population nationale des 20-59 ans, 11% de femmes déclarent avoir subi une agression sexuelle. (viols compris) au cours de leur vie, dont la moitié après l'âge de 18 ans. Il n'existe pas d'enquête équivalente pour les hommes en France.

Les enquêtes menées dans d'autres pays donnent des chiffres assez concordants d'agressions sexuelles sur la population masculine (4 à 5%) ; les résultats pour les populations féminines sont très dispersés.

#### *1.1.2 Auteurs d'infractions sexuelles*

Les personnes mises en cause par la police sont principalement des hommes. La part des femmes dans les affaires de viols est en 1998 de 2,4%. La proportion de mineurs mis en cause pour viol est passée de 21% en 1995 à 28,9% en 1999. Cette élévation semble en partie dûe aux phénomènes de bandes et d'agressions sexuelles en groupe.

Pour les viols, le quantum de peine moyen prononcé était de 113 mois en 1998 et de 70 mois en 1984 (données casier judiciaire).

La France fait partie des pays les plus répressifs en Europe en matière d'infraction sexuelle

### 1.2 LES CATEGORIES PENALES

La loi du 17 juin 1998 a créé une nouvelle catégorie : les infractions sexuelles.

Cet ensemble de crimes et délits est composé d'infractions qui relèvent de deux sous-ensembles distincts :

- Les crimes et délits d'agression sexuelle (viol, agression sexuelle stricto sensu, exhibition sexuelle, harcèlement sexuel) ;
- Les délits d'atteinte sexuelle : atteinte sexuelle sur mineur de quinze ans ou de plus de quinze avec circonstances aggravantes.

Il existe des facteurs d'aggravation des agressions et atteintes sexuelles prenant en compte la qualité de la victime, la qualité de l'auteur, la modalité de commission de l'infraction, le résultat des violences.

La loi du 18 juin 1998 définit les infractions d'agression sexuelle (A.S.) et de mise en péril des mineurs pour lesquels la juridiction peut ordonner un suivi socio-judiciaire, ce suivi pouvant comprendre une injonction de soin.

### 1. 3 CATEGORIES PSYCHIATRIQUES

Les classifications des maladies mentales actuellement utilisées sont celles de l'OMS (CIM 10) et celles de l'American Psychiatric Association (DSM IV).

Les termes de « perversions sexuelles » ou de « personnalités perverses » ne sont pas utilisés dans ces classifications.

On identifie sous le terme de « paraphilie » dans le DSM IV et sous celui de « troubles de la préférence sexuelle » dans la CIM 10 des catégories telles que : le fétichisme, le transvestisme, le voyeurisme, la pédophilie, l'exhibitionnisme, le sadisme, le masochisme, les troubles multiples de la préférence sexuelle et les autres troubles.

Les classifications psychiatriques tiennent compte du sujet, de la récurrence ou de la persistance du trouble, alors que les catégories pénales ne se basent que sur la commission et l'intention de l'acte.

Les classifications psychiatriques n'ont pas pour finalité l'étude des agresseurs sexuels. Elles gardent néanmoins leur utilité lors de l'expertise psychiatrique pénale, pour l'identification d'une maladie mentale dont pourraient dépendre des comportements sexuels transgressifs. Elles permettent également le repérage d'une comorbidité ou de troubles de la personnalité répertoriés.

Très peu de délinquants sexuels sont reconnus pénalement irresponsables en raison d'éventuels troubles psychiques, au sens de l'article 122-1 alinéa 1 du CP.

### 1.4 PLACE ET EVOLUTION DE L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE

Sans un nombre suffisant d'experts, la loi du 17.06.98 ne pourra s'appliquer.

Parallèlement à une complexité croissante de la mission expertale concernant l'opportunité de mesures de soin et de l'évaluation longitudinale, deux évolutions contradictoires s'expriment : augmentation quantitative du nombre des missions demandées par la justice et diminution du nombre de psychiatres inscrits sur les listes d'experts.

Moins d'un psychiatre sur dix est inscrit comme expert judiciaire auprès des cours d'appel, la répartition des experts sur le territoire est très inégale. Il convient d'encourager le plus grand nombre de psychiatres ou de psychologues à solliciter leur inscription sur des listes d'experts.

Nos recommandations seront de deux ordres :

#### A- Concernant les conditions de l'expertise

1 – recenser dans chaque juridiction le nombre de missions d'expertises ordonnées chaque année afin d'adapter le nombre d'experts inscrits sur les listes.

2 – développer des dispositifs de formation pour les futurs experts.

3 – améliorer les conditions pratiques de la réalisation de l'expertise.

#### B- Concernant la place des réponses expertales dans l'articulation médico-judiciaire et l'accès au soin

- 1. Lors de la garde à vue, les examens psychiatriques d'un sujet demandés sur réquisition d'un psychiatre expert ou non :

- ◆ doivent se borner à rechercher d'éventuels troubles psychiatriques nécessitant des soins psychiatriques urgents et contre-indiquant la garde à vue.
- ◆ Cette réquisition ne doit pas remplacer l'expertise pré-sentencielle classique
- ◆ Elle ne doit jamais dégager des traits de personnalité qui seraient utilisés comme argument à charge pour un sujet qui nierait les faits.

#### - 2. lors de l'expertise pré-sentencielle

- ◆ la négation des faits poursuivis doit être considérée comme une contre-indication absolue à toute injonction ou obligation de soins ;
- ◆ l'opportunité d'une injonction de soins devra être appréciée en fonction du degré d'adhésion du sujet à un éventuel processus de soin et sa capacité à se reconnaître inscrit dans un mode de réalisation sexuelle déviante. Sans ces conditions il est recommandé de différer cette indication ;
- ◆ Si l'injonction de soin est proposée par l'expert, celui ci ne doit pas être le prescripteur des modalités du soin qui restent du domaine du médecin traitant

#### - 3. Lors de l'expertise post-sentencielle, durant la détention

L'expert qui a déjà examiné le sujet avant le jugement sera préférentiellement désigné en post-sentenciel. Le condamné peut demander une contre-expertise s'il souhaite être examiné par un nouveau praticien.

- ◆ Cette expertise s'attachera avant tout à repérer une éventuelle évolution positive du condamné dans différents registres (position vis-à-vis de la victime, regard sur son acte, adhésion éventuelle au soin, risque de récidive, maturation de la personnalité,...).

- 4. Pour toute expertise, la mission ne devra pas enjoindre à l'expert de prendre connaissance du dossier médical sans le consentement exprès de la personne examinée.

## QUESTION 2

### Qui sont les auteurs d'agression sexuelle ?

#### Caractéristiques individuelles et données contextuelles

##### 2.1 EXISTE-T-IL DES CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES ?

Tant du point de vue clinique que contextuel, les points communs entre les différentes formes de déviance sexuelle sont plus nombreux que ce qui les différencie.

Il est habituel en France de rapporter un agir sexuel d'allure perverse à un fonctionnement psychique globalement pervers. Confrontée à l'expérience clinique, cette représentation est pourtant battue en brèche.

Malgré le polymorphisme clinique des conduites déviantes et l'infinie diversité des configurations psychopathologiques au sein desquelles ces conduites peuvent apparaître, un point semble faire l'accord des experts : ces troubles du comportement sexuel correspondent bien moins à des troubles de la sexualité proprement dits qu'à des tentatives de " solution défensive " par rapport à des angoisses majeures.

- La pédophilie ne se réduit pas aux représentations médiatisées du « pervers monstrueux »  
La conduite de viol sur mineur est parfois sous-tendue par une paraphilie (notamment le sadisme sexuel) ou par une composante antisociale de la personnalité, mais toute généralisation semble impossible quels que soient les critères retenus.

- Les formes symptomatiques des conduites exhibitionnistes peuvent être variées et être associées à d'autres conduites sexuelles perturbées.

- La population des enfants et adolescents, auteurs d'A.S., est hétérogène, à la fois sur le plan psychopathologique et celui des caractéristiques de la conduite sexuelle. Le comportement sexuel déviant peut n'être qu'un accident isolé dans le développement psychosexuel ou être la première manifestation d'une conduite récurrente à l'âge adulte.

Les agressions sexuelles initiées par des adolescents semblent en progression. Une place particulière doit être attribuée aux viols en réunion. Ces conduites, dont les victimes se retrouvent souvent dans l'environnement très proche d'au moins un des auteurs d'AS ne semblent pas relever de troubles spécifiques des conduites sexuelles et nécessitent des réponses appropriées sur le plan pénal et éducatif.

En conclusion, les connaissances étiopathogéniques actuelles concernant les auteurs d'A.S. présentent un degré de certitude trop faible. La population qu'elle recouvre n'est réductible ni au champ psychiatrique, ni au champ criminologique, ni au champ social. Des recherches multidisciplinaires complémentaires, menées suivant une perspective anthropologique sont indispensables

## Recommandations

1 - Mettre en œuvre des études visant à mieux caractériser les auteurs d'A.S.

2 - Harmoniser les méthodologies, le vocabulaire et les concepts quelles que soient les références théorico-cliniques.

3 - Mesurer les interactions, notamment lorsqu'elles se situent dans le champ intrafamilial, et pour cela éventuellement désigner le même expert pour examiner à la fois auteur(s) et victime(s), chaque fois que l'auteur est connu de la victime.

4 - Être particulièrement attentif aux situations où l'évaluation de la dimension transgressive de la conduite sexuelle d'un enfant et/ou d'un adolescent met en difficulté les adultes.

Certains signalements situant ainsi au second plan la compréhension des manifestations de type maturatif et négligeant une réponse de type éducatif, peuvent générer une autre forme de traumatisme.

## 2.2 DONNEES CONTEXTUELLES

Certains facteurs de risque sont associés au développement de conduites d'A.S. Parmi ceux-ci, les antécédents d'A.S. dans l'enfance, les carences affectives par négligence ou abandon, les maltraitances et les dysfonctionnements familiaux. Les données statistiques récuse actuellement une relation nécessairement directe entre le fait d'avoir été agressé sexuellement durant l'enfance et celui de devenir ultérieurement agresseur. De nombreux autres facteurs (en particulier de protection) peuvent intervenir. Abus et dépendance à l'alcool, de même qu'à d'autres substances, sont une comorbidité fréquemment associée avec les aspects psychopathologiques relevés.

## 2.3 QUELLES SONT LES THEORIES ACTUELLES CONCERNANT LES CAUSES IMPLIQUEES DANS LES AGRESSIONS SEXUELLES ?

L'A.S. est un passage à l'acte qui se situe toujours au carrefour de l'organisation sociale et familiale, du déterminisme individuel et de la représentation de la loi. Les approches théoriques prennent en compte cette complexité.

### ◆ **Théories psychosociologiques**

L'évolution de la criminalité, notamment sexuelle, est tributaire de l'évolution de la société comme de la famille. De nombreux facteurs sont proposés par les spécialistes comme par les médias, pour expliquer la majoration de la délinquance interpersonnelle et des violences intrafamiliales. Qu'il s'agisse de la démission parentale, de la dislocation de la famille ou de l'augmentation de l'intervention de l'état avec une sur-assistance des parents et des enfants, ces éléments doivent faire l'objet d'une réflexion critique et être utilisés avec prudence.

### ◆ **Théories criminologiques**

Pour l'essentiel, les modes d'approche trop dogmatiques de la criminologie du 19ème siècle ont disparu au profit d'une recherche interdisciplinaire qui ne parle plus que d'hypothèses criminologiques.

### ◆ **Théories biologiques**

Prenant en compte le rôle des hormones, des neurotransmetteurs et d'éventuels facteurs génétiques, elle doivent être abordées avec prudence si l'on en juge par les nombreux biais de recherche constatés dans la littérature. Ainsi par exemple, il n'est pas possible d'extrapoler les données de la neurobiologie de la violence aux agressions sexuelles, ni de transposer à l'homme les résultats des études réalisées chez l'animal.

Il est essentiel de ne pas utiliser sommairement les recherches qui sont menées dans ce champ, pour légitimer, au détriment des considérations éthiques et déontologiques, des traitements médicamenteux ou hormonaux qui sont toujours expérimentaux.

### ◆ **Théories psychanalytiques**

L'engagement en France de cliniciens s'appuyant sur des références psychanalytiques dans le champ pénitentiaire et la prise en charge post-carcérale en ambulatoire d'agresseurs sexuels constitue un apport essentiel et original à la connaissance de la clinique des agresseurs sexuels. Leur expérience a montré qu'il était possible de contourner l'absence apparente de demande des auteurs d'A.S. et de favoriser chez eux une nouvelle aptitude à se penser auteur d'A.S., ouvrant alors la porte à la thérapeutique. Les théories psychanalytiques sont utiles également dans la régulation et la supervision des soignants travaillant auprès des auteurs d'agressions sexuelles.

### ◆ **Théories comportementales et cognitives**

Elles ont été, jusqu'ici développées et utilisées surtout dans les pays anglo-saxons. Alors qu'initialement le motif du passage à l'acte était considéré comme d'origine exclusivement sexuelle et que, de ce fait, le traitement visait à modifier les préférences sexuelles déviantes, la dimension plurifactorielle s'est imposée et a conduit à un travail socio-éducatif plus global de prévention de la récidive. Les modèles cognitivo-comportementaux actuels se veulent plus pragmatiques et ajoutent des dimensions non sexuelles (habiletés sociales, capacités relationnelles, aptitudes professionnelles) qui permettent au sujet d'améliorer ses capacités à faire face à ses difficultés et de l'aider à identifier les moments où il est en danger de

récidiver. Ces approches proposent des critères d'évaluation mesurables dans une démarche d'explicitation d'objectifs concrets.

## QUESTION 3

### Devenir et risques de rechute

La rechute au sens médical ne doit pas être confondue avec la récidive au sens judiciaire et la réalité des faits. L'attention portée à réduire le risque de rechute ne doit pas faire oublier que la pratique médicale a aussi d'autres objectifs, notamment la qualité des soins et le bien être de la personne et de ses proches.

Les recherches menées en France sur la récidive, fondées sur l'analyse de suivi de cohortes de détenus libérés, n'abordent que de façon marginale la question des agressions sexuelles.

Pour l'essentiel, les recherches et les méta-analyses ont été menées à l'étranger. D'un point de vue général, les experts ont tous souligné que les études actuelles ont d'importantes limites sur le plan de la méthodologie et de la validation.

#### 3.1 ELEMENTS PREDICTIFS DU DEVENIR

##### *3.1.1 Facteurs de risque de récidive*

La plupart des facteurs de risque identifiés à ce jour sont des facteurs statiques, c'est-à-dire sur lesquels on ne peut pas agir. La recherche sur les facteurs de risque dynamiques, permettant de concevoir une intervention efficace, est beaucoup moins avancée.

Dans les études faites à l'étranger, les facteurs de risque les plus fréquemment associés à la récidive non sexuelle sont les mêmes que pour le délinquant non-sexuel : antécédents criminels, délinquance juvénile, personnalité antisociale, jeune âge et toxicomanie. Les facteurs de risque les plus reconnus dans la récidive sexuelle sont : déviance sexuelle, antécédents d'infraction sexuelle, précocité de ces infractions et enfance douloureuse. Certaines caractéristiques habituellement considérées comme des éléments favorisant l'adhésion aux soins ne constitueraient pas des facteurs qui préservent de la récidive.

##### *3.1.2 Influence du traitement sur le devenir*

Il n'est pas possible d'établir aujourd'hui avec certitude que les traitements des auteurs d'A.S. réduisent de façon significative le risque de récidive.

Cependant, plusieurs études font état d'une diminution des récidives quand les personnes ont bénéficié de psychothérapies ou de thérapies biologiques. Dans ce cadre, l'interruption volontaire du traitement est rapportée comme facteur de risque de récidive.

#### 3.2 OUTILS D'INVESTIGATION PERMETTANT DE PREDIRE LA RECIDIVE

Il n'existe pas d'outil permettant de prédire la réitération d'une agression.

Les mesures phallométriques (pléthysmographie) sont le moyen le plus reconnu au plan international pour mesurer le risque de récidive chez l'adulte. Plusieurs échelles ont également été élaborées, aucune d'entre-elles ne s'est réellement imposée.

#### Recommandations

1 - Le jury recommande la mise en œuvre d'un programme de recherche national comprenant le développement, la validation et l'utilisation d'instruments :



- destinés à étudier le devenir des personnes à partir d'indicateurs qui débordent largement le problème de la rechute (qualité de vie, fonctionnement individuel, familial et social)
- susceptibles d'affiner les « indications » des réponses
- permettant d'évaluer l'efficacité de la réponse proposée, tant pour la personne que pour son entourage.

2 - Le jury recommande la création d'un groupe permanent chargé de susciter la mise en œuvre d'un programme de recherche national. (cf. supra)..

Il sera également chargé de réunir les données nécessaires à une meilleure connaissance :

- des agressions sexuelles, de leurs auteurs et du contexte des passages à l'acte
- des moyens d'intervention de la police et de la gendarmerie, de la justice et du système de santé
- des opinions et des représentations sociales dans la population générale et chez les professionnels impliqués.

Ce groupe devra réaliser des analyses secondes de ces données, et les comparer aux données produites chez nos partenaires européens.

Une telle structure devra bénéficier du soutien logistique d'entités administratives déjà existantes (unité de l'INSERM et autres, par exemple).

Conclusion générale : Une application réelle de la loi de 1998 suppose :

- une continuité dans la volonté politique
- des moyens humains et financiers actuellement indisponibles
- des outils institutionnels permettant l'accès à des soins volontaires précoces et la continuité du travail en ambulatoire
- une politique de formation pluri-professionnelle
- un plan de recherche animé par une entité au niveau national

Des pôles d'excellence régionaux ou départementaux regroupant formation, recherche, accréditation, semblent une formule intéressante.

## QUESTION 4

**Quelles sont les différentes méthodes thérapeutiques, leurs modalités, indications, objectifs et obstacles particuliers, leurs limites et leurs complémentarités ? Comment évaluer leurs résultats ?**

### 4.1. DIFFÉRENTS TYPES D'APPROCHE SONT ACTUELLEMENT PROPOSÉS

**1 - Approches psychodynamiques.** Issues de la psychanalyse, elles proposent un cadre thérapeutique où la souffrance psychique des auteurs d'A.S. peut être entendue et représentée. Elles visent à étayer, développer, explorer et clarifier les relations mentales liées à la fantasmatisation en rapport avec la sexualité, d'aider le patient à gérer sa sexualité, à réinvestir la vie sociale et à repérer les situations vulnérabilisantes. Les indications ne sont pas spécifiques. Elles peuvent co-exister avec les autres modalités thérapeutiques.

**2 - Thérapies comportementales et cognitives.** Elles se focalisent actuellement sur la prévention de la récurrence par le biais de stratégies opératoires spécifiques et ciblées.

De nombreuses études montrent des résultats intéressants dans divers troubles du comportement sexuel, tempérés toutefois par d'importants biais méthodologiques. Les résultats les moins bons concernent les auteurs de viols ayant un score psychopathique élevé à l'échelle Hare.

**3 - Psychothérapies de groupe.** Leurs buts sont de favoriser la prise de conscience de l'acte et d'éviter les passages à l'acte. Elles peuvent aider à préparer un travail individuel.

**4. Psychothérapies familiales et systémiques.** Leurs objectifs sont d'aider l'auteur d'agression à mieux comprendre le sens de son acte et ses répercussions familiales, à lutter contre les dysfonctionnements familiaux centrés sur « l'emprise » et le « secret ». La réactivation de la souffrance de la victime peut parfois constituer une limite à cette modalité thérapeutique.

Le thérapeute devra s'abstenir de vouloir réunir à tout prix la famille ou d'avoir pour objectif principal un contrôle social préservant de la récurrence.

Il n'y aurait pas de contre-indications spécifiques à ces psychothérapies.

**5. Chimiothérapies.** Elles comprennent les traitements hormonaux par les antiandrogènes et les traitements psychotropes, principalement représentés par les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)

- *Les Antiandrogènes* agissent sur les comportements sexuels déviants dans le cadre d'une réduction générale de l'activité sexuelle et de la spermatogénèse. Ils ne changent pas l'orientation sexuelle du sujet.

Leurs indications préférentielles seraient les hommes pédophiles multirécidivistes, en particulier homosexuels, immatures ou déficients intellectuels.

Leur efficacité est étayée par des études encore trop peu nombreuses et rarement contrôlées (80% de réduction du comportement sexuel paraphile aux auto évaluations).

Ces traitements sont contre indiqués en cas de psychose, d'épilepsie et avant la fin de la puberté. Le principal effet secondaire est le risque de déminéralisation osseuse qui doit être dépistée et prévenue. Ces traitements sont réservés à des volontaires clairement informés de leurs objectifs, de leurs effets et de leurs risques, en particulier celui de rechute à l'arrêt du traitement.

Ils doivent être encadrés par un suivi spécialisé et très régulier. L'Autorisation de Mise sur le Marché en France n'a pas été délivrée pour cette indication.

- *Les IRS* peuvent être proposés dans certains troubles du comportement sexuel (exhibitionnisme, pédophilie). Leur efficacité, notamment en cas de comorbidité chez l'A.S., avec des troubles obsessionnels compulsifs ou dépressifs est étayée par quelques études. Ils constituent une alternative intéressante aux antiandrogènes quand ces derniers sont contre indiqués, notamment chez les adolescents.

## 4.2 CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

### 4.2.1 Générales

#### 4.2.1a – Consentement

Les notions juridiques du consentement aux soins et d'adhésion aux soins distinguent :

- Le consentement juridique à l'injonction de soin, telle que définie dans le cadre de la loi de 1998. Il implique une part de contrainte en raison du caractère alternatif à une peine privative de liberté.

- Le consentement éclairé aux soins. Il implique un partage d'information entre patient et thérapeute (hiérarchisée, synthétique et claire, compréhensible et s'appuyant sur des données validées).

- L'adhésion aux soins. Elle suppose la construction progressive d'une volonté de changement du patient, soutenue par l'engagement des deux parties dans une relation thérapeutique. Il existe des périodes fécondes favorables à l'engagement de la relation thérapeutique. La dimension d'obligation juridique peut, pour certains experts, être une condition favorable, de même que la situation d'incarcération.

#### 4.2.1b - Approches thérapeutiques

Sauf cas tout à fait particulier, une thérapie ne saurait être utilisée de façon exclusive. Il est nécessaire de donner au patient les moyens de choisir. Les synergies conjointes ou séquentielles doivent être recherchées. En particulier des approches ciblées (visant une réduction des troubles du comportement), peuvent être associées à des approches globales (visant l'organisation de la personnalité et la souffrance familiale).

#### 4.2.1c - Évaluation

Toute pratique clinique et thérapeutique doit s'étayer et se développer sur une analyse critique de ses résultats. L'évaluation devra également concerner l'articulation des différentes modalités thérapeutiques.

#### 4.2.1d – Continuité

La continuité des soins est insuffisante, aussi bien en milieu carcéral (entre les différents établissements pénitentiaires qui reçoivent le détenu), que lors de la sortie (entre milieu fermé et milieu ouvert). Cette absence de continuité est pénalisante pour l'efficacité de la prise en charge.

### 4.2.2 *Spécifiques*

#### 4.2.2.a – Groupes

On identifie des groupes à visée thérapeutique explicite et des groupes à visée socio-éducative. Les groupes peuvent être ouverts, semi-ouverts, fermés, avec ou sans objectifs explicites.

Les groupes fermés semblent plus appropriés aux personnes ayant accepté leur implication personnelle dans les faits pour lesquels ils sont poursuivis.

Les règles de fonctionnement habituelles, en particulier l'existence d'entretien préliminaire et la confidentialité leur sont applicables.

#### 4.2.2b – Adolescents

Une synergie entre la prise en charge thérapeutique, en particulier familiale, et la prise en charge socio-éducative semble particulièrement intéressante chez les adolescents. Des mesures concrètes, telles que par exemple des « dédommagements matériels significatifs », dans une logique de réparation, peuvent être utiles. Par ailleurs, il est rappelé que la chimiothérapie hormonale est contre indiquée avant la fin de la puberté.

#### 4.2.2c – Déficients mentaux

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

Les déficients mentaux, sont des sujets de droit. La prise en charge, hors institution, des déficients mentaux, auteurs d'A.S., pose des problèmes thérapeutiques et éthiques complexes sur lesquels il est indispensable d'approfondir la réflexion et de développer des projets de recherche.

#### 4.2.2d – Comorbidités et contexte, synergie des traitements

Les agressions sexuelles sont à replacer et à comprendre dans un contexte plus global, notamment en terme de comorbidités somatique et psychique, voire psychiatrique, ainsi que de contexte social général. Des traitements et prises en charge spécifiques de ces éléments contextuels sont donc nécessaires et peuvent contribuer à l'accompagnement thérapeutique.

#### Recommandations

1 - Répertorier les différentes pratiques et expériences actuelles, tant dans les SPIP que dans les lieux de soins en milieu carcéral, hospitaliers et ambulatoires (publics, privés et associatifs), dans un but didactique et de recherche élargie sur les thérapeutiques.

2 - Réunir ces informations afin de les diffuser auprès des professionnels concernés tant au niveau national qu'international.

3 - Mettre en oeuvre des collaborations étroites entre professionnels et chercheurs et développer des réseaux de recherche pouvant s'appuyer sur une agence de moyens, (méthodologiques et logistique).

4 - Maintenir la diversité des approches thérapeutiques en l'attente de conclusions plus probantes des évaluations. Les rendre disponibles dans des lieux suffisamment proches et mettre en oeuvre leur synergie.

5 - Évaluer dans chaque cas la pertinence des approches thérapeutiques adoptées.

6 - Veiller à garantir la continuité du dispositif de soin et des thérapeutiques engagées.

7 - Sortir les chimiothérapies du stade expérimental qui doivent bénéficier du cadre légal de l'AMM.

## QUESTION 5

### **Aspects déontologiques, éthiques, juridiques, administratifs et pratiques de la mise en oeuvre des traitements**

#### 5.1 CADRE ETHIQUE ET DEONTOLOGIQUE DU TRAITEMENT DES AUTEURS D'A.S. EN DEHORS DE ET DURANT LA JUDICIARISATION

- La prise en charge thérapeutique des auteurs d'A.S. s'adresse à la personne. Celle-ci ne doit jamais être réduite ni à ses actes ni à ses symptômes.
- Secret médical et professionnel constituent une condition indispensable au cadre thérapeutique.
- Dans la prise en charge médicale, la personne est un patient et non un délinquant.

Lorsque aucune procédure judiciaire n'est en cours :

le médecin aura en conscience à concilier des principes pouvant être contradictoires : d'une part, l'obligation de respecter le secret professionnel et la non ingérence dans les affaires de famille ; d'autre part, l'obligation légale de porter assistance à personne en péril (articles 223.6 et 226.14 du code pénal).

Lorsqu'une procédure judiciaire est en cours :

- Les soins en détention reposent sur le principe du consentement
- En milieu ouvert, seuls le médecin coordonnateur dans le suivi socio-judiciaire ou l'expert judiciaire dans toutes les mesures, peuvent fournir au juge une évaluation de l'effectivité des soins et de l'évolution de la personne.

## 5.2 CADRE LEGAL DU TRAITEMENT DES AUTEURS D'AS. EN DEHORS DE ET DURANT LA "JUDICIARISATION" ? IMPLICATIONS DE L'OBLIGATION DE SOIN DE L'INJONCTION DE SOIN, ET DU SOIN VOLONTAIRE DANS LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS D'.

Différentes situations juridiques coexistent.

### *5.2.1 - Demande spontanée de soins en dehors de tout processus judiciaire.*

Le cadre légal est réduit aux exigences éthiques concernant le secret professionnel et ses limitations (articles 226-13, 223-6 et 226-14 du code pénal).

### *5.2.2 – Demande de soins spontanée motivée par le déclenchement d'une procédure pénale.*

La remise d'un certificat médical en période pré-sententielle établi à la demande du patient pour faire valoir ce que de droit et destiné à être produit par lui à l'audience, est possible.

### *5.2.3 – Invitation aux soins*

5.2.3.1 – A l'entrée en détention, l'équipe soignante doit présenter à la personne les modalités existantes de l'offre de soins en détention. La présomption d'innocence ne permet pas d'aller au delà.

5.2.3.2 - Dans le cadre de la préparation à la sortie et lorsque la personne n'est soumise à aucune mesure, elle est (néanmoins) invitée par le psychiatre (article 718 , 706-47 du CPP) à initier des soins, soit durant la période de détention restante, soit après la sortie.

5.2.3.3.- A l'expiration du suivi socio judiciaire, le médecin coordonnateur (art 355. 33 du code de santé publique) informe l'intéressé qu'il peut poursuivre les soins hors champ judiciaire.

### *5.2.4. Obligation de soin en milieu ouvert*

Attachée à un aménagement de peine ou à une mesure alternative à l'incarcération, l'obligation de soin, décidée judiciairement, ne s'exécute qu'en milieu ouvert et s'impose à la personne. Celle-ci encourt une incarcération en cas de son non respect et doit justifier de l'effectivité du traitement médical. Cette justification ne peut se faire que par la production par l'intéressé d'une attestation de suivi établie à sa demande. Le juge de l'application des peines (JAP) ne peut être informé de l'évolution clinique de la personne que par une expertise.

### *5.2.5. Incitation et injonction de soins dans le cadre du dispositif de la loi de 1998.*

#### *5.2.5.1 Incitation au soin en détention*

Elle est renouvelée tous les 6 mois par le JAP auprès des personnes condamnées pour une A.S. à une peine qui sera assortie d'une mesure de suivi socio-judiciaire.

L'expertise psychiatrique obligatoire, préalable à tout aménagement de peine et permission de sortie pour l'ensemble des auteurs d'A.S., constitue de façon indirecte une autre incitation au soin.

Les secteurs de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire accompagnent cette incitation aux soins. Ils n'ont pas à rendre compte au magistrat du suivi médical.

#### 5.2.5.2 Injonction de soins.

Lorsqu'une mesure de suivi socio-judiciaire est prononcée par la juridiction, l'injonction de soin peut être décidée soit au moment de la condamnation par la juridiction, soit avant la libération par le JAP.

Lorsqu'elle s'ajoute à une peine d'emprisonnement, elle ne prend effet qu'à son issue.

Elle peut aussi être prononcée à titre de peine principale.

Le dispositif créé par la loi de 1998 place un médecin coordonnateur en interface entre le juge et le médecin traitant.

Le non respect de l'injonction de soin, ou des autres dispositions du suivi socio-judiciaire peut être sanctionné par la mise à exécution par le JAP de tout ou partie de la peine prévue.

### 5.3 ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR (EN PARTICULIER POUR LES RELATIONS ENTRE LES DIFFERENTS INTERVENANTS)

Un médecin coordonnateur inscrit sur la liste est désigné par le JAP pour chaque personne soumise à une injonction de soin dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire.

La fonction du médecin coordonnateur a été élaborée pour maintenir l'indépendance indispensable du soin et de la peine, dans l'articulation des missions respectives, en préservant le secret médical du médecin traitant.

Le médecin coordonnateur est chargé d'une évaluation longitudinale de l'effectivité des soins. Outre les expertises déjà réalisées, il n'aura d'autres informations cliniques sur la personne que celles qui résultent de ses propres examens.

Il n'est pas en situation de secret partagé avec le médecin traitant.

### 5.4 L'EVOLUTION D'UNE RELATION THERAPEUTIQUE AU DELA ET APRES L'INCARCERATION

#### 1 - Offre de soins en détention

L'accueil des entrants en détention dans les premiers jours, voire les premières heures, est effectué par les divers intervenants en milieu carcéral et notamment les équipes soignantes. La relation thérapeutique avec les auteurs d'A.S. établie lors des premiers entretiens peut s'appuyer sur un questionnaire clinique.

#### 2 - Incitation aux soins

Elle comprend des entretiens éducatifs et pré-thérapeutiques. L'explication des méthodes et objectifs, l'affirmation de l'espace de confidentialité, permettent souvent de réduire les réticences et d'avancer pas à pas.

Le positionnement du sujet face à l'acte commis peut évoluer. Il s'agit alors pour le praticien de décrypter les différentes expressions de dénégation partielle ou de minimisation pour accompagner le patient dans la voie d'une meilleure reconnaissance de ses responsabilités et de développement de l'empathie pour la victime.

### 3 - Complémentarité avec le travail des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP)

Le développement de la guidance en France permettrait d'associer davantage les SPIP à la prévention de la récidive par un travail éducatif, complémentaire aux soins.

L'intention de soin exprimée est à prendre en compte par le travailleur social dans l'élaboration du projet d'exécution de peine et l'orientation dans un établissement pour peine.

### 4. Continuité des soins

Le Service Médico Psychologique Régional (SMPR) ou le secteur psychiatrique intervenant en milieu pénitentiaire est chargé d'organiser la continuité des soins au moment de la préparation de la sortie.

Lorsque l'auteur d'A.S. fait l'objet d'un suivi socio judiciaire avec injonction de soins, cette continuité sera articulée avec le médecin coordonnateur qui désigne le médecin traitant. Les patients concernés doivent pouvoir être accueillis comme les autres par l'ensemble des secteurs de psychiatrie. La création de centres de ressources et de formation, l'organisation de réseaux de soins incluant les praticiens libéraux, apparaissent aujourd'hui indispensables afin d'assurer cette continuité des soins en milieu ouvert.

La pertinence de structures spécifiques accueillant exclusivement les auteurs d'agressions sexuelles n'est pas établie. Elle risquerait de renforcer la stigmatisation dont ils font déjà l'objet et favoriserait le désengagement des secteurs.

## 5.5 RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES MOYENS ET LES MODALITES SPECIFIQUES D'ORGANISATION POUR LE TRAITEMENT DES AUTEURS D'A.S.

5.5.1. Organiser la prise en charge thérapeutique des auteurs d'A.S. au sein du dispositif psychiatrique, (incluant les praticiens libéraux) et l'articuler avec le secteur socio-éducatif.

5.5.2. Développer une formation initiale et continue des différents intervenants dans le processus du soin permettant le développement et la mise en commun de leurs compétences.

5.5.3 Rapprocher les professionnels de la psychiatrie et de la justice pour améliorer l'accès et la continuité des soins.

5.5.4 Inciter les thérapeutes à ne pas rester isolés et à s'inscrire dans un travail d'équipe.

5.5.5 Évaluer à la fois les progrès individuels obtenus et l'efficacité des programmes thérapeutiques, suivant une méthodologie formalisée.

### Conclusions

- Les connaissances actuelles sur la psychopathologie et les traitements des auteurs A.S. sont encore fragmentaires et empiriques. Elles devront faire l'objet d'évaluations et de validations selon des méthodologies fiables.

- En proposant d'articuler la peine et le soin, dans un cadre médico-légal qui respecte l'éthique et la déontologie, la loi du 17 Juin 1998 ouvre la possibilité d'un travail clinique et socio-éducatif et des perspectives renouvelées de partage de synergie des compétences respectives du judiciaire et du médical.

- Formulons le vœu que ce cadre offrira de nouvelles possibilités thérapeutiques pour les auteurs d'agression sexuelle, dont les retombées en terme individuel et collectif seront importantes.